



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

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK OTOJEN VE
REAKTİF ALT TİPLERİNDE BAĞLAMSAZ BENLİK
VE BENLİK KORKUSU KAVRAMLARININ
İNCELENMESİ**

Dr. Merve ER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Şubat 2024
İSTANBUL**



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

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK OTOJEN VE
REAKTİF ALT TİPLERİNDE BAĞLAMSAK BENLİK
VE BENLİK KORKUSU KAVRAMLARININ
İNCELENMESİ**

Dr. Merve ER

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Mehmet Emrah KARADERE

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Şubat 2024
İSTANBUL**

ONAY

“OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK OTOJEN VE REAKTİF ALT TİPLERİNDE BAĞLAMSAK BENLİK VE BENLİK KORKUSU KAVRAMLARININ İNCELENMESİ” tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRI ÜYELERİ

İMZA

.....

.....

.....

Tarih:/...../.....

YAZAR BİLDİRİMİ

“OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK OTOJEN VE REAKTİF ALT TİPLERİNDE BAĞLAMSAK BENLİK VE BENLİK KORKUSU KAVRAMLARININ İNCELENMESİ” başlıklı uzmanlık tezimin tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazıldığını ve bu tezde;

- Farklı yazarların araştırmaları ile ilgili bilgiler verildiğinde uygun yerlerde doğru biçimde yazarlara atıfta bulunulduğunu,
- Bu tez ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması olmadığını,
- Tez içerisinde başka yayınlar ve araştırmalardan yapılan alıntılar için tırnak içine alınarak sunulduğu ve gerekli atıfların belirtildiğini,
- Tezin önceden herhangi bir yerde yayınlanmadığını beyan ederim.

Şubat, 2024

Dr. Merve ER

İmza:

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez yazım sürecimde psikiyatri alanındaki bilgilerinden yararlandığım tez danışmanım ve değerli hocam Doç Dr. M. Emrah Karadere'ye teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca deneyimlerinden istifade ettiğim, mesleki gelişimimde katkısı olan başta Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Aynur Görmez'e, değerli hocalarım Doç. Dr. Hasan Turan Karatepe, Doç. Dr. Rümeysa Yeni Elbay'a ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Kurtulmuş Çalış'a, eski Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Serhat Çıtak'a, birlikte çalıştığım tüm uzmanlarımıza teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca rotasyonlarım süresince mesleki gelişmeye katkı sağlayan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Vahdet Görmez ve Nöroloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Temel Tombul başta olmak üzere tüm hoca ve uzmanlara teşekkür ederim.

Başta Dr. Deniz Ata, Dr. Ayşegül Hopur İlhan ve Dr. Sema Nur Keskin olmak üzere birlikte çalışmaktan keyif aldığım hem bölümümüzdeki hem de rotasyonlar olarak bulunduğum bölümlerdeki bütün asistan hekim arkadaşlarıma; kliniğimizde birlikte çalışma şansı elde ettiğim tüm psikolog, hemşire ve personel ekibimize teşekkür ederim.

Hayatımın her anında desteklerini hissettiğim anneme, babama ve kardeşlerime teşekkür ederim.

Dr. Merve ER

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	viii
TABLO LİSTESİ	x
ŞEKİL LİSTESİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Tarihçe	3
2.1.3. Epidemiyoloji	4
2.1.4. Etiyoloji	5
2.1.5. Klinik özellikler ve alt tipler	14
2.1.6. Tanı	18
2.1.7. Eştanı	19
2.1.8. Ayırıcı tanı	20
2.1.9. Seyir ve prognoz	21
2.1.10. Tedavi	21
2.2. KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ	23
2.2.1. Bağlamsal benlik	25
2.3. BENLİK KORKUSU	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM	29
3.1. ÖRNEKLEM ve YÖNTEM	29
3.1.1. Dahil etme ve hariç tutma kriterleri	30
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	31
3.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	31
3.2.2. Sosyodemografik Veri Formu	32
3.2.3. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme	32
3.2.4. Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri	32
3.2.5. Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği	32
3.2.6. Benlik Korkusu Anketi-Kısa Form	33
3.2.7. Bağlamsal Benlik Ölçeği	33
3.2.8. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği kısa form	33
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	34

4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	63
KAYNAKLAR	64
EKLER	74

Ek 1. Etik Kurul Onayı

EK 2. Onam Formu

EK 3. SCID-5 Formu

EK 4. Sosyodemografik Veri Formu

EK 5. Bağlamsal Benlik Ölçeği

EK 6. Benlik Korkusu Anketi-Kısa Form

EK 7. Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri

EK 8. Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

EK 9. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form

EK 10. Benzerlik Raporu

KISALTMALAR

5-HIAA...	5-Hidroksi İndol Asetik Asit
ACT...	Kabul ve Kararlılık Terapisi
BBÖ...	Bağlamsal Benlik Ölçeği
BDNF...	Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör
BDT...	Bilişsel Davranışçı Terapi
BKA-KF...	Benlik Korkusu Anketi-Kısa Form
BOKÖ...	Boyutsal Obsesif Kompulsif Ölçeği
BOS...	Beyin Omurilik Sıvısı
COMT...	Katekol-O-Metil Transferaz
DAT...	Dopamin taşıyıcı
DBU...	Derin Beyin Uyarımı
DEHB...	Dikkat Eksiliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM...	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
ERP...	Maruz Bırakma ve Yanıt Önleme
ICD...	Uluslararası Hastalık Sınıflaması
MAO-A...	Monoamin oksidaz-A
OG...	Otojen Grup
OKB...	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKKB...	Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu
PANDAS...	Streptokok Enfeksiyonuna Bağlı Pediyatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalık
QNP...	Kuinirol
RFT...	İlişkisel Çerçeve Kuramı
RG...	Reaktif Grup

SCID-5...	DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SS...	Standart Sapma
SSRI...	Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü
TCA...	Trisiklik Antidepresan
TMU...	Transkraniyal Manyetik Uyarım
VOKE...	Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri
VPFC...	Ventral Prefrontal Korteks
WHO...	Dünya Sağlık Örgütü
WHOQOL-BREF...	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form
YBOKÖ...	Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Araştırmada değerlendirilen tüm gruplar arasında demografik özelliklerin karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.2. Araştırmada değerlendirilen OKB alt tipler arasında demografik özelliklerin karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.3. OG ve RG’de OKB bazı klinik özelliklerin karşılaştırılması	38
Tablo 4.4. Tüm gruplar arasında klinik özelliklerin karşılaştırılması	39
Tablo 4.5. OG ve RG arasında klinik özelliklerin karşılaştırılması	39
Tablo 4.6. Tüm gruplar arasında BOKÖ ve VOKE skorlarının karşılaştırılması	40
Tablo 4.7. Tüm gruplar arasında BBÖ ve BKA-KF skorlarının karşılaştırılması	41
Tablo 4.8. Gruplar arasında WHOQOL-BREF skorlarının karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.9. Yaş, hastalık süresi ve BKA-KF, BBÖ, BOKÖ, VOKE, WHOQOL-BREF skorları arasındaki ilişki.....	42
Tablo 4.10. BKA-KF ve BBÖ skorları ile BOKÖ, VOKE, WHOQOL-BREF skorları arasındaki ilişki	45
Tablo 4.11. Tüm gruplar arasında OKB tanı riskini artırmada etkili olan değişkenler	46
Tablo 4.12. Otojen OKB tanı riskini artırmada etkili olan değişkenler	46
Tablo 4.13. BOKÖ toplam skorlarını açıklamada WHOQOL-BREF, BBÖ ve BKA-KF’nin etkinliği	48
Tablo 4.14. VOKE toplam skorlarını açıklamada WHOQOL-BREF, BBÖ ve BKA-KF’nin etkinliği	50

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Psikolojik katılık altıgeni.....	24
Şekil 2.2. Psikolojik esneklik altıgeni	25
Şekil 3.1. Kontrol grubu akış şeması.....	30
Şekil 3.2. Hasta grubu akış şeması	31
Şekil 4.1. Aracılık analizi.	51



ÖZET

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK OTOJEN VE REAKTİF ALT TİPLERİNDE BAĞLAMSAL BENLİK VE BENLİK KORKUSU KAVRAMLARININ İNCELENMESİ

Bu çalışmada, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) için yeni bir alt gruplandırma fırsatı sunan otojen ve reaktif OKB hastalarında bağlamsal benlik ve benlik korkusu etkilerinin incelenmesi, böylelikle bilişsel kuram bağlamında yapılmış olan bu alt tiplendirmenin benlik açısından farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya Temmuz 2023-Aralık 2023 arasında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Psikiyatri Bölümü Obsesif Kompulsif Bozukluk Polikliniğine başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre OKB tanısı alan hastalardan çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 60 hasta alınmıştır. Bu hastalar primer obsesyonlarına göre 30 otojen ve 30 reaktif OKB olarak gruplara ayrılmıştır. Örnekleme, bu hastalarla yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubu olarak 30 hastane çalışanı alınmıştır. Tüm katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu, sosyodemografik veri formu, DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri (VOKE), Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (BOKÖ), Bağlamsal Benlik Ölçeği (BBÖ), Benlik Korkusu Anketi-Kısa Form (BKA-KF), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form (WHOQOL-BREF) uygulanmıştır. Etik kurul onayı alınmıştır. Hasta grubu için 30 otojen ve 30 reaktif obsesyonlara sahip katılımcı ile sağlıklı kontrol grubu için 30 katılımcı olmak üzere toplam 90 katılımcının verileri değerlendirilmiştir. Çalışmamızda üç gruptan her biri yaş ($p=0,500$), cinsiyet ($p=0,349$), eğitim düzeyi ($p=0,668$), medeni durum ($p=0,110$) gibi özellikler açısından birbiri ile benzer bulundu. Otojen OKB, reaktif OKB ve sağlıklı kontrol grupları arasında BBÖ ($p=0,001$) ve BKA-KF ($p<0,001$) puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık gösterdiği bulundu. Sağlıklı kontrol grubu vakalarının otojen ve

reaktif OKB grubu vakalarına göre BBÖ ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,005$); otojen OKB grubu vakalarının reaktif OKB grubu vakalarına göre, reaktif OKB grubu vakaların ise sağlıklı kontrol grubu vakalarına göre BKA-KF puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,005$) bulundu. BKA-KF skorlarındaki artışın istatistiksel açıdan anlamlı seviyede otojen OKB tanı riskini 1,120 ($p=0,004$) arttırdığı bulundu. VOKE toplam skorlarını açıklamada otojen OKB grubu incelendiğinde sadece BKA-KF ($p=0,031$) skorlarının; reaktif OKB grubuna bakıldığında sadece BBÖ ($p=0,042$) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu. OKB şiddetinde benlik korkusu ve bağlamsal benlik etkilerinin otojen ve reaktif alt tiplerde farklı olduğu, bu alt tiplere sahip OKB hasta gruplarında tedavi sürecinde potansiyel olarak faydalı olabilecek benlik müdahalelerin farklı kavramlar üzerinden olabileceği ve hastaların iyileşmelerine katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: bağlamsal benlik, benlik korkusu, okb, otojen, reaktif

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE CONCEPT OF SELF-AS-CONTEXT AND FEAR OF SELF IN AUTOGENOUS AND REACTIVE SUBTYPES OF OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

In the current study, it was aimed to investigate the effects of self-as-context and fear of self in OCD patients with autogenous and reactive features that provide a new subgrouping for OCD. Hence, it is aimed to investigate whether this subtyping, which has been done within the context of cognitive theory, differs in terms of self. From the patients who applied to Istanbul Medeniyet University Faculty of Medicine Goztepe Prof Dr Suleyman Yalcin City Hospital Psychiatry Department Obsessive Compulsive Disorder Outpatient Clinic between July 2023 and December 2023, 60 patients who accepted to participate in the study and met the inclusion criteria among the patients diagnosed with OCD according to DSM-5 diagnostic criteria were included in the study. These patients were divided into groups according to the content of their primary obsessions: 30 patients with autogenous obsessions and 30 patients with reactive obsessions. The sample also included 30 hospital staff as a healthy control group who matched with these patients in terms of gender, age and education level. Informed consent form, sociodemographic data form, Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5), Vancouver Obsessive Compulsive Inventory (VOCI), Dimensional Obsessive Compulsive Scale (DOCS), Self-as-Context Scale (SACS), Fear of Self Questionnaire-short form (FSQ-8), World Health Organization Quality of Life Scale-short form (WHOQOL-BREF) were applied to all participants. Ethics committee approval was obtained for the study. The data of a total of 90 participants were evaluated. In our study, each of the three groups was found to be similar to each other in terms of characteristics such as age ($p=0,500$), gender ($p=0,349$), education level ($p=0,668$), and marital status ($p=0,110$). It was found that the mean scores of SACS ($p=0,001$) and FSQ-8 ($p<0,001$) differed statistically significantly between the autogenous OCD, reactive OCD and healthy control

groups. The SACS mean scores of the healthy control group cases were statistically significantly higher than the autogenous and reactive OCD group cases ($p < 0,005$). It was found that the FSQ-8 mean scores of the autogenous OCD group cases were statistically significantly higher than the reactive OCD group cases, and the reactive OCD group cases were statistically significantly higher than the healthy control group cases ($p < 0.005$). It was found that an increase in FSQ-8 scores increased the risk of autogenous OCD diagnosis at a statistically significant level by 1,120 ($p = 0,004$). When the autogenous OCD group was examined in explaining the VOCI total scores, only FSQ-8 ($p = 0,031$) scores; when the reactive OCD group was examined, only SACS ($p = 0,042$) scores were found to be statistically significant. It was thought that the effects of fear of self and self-as-context in OCD severity are different in autogenous and reactive subtypes, and that self-interventions that may be potentially useful in the treatment process in OCD patient groups with these subtypes may be based on different concepts and may contribute to the recovery of patients.

Keywords: autogenous, fear of self, ocd, reactive, self-as-context

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), takıntı ve/ya da zorlantıların bulunduğu, çoğunlukla süregelen özellikte ancak dönemsel alevlenmelerle de gidebilen, kişilerin günlük işlevselliğini ciddi düzeyde etkileyen bir bozukluktur. Obsesyonlar, intruzif nitelikte olup irade dışı gelen, bilinçli çaba ile zihinden kovulamayan, yineleyici, kişide belirgin sıkıntı ve kaygıya yol açan düşünce, dürtü ve imgeler olarak tanımlanır. Kompulsiyonlar ise obsesif düşünceleri zihinden kovmak ve bu düşüncelerin neden olduğu rahatsızlığı azaltmak için yapılan yinelenen ritüeller, davranışlar ve zihinsel eylemler olarak tanımlanabilir(1).

Yapılan çalışmalarda OKB'nin etiyoloji, semptomatoloji, klinik prezentasyon, tedavi yanıtı gibi nitelikler açısından oldukça heterojen olduğu ve bu durumun önceki araştırma sonuçlarında tutarsızlıklara neden olduğu düşünülmüş ve OKB semptom patogenezinin ve nörobiyolojisinin daha iyi anlaşılabilmesi, tanı ve gidişinin daha iyi tanımlanabilmesi, özel tedavi stratejileri geliştirilebilmesi amacıyla homojen özelliklere sahip alt tipleri tanımlamaya yönelik çalışmalar hız kazanmıştır(2). Lee ve Kwon yaptıkları çalışmalarda, OKB hastalarında obsesyonların içeriği, uyarının niteliği, algılanan tehdit, bilişsel değerlendirme odağı, nötralizasyonun amacı gibi özellikler açısından heterojen bir yapıya sahip olmasının daha homojen alt tiplere ayırma ihtiyacı olduğunu düşünerek “otojen obsesyon” ve “reaktif obsesyon” kavramlarını içeren yeni bir model önermiştir. Otojen obsesyonlar açık bir uyarı olmadan aniden akla gelir, benliğe yabancı algılanan, dini, cinsel ve saldırganlık içeriklidir ve bunlara genellikle örtük kompulsiyonlar eşlik eder. Reaktif obsesyonlar ise dış uyarı tarafından tetiklenmeye meyilli, benliğe daha az yabancı ve genellikle aşıkâr kompulsiyonların eşlik ettiği, bulaş, kuşku, simetri, somatik temalara sahiptir(3,4).

Son yıllarda birçok araştırmacı benlik ilişkili temalardan bahsetmiştir. Özellikle kabul edilemez düşünceler olarak adlandırılan obsesyonları içeren alt tip için “benlik korkusu” kavramı önem kazanmıştır(5). Benlik korkusu, kişinin benliğine güvenememesi ve benliğinin olmasından korktuğu negatif yönlerinin ortaya çıkmasından

endişe etmesi olarak tanımlanabilir(6). Seo ve Kwon (2013) çalışmalarında otojen OKB'si olan bireylerin reaktif OKB'si olanlara kıyasla daha fazla negatif benlik çıkarımı gösterdiğini bulmuştur(7). Benlik korkusu kavramıyla ilgili yapılan birçok çalışmada da benlik korkusunun özellikle dini, cinsel ve saldırganlık temalı obsesyonlarla ilişkili olduğuna dair sonuçlar bulunmuştur(5,6,8).

Bağlamsal davranış bilimleri ve ilişkisel çerçeve teorisi temelinde klinik değerlendirme ve müdahale yöntemlerini içeren Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT)(9) benlik algısına 'ben/şimdi/burada' şeklinde temas etmeyi destekler. Bağlamsal benlik; kişinin davranışlarını, düşüncelerini, duygularını veya bedensel belirtilerini tanımlarken bu tanımlama davranışını gözlemlemeye ve deneyimlediklerine perspektif almaya vurgu yapar(10). "Bağlamsal Benlik"teki eksikliklerin bir dizi sosyal ve psikolojik soruna yol açtığı düşünülmektedir(11).

Bu çalışmada, otojen ve reaktif OKB hastalarında alanyazında sınırlı sayıda çalışmanın olduğu bağlamsal benlik ve benlik korkusuna ait özelliklerin incelenmesi ile OKB etiyolojisine ve tedavisine yönelik araştırmalara katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

Mevcut çalışmanın hipotezleri aşağıda sıralanmıştır:

Hipotez 1 – Otojen OKB hastalarının reaktif OKB hastalarına kıyasla, reaktif grubun da sağlıklı kontrollere göre daha yüksek benlik korkusu skorları olacaktır.

Hipotez 2 – OKB hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha düşük bağlamsal benlik ölçek skorları olacaktır.

Hipotez 3 – OKB şiddeti ile benlik korkusu pozitif korelasyon gösterecektir.

Hipotez 4 – OKB şiddeti ile bağlamsal benlik negatif korelasyon gösterecektir.

Hipotez 5 – Yaşam kalitesi, OKB her iki alt tipinde de sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük olacaktır.

Hipotez 6 – Bağlamsal benlik ve OKB şiddeti değişkenleri arasında benlik korkusu değişkeni aracı değişkendir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

2.1.1. Tanım

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), takıntı ve/ya da zorlantıların bulunduğu, çoğunlukla süregelen özellikte ancak dönemsel alevlenmelerle de gidebilen, kişilerin günlük işlevselliğini ciddi düzeyde etkileyen bir bozukluktur. Obsesyonlar, intruzif nitelikte olup irade dışı gelen, bilinçli çaba ile zihinden kovulamayan, yineleyici, kişide belirgin sıkıntı ve kaygıya yol açan düşünce, dürtü ve imgeler olarak tanımlanabilir. Bu takıntılar genellikle kişinin mantığına, inanç ve ahlak anlayışına ters düşer yani benliğe yabancıdır (ego-distonic). Kompulsiyonlar ise obsesif düşünceleri zihinden kovmak ve bu düşüncelerin neden olduğu rahatsızlığı azaltmak için yapılan yinelenen ritüeller, davranışlar ve zihinsel eylemler olarak tanımlanabilir. Başlangıçta takıntılara ikincil gelişen sıkıntıyı azaltmaya yönelik başlayan bu aşikâr veya örtük davranışlar, kontrol edilemez düzeye gelip yinelenen ritüelin kendisi sıkıntı vermeye başlayabilir(1).

2.1.2. Tarihçe

Çok eski din kitaplarında dahi takıntı ve zorlantıları işaret eden davranış örnekleri vardır. Shakespeare'in Macbeth adlı eserinde de el yıkama zorlantisının örneğinden bahsedilmektedir(12). Esquirol, 1838 yılında "Mental Hastalıklar" adlı kitabında 34 yaş kadın vakası üzerinden kompulsiyon teriminin ilk ayrıntılı tıbbi tanımını yapmış ve OKB'yi bir tür monomani olarak tanımlamıştır(13). Fransız hekimler monomani terimini bırakmaya başlamış ve Morel obsesyon terimini ilk kez kullanan kişi olmuştur(14). Westphal 1877'de önceleri diğer psikopatolojilerle ayrımı yapılmayan OKB'yi kendi başına bağımsız bir bozukluk olarak tanımlayan ilk hekim olmuştur(15).

Pierre Janet 20. yüzyılın başlarında fobileri, takıntı ve zorlantıları "psikastenî" başlığı altında toplamıştır. Freud ise ruhsal nedenlerinin farklı olduğunu düşünerek fobik nevroz ve obsesif kompulsif nevrozu ayrı rahatsızlıklar olarak ele almıştır. Obsesif kompulsif nevrozun psikodinamiğine ve ruhsal kökenine yönelik çağdaş görüşler Freud

tarafından geliştirilmiş olmakla beraber yirminci asırda öğrenme kuramları ile etiyolojisine ve tedavisine mühim katkılar sağlanmış, ilerleyen dönemlerde ise kalıtsal nörobiyolojik faktörlerin etkisine ilişkin bilgiler elde edilmiştir(1).

Obsesyon ve kompulsiyon belirtileri resmi olarak ilk kez DSM-I ile 1952 senesinde tanımlanmışsa da güncel bakış açısına en yakın tanımlaması 1980 yılında DSM-III ile olmuş, obsesyon ve kompulsiyon ayrımı net bir biçimde ortaya konmuştur(16–18). DSM-IV-TR’de OKB, anksiyete bozuklukları içerisinde bulunmakta iken 2013 yılında yayınlanan DSM-5’te OKB, bu başlıktan çıkartılmış ve yeni olan “Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında sınıflandırılmıştır(19,20).

2.1.3. Epidemiyoloji

OKB’nin genel popülasyondaki yaygınlığını saptamak amacıyla birçok çalışma yapılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Komorbidite Anket Tekrarlaması’nda (2010) OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2,3 ve 12 aylık yaygınlığı %1,2 olarak bulunmuştur(21). Fineberg ve ark. (2013) İsviçre’de yaptığı 30 yıllık bir izlem çalışmasında OKB için genel popülasyonu temsil eden ağırlıklı kümülatif yaygınlık oranları ise %3,5 bulunmuştur(22). Ülkemizde ise 1998 yılındaki Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması sonuçlarına göre erişkinlerde 1 yıllık yaygınlık %1,5 olarak bulunmuşken Konya’da 2004 yılında yapılan bir çalışmada ise OKB'nin 1 yıllık yaygınlık oranı %3 olarak saptanmıştır(23,24).

Cinsiyet açısından karşılaştırma nedeniyle Konya’da yapılan çalışmada OKB'nin 12 aylık yaygınlık oranı fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kadınlarda biraz daha yüksek bulunmuştur(24). Benzer şekilde Fineberg ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada OKB’nin kadınlardaki yaygınlığının daha fazla olduğunu desteklemiştir. Yine aynı çalışmada erkeklerde OKB nedeni başvurunun istatistiksel olarak anlamlı şekilde kadınlara göre daha erken yaşta olduğu sonucuna varılmıştır(22). Mathes ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada da kadınların ergenlik ve erişkinlik döneminde erkeklere kıyasla biraz daha yüksek oranda etkilendiği erkeklerin ise çocukluk döneminde daha sık etkilendiğini belirtilmiştir(25). OKB başlangıç yaşı genellikle 18-25’tir(1) ve erkeklerde kadınlara kıyasla daha erken yaşta başladığı söylenmektedir(26).

2.1.4. Etiyoloji

OKB etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber fizyopatolojisinde genetik, nörobiyolojik ve psikososyal faktörler sorumlu tutulmaktadır(27).

2.1.4.1. Genetik

Yirminci yüzyılın başlarından beri yapılan OKB alanındaki genetik çalışmalar artarak devam etmektedir. Yapılan ikiz grubu çalışmalarında monozigotik ikizler arasında OKB açısından dizigotik ikizlere göre daha yüksek eş hastalanma (konkordans) olduğu, bunun da bozukluğun genetik bir bileşeni olduğunu düşündürdüğü belirtilmiştir(28,29). Grootheest ve arkadaşlarının 2005 yılında yayımlanan ikiz çalışmalarında çocuklarda obsesif kompulsif belirtilerin %45-65 aralığında genetik etkilerle, yetişkinlerde ise obsesif kompulsif semptomları üzerinde %27-47 arasında değişen bir genetik etkiyle kalıtsal olduğu düşünülmüştür(30).

Grabe ve ark. (2006) yaptıkları aile çalışmasında probandların akrabalarında OKB prevalansının %6,4 iken karşılaştırma grubunun akrabalarında %1,2; probandların akrabalarında subklinik OKB prevalansının %5,9 iken karşılaştırma grubunun akrabalarında %2,9 bulmuşlardır. Tüm OKB probandlarının akrabalarında, karşılaştırma grubunun akrabalarıyla karşılaştırıldığında OKB riskinin 6,2 kat ve OKB probandlarının akrabalarındaki genel subklinik OKB riskinin 2,2 kat daha yüksek olduğunu, çalışmanın sonuçlarının da OKB'nin ailesel geçişini doğrulamakta olduğunu belirtmişlerdir(31). Nestadt ve ark. (2000) yaptıkları aile çalışmasında OKB tanısı alan probandların birinci derece akrabalarında yaşam boyu OKB görülme sıklığının yaklaşık beş kat daha yüksek olduğunu ve obsesyonların kompulsiyonlara göre ailesel ilişkisinin daha güçlü olduğunu saptamıştır(32). OKB hastalarının birinci derece akrabaları arasında obsesif kompulsif bozukluk prevalansının arttığını bildiren benzer araştırmalar da vardır(33,34).

Nestadt ve arkadaşlarının 2000 yılında yayımlanan çalışmasında önceki araştırmalar ile bulunanlarla benzer şekilde OKB belirtilerinin erken yaşta başlamasının daha ailesel geçişle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca bu çalışmalarında OKB başlangıç yaşının 17'den büyük olduğu probandların akrabalarında OKB görülmediğini tespit etmişlerdir(32). Bu çalışmaların tersine Fyer ve ark. (2005) yaptığı çalışmada ise OKB'nin başlangıcındaki proband yaşı ile ailesel kümelenmenin gücü arasında bir ilişki olmadığını bulmuştur(35). Taylor (2011) yaptığı çalışmada geç başlangıçlı OKB'ye kıyasla erken başlangıçlı OKB'nin erkeklerde ortaya çıkma olasılığının, genel belirti

şiddet düzeyinin, tik ve diğer OKB ilişkili bozukluklarla komorbid olma olasılığının ve birinci derece akrabalarda OKB prevalansının daha yüksek olduğunu belirtmiştir(36).

Hastalıkların kalıtım şeklini değerlendirmek için yapılan segregasyon analizleri OKB için hem genlerin majör etkisine hem de poligenik kalıtıma dair kanıtlar ortaya koymaktadır(37). Ayrıca yapılan bu çalışmalarda OKB, Tourette Sendromu ve Kronik Motor Tik Bozukluklarının ilişkili olduğu bulunmuştur(38–40).

Pediyatrik OKB probandına sahip 7 aileden 56 kişiyi inceleyen OKB'de bildirilen ilk bağlantı (linkage) taramasında, kromozom 9 üzerindeki 9p24 bölgesinde bir bağlantı tanımlanmış ve bu bölgenin nörotransmisyonunda rol oynayan glutamat taşıyıcı gen SLC1A1'i barındırdığı ve OKB için potansiyel bir aday gen olduğu belirtilmiştir(41). Willour ve ark. 2004 yılında yayımlanan çalışmalarında 9p24 bölgesine ait bilgiler desteklenmiştir(42).

OKB'de aday gen belirleme çalışmaları ilişkilendirme (asosiyasyon) çalışmaları ile test edilmeye başlanmıştır(43). Nicolini ve ark. (2009) yaptıkları bir gözden geçirme makalesinde önceleri Katekol-O-metiltransferaz (COMT) gen polimorfizmi ile OKB arasında ilişki saptanan çalışmalar olsa da daha sonra bu bulguyu destekleyecek yeterli kanıt olmadığını ancak COMT'un rolünü kesin olarak dışlamak için ek çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir(37,44). Aynı makalede Monoamin oksidaz-A (MAO-A) ile OKB ilişkilendirmesi için yeterli büyüklükte çalışma olmadığından bahsedilmiştir. Dopamin taşıyıcı (DAT) ve dopamin reseptörleri gibi dopaminerjik sistemle ilgili çeşitli genler üzerinde incelemeler yapılmış, özellikle DRD4 ile bazı pozitif ilişkiler saptanmasına rağmen kesin bir sonuca varılamamıştır(37).

Sinopoli ve ark. 2017 yılında yayımlanan bir gözden geçirme derlemesinde serotonin ile ilişkili polimorfizmler (5-HTTLPR ve HTR2A) ile OKB'nin bağlantılı olduğunu bildirmiştir(45). Glutamat taşıyıcı gen SLC1A1 ile OKB ilişkisine dair pozitif sonuçlar bulunmuştur(46). Delorme ve ark. (2004) kainat reseptör genleri GRIK2 ve GRIK3'ü incelemesiyle GRIK2 ile tekrarlama gerektiren zayıf bir ilişki saptanmıştır(47). Beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF), GABA tip B reseptörü 1, miyelin oligodendrosit glikoprotein geni, Mu opioid reseptörü ve miyelin düzenleyici gen Olig2 genleri ile çalışmalar devam etmektedir(37).

Bildiğimiz kadarıyla alanyazında OKB otojen ve reaktif alt tip hastalarında yapılmış genetik çalışma yoktur.

2.1.4.2. Nöroanatomi ve nörogörüntüleme

Araştırmalar, çoğunlukla OKB'de kortiko-striatal-talamo-kortikal devrenin etkisini desteklemektedir. Fonksiyonel görüntüleme çalışmaları OKB'de orbito-frontal korteks, kaudat çekirdek, talamus ve anterior singulat girusun rol aldığını göstermiştir(48).

Tourette sendromu gibi bazal ganglionlar ilişkili nörolojik hastalıklar ile OKB arasındaki ilişkileri araştıran çalışmalardan OKB'de bazal gangliyon fonksiyon bozukluğuna ilişkin kanıtlar elde edilmiştir(49). Bazal ganglionlar, motor eylemlerin düzenlenmesi ve kognitif işlevlerin yürütülmesinde mühim bir rol oynamaktadır. İntrinsik bazal ganglion devresinin unsurları olan "Direkt yolak" ve "İndirekt yolak" motor hareketlerin filtrelenmesinde birbirine zıt olarak çalışır. Direkt yolaktaki aktivite, hareketi teşvik etmek için motor korteksi uyarıp motor hareketi artırırken indirekt yolak motor aktiviteyi inhibe eder(50). Bu yolakların sağlıklı bireylerde denge halinde olduğu fakat OKB hastalarında dengenin direkt yolak lehine bozulduğu ve bu durumun orbito-frontal korteks, ventromedial kaudat ve medial dorsal talamusta aktivite artışına yol açtığı bulunmuş(48), orbito-frontal kortekste bu hiperaktivitenin, tekrarlayıcı, zorlayıcı düşüncelere neden olduğu düşünülürken amigdala ve limbik sistemle yoğun bağlantıları olan anterior singulat korteksin hiperaktivitesinin kaygı ve korkuyla ilişkili olduğu saptanmış(51) böylece obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıktığı düşünülmüştür(48). Benzer şekilde aynı çalışmada, OKB'de orbito-frontal korteks aktivitesinin tedavisiz kalınan durumlarda arttığı, tedaviye yanıt alınmasıyla azaldığı ve yine semptom provokasyonu ile arttığı belirtilmiştir(48).

Nörogörüntüleme çalışmalarını içeren bir meta-analizde OKB hastalarının orbito-frontal kortekste, medial frontal girusta ve anterior singulat kortekste sağlıklı kontrollere göre gri madde hacminde azalma olduğu ancak lentiküler çekirdekte, kaudat çekirdekte ve sağ üst parietal lobulde küçük bir alanda gri madde hacminde artış olduğu gösterilmiştir(52). Başka bir çalışmada, azalmış hipokampus, dorsomedial prefrontal korteks ve insular operküler bölge hacmi gibi bazı nörobiyolojik değişikliklerin OKB ile diğer psikiyatrik bozukluklarla ortak olduğu ancak ileri yaş hastalarda daha belirgin olan, muhtemelen hastalığın süreğenliği ve/veya ilacın uzun vadeli etkileriyle ilişkili bazal ganglionların daha büyük hacimli olması gibi OKB için daha spesifik değişikliklerin

olduğu belirtilmiştir(53). Benzer şekilde, 2004 yılında yayımlanan bir çalışmada OKB hastalarında yapılan beyin görüntülemelerinde medial frontal ve orbito-frontal kortekslerde ve sol insulo-operküler bölgede gri madde hacminde anlamlı azalmalar ve striatumun ventral kısmı ile anterior serebellumda göreceli hacim artışı ortaya konmuştur(54).

OKB’de yapısal ve fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarının neticeleri bu hastalıkta orbito-frontal korteks, talamus, anterior singulat korteks ve bazal gangliyon yapılarının anormallikler gösterdiği şeklinde yorumlanmış(55) ve fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarının çoğunda OKB şiddeti ile korele orbito-frontal korteks aşırı aktivitesinin olduğu ve bu durumun tedavi ile düzeldiği gösterilmiştir(56).

Nörogörüntüleme açısından otojen ve reaktif OKB alt tiplerini karşılaştıran bir çalışmada, otojen grupla karşılaştırıldığında reaktif grubun sağ Rolandik operkulumda daha fazla gri madde hacimleri gösterdiği; sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında reaktif grubun putamenlerde (iki taraflı) daha büyük hacimler gösterirken otojen grubun daha az hacimli sol ön temporal lob gösterdiği; yine sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında her iki alt tipte de daha az hacimli sağ orta temporal girus olduğu bulunmuştur(57).

2.1.4.3. Nörokimyasal çalışmalar

2.1.4.3.1. Serotonerjik sistem

OKB etiyojisinde serotonin hipotezi çoğunlukla seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) obsesif kompulsif belirtilerde etkilerini gösteren tedavi çalışmalarına dayanmaktadır(58,59). Yapılan bir çalışmada, OKB hasta grubunun beyin omurilik sıvısında (BOS) saptanan, serotonin yıkım ürünü olan 5-hidroksi-indol-asetik asit (5-HIAA) düzeylerinin, kontrol grubuna kıyasla yüksek olduğu ve klomipramin tedavisi sonrasında BOS 5-HIAA düzeylerinde düşüş olduğu görülmüş, bu da serotonin hipotezini desteklemiştir(60). Reseptör düzeyinde yapılan farmakolojik zorlama (challenge) çalışmalarında serotonin agonistleri meta-klorofenilpiperazin ve sumatriptan ile OKB belirtilerinde artış olması serotoninin OKB patogeneziindeki rolüyle uyumlu bulunmuştur(58). Yapılan çalışmalarda SSRI'ların ve bir trisiklik antidepresan (TCA) olan klomipraminin, OKB hastaları için ilk basamak tedavileri olduğu belirtilmiş, OKB hastalarının %40 ila %60'ının SSRI denemelerine yanıt vermeyebileceği, diğer nörotransmitter sistemlerinin de OKB'nin patofizyolojisinde rol oynayabileceği ve bu

nedenle serotonin geri alım inhibitörlerinin güçlendirilmesinde faydalı olabilecekleri düşünülmüştür(61).

Otojen ve reaktif alt tipler açısından bakıldığında Beşiroğlu ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada sertralin, fluvoksamin ve paroksetin tedavilerinin alt tip fark etmeksizin tüm OKB hastalarında etkili olduğunu bunun yanı sıra otojen grupta obsesyon şiddetindeki azalmanın daha fazla bulunmasının, OKB alt tiplerinin SSRI tedavisine yanıtının farklı düzeyde olabileceğini düşünmüştür(62).

2.1.4.3.2. Dopaminerjik sistem

Dopamin hipotezinin OKB etiolojisinde olduğuna dair kanıtlar, hayvan modelleri çalışmaları ile nörokimyasal, farmakolojik, genetik ve beyin görüntüleme stratejilerini içeren klinik çalışmalardan elde edilmiştir(63).

Bazal ganglionların hem 5-hidroksitriptamin hem de dopamin nöronlarından zengin inervasyonu dikkate alındığında OKB'de bazal ganglionlar ve orbito-frontal korteks devresindeki nöronal işlev bozukluğunun etkisi desteklenmiştir(58). Straathof ve ark. (2020) yaptıkları bir hayvan çalışmasında, D2/D3 reseptör agonisti kuinpirol (QNP) enjeksiyonu ile sıçanlarda kompulsif davranışların ortaya çıktığını ve beyin görüntülemelerinde beyaz madde maturasyonunda değişiklikler olduğunu bulmuşlardır(64). QNP ile yapılan diğer hayvan çalışmalarında sıçanların kompulsif davranışlarının tetiklenmesinin dopamin reseptörlerinin kronik aşırı uyarılmasını içermesinin dopaminerjik mekanizmaların OKB'de rolü olabileceği şeklinde yorumlanmış(65), SSRI tedavisine yanıt vermeyen OKB vakalarında dopamin reseptör antagonistlerinin etkili olabileceği düşünülmüştür(66).

Özellikle prefrontal kortekste dopaminerjik etkinliği artırdığı bilinen atomoksetin(67) ve metilfenidat(68) tedavileriyle dikkat eksiliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan hastalarda OKB belirtilerinin ortaya çıktığını gösteren olgu sunumları vardır(69–71). Stimülana bağlı olgularda, obsesif kompulsif eylemlerle ilgili psikolojik sıkıntı ortaya çıkmadığı, yineleyen düşünce ve davranışların dopaminerjik aşırı aktivasyona bağlı olabileceği ve ego-distonisite için serotonin işlev bozukluğunun görece ön planda olduğunu düşünülmüştür. Ayrıca OKB'de birincil söz konusu serotonin azlığıyla var olan serotonerjik bozukluğun, normal dopaminerjik aktivitenin baskılanamaması ile sabit hareket örüntüsünün uygun olmayan şekilde arttığı ve OK belirtilerinin ortaya çıkmasıyla sonuçlandığı düşünülmüştür(72).

2.1.4.3.3. Glutamaterjik sistem

OKB'de glutamat aracılı talamo-kortikal-striatal fonksiyon bozukluğu olduğunu destekleyen kanıtlar vardır(73). Nörokimyasal düzeyde, bu işlev bozukluklarına aracılık eden serotonerjik, dopaminerjik ve glutamaterjik sistemlerdeki dopamin/serotonin oranlarının ve ventral prefrontal korteks (VPFC) ile striatumda glutamaterjik nöronların işleyişindeki değişikliklerin anormal nörogelişimin bir sonucu olarak gerçekleşmiş olabileceği ve OKB'nin ortaya çıkmasına yol açabileceği düşünülmüştür. Yapılan araştırmada, OKB'nin patogenezinde VPFC'de glutamaterjik aracılı hiperdopaminerjik bir durumun metabolizmayı artırmasıyla hacimlerin artmasına neden olduğu ve OKB hastalarında anormal VPFC anterior singulat hacmi ve anormal VPFC matürasyonu saptandığı belirtilmiştir(74).

Pediyatrik OKB hastalarında yapılan, manyetik rezonans spektroskopisi kullanılan bir çalışmada, sağlıklı kontrollere göre hastalarda başlangıçta striatal glutamat konsantrasyonunun fazla olduğu ve 12 haftalık paroksetin tedavisi sonrası bu bölgedeki glutamat konsantrasyonunun normale döndüğü saptanmıştır(75). Monoaminerjik nöromodülatör sistemlere odaklanan mevcut tedaviler birçok hastada etkili olsa da tedaviye yanıt veren birçok hasta belirti göstermeye devam etmekte ve belirli bir kısım da tedaviye dirençli olarak değerlendirilmektedir. Kesin kanıtlar olmamakla birlikte, bu durumun nedenine dair önemli bulgular mevcuttur ve belirli glutamat modüle edici ajanlarla yapılan klinik gözlemler, glutamaterjik sistemi hedef alan farmakolojik stratejilerin dirençli obsesif-kompulsif hastaların tedavisi için umut vaat ettiğini göstermektedir(76).

2.1.4.4. Nöroimmunoloji

Çocukluk çağında başlayan OKB'nin çoğunlukla kronik bir seyir izlediği düşünülmektedir. Bununla birlikte antibiyotik profilaksisi gibi bazı immünoterapi türlerinin obsesif kompulsif veya tik belirtilerinin nüksetmesini veya alevlenmesini önemli derecede azaltabilmesi bu durumların ortaya çıkmasında veya kötüleşmesinde immün tetikleyicilerin rol aldığını öne sürmektedir(77).

Streptokok enfeksiyonu ilişkili OKB ve tik bozukluğu gelişen çocuklarda beyin görüntülemesi yapılan bir çalışmadan elde edilen bulgular, bazal ganglionlarında hacim artışı görülen OKB ve/veya tikleri olan ayrı bir alt grubun olduğunu ve bunun da A grubu beta-hemolitik streptokok bakterilerine yönelik antikorların konakçıların bazal ganglionları ile çapraz reaksiyona girerek OKB ve/veya tiklere yol açtığını öne süren

streptokok enfeksiyonuna karşı otoimmün yanıt hipoteziyle tutarlı olduğunu desteklemektedir(78).

Swedo ve ark. (1998) yaptıkları çalışmada Streptokok Enfeksiyonuna Bağlı Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalık (PANDAS) olan çocuklarda DEHB, afektif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere psikiyatrik eş tanının yaygın olduğunu ayrıca emosyonel labilite, hiperaktivite, uyku problemleri gibi belirtiler gösterdiklerini bulmuşlardır. Bu eşlik eden belirtilerin obsesif kompulsif semptomların ve tiklerin başlamasıyla veya kötüleşmesiyle aynı anda aniden başladığını, anti-streptokokal antikor titrelerindeki artışla da ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca PANDAS'ta sık görülen obsesyonların kontaminasyon, kendine/başkalarına zarar verme, cinsel ve dini obsesyonlar olduğunu bulmuşlardır(79).

OKB hastalarındaki sitokin düzeylerini içeren çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiş(80), Gray ve Bloch (2012) yaptıkları meta-analizde OKB hastalarında IL-1β'nın azaldığı fakat IL-6 ve TNF-α düzeylerinde herhangi bir fark bulunmadığı sonucuna varmıştır(81).

2.1.4.5. Psikodinamik Kuram

Sigmund Freud, OKB'yi nevrozların prototipi ve psikanalizin oldukça ilgi çekici alanlarından olduğunu düşünmüştür. Freud'un obsesyonlar ve kompulsiyonlarla ilgili tanımlamaları bugünkü bilgilerle benzerdir. Freud, obsesyonel nevrozu anal döneme saplanma ve gerileme görülmesi; yalıtma, yapma-bozma, yer değiştirme gibi bu bozukluğa özgü savunma mekanizmaları ve ego ile sadistik süperego arasındaki sadomazoşistik ilişki üzerinden açıklamıştır(82). Laplanche ve Pontalis(83), gerileme kavramını gelişim sürecinde zorlanma yaşandığında varılan noktadan daha önceki dönemlere, saplanılan nesneye geri dönülmesi olarak tanımlamışlardır(82,84).

Psikanalitik kuram; OKB'de bireyin saldırgan ve cinsel itkilerle başa çıkmada kullandığı anal döneme ait üç temel savunma mekanizması olduğunu savunmaktadır: karşıt tepki oluşturma, yapma-bozma ve yalıtma(85). Karşıt tepki oluşturmada çatışan iki dürtüden biri aşırı derecede yoğunlaşır diğerini baskı altında tutar ve diğeri bastırılarak kaybolur(82), bu savunma mekanizmasını kullanan bireyler, bilinç düzeyinde altta yatan dürtünün aksine bir tutum içindedir(85). Yalıtma bazı düşüncelerin veya eylemlerin diğer düşüncelerden veya yaşantının geri kalan kısımlarından, bağlamından savunma amacıyla ayrı tutulmasıdır(82). Dürtünün duygusal bileşeni bilinç dışına itilmekte, yalnızca düşünsel içeriğin bilinç düzeyinde tutulması gerçekleşmektedir(85). Yapma-bozmada bir

eylem bir diğeri tarafından iptal edilirken bazen de aynı eylem bunun tam aksi niyetle yapılmaktadır. Öncesinde dürtüsel olarak yapılmış olanın yerine süperegonun yaptırdığı geçirilir. Birbirine zıt 2 dürtü arasındaki çatışmayı belirten iki evreli ve ikincisinin, birincisini yansıztırdığı kompulsif davranışlar obsesyonel nevroz için tipiktir(82).

Freud'dan sonraki çalışmalarda, Anna Freud'un(86), nesne ilişkilerindeki başarısızlık ile anal özelliklerin artışı arasında bir ilişki olduğunu savunduğu; Klein'in(87), bireyin sevdiği içsel iyi nesneyi tahrip etmekten korkmakta ve tahribata engel olmak için onu kontrol etmekte olduğunu ve obsesyonları tahrip etme arzusuna karşı kullanılan savunmalar olarak gördüğü; Mallinger(88) ve Salzman'ın(89), obsesif bireylerin yaşamlarının her alanında kontrol gereksiniminin egemen olduğunu vurguladıkları; Leib'in(90), obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin analizinde anne-çocuk ilişkisinin araştırılmasının çok önemli olduğunu belirttiği; Meares'in(91), OKB hastalarında kendilik sınırları kavramının gelişmemiş olmasına bağlı olarak bozukluğun ortaya çıktığını ve tedavide kişilik yapısının çalışılması gerektiğini söylediği görülmektedir(82,84).

2.1.4.6. Bilişsel Davranışçı Kuram

OKB'de davranışçı kuramlar OKB'nin ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde öğrenme modellerini öne sürmüştür(92). Mowrer'in "iki basamaklı öğrenme kuramı"nda(93) ilk basamakta, klasik koşullanmayla yansız düşüncelerin kaygı oluşturan uyanlarla bağlantılandırılmasıyla obsesyonlar yani koşullu uyanlar ortaya çıkar. İkinci basamaktaysa bu kaygı gibi olumsuz duyguları azaltmak için edimsel koşullanmayla kaçınma yanıtları yani kompulsif davranışlar oluşturulmaktadır. Tetikleyici uyanlarla karşılaşıldığında artan olumsuz duyguların tekrarlayan hareket ile azalması negatif pekiştirme yoluyla kompulsif eylemin devam etmesine neden olmaktadır. Aynı zamanda obsesyonlara neden olan durumlardan kaçma, obsesyonel düşüncelere maruziyeti önleyerek "alıştırmayı" engellemekte ve obsesyonların devam etmesiyle sonuçlanmaktadır(94-97).

Davranışçı terapiler maruz bırakma ve yanıt önleme (ERP) yöntemine odaklanmıştır(92). Çok sayıda çalışma ERP'nin OKB belirtilerini azaltmadaki etkinliğini ve plasebo, gevşeme gibi çeşitli kontrol tedavilerinden üstün olduğunu göstermektedir(98). ERP'nin gösterilmiş etkinliğine karşın hastaların yaklaşık %20'sinin tedaviyi bırakmakta, %20'sinin tedaviye yanıt vermemekte olduğu dolayısıyla mevcut

yöntemin her hasta için yeterli olmadığı vurgulanmıştır(98). Araştırmacılar bu sebeplerden dolayı bilişsel parçanın da tedavide bulunması gerektiğini belirtmiştir(99).

OKB’de bilişsel yaklaşımı ortaya atan ilk kişi olan Carr (1974), OKB’de gerçekçi olmayan tehdit algısı değerlendirmelerine dikkat çekmiş ve OKB’li hastaların istenmeyen sonuçların ortaya çıkma olasılıklarını ve ortaya çıkabilecek sonuçları abarttıklarından aşırı tehdit algısı yaşadıklarını varsaymıştır(100). Yapılan bir çalışmada, Carr’ın bu görüşü desteklenmiştir. OKB’li hastaların tehdide yönelik birincil değerlendirmelerinde yanlışlıklar gösterdiği, yaşadıkları tehdit algısına yönelik başa çıkma mekanizmalarını küçümsedikleri, bunun da belirsizliğe, kontrol kaybına ve kaygıya yol açtığı savunulmuştur. Obsesif kompulsif belirtilerin belirsizliği ve kaygıyı azaltıp bireye kontrol duygusu sağlamasıyla obsesif-kompulsif bireyin büyüdü ritüelleri algılanan tehdidi azaltmak için kullanabileceği en etkili araç olarak görmesi ikincil değerlendirme sürecinde de çarpıklıklar meydana geldiğini göstermektedir(101).

Bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre girici düşüncelerin OKB'nin oluşumunda ve sürmesinde önemli bir rol oynadığı varsayılmaktadır ancak sağlıklı popülasyonun çoğunda da intrüzif düşüncelerin var olmasının OKB'nin nedeni olarak intrüzif düşüncelerin kendisinin değil, onlara atfedilen olumsuz anlam olduğu düşünülmüştür. Bu olumsuz değerlendirmeler açık veya gizli kompulsif davranışlarla sonuçlanacak anksiyeteye yol açmaktadır. Tekrarlayan eylemle kaygının azalması olumsuz değerlendirmeyi negatif pekiştirecektir(96,99,102). Rachman ve de Silva (1977) yaptıkları çalışmada klinik olmayan katılımcılarda ve OKB hastalarında obsesyonların biçiminin ve bir dereceye kadar içeriğinin de benzer olduğunu ancak hasta grubundaki obsesyonların daha uzun sürmesi, daha rahatsız edici, daha yoğun, daha sık, kabul edilebilirliğinin daha düşük, benliğe daha yabancı, nötralize etmek için daha fazla dürtüye neden olması bakımından farklılık gösterdiğini belirtmiştir(103). Salkovskis (1985, 1989) de neredeyse herkes girici düşüncelere sahip olsa da sadece bazı kişilerde bu girici düşüncelerin klinik obsesyonlara dönüştüğünü bunun nedeni olarak da kişilerin bu intrüzif düşünceleri kendilerinin sorumlu olduğu bir tehdit olarak değerlendirmeleri olduğunu öne sürmüştür. Bu tür değerlendirmeler kişide sıkıntı oluşturur ve kişi istenmeyen girici düşünceleri bastırmaya veya ortadan kaldırmaya böylece intrüzyonlarla ilişkili herhangi zararlı bir sonucu önlemeye çalışır. Bu amaçla yapılan eylemler kompulsiyonlar olarak adlandırılır. İstenmeyen girici düşüncenin geçici olarak ortadan kaldırılmasıyla ve sıkıntının anında azaltılmasıyla pekiştirilmesinin ve kompulsiyonun gerçekleştirilmesinden sonra korkulan sonucun meydana gelmemesinin kişinin tehdidi

ortadan kaldırmaktan sorumlu olduğu inancını güçlendirerek kişinin kendi değerlendirmelerinin gerçekçi olmadığını öğrenmesinin engellenmesinin kompulsiyonları daha kalıcı hale getirdiği söylenmiştir(104,105).

Bilişsel-davranışçı teoriler, sorumluluk ile ilgili olanlara ek olarak çeşitli işlevsel olmayan inançların ve değerlendirmelerin OKB'nin oluşumunda ve devamında önemli bir rol oynadığını öne sürmektedir. Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu tarafından OKB etiyojisinde yer alan 6 hatalı değerlendirme ve inanç alanları olarak mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük, düşünceye aşırı önem verme, düşünce kontrolü, abartılı sorumluluk algısı ve abartılı tehdit algısı belirtilmiştir.(106). Mükemmeliyetçilik, hata yapmanın kabul edilemez olduğuna inanmaktır. Düşünceye aşırı önem verme, düşüncenin mevcut olmasının o düşüncenin anlamlı olduğunu gösterdiğine ve düşünmenin davranış ya da olayın olma olasılığını arttırdığına dair inanç vardır. Düşünce-eylem kaynaşması olarak da bilinir. Düşünce kontrolü, kişinin düşünceleri üzerinde kontrol sahibi olmasının mümkün ve gerekli olduğuna dair inançtır. Belirsizliğe tahammülsüzlük, olumsuz sonuçların oluşmayacağından tamamen emin olmanın gerekli olduğuna dair inançtır. Abartılmış sorumluluk algısı, kişinin olumsuz sonuçlara sebep olma konusunda bir güce veya olumsuz sonuçlara engel olma zorunluluğuna sahip olduğu inancıdır. Abartılmış tehdit algısı, muhtemel zarar olasılığının veya ciddiyetinin abartılı olarak düşünülmesidir(96,102,106).

Bilişsel teori bağlamında Lee ve Kwon tarafından tanımlanan otojen ve reaktif obsesyonlar açısından ele alındığında otojen obsesyonlar, “düşünce üzerindeki kontrol” ile “düşüncenin önemi” boyutlarındaki değerlendirmenin ve kaçınmacı kontrol stratejilerinin kullanımına yol açarken reaktif obsesyonlar, “sorumluluk” boyutundaki değerlendirmeye ve obsesif düşüncelerin istenmeyen olası sonuçlarını önlemek için fiili başa çıkma davranışlarına neden olurlar(3,4).

2.1.5. Klinik özellikler ve alt tipler

OKB, yineleyici ve sürekli zihne gelen rahatsız edici düşünceler, imgeler veya dürtüler olan obsesyonlar veya kişinin yapmaya zorlandığını hissettiği tekrarlayan, ritüelleştirilmiş davranışlar olan kompulsiyonlar veya her ikisi ile karakterize edilir. Hastaların çoğunda hem obsesyonlar hem de kompulsiyonlar vardır ancak her ikisi de mevcut olmadan tanı konulabilir. Obsesyonlar zihne istenmeden gelen girici deneyimlerdir ve onları görmezden gelmeye, bastırmaya, başka bir düşünce veya eylemle yüksüzleştirilmeye çalışılır. Kompulsiyonlar, kişinin obsesyona tepki olarak ya da

sıkıntıyı azaltmak için tasarlanmış katı kurallara göre gerçekleştirmeye zorlandığını hissettiği tekrarlayan davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Ancak eylemler aşırı veya anlamsızdır. Kompulsiyonlar sıkıntıyı azaltmasına rağmen kişi tarafından genellikle kabul edilebilir değildir(107).

Türkiye’de çok merkezli yapılan 351 hastanın katıldığı geniş örneklemli araştırmanın sonuçlarına göre; kontaminasyon (bulaşma) obsesyon ve kompulsiyonları (OK) %75,8 ile en sık; simetri OK %67,8 ile ikinci sırada; saldırganlık OK %44,4 üçüncü sırada bulunmuştur. Bunları %26,8 ile dini OK; %22,8 ile istifleme OK; %17,4 ile bedensel OK ve %16,2 ile cinsel OK izlemektedir. Diğer OK oranı ise %34,2 olarak belirlenmiştir(108).

Hastalığın belirti yapısı ile ilgili çalışmalar, başlangıçta kompulsiyonlar dikkate alınarak yapılmasına rağmen son yıllarda birçok araştırmacı OKB’de belirti dağılımını önemli oranda Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) belirti listesine göre araştırmaktadır. Bu çalışmalarda; saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar, dini/cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar, kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları, simetri-düzen obsesyonları ve sayma, tekrarlama, sıralama kompulsiyonları, istifleme obsesyon ve kompulsiyonları, diğer obsesyon ve kompulsiyonlar, OKB’de fenomenolojik olarak ana belirti grupları olarak tanımlanmaktadır(108–112).

Bulaşma obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları olan kişide, görünmez mikrop ve kir ile pisleneceği, enfekte olacağı şeklinde bir kaygı vardır ve bu obsesyona sıklıkla temizlenme, yıkanma kompulsiyonları eşlik etmektedir. Kaçınma davranışları sıkır. Simetri, düzen obsesyon ve kompulsiyonları yapılan işlerin tam, sıralı, kesin ve mükemmel olması ya da eşyaların düzgün biçimde, simetrik ya da belli gruplara göre sıralanması şeklinde görülür. Benliğe yabancı olmamaları ile diğer obsesyonlardan farklıdır. Şüphe obsesyonları ve kontrol kompulsiyonları, günlük etkinlikler ile en ilişki türüdür. Kapı veya pencerelerin açık olup olmadığı, elektronik aletlerin fişlerinin prizde unutulup unutulmadığı, evin veya arabanın kapısının kilitlenip kilitlenmediği konularında emin olamamadır ve bunlara sıklıkla kontrol kompulsiyonları eşlik etmektedir. Somatik obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlarda kişilerin sağlıkları hakkında ciddi kaygı duymaları ve bu kaygıyı azaltmak için hastalık belirtilerinin bulunup bulunmadığını anlamak amacıyla vücutlarını kontrol etme, çevresindeki kişilere sorarak veya hastaneye başvurma şeklinde güven arama davranışları görülür. İstifleme, maddi veya manevi

değeri olmayan birçok şeyi atmayıp biriktirmektir. DSM-V’te ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmıştır(108,113).

Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar, birtakım eylemler veya eylemsizlik sebebiyle kendisine veya başkalarına gelebilecek zararı önlemek üzere yapılan kontrol davranışlarını ve dua etme, sayma gibi zihinsel eylemleri içermektedir. Dini obsesyonlar gusül abdestin tam olarak alınmadığı, namazının bozulduğu, namazda hatalı bir şey söylendiği ya da yapıldığı, ibadetlerin noksan kaldığı, dini değerlere hürmetsizlik nedeniyle ceza almaktan korkma, tanrıya inanmama veya kötü söz söyleme gibi düşünceleri olduğunu düşünme gibi temalar etrafında oluşmakta ve bunların telafisi amacıyla tövbe etme, dua etme gibi kompulsiyonlar gelişebilmektedir. Cinsel obsesyonlar eşcinsellik şüpheleri, çocuklar hakkında cinsel içerikli hayaller, bu düşünceyi aklından atamazsa günaha girdiğini düşünme veya bu eylemi gerçekleştirmiş gibi hissetmeyle birlikte sıklıkla kontrol ya da yıkanma kompulsiyonları tarafından izlenebilir(108,113).

Lee ve Kwon (2003), uyaranların, içeriğin ve bilişsel süreçlerin tanımlanabilirliği açısından farklı olan obsesyonların otojen ve reaktif olmak üzere iki alt tipe ayrılabilirliğini önermiştir. Dini, cinsel ve saldırganlık içeriğe sahip otojen obsesyonlar, kabul edilemez, ahlak dışı ve suçlu olarak algılandığından kişiler düşüncelere daha fazla önem verirler ve onları kontrol etmek için daha fazla baskı hissederler. Tetikleyici uyaranları tanımlamakta ve otojen obsesyonlarla ilgili dış ortamları değiştirmek için spesifik davranışsal yöntemler bulmakta zorlanırlar. Bu nedenle düşünceleri zihinden uzaklaştırmak, dini ya da büyüsel yöntemlere yönelmek ya da kendilerini cezalandırmak gibi kaçınmacı kontrol stratejilerini kullanma eğilimindedirler. Bulaş, kuşku, simetri, somatik temalara sahip reaktif obsesyonlar daha gerçekçi ve olası olarak algılanır, kişiler olası tehlikeli sonuçları önleme konusunda abartılı sorumluluk hissederler tetikleyici uyaranları kolayca tanımlayabilmeleri ve davranışlar ile dış ortamı istenen duruma getirme açısından spesifik ve gerçek başa çıkma yollarını bulabilmeleri nedeniyle yüzleştirici kontrol stratejilerini tercih ederler. Bu sonuçlar, otojen obsesyonların ve reaktif obsesyonların kişileri farklı değerlendirme ve kontrol stratejilerine yönlendirdiğini göstermektedir. Otojen obsesyonları olan bireyler, düşünceleri zihinden uzaklaştırmak için onları bastırmaya çalışırlar ancak düşünceyi bastırmanın “paradoksal rebound” etkisi nedeniyle daha fazla obsesyon yaşarken reaktif obsesyonları olan bireyler, düşüncelerin istenmeyen olası sonuçlarını önlemek ve kaygılarını azaltmak için kompulsif davranışlarda bulunurlar. Otojen obsesyonun sürdürülmesinde düşünce bastırılmasının,

reaktif obsesyonun sürdürülmesinde ise kaygının azaltılmasının rol oynadığına ancak her iki mekanizmanın da her iki alt tipin sürdürülmesinde rol oynayabileceği düşünülmüştür(3).

İki alt tip arasındaki ayrım, terapötik müdahalenin yanı sıra OKB'nin alt tipleri üzerine yapılacak gelecekteki araştırmalara da yol gösterici olabilir. Otojen obsesyonların, maruz bırakma hedefi olarak uygun olmayan az sayıda veya örtük kompulsif davranış eşlik etmesi nedeniyle pekiştirme modeline dayanan maruz bırakma ve yanıt önleme (ERP) yöntemiyle tedavi edilmesi zordur. İntrüzif düşüncelerin daha ego-distonik algılandığı otojen obsesyonları olan hastalar, davranışçı ekol yerine girici düşüncelerin hatalı değerlendirilmesinin fark edilmesi ve düzeltilmesinde etkili olan bilişsel-davranışçı terapiyle (BDT) daha iyi tedavi edilebilir. Reaktif obsesyonu olan hastalarda, girici düşünceler hastalar tarafından daha gerçekçi olarak algılandığından bunlara yönelik bilişsel yaklaşımların uygulanabilirliği ve etkileri otojen obsesyonlara göre daha sınırlıdır. Reaktif obsesyonlara sıklıkla açık kompulsiyonlar eşlik ettiğinden ERP gibi davranışsal yaklaşımlarla tedavi edilebilmektedir(3). Yapılan başka bir çalışmada, bilişsel terapinin her iki alt tipte de OKB şiddetini azaltmada etkili olmasına rağmen hem tedavi sonrası hem de tedaviden 1 yıl sonrasında otojen hastalarda anlamlı derecede daha iyi bir sonuç ortaya çıkardığı belirtilmiştir(114).

Yapılan başka bir çalışmada, otojen ve reaktif obsesyonlar ile “worry”nin düşünce içeriği, formu ve tetikleyici özellikleri bakımından bir süreklilik içinde olduğu ve reaktif obsesyonların; otojen obsesyonlar ve “worry” arasında bir yerde durduğu düşünülmüştür. Reaktif alt tipe sahip olanların otojen alt tipe kıyasla daha fazla “worry” benzeri obsesyonlar gösterdiğini ve patolojik “worry” tedavisinde kullanılan kaygıya maruz bırakma stratejisinin, birincil obsesyonları reaktif nitelikte olan OKB bireylerine uygulanabileceğini önermişlerdir(115). OKB’li hastalarda düşünce bozukluklarını değerlendirme amacıyla yapılan bir çalışmada, otojen obsesyonları olan hastaların, şizofrenisi olan hastalarla benzer; düşünce ve algılamaları yeterli düzeyde görülen reaktif obsesyonu veya anksiyete bozukluğu olan hastalardan daha fazla düşünce ve algı bozukluğuna sahip oldukları bulunmuştur. Reaktif obsesyonlarla karşılaştırıldığında otojen obsesyonların, büyüsel düşünme ve olağandışı algısal deneyimler gibi şizotipal kişilik özellikleriyle daha ilişkili olduğunu gösteren çalışma sonuçlarını(116) desteklemişlerdir(117).

Otojen ve reaktif OKB hastalarının kısa süreli tedavi yanıtlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, her iki grubun hastalık şiddetinin SSRI tedavisi ile anlamlı düzeyde azalma

gösterdiği; otojen grubun tedavi ile obsesyon şiddetinde ve kabul edilemez düşünceleri bastırma eğilimindeki azalma oranının reaktif gruptan anlamlı olarak daha fazla bulunduğu; otojen grupta obsesyon şiddetindeki azalmanın depresif belirtilerin şiddetindeki ve kabul edilemez düşünceleri bastırma eğilimindeki azalma ile ilişkiliyken reaktif grupta kompulsiyonların şiddetindeki azalma ile ilişkili bulunduğu; tedaviye olumlu yanıt verme oranları arasında ise anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir(62). OKB alt tiplerinde psikofarmakolojik tedavi farklılıklarının retrospektif olarak değerlendirildiği bir çalışmada otojen gruptaki hastalara reaktif gruba göre 2,3 kat daha fazla atipik antipsikotik reçete edildiği saptanmıştır(118). İntrüzyon indüksiyonu ile emosyonları değerlendiren bir çalışmada, suçluluk ve utanç gibi öz-bilinçli duyguların otojen obsesyonlar tarafından aktive edildiğini, duyguların şiddetinin intrüzyonların bireyin değerleriyle çelişmesiyle arttığını ve obsesyon içeriği ile emosyon regülasyon bozukluğu arasında ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Klinisyenlerin psikoeğitim ve maruz bırakmaya dayalı tedavilerde bu öz-bilinçli duyguları çalışmalarının faydalı olabileceği önerilmiştir(119).

Otojen ve reaktif obsesyon ayrımı, gelişim göstermeleri ve sürdürülmelerindeki bilişsel mekanizmaların, tetiklendikleri uyarıların, içeriklerinin, ilişkili oldukları klinik özelliklerin, başa çıkma stratejilerinin ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasının farklılık göstermesi açısından homojen bir alt grup olanağı sağlamaktadır(120,121).

2.1.6. Tanı

DSM-V'e göre OKB tanısı koyabilmek için, obsesyon veya kompulsiyonlardan en az birinin var olması, gün içerisinde kişinin vaktini alması ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, iş ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevselliği düşürmeye neden olması gerekmektedir. Obsesif kompulsif belirtilerin, madde, ilaç veya tıbbi bir hastalığın etkisine bağlı olmaması, bulguların başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaması gerekmektedir. DSM-V'te bu tanı kriterlerinin yanı sıra, içgörünün düzeyi ve tikle ilişkisini belirtmek amacıyla dört belirleyici tanımlanmıştır: içgörüsü iyi/oldukça iyi, içgörüsü kötü, içgörüsü olmayan/sanrısız inanış ve tikle ilişkili(122).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayınladığı International Classification of Disease (ICD-11) "Ruhsal, davranışsal ve nörogelişimsel bozukluklar" sınıflandırmasında ve "Obsesif-kompulsif veya ilişkili bozukluklar" başlığı altında bulunmaktadır. Obsesif-kompulsif bozukluk tanısının konulabilmesi için, obsesyon ve kompulsiyonlar zaman alıcı olmalıdır (örneğin, her gün 1 saatten fazla

zaman alır) veya belirtilerin kişisel, ailevi, sosyal, eğitim ile ilgili ve mesleki alanlarda veya işlevselliğin diğer önemli alanlarında belirgin sıkıntı veya bozulmaya yol açması beklenir. ICD-11'e göre OKB alt tipleri obsesif-kompulsif bozukluk, orta-iyi içgörülü; obsesif-kompulsif bozukluk, zayıf içgörülü-içgörüsüz ve obsesif-kompulsif bozukluk, tanımlanmamış olarak belirtilmiştir(123).

2.1.7. Eştanı

OKB'ye sıklıkla psikiyatrik komorbidite eşlik etmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde bu bozukluğa sahip birçok yetişkinin yaşam boyu yaygınlığı anksiyete bozukluğu için %75,8; duygudurum bozukları için %63,3; dürtü kontrol bozukluğu için %55,9; madde kullanım bozukluğu için %38,6 bulunmuştur(21). Yedi ülkeden 3711 katılımcıyı içeren bir çalışmada OKB için yaşam boyu bildirilen en yaygın tanılar; majör depresif bozukluk (%50,5), sosyal fobi (%26,4), özgül fobi (%25,5), yaygın anksiyete bozukluğu (%24,0), hipomanik dönem (%23,7) ve distimi (%22,5) olarak bulunmuştur. OKB'nin özellikle majör depresif bozuklukla birlikte görülme oranı yüksek olması OKB ile depresif bozukluklar arasında önemli bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, OKB tedavisi sırasında komorbid depresyon bozukluğunun göz önünde bulundurulması dikkate değerdir. Yaşam boyu tanı olarak OKB ile en sık birlikte görülen üç anksiyete bozukluğu; yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi ve sosyal fobidir. Bu durum anksiyete bozuklukları ile OKB arasında önemli bir ilişki olduğunu desteklemektedir. Depresyon ve anksiyete bozukluklarının, obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklara göre OKB ile daha sık birlikte görüldüğü saptanmıştır(124).

Bir doğal izlem çalışmasında, OKB hastalarının %91'inin yaşam boyu en az bir diğer Eksen I bozukluğu kriterlerini karşıladığını, en sık görülen komorbiditelerin majör depresif bozukluk (%67,2), sosyal fobi (%27,6), alkol kullanım bozukluğu (%23,2), panik bozukluk (%18,4) ve özgül fobi (%18,1) olduğunu bulmuşlardır. Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun (OKKB) (%24,7) ve kaçınan kişilik bozukluğunun (%15,3) bu örneklemde en sık görülen komorbid Eksen-II bozukluğunu bulmuşlardır(125). Perugi ve ark. (1997) yaptıkları araştırmada, OKB hastalarında bipolar bozukluk komorbiditesi görülme oranını %15,7 bulmuşlardır. Bu eştanının OKB'nin seyrini ve komplikasyonlarını etkilediğini ve bunun prognoz ve tedavi seçimi açısından etkileri olduğunu belirtmişlerdir(126).

Çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmada, OKB hastalarında Tourette Bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %10-15 bulunmuştur(39). Çalışmalarındaki OKB komorbid tanı

sıklıklarının yapılmış olan diğer kesitsel çalışmalara göre düşük çıktığını tartışan araştırmada ise eştanı oranı Tourette Sendromu için %2,1 ve tik bozuklukları için %1,5 bulunmuştur(127). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, OKB tanısı olan hastaların %68,7'sinde Eksen-1 bozukluğu eştanısı; %39,5'inde major depresyon, %20,4'ünde distimi, %17,7'sinde özgül fobi, %15,6'sında sosyal fobi, %12,2'sinde yaygın anksiyete bozukluğu, %9,5'inde panik bozukluğu, %6,8'inde şizofreni bulunmuştur. Eştanı sayısı arttıkça hastalık şiddetinin arttığı ve işlevsellik düzeyinin azaldığı bildirilmiştir(128).

Otojen ve reaktif obsesyona sahip hastalar bağlamında, hasta gruplarının hastalık başlangıç yaşı, cinsiyet ve eştanı değişiklikleri açısından değerlendirildikleri bir çalışmada, dissosiyatif bozukluğun eştanı olarak otojen grupta daha az sıklıkta görüldüğü belirtilmiştir(121). Otojen obsesyonların, şizotipal kişilik özellikleri ile daha ilişkili olduğu da gösterilmiştir(116).

2.1.8. Ayırıcı tanı

Obsesif kompulsif bozukluğun ayırıcı tanısında yaygın anksiyete bozukluğu, fobiler, panik bozukluk, hipokondriyazis ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu tanılarının yer aldığı ve çoğunun girici düşüncelere sahip olmasına rağmen çok azının ilişkili ritüelleri olduğu belirtilmiştir(129).

Şizofrenide OKB ile benzer belirtiler görülebilir ancak OKB'si olan bireyin gerçeği değerlendirme yetisi mevcuttur, obsesyon ve kompulsiyonların aşırı olduğuna inanır(130) ve rahatsızlık duyar(1). Şizofrenide başka psikotik belirtilerin bulunması, takıntı-zorlantıların niteliğinin garip ve kalıplaşmış yinlemeler şeklinde olması, hastada bunaltının ön planda olmayıp künt duygulanımının olması ile OKB'den ayrılır(1). Fobik bozuklukta, fobiye özgü korkular bulunur, ritüelistik eylemler yoktur ve fobisi olan kişiler, fobik durumla karşılaşmaktan korkarken OKB'si olan kişiler düşünce ve eylemlerinden genellikle utanç ve rahatsızlık duyarlar(1,130). Depresif hastalarda ruh haliyle uyumlu düşünceler mevcuttur, OKB'deki gibi ilişkili kompulsif eylemler yoktur ve anhedoni ön plandadır(122,130). Beden algısı bozukluğunda bireyin saçma bulduğu bir takıntısı değil dış görünümündeki kusur konusunda aşırı değer verilmiş düşüncesi mevcuttur ve bu alana sınırlıdır(1,122). Yeme bozuklukları ayırıcı tanısı açısından düşünüldüğünde OKB'de törensel yeme davranışları ve buna bağlı kilo kaybı olabilse de beden algısında bozukluk yoktur. Hastalık kaygısı bozukluğunda kişinin korkuları obsesif nitelikte olmasına rağmen davranışları kompulsif nitelikte değildir. Ayırıcı tanıda klinik gözlem önemlidir, hastanın diğer obsesyon ve kompulsiyonlarının bulunması OKB lehine

bir bulgu olarak değerlendirilir(1). Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, girici düşünce, imge veya itkilerle ya da tekrarlayan davranışlarla karakterize edilmez. Bunun yerine mükemmeliyetçilik ve aşırı katı tutumu içerir. Tikler ve stereotipik hareketler obsesyonları yüksüzleştirmeyi amaçlamaz. Fakat kompleks tikler ve kompulsiyonlar arasında ayırım yapmak zor olabilir. Kompulsiyonlar genellikle obsesyonlardan sonra ortaya çıkarken tiklere sıklıkla öncül his öncelik eder.(122)

2.1.9. Seyir ve prognoz

OKB tanılı hastaların yarısından çoğunda belirtiler stresli bir olaydan sonra başlangıç gösterir. Birçok kişi belirtileri sakladığından ve yardım almaya geç başvurduğundan tanı alması 5-10 sene kadar gecikebilir. OKB'de kronik ve epizodik olmak üzere iki ana seyir görülür. Epizodik OKB'de remisyonlar ve nüksler görülür. Kronik OKB hastalarında ise belirgin sıkıntı ve işlevsellikte bozulma süreklilik gösterir(131,132). Hastaların yaklaşık üçte birinde belirgin iyileşme, yaklaşık yarısında orta derecede iyileşme gözlenirken %20-40 hastada ise belirtiler sabit kalır veya kötüleşir(132). İki yıllık bir doğal izlem çalışmasında, hastaların belirti boyutları içinde değişiklikler gösterebileceği ancak istifçilik, cinsel/dini ve somatik obsesyonların diğerlerine göre daha sabit kalacağı bulunmuştur(133).

OKB'de kompulsiyonlara direnme yerine uyum sağlama, çocukluk çağında başlangıç, hastane yatışı gereksinimi, kompulsiyonların tuhaf olması, komorbidite eşlik etmesi kötü prognoz göstergeleri iken işlevselliğin iyi olması, belirtileri başlatan bir olay olması, belirtilerin dönemsel karakterde olması iyi prognoz göstergeleridir. Obsesyonların içeriği ile gidiş arasında ilişki gözükmemektedir(132).

2.1.10. Tedavi

OKB için bilinen en etkili tedavi bir seçici serotonin geri alım inhibitör (SSRI) ajanının bilişsel davranışçı terapi (BDT) ile kombinasyonudur. Dirençli OKB belirtilerinde, SSRI dozajının yükseltilmesi veya atipik bir antipsikotik ilacın eklenmesiyle düzelme görülebilir(134). Bir sistematik gözden geçirmede, antipsikotik ile güçlendirmenin, en az bir SSRI ajanla 3 aylık maksimum dozda tedaviden sonra tedaviye yanıt vermeyen OKB hastaları için etkili bir tedavi müdahalesi olduğu gösterilmiştir. Tedavi yanıtının, Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği'nde (YBOKÖ) en az %35'lik bir düşüşle tanımlandığı ve tedaviye dirençli OKB hastalarının neredeyse üçte birinin antipsikotik güçlendirmesiyle tedaviye yanıt verdiği bulunmuştur(135). Tutarlı kanıtlar

bulunmaması nedeniyle, tedaviye antipsikotikler dışındaki ilaçların eklenmesi ve intravenöz antidepresan uygulanmasının daha fazla araştırılması gerekmektedir(134).

SSRI açısından bir ajanın diğerlerinden daha üstün olduğunu gösteren kanıt olmadığını, genellikle eşit derecede etkili olduğunu belirten sistemik bir gözden geçirme ve meta-analiz örneğinde farmakolojik tedavi için, birinci basamak ajan olarak SSRI'ların bir TCA olan klomipramine göre daha iyi tolere edilebilirliğe sahip olması ve klomipraminin SSRI'lardan daha etkili olduğuna dair ikna edici bir kanıt tespit edilemediğinin belirtilmesi nedeniyle klomipramin yerine SSRI'ların kullanılması desteklenmektedir. Tedaviye hem farmakoterapi hem de psikoterapinin birlikte başlatılmasının daha etkili görüldüğü belirtilmiştir(136).

Bilişsel terapide, OKB hastasının kendine özgü, işlevsel olmayan inançlarının değiştirilmesine yönelik çalışılır. Bireyin bilişsel çarpıtmalarını tanımlamak, bunların geçerliliğini test etmek ve hastanın deneyimlerini daha gerçekçi bir şekilde formüle etmesini sağlamak amaçlanır(137).

Maruz bırakma ve yanıt önlemeyi içeren bilişsel davranışçı terapinin OKB tedavisindeki en etkili terapi türü olduğu belirtilmektedir(138). Maruz bırakma, obsesyonlara bağlı sıkıntı oluşturan uyanlarla sistematik, tekrarlanan ve uzun süreli karşılaştırılmayı içerir. Yanıt önleme, kompulsif davranışları gerçekleştirmenin engellenmesiyle olur. Maruz bırakmanın ve yanıt önlemenin amacı, obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalara, obsesif kaygılarının sürekli devam etmeyeceğini ve olası zararı engellemek için yaptıkları kaçınma davranışının ve kompulsif ritüellerin gereksiz olduğunu öğretmektir(139,140).

Kabul ve kararlılık terapisinin (ACT) obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklarda kanıta dayalı psikoterapi yaklaşımları kadar etkili olduğunu belirten farklı çalışmaların olduğu söylenmektedir(141). ACT'ye göre OKB, obsesyonların kontrol edilmeye ve düzenlenmeye çalışılması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. ACT'nin psikolojik esneklik modelinin bir parçası olan ayrışma, bireylerin düşüncelerini, kendileri ve çevrelerine ilişkin gerçekler olarak değil, yalnızca içsel yaşantılar gibi bir fenomen olarak tanımlayabilmesini, olumsuz düşünceleri ve duyguları yok saymadan, onlardan kurtulmaya çalışmadan(142), düşünce ile o düşünceyi düşünen kişi arasına mesafe konulmasını içermektedir(143). OKB'nin tedavisinde ACT hem obsesyonların ve kaygının oluşturduğu kognisyonları hem de bu bilişsel deneyimlere gösterilen tepkileri

hedeflemektedir(144). Bir sonraki başlık olan “Kabul ve Kararlılık Terapisi” bölümünde ACT’ye dair daha ayrıntılı bilgilerden bahsedilecektir.

Farmakoterapi ve psikoterapiye rağmen tedaviye yanıt alınamayan hastalarda transkraniyal manyetik uyarım (TMU), derin beyin uyarımı (DBU) ve nöroablasyon uygulamalarını içeren ilaç dışı biyolojik tedaviler gündeme gelmektedir. Meta-analiz sonuçları, suplementar motor alana uygulanan düşük frekanslı yineleyici TMU’nun OKB tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir(145). Sistematik bir gözden geçirmede, DBU’da ventral striatal/kapsüler bölge ve subtalamik nükleusun hedef olarak belirlendiği ve tedaviye dirençli OKB’de etkili olduğu belirtilmiştir(146). Tedavi yaklaşımlarının son basamağı nöroablasyon uygulaması kararı için hastalığın şiddeti, sürekliliği, neden olduğu işlevsellik kaybı ve tedaviye direnci dikkate alınmalıdır(145). OKB’nin patofizyolojisi ile ilişkili gösterilen orbito-frontal korteks, kaudat nukleus ve anterior singulat kortekse(48) yönelik anterior kapsülotomi, singulotomi, subkaudat traktotomi ve limbik lökotomi işlemlerini içeren nöroablasyon uygulamaları iki taraflı olarak stereotaktik yöntemlerle gerçekleştirilmektedir(145).

2.2. KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ

Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy-ACT), kendinelik ve kabul temelli müdahaleleri içeren üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapiler arasında bulunur. Psikolojik önermelerin doğruluk ve anlamlılığının test edilmesinde ana kriter olarak işlevselliğe odaklanılmasını öneren işlevsel bağlamlılık olarak adlandırılan bilimsel yaklaşıma ve davranışın dil ve biliş ile ilişkisini ortaya koyan ilişkişel çerçeve kuramına (relational frame theory-RFT) dayanır. ACT, bireyin eylemlerini kendi uzun vadeli değerleri doğrultusunda şekillendirmesine odaklanır ve istenmeyen içsel yaşantıların azaltılması uğraşlarının buna engel oluşturduğunu savunur. Bu nedenle herhangi bir içsel yaşantının değiştirilmesi, yoğunluğunun ve sıklığının azaltılması gibi bir amaç gütmmez(10).

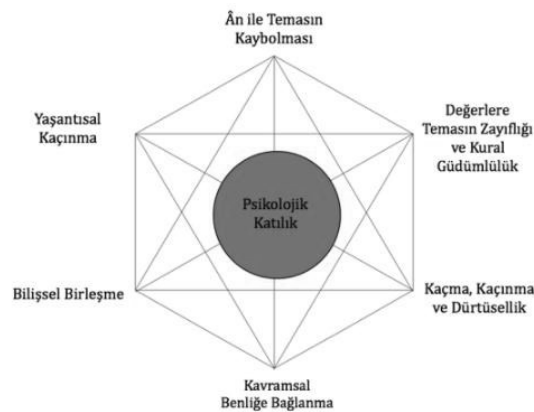
ACT’ye göre OKB, obsesyonların kontrol edilmesi ve düzenlenmeye çalışılması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Terapide, kişinin obsesyonlarını kabulü yani zihninde bir yer açarak obsesyonlarına hareket alanı sağlaması, obsesyonlarını sadece içsel yaşantılar gibi bir fenomen olarak görüp obsesyonlarla arasına mesafe koyması(142) ve değerleri doğrultusunda davranması üzerine çalışılır(144). Kabul, düzenlemek veya kontrol etmek yerine içsel deneyimlerin yaşantılanmasına yer açmak demektir(141). Ayrıca tedavide

obsesyonların ve kaygının oluşturduğu bilişler ile bu bilişsel deneyimlere gösterilen tepkiler hedeflenir(144).

ACT'nin OKB tedavisinde etkililiğinin incelendiği birçok çalışma vardır. OKB tanılı 32 hastanın dahil edildiği bir çalışmada, ACT, seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) ve ACT+SSRI tedavilerinin karşılaştırıldığı, ACT ve ACT+SSRI grubundakilerin yalnız SSRI alan gruba göre OKB belirtilerinde anlamlı düzeyde azalma görülürken ACT ve ACT+SSRI grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur(147). Yapılan başka bir çalışmada, 8 seans ACT'den sonra OKB'nin bulaş, sorumluluk, kabul edilemez düşünceler ve simetri alt boyutlarının tümünde şiddetin azaldığı ve tedavinin özellikle de otojen obsesyonları, zihinsel kompulsiyonları ve düşünce-eylem kaynaşması gibi işlevsel olmayan üstbilişsel inançları içeren kabul edilemez düşünceler alt boyutunda en belirgin etkiyi gösterdiği belirtilmiştir(148).

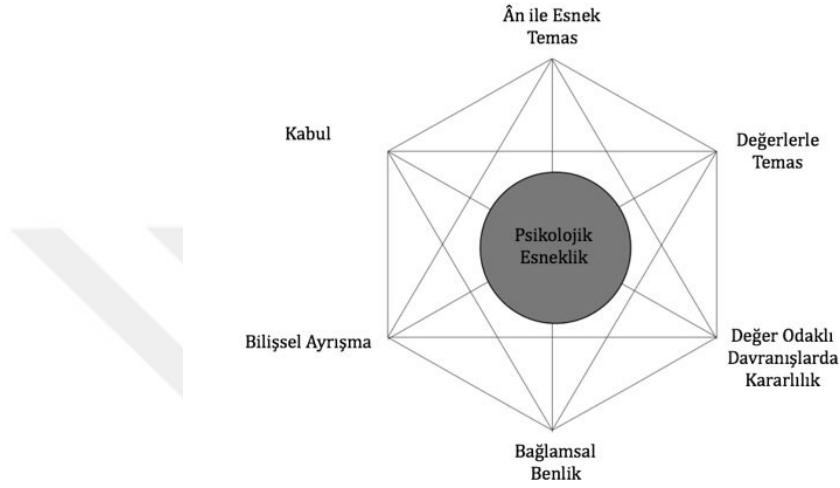
ACT'nin terapi hedefi olarak tanımlanan psikolojik esneklik ve onun tam karşısında, transdiagnostik olarak patolojik süreçlere karşılık gelen psikolojik katılık(149) kavramları aşağıda açıklanmıştır.

Psikolojik katılık (psychological inflexibility) olarak tanımlanan psikopatoloji modeli birbiri ile karşılıklı ilişkisi bulunan an ile temasın kaybolması, bilişsel birleşme, yaşantısal kaçınma, kavramsal benliğe bağlanma, kaçma/kaçınma ve dürtüsellik, değerlerden uzaklaşma olmak üzere altı boyuttan oluşur(150). Çoğu insanın çektiği acıların temelinde yattığı düşünülen psikolojik katılık, değerler doğrultusunda hareket etme imkanını azaltır(151).



Şekil 2.1. Psikolojik katılık altıgeni

Psikolojik esneklik (psychological flexibility), kişinin farkında olarak anda kalmasını ve değerleri doğrultusunda hareket etmesini sağlar(151). ACT'nin amacı, acının ortadan kalkmasına çabalamak değil, acıya yer açarak dolu ve anlamlı bir yaşam oluşturmak için psikolojik esneklik becerilerinin geliştirilmesidir(149). Psikolojik esneklik, kabul, an ile esnek temas, bilişsel ayrışma, bağlamsal benlik, değer odaklı davranışlarda kararlılık ve değerlerle temas olmak üzere 6 bileşenden oluşur(150).



Şekil 2.2. Psikolojik esneklik altıgeni

2.2.1. Bağlamsal benlik

Bağlamsal benlik, düşüncelerin, duyguların ve deneyimlerin değişimlerine tanıklık eden, onları gözlemleyen ancak kendisi değişikliğe uğramayan her zaman mevcut olan bir benlik algısıdır(144). Bağlamsal benlik kişinin kabul deneyimi yaşaması, “şimdi ve burada”yı olduğu gibi tecrübe edebilmesidir. Bağlamsal benliğin hem içsel-psikolojik duyumları hem de dış dünyada meydana gelen olayları bütüncül bir bakış açısıyla aynı anda fark edebilmeyi ifade eden gözlem halinde olması “saf farkındalık” olarak nitelendirilmektedir(149).

Bağlamsal benlik olmadan hasta, obsesyonlarına sanki onlar tarafından tanımlanmış gibi tepki verip onları kontrol etmeye yönelik eylemlerde bulunup kavramsal benliği besleyecek şekilde problemleri bir süreç içine girecektir. ACT açısından bakıldığında olay, kişinin bilişlerinin doğru olup olmadığı değildir. Mesele kişinin kendisini bu düşüncelerden ayrı tutup tutamayacağıdır. Eğer obsesyonlarını kendisinden ayrı, sadece düşünceler olarak fark edebilirse o zaman obsesyonlarına yönelik eylemlerde bulunmaması kolaylaşacaktır(144). Hasta için önemli bir hedef, bireyin zihninden geçen

düşüncelere yalnızca bir düşünce olarak yaklaşmasıdır(141). Çünkü hasta kendisinin, kendisi ve etrafındaki insanlar için bir tehdit olarak görmesine neden olan obsesyonlardan bağımsız olduğunun farkında değildir(144).

Bağlamsal benlik müdahaleleri, hastaların içsel deneyimlerinin kendilerini tanımlamadıkları, sadece kendilerinde ortaya çıkan ayrı olaylar olduklarını görmelerine ve mutlak bir tehdit olarak algılamamalarına, değiştirilmeye veya ortadan kaldırılmaya gerek olmadıkları bakışını geliştirmeye yardımcı olur. Böylece aşırı kural kontrolünü zayıflatarak psikolojik esnekliği artırır ve kişi hayatına anlam katan uzun vadeli değerlerine göre hareket edebilir(10,151).

Bilindiği kadarıyla literatürde OKB otojen ve reaktif alt tiplerin bağlamsal benlik kavramı ile ilişkisini araştıran çalışma bulunmamaktadır.

2.3. BENLİK KORKUSU

Giderek artan bir şekilde, bilişsel-davranışçı modeller, OKB'nin gelişimi ve sürdürülmesinde nedensel bir faktör olarak hassas benlik temalarının potansiyel rolünü vurgulamışlardır(6,152–155). Neredeyse herkes girici düşünceler deneyimlese de(103,104,156) intrüzyonların içeriğinin kişiler arasında farklılık gösterdiği, belirli temaları içerdiği bunun da hassas benlik alanlarıyla ilgili olabileceği öne sürülmüştür(152).

Birçok araştırmacı, girici düşüncelerin obsesyonlara dönüşmesinin, girici düşüncelerin benliğin temel algılarını ne ölçüde tehdit ettiği ile ilgili olduğunu öne sürmüştür(99,155). Yapılan bir çalışma benzer şekilde kişinin benliğine güvenmediği yaşam alanlarının ve benlik temalarının, kişi için obsesif şüphelere karşı savunmasızlık faktörü olduğunu ileri sürmüştür(152). Rachman (1997), OKB'de intrüzif düşüncelerin meydana gelmesinin, hastanın benliğinin önemli fakat gizli yönlerini açığa çıkarmak olarak yorumlandığını vurgulamış, hastaların benlikleri için derinlerde kötü, tehlikeli veya deli olduklarına dair yorumlarının hastaların gelecekte yapabileceklerinden korkmalarına yol açtığını ve bu değerlendirmelerin intrüzyonların obsesyonlara dönüşmesiyle sonuçlandığını savunmuştur(156). Bu açıdan, intrüzyonların değerlendirilmesi ya bu alandaki intrüzyonlara karşı duyarlılık ya da intrüzyonların değerlendirilmesinde etkisi olduğu düşünülen benlik korkusuyla bağlantılıdır denebilir(6).

Benlik korkusu, kişinin olmaktan veya dönüşmekten, özelliklerini taşımaktan korktuğu ahlaksız veya kötü olarak değerlendirdiği olası bir benlik temsili olarak

tanımlanabilir(157,158). OKB’de deneyimlenen suçluluk, utanç veya kendinden nefret etme duyguları, olmaktan korkulan benliğin teyidi olarak görülebilir ve bireyler bilhassa bu duygulara karşı duyarlılık gösterebilir. Özellikle hassas benlik alanlarıyla ilişkili deneyimler, sahip olunmasından korkulan benlik niteliklerinin kendisinin bir parçası olma ihtimaline dair duyulan korkuyu daha fazla artırabilir(159).

Benlik korkusunun OKB ile ilişkisinin araştırıldığı ilk çalışmalardan birinde OKB tanılı, anksiyete bozukluğu tanılı ve anksiyete bozukluğu olmayanlardan oluşan 3 grup karşılaştırılmıştır. Yapılan değerlendirmede OKB tanısı olan bireylerin tehlikeli olma potansiyeli (örneğin kötü, ahlaksız, deli olma gibi) ile bağlantılı olarak benlik korkusu özellikleri gösterdiği ve intrüzyonlar temelinde kendileri hakkında olumsuz çıkarımlar yapma olasılıklarının daha yüksek ve OKB’ye özgü olduğu bulunmuştur(160).

Aardema ve O'Connor (2007), OKB'ye ilişkin çıkarımsal-karmaşa modellerinde, benlik korkusunun küfür, cinsel ve saldırganlık obsesyonlarının içeriğinde etkili olan bir savunmasızlık faktörü olduğunu ileri sürmüşlerdir. Obsesyonların, bireyin hayali korkulan benliği ile gerçek benliğini karıştırdığı "çıkarımsal karmaşa" adı verilen bir akıl yürütme süreciyle ortaya çıktığını savunmuşlardır. Çıkarımsal karmaşa yaşayan kişi, doğası ve oluşumu hayali olan bu düşüncelerin benliğinin bir parçası olup olmadığından veya bir şeye işaret edip etmediğinden emin olamaz. Üstelik bu korkulan hayali düşünceler gerçekte meydana gelmediğinden, "obsesyonlar" gerçeklik testi veya düşünce kontrolü yoluyla bilinçten kolaylıkla uzaklaştırılmaz. Açık kompulsiyonları olmayan OKB hastaları sahip olmadıkları düşüncelere sahip olmamaya çalışırlar ancak olası bir düşünceye sahip olmamaya çalışmak, onun ihtimalini hatırlattığından ve düşüncenin ihtimali o düşünceye sahip olmak olarak deneyimlendiğinden kişi bir döngünün içinde kalır. OKB hastasının, bir düşünceye ya da dürtüye sahip olmayı düşünmeyi, gerçekte böyle bir düşünceye ya da dürtüye sahip olmakla karıştırdığını anlaması faydalı olacaktır(161). Durumu olduğu gibi görmek yerine korkulan hayali olasılıklara yatırım yapıldığı düşünüldüğünde, benlik korkusunun çıkarımsal karmaşayla ilişkili olması beklenen bir sonuçtur(6).

Hem değerlendirmeye dayalı bilişsel teoriler hem de çıkarımsal karmaşa modellerinde, benlik korkusunun, ego-distonik obsesyonların gelişmesinde ve sürdürülmesinde rol oynadığı belirtilmiştir(6). OKB hastaları tarafından gerçek kişilik özelliklerinin gizli yönlerinin ortaya çıkması olarak değerlendirilebilen ego-distonik düşüncenin niteliğinin, üstbilişsel inançların da devreye girmesiyle, intrüzyonların bir obsesyon haline gelmesine neden olan etken olabileceği düşünülmüştür(162).

Aerdema ve O'Connor (2003), benlik korkusunun özellikle hassas benlik alanlarına giren(159) dini, cinsellik, saldırganlık obsesyonlarına sahip bireylerde daha spesifik bir yatkınlık faktörü olduğunu öne sürmüştür(159,161). Bu faktör, bireylerin kim oldukları veya olabileceklerine dair korku olarak yani var olan benlik yerine olası bir benliğe yatırım yapma şeklinde açıklanmaktadır(161). Seo ve Kwon (2013) klinik olmayan bir örnekleme yaptıkları çalışmada, otojen obsesyonları olan bireylerin, reaktif obsesyonları olanlara kıyasla olumsuz benlik çıkarımları yapma olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuştur(7). Ancak bunun, benlik korkusunun diğer alt gruplar için geçerli olmayacağı anlamına gelmeyeceği(161), OKB'nin diğer alt türleri açısından bakıldığında, örneğin, "Ocağı kapatmayı unutmuş olabilirim." şeklindeki bir şüphe obsesyonunun da kişinin kendini hata yapabilecek biri olmasından korktuğuna işaret edebileceğini öne sürmüştür(6).

OKB tanısı olan bireylerle yürütülen bir diğer çalışmada benlik korkusu, olumsuz duygudurum ve obsesif inançlardan bağımsız olarak kabul edilemez düşüncelerin temel yordayıcısı olarak belirlenmiştir(5). Çalışmalar benlik korkusunun mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük, düşüncenin önemi/kontrolü ve sorumluluk/tehdit algısını içeren işlevsel olmayan inançlar ile ilişkili olduğunu göstermektedir(6).

OKB tanılı hastaların 24 hafta boyunca OKB'ye özgü çıkarıma dayalı bilişsel terapi, bilişsel davranışçı terapi, kendinelik temelli üçüncü dalga terapi, kabul ve kararlılık terapisi programlarından birine katıldığı, tedavi öncesi ve sonrası yapılan benlik korkusu, OKB belirtileri ve inançları değerlendirmelerin karşılaştırıldığı boylamsal bir çalışmada, tedaviyle birlikte benlik korkusunda görülen azalmanın otojen obsesyonlardaki iyileşmeyi de yordadığı ayrıca düşüncenin önemi ve kontrolü inançlarındaki düzelmelerin de otojen obsesyonlardaki iyileşmeleri yordadığı, benlik korkusundaki iyileşmelerin aynı zamanda bulaşma/kirlenme belirti türündeki iyileşmeleri de yordadığı bulunmuştur(159).

OKB'de benlik korkusunun yapısını ölçmek için Aardema ve ark. (2013), Benlik Korkusu Anketini (BKA) geliştirmiş(6) ve OKB'si olan İtalyan hastalardan(5) ve OKB'si olan Kanadalı hastalardan(8) oluşan bir klinik örnekleme, BKA'nın özellikle kabul edilemez düşüncelerle ilişkili olduğu ancak kontrol ve kontaminasyon gibi OKB'nin diğer ana semptom boyutlarıyla daha zayıf ve anlamlı olmayan ilişkileri olduğu gösterilmiştir(159).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM ve YÖNTEM

Araştırma örneklemini Temmuz 2023 – Aralık 2023 tarihleri arasında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü Obsesif Kompulsif Bozukluk Polikliniğine başvuran OKB tanılı otojen ve reaktif alt tiplere sahip hastalar arasından önceden belirlenmiş hasta sayısına ulaşana kadar çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan bütün hastaların alınmasıyla ve herhangi bir psikiyatrik bozukluğu bulunmayan, yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından hasta grubuyla eşleştirilmiş hastane çalışanları ile hastanede görevli tıp fakültesi öğrencilerinden oluşan sağlıklı kontrollerden oluşturulmuştur.

Araştırmada denek sayısını belirlemek amacıyla literatürden yararlanılmıştır. İlgili araştırmada(7) otojen OKB tanılı vakaların negatif benlik ortalamalarının ($n=20$) $36,00 \pm 14,51$, reaktif OKB tanılı vakaların ortalamalarının ise ($n=20$) $33,40 \pm 18,27$ olduğu bulundu. Bu araştırmanın verileri değerlendirildiğinde Cohen d katsayısının 2,00 olduğu, $\alpha=0,05$ 'e ve beklenen etki gücü=0.90'a alındığında araştırmaya alınması gereken denek sayısı en az 7 olduğu hesaplanmıştır(163,164). Bu nedenle araştırmada en az 14 OKB tanılı katılımcının (otojen+reaktif) ve en az 7 sağlıklı kontrol grubunda yer alacak kişinin verilerinin karşılaştırılmasının araştırma açısından uygun olacağı düşünülmüş ve çalışmada her üç grup için katılımcı sayısı 30 olarak belirlenmiştir.

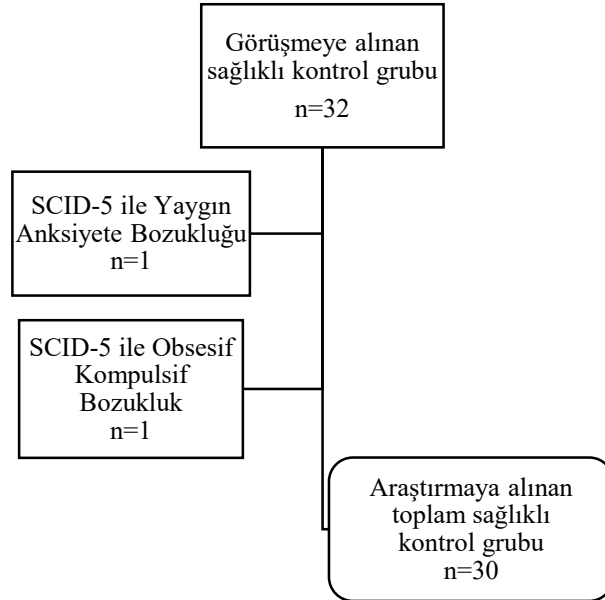
Araştırmaya katılmayı kabul eden kişiler aydınlatılmış onam formu okutulup imzalandıktan sonra görüşmeye alınmıştır. Katılımcılara ilk olarak DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) uygulanmıştır. Dahil etme ve dışlama kriterlerine uygun olan kişilerle görüşmeye devam edilmiştir. Klinik görüşme ve katılımcılar tarafından doldurulan Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri'ne göre primer obsesyon ve sahip oldukları kompulsiyon içeriklerine göre ilgili alanyazın doğrultusunda yapılan değerlendirmelerde primer obsesyon olarak kirlenme, simetri, biriktirme, kuşku obsesyonlarından en az birine sahip hastalar reaktif gruba; primer obsesyon olarak dini, cinsel, saldırganlık obsesyonlardan en az birine sahip olan hastalar otojen gruba dahil edilerek hasta grubu ikiye ayrılmıştır. Primer obsesyonu

belirlenemeyen hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Katılımcılar tarafından sosyodemografik veri formu, Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri, Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, Benlik Korkusu Anketi-Kısa Form, Bağlamsal Benlik Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form doldurulmuştur. Görüşmeler ortalama yaklaşık 90 dakika sürmüştür.

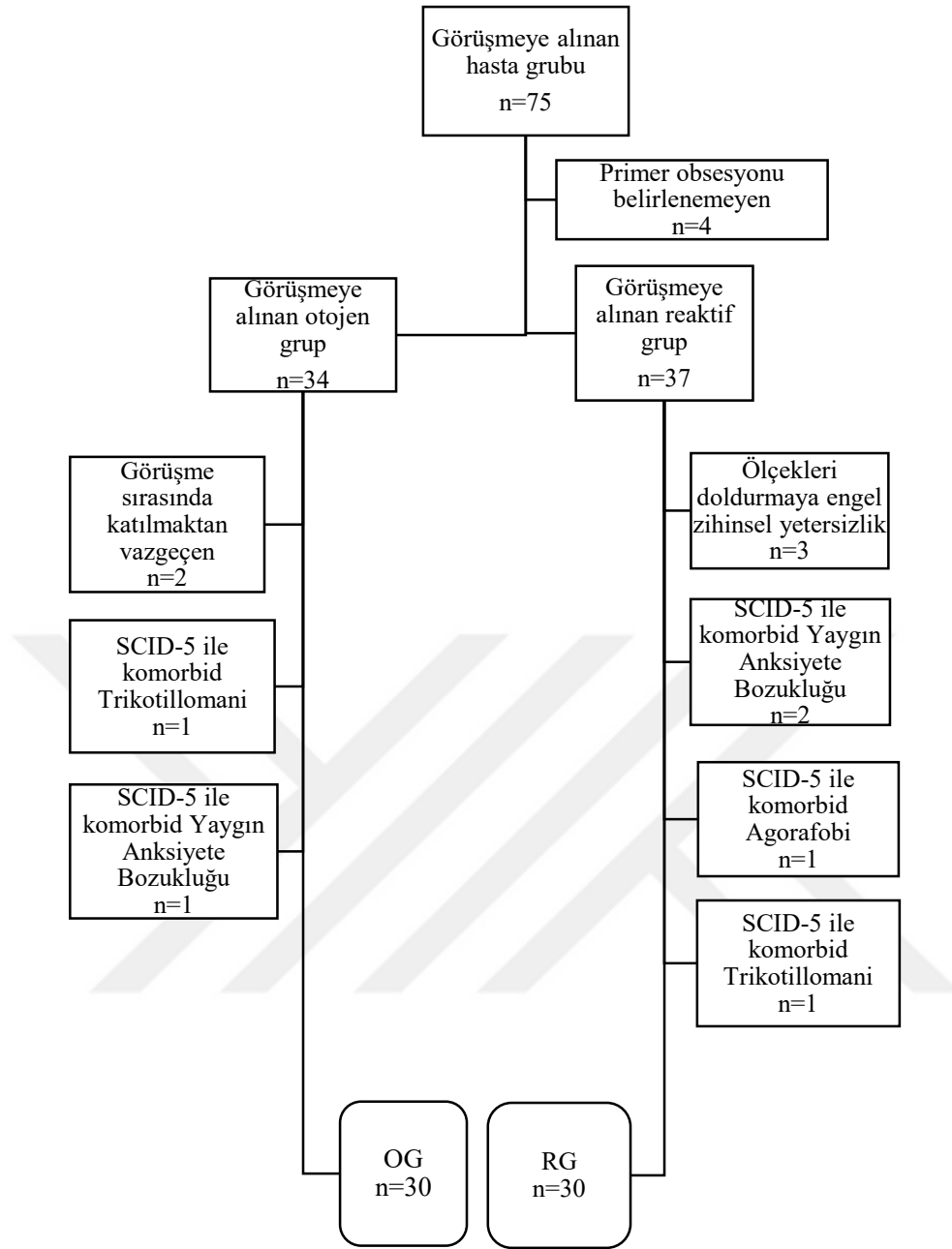
Araştırma için İstanbul Medeniyet Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12.07.2023 tarihinde 2023/0424 karar numarası ile onay alınmıştır.

3.1.1. Dahil etme ve hariç tutma kriterleri

Hasta grubu için OKB tanısı olan, en az okur-yazar düzeyinde eğitimi olan 18-65 yaş arası hastalar alınmıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu için eşleştirilerek hastane çalışanları ve hastanede görevli tıp fakültesi öğrencilerinden oluşan sağlıklı kontrol grubu için 18-65 yaş arasında, en az okur-yazar düzeyde eğitimi olan, son 6 aydır psikotrop ilaç kullanımı ve bilinen psikiyatrik hastalığı olmayan kişiler alınmıştır. Hasta grubunda SCID-5 uygulanmasında OKB dışında komorbid tanısı olan bireyler ile sağlıklı kontrol grubunda SCID-5 uygulamasında aktif herhangi bir psikiyatrik tanı saptanan kişiler çalışmadan çıkarılmıştır. Tüm gruplar için klinik görüşmeyle ölçekleri doldurmaya engel oluşturacak zeka düzeyinde olduğu düşünülen bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.



Şekil 3.1. Kontrol grubu akış şeması



Şekil 3.2. Hasta grubu akış şeması

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Çalışmadaki tüm katılımcılara, klinik görüşme ve uygulamalar öncesinde çalışma hakkında detaylı bilgilendirme yapılmış, bilgilendirilmiş onam formu verilmiş ve tüm katılımcılardan imzalı onay alınmıştır.

3.2.2. Sosyodemografik Veri Formu

OKB hasta grubunun birtakım klinik özellikleri dikkate alınarak belirlenmiş, çalışmamızın amaçları ile uyumlu olacak şekilde araştırmacı tarafından hazırlanmış bir formdur.

3.2.3. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilmiş olan yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir. Tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve geçerliğinin artırılması, bozukluklara ait belirtilerin sistematik olarak araştırılması amacıyla geliştirilmiştir. Bu görüşme ölçeğinde 32 tanı kategorisi ayrıntılı tanı ölçütleriyle, 16 tanı kategori ise yalnızca tarama sorularıyla yer almaktadır(165). SCID-5 Klinisyen Versiyonunun 2019 yılında Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır(166).

3.2.4. Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri

Vancouver Obsesif-Kompulsif Envanteri Thordarson ve ark. (2004) tarafından geliştirilmiştir(167). Ölçek, bulaşma/kirlenme 12 madde, obsesyonlar 12 madde, sadece doğru hissetme 12 madde, biriktirme 7 madde, kontrol etme 6 madde, kararsızlık 6 madde olacak şekilde 55 madde içermekte ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert tipindedir ve kişinin öz-bildirimine dayalıdır. Ölçekten alınan puanların yüksek olması OKB belirtilerinin ve şiddetinin arttığının göstergesidir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İnözü ve Yorulmaz tarafından 2013 yılında yapılmış ve toplam ölçek için iç tutarlık katsayısının 0,96 olduğu saptanmıştır(168). Çalışmamızda Cronbach Alfa değeri ise 0,954 bulunmuştur.

3.2.5. Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

Ölçek, 2010 senesinde Abramowitz ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilmiştir, obsesyonları ve kompulsiyonları dört semptom boyutunda değerlendiren 20 maddeden oluşmaktadır(169). Dört belirti boyutu bulaş, zarar verme ve hata yapma ile ilgili sorumluluk, kabul edilemez düşünceler, simetri/sıralama olup her bir maddesinde 0-4 puan arası beş opsiyon mevcuttur. Ölçek kaçınma davranışını da içerip her bir semptom boyutunun şiddetini ölçmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik uyarlaması Şafak ve arkadaşları tarafından yapılmış ve ölçeğin iç tutarlılığını gösteren

Cronbach Alfa değeri tüm ölçek için 0,874 saptanmıştır(170). Çalışmamızda ise Cronbach Alfa değeri 0,897 bulunmuştur.

3.2.6. Benlik Korkusu Anketi-Kısa Form

Aardema ve ark. (2013) kişilerin benlikleriyle ilgili korktukları özellikleri anlamak için geliştirdikleri Benlik Korkusu Anketi orijinalinde 6'lı derecelendirmeye (1=kesinlikle katılmıyorum, 6=kesinlikle katılıyorum) sahip 20 maddeden oluşmaktadır. Fakat pratik sebeplerle 8 maddelik kısa form oluşturulmuş ve bu kısa form ile 20 maddelik form arasındaki korelasyonun yüksek ve güvenilirliğinin iyi olması nedeniyle BKA-Kısa Form adıyla kullanılabileceğini düşünülmüştür(6). BKA-KF'nin Türkçe uyarlaması öğretmen örneklemi üzerinde Akın ve ark. (2016) tarafından yapılmış ve Cronbach Alfa değeri 0,82 bulunmuştur(171). Çalışmamızda Cronbach Alfa değeri ise 0,855 bulunmuştur.

3.2.7. Bağlamsal Benlik Ölçeği

Bağlamsal Benlik Ölçeği, orijinali Zettle (2018) tarafından geliştirilmiştir ve 10 maddelik, tek boyutlu, yedili likert (1=kesinlikle katılmıyorum, 7=kesinlikle katılıyorum) tipindedir(172). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Aydın ve ark. (2021) tarafından üniversite öğrencileri örneklemi üzerinde yapılmış ve Türkçe versiyonunda 5. madde analizler sonucu çıkartılmış ve 9 maddeli olarak Türkçeye uyarlanmış ve ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,94 olarak bulunmuştur(173). Çalışmamızda ise Cronbach Alfa değeri 0,844 bulunmuştur.

3.2.8. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği kısa form

Ölçek 1998 yılında DSÖ tarafından uzun form (100 soru) ve kısa form (26 soru) olarak geliştirilmiştir(174). WHOQOL ölçeğinin WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF olmak üzere iki farklı formu bulunmaktadır. WHOQOL-100 ölçeği biri genel bölüm olmak üzere 25 bölümden oluşur, her bir bölüm 4'er soru içerir. WHOQOL-BREF orijinal ölçekteki genel bölümden iki, geri kalan bölümlerden birer soru alınarak oluşturulmuştur. Yaşam kalitesi ve sağlık ile ilgili ilk 2 soru genel sağlık alanını içerir. Bedensel iyilik, ruhsal iyilik, sosyal ilişkiler ve çevre boyutları olmak üzere toplamda 4 boyuttan oluşan 26 soruluk bir ölçektir. WHOQOL-BREF-TR'de bu sorulara, Türkiye'ye özgü sosyal baskıyı sorgulayan 27. soru eklenmiştir, çevre boyutu içinde değerlendirilir. WHOQOL-BREF-TR'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmış ve genel ölçek yapısı için Cronbach Alfa değeri 0,85 olarak

bildirilmiştir(175). Bu ölçeğin kesme puanı yoktur, her bir boyut maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden değerlendirilir, puan artışı yaşam kalitesinin artışı gösterir. Beşli likert tipidir(174). Çalışmamızda Cronbach Alfa değeri 0,914 bulunmuştur.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada değerlendirilen vakaların demografik ve klinik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, ortalama, yüzde, standart sapma vb.) incelendi. Gruplar arasında klinik özelliklerle ilgili oranlarının karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi kullanıldı. Gruplar arasında BBÖ, BKA-KF, WHOQOL-BREF, BOKÖ ve VOKE skor ortalamalarının karşılaştırılması Tek Yönlü ANOVA Analizine, ikili grup karşılaştırmaları ise Tukey Testine göre yapıldı. Yaş, hastalık süresi ve BKA-KF, BBÖ, BOKÖ, VOKE, WHOQOL-BREF skorları arasındaki ilişki normal dağılan verilerde Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılmayan verilerde ise Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak incelendi. OKB tanı riskini artırmada etkili olan değişkenler Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi ile incelendi. BOKÖ ve VOKE toplam skorlarını açıklamada WHOQOL-BREF, BBÖ ve BKA-KF'nin etkinliği Hiyerarşik Regresyon Analizi ile incelendi. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak belirlendi. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 26.0 programı kullanıldı.

4. BULGULAR

Değerlendirmeye alınan toplam 90 katılımcının verileri analiz edildi. Katılımcıların demografik bilgileri Tablo 4.1.'de verilmiştir ve verilerden en sık görülenler özetlenmiştir. Otojen OKB grubu vakaların yaş ortalamalarının $28,20 \pm 11,68$, reaktif OKB grubu vakaların yaş ortalamalarının $30,90 \pm 11,60$, sağlıklı kontrol grubu vakaların yaş ortalamalarının $31,33 \pm 10,03$ olduğu görüldü. Tek Yönlü ANOVA Analizine göre gruplar arasında yaş ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık göstermediği ($F=0,70$, $p=0,500$) bulundu.

Araştırmada değerlendirilen otojen OKB grubu vakaların 19'unun (%63,3) kadın, 22'sinin (%73,3) bekar olduğu, 26'sının (%86,7) aile ile yaşadığı, 15'inin (%50) lise mezunu, 16'sının (%53,3) öğrenci, 18'inin (%60) 1'den yüksek 3'ten düşük asgari ücret aylık toplam gelir düzeyinin olduğu, 13'ünün (%43,3) 2 kardeşinin olduğu, 25'inin (%83,3) 0-6 yaş arasında bakımının anne-baba birlikte sağlandığı bulundu.

Araştırmada değerlendirilen reaktif OKB grubu vakaların 24'ünün (%80) kadın, 16'sının (%53,3) bekar olduğu, 28'inin (%93,3) aile ile yaşadığı, 12'sinin (%40) lise mezunu, 11'inin (%36,7) öğrenci, 17'sinin (%56,7) 1'den yüksek 3'ten yüksek asgari ücret aylık toplam gelir düzeyinin olduğu, 17'sinin (%56,7) 3 ve üzeri kardeşinin olduğu, 24'ünün (%80) 0-6 yaş arasında bakımının anne-baba birlikte sağlandığı bulundu.

Araştırmada değerlendirilen sağlıklı kontrol grubu vakaların 22'sinin (%73,3) kadın, 19'unun (%63,3) bekar olduğu, 15'inin (%50) aile ile yaşadığı, 13'ünün (%43,3) lise mezunu, 11'inin (%36,7) öğrenci, 17'sinin (%56,7) 3 asgari ücret ve üzeri ayda toplam gelirinin olduğu, 13'ünün (%43,3) 3 ve üzeri kardeşinin olduğu, 26'sının (%86,7) 0-6 yaş arasında bakımının anne-baba birlikte sağlandığı bulundu.

Ki-Kare Testine göre otojen OKB, reaktif OKB ve sağlıklı kontrol grupları arasında birlikte yaşadığı kişiler ($X^2=22,57$, $p=0,001$), çalışma durumu ($X^2=33,88$, $p=0,001$), gelir düzeyi ($X^2=15,16$, $p=0,004$) oranlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu.

Tablo 4.1. Araştırmada değerlendirilen tüm gruplar arasında demografik özelliklerin karşılaştırılması

		OG		RG		Kontrol			
		n	%	n	%	n	%	X ²	p
Cinsiyet	Kadın	19	63,3	24	80,0	22	73,3	2,11	0,349
	Erkek	11	36,7	6	20,0	8	26,7		
Medeni durumu	Bekar	22	73,3	16	53,3	19	63,3	7,55	0,110
	Evli	8	26,7	11	36,7	11	36,7		
	Boşanmış	0	0,0	3	10,0	0	0,0		
Halen devam eden romantik ilişki	Evet	11	36,7	13	43,3	16	53,3	1,71	0,425
	Hayır	19	63,3	17	56,7	14	46,7		
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	0	0,0	0	0,0	3	10,0	22,57	0,001
	Aile	26	86,7	28	93,3	15	50,0		
	Eş	4	13,3	1	3,3	6	20,0		
	Arkadaş	0	0,0	1	3,3	6	20,0		
Eğitim durumu	Okur yazar	1	3,3	0	0,0	0	0,0	7,60	0,668
	İlkokul	1	3,3	1	3,3	1	3,3		
	Ortaokul	1	3,3	4	13,3	1	3,3		
	Lise	15	50,0	12	40,0	13	43,3		
	Yüksekokul	6	20,0	6	20,0	4	13,3		
	Üniversite	6	20,0	7	23,3	11	36,7		
Çalışma durumu	İşsiz	1	3,3	3	10,0	0	0,0	33,88	0,001
	Öğrenci	16	53,3	11	36,7	11	36,7		
	Ev hanımı	4	13,3	8	26,7	0	0,0		
	İşçi	4	13,3	3	10,0	10	33,3		
	Memur	3	10,0	1	3,3	9	30,0		
	Emekli	2	6,7	1	3,3	0	0,0		
	Serbest meslek	0	0,0	3	10,0	0	0,0		
Gelir düzeyi (Ailenin toplam gelir düzeyi-ayda)	Asgari ücret ve altı	5	16,7	8	26,7	1	3,3	15,16	0,004
	Asgari ücret (>1, <3)	18	60,0	17	56,7	12	40,0		
	Asgari ücret (x3 ve üstü)	7	23,3	5	16,7	17	56,7		
Yaşadığı yer	Merkez	27	90,0	25	83,3	26	86,7	0,56	0,749
	İlçe	3	10,0	5	16,7	4	13,3		
Kardeş sayısı	Yok	2	6,7	1	3,3	1	3,3	7,72	0,260
	1	7	23,3	7	23,3	5	16,7		
	2	13	43,3	5	16,7	11	36,7		
	3 ve üzeri	8	26,7	17	56,7	13	43,3		
0-6 yaş arasında kim tarafından bakım verildiği	Yalnız anne	4	13,3	4	13,3	4	13,3	2,08	0,721
	Anne-baba	25	83,3	24	80,0	26	86,7		
	Akrabalar	1	3,3	2	6,7	0	0,0		
Anne-baba boşanması/ayrılığı	Evet	2	6,7	2	6,7	4	13,3	1,10	0,578
	Hayır	28	93,3	28	93,3	26	86,7		
Göç öyküsü	Evet	5	16,7	8	26,7	6	20,0	0,93	0,627
	Hayır	25	83,3	22	73,3	24	80,0		
Çocukluk döneminde ebeveyninden ayrı kalma	Evet	7	23,3	8	26,7	5	16,7	0,90	0,638
	Hayır	23	76,7	22	73,3	25	83,3		
Farklı bir dini veya etnik kimliği/özellliği olması	Evet	1	3,3	1	3,3	2	6,7	0,52	0,770
	Hayır	29	96,7	29	96,7	28	93,3		
Çocukluk döneminde şiddet öyküsü	Evet	8	26,7	5	16,7	6	20,0	0,93	0,627
	Hayır	22	73,3	25	83,3	24	80,0		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	F	p
Yaş		28,20	11,68	30,90	11,60	31,33	10,03	0,70	0,500

SS.=Standart Sapma, Ort.=Ortalama, X²=Ki-Kare, F=Tek Yönlü ANOVA Analiz, OG=Otojen Grup, RG=Reaktif Grup.

Ki-Kare Testine göre otojen ve reaktif grup arasında demografik özelliklerin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklı olmadığı ($p>0,05$) bulundu (bkz. Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Araştırmada değerlendirilen OKB alt tipler arasında demografik özelliklerin karşılaştırılması

		OG		RG		X ²	p
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	19	63,3	24	80,0	2,05	0,152
	Erkek	11	36,7	6	20,0		
Medeni durumu	Bekar	22	73,3	16	53,3	4,42	0,110
	Evli	8	26,7	11	36,7		
	Boşanmış	0	0,0	3	10,0		
Halen devam eden romantik ilişki	Evet	11	36,7	13	43,3	0,28	0,598
	Hayır	19	63,3	17	56,7		
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	0	0,0	0	0,0	2,87	0,238
	Aile	26	86,7	28	93,3		
	Eş	4	13,3	1	3,3		
	Arkadaş	0	0,0	1	3,3		
Eğitim durumu	Okur yazar	1	3,3	0	0,0	3,21	0,668
	İlkokul	1	3,3	1	3,3		
	Ortaokul	1	3,3	4	13,3		
	Lise	15	50,0	12	40,0		
	Yüksekokul	6	20,0	6	20,0		
	Üniversite	6	20,0	7	23,3		
Çalışma durumu	İşsiz	1	3,3	3	10,0	7,74	0,258
	Öğrenci	16	53,3	11	36,7		
	Ev hanımı	4	13,3	8	26,7		
	İşçi	4	13,3	3	10,0		
	Memur	3	10,0	1	3,3		
	Emekli	2	6,7	1	3,3		
	Serbest meslek	0	0,0	3	10,0		
Gelir Düzeyi (Ailenin toplam gelir düzeyi-ayda)	Asgari ücret ve altı	5	16,7	8	26,7	1,05	0,590
	Asgari ücret (>1, <3)	18	60,0	17	56,7		
	Asgari ücret (x3 ve üstü)	7	23,3	5	16,7		
Yaşadığı yer	Merkez	27	90,0	25	83,3	0,58	0,448
	İlçe	3	10,0	5	16,7		
Kardeş sayısı	Yok	2	6,7	1	3,3	7,13	0,068
	1	7	23,3	7	23,3		
	2	13	43,3	5	16,7		
	3 ve üzeri	8	26,7	17	56,7		
0-6 yaş arasında kim tarafından bakım verildiği	Yalnız anne	4	13,3	4	13,3	0,35	0,838
	Anne-baba	25	83,3	24	80,0		
	Akrabalar	1	3,3	2	6,7		
Anne-baba boşanması/ayrılığı	Evet	2	6,7	2	6,7	-	-
	Hayır	28	93,3	28	93,3		
Göç öyküsü	Evet	5	16,7	8	26,7	0,88	0,347
	Hayır	25	83,3	22	73,3		
Çocukluk döneminde ebeveyn ayrı kalma	Evet	7	23,3	8	26,7	0,09	0,766
	Hayır	23	76,7	22	73,3		
Farklı bir dini veya etnik kimliği/özelliği olması	Evet	1	3,3	1	3,3	-	-
	Hayır	29	96,7	29	96,7		
Çocukluk döneminde şiddet öyküsü	Evet	8	26,7	5	16,7	0,88	0,347
	Hayır	22	73,3	25	83,3		

X²=Ki-Kare Testi, OG=Otojen Grup, RG=Reaktif Grup

Klinik görüşme ve hastaların beyan ettikleri primer obsesyonlarına göre takıntılar dört grupta değerlendirilmiştir. Ki-Kare Testinde otojen OKB grubu vakalarının reaktif OKB grubu vakalarına göre ilk takıntılarda kirlenme-bulaş ($\chi^2=21,70$, $p<0,001$), mevcut takıntılarda ise kirlenme-bulaş ($\chi^2=37,30$, $p<0,001$), şüphe-kontrol ($\chi^2=25,71$, $p<0,001$) ve simetri-düzen ($\chi^2=5,46$, $p=0,020$) oranlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulundu. Reaktif OKB grubu vakalarında ise otojen OKB grubu vakalarına göre istenmeyen düşünceler oranının ilk takıntılarda ($\chi^2=30,10$, $p<0,001$) ve mevcut takıntılarda ($\chi^2=60,00$, $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulundu (bkz. Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. OG ve RG’de OKB bazı klinik özelliklerin karşılaştırılması

		OG		RG			
		n	%	n	%	X ²	p
İlk Takıntılar							
Kirlenme-bulaş	Var	5	16,7	23	76,7	21,70	<0,001
	Yok	25	83,3	7	23,3		
Şüphe-kontrol	Var	10	33,3	15	50,0	1,71	0,190
	Yok	20	66,7	15	50,0		
İstenmeyen düşünceler	Var	25	83,3	1	3,3	30,10	<0,001
	Yok	5	16,7	29	96,7		
Simetri-düzen	Var	4	13,3	4	13,3	-	-
	Yok	26	86,7	26	86,7		
Mevcut Primer Takıntılar							
Kirlenme-bulaş	Var	0	0,0	23	76,7	37,30	<0,001
	Yok	30	100,0	7	23,3		
Şüphe-kontrol	Var	0	0,0	18	60,0	25,71	<0,001
	Yok	30	100,0	12	40,0		
İstenmeyen düşünceler	Var	30	100,0	0	0,0	60,00	<0,001
	Yok	0	0,0	30	100,0		
Simetri-düzen	Var	0	0,0	5	16,7	5,46	0,020
	Yok	30	100,0	25	83,3		
İlk başladığı andan bugüne kadar takıntılarının seyri	Sürekli arttı	10	33,3	6	20,0	2,46	0,292
	Azaldı	6	20,0	4	13,3		
	Dalgalı seyir	14	46,7	20	66,7		
Daha önce takıntıları nedeniyle tedavi öyküsü	Evet	22	73,3	18	60,0	1,20	0,273
	Hayır	8	26,7	12	40,0		
Takıntılarıyla ilgili halen (son 6 aydır) herhangi bir ilaç tedavisi kullanımı	Evet	26	86,7	26	86,7	-	-
	Hayır	4	13,3	4	13,3		
Takıntılarını dışında başka bir psikiyatrik hastalığı nedeniyle geçmişte tedavi görme öyküsü	Evet	7	23,3	5	16,7	0,42	0,519
	Hayır	23	76,7	25	83,3		

χ^2 =Ki-Kare Testi, OG=Otojen Grup, Reaktif Grup.

Ki-Kare Testine göre otojen OKB, reaktif OKB ve sağlıklı kontrol grupları arasında intihar girişiminde bulunma ($\chi^2=7,66$, $p=0,022$) ve geçmişte veya şu anda kronik

bedensel bir hastalık ve kullanılan ilaç varlığı ($X^2=7,83$, $p=0,020$) oranlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu (bkz. Tablo 4.4.). Ki-Kare Testine göre otojen OKB ve reaktif OKB grupları klinik özellik oranlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu. Bağımsız Gruplar t testine göre otojen OKB tanılı vakaların hastalık başlangıç yaşının reaktif OKB tanılı bireylerin ortalamalarına göre anlamlı seviyede daha düşük olduğu ($p=-2,58$, $p=0,012$) bulundu (bkz. Tablo 4.5.).

Tablo 4.4. Tüm gruplar arasında klinik özelliklerin karşılaştırılması

		OG		RG		Kontrol		X^2	P
		n	%	n	%	n	%		
İntihar girişimi öyküsü	Var	4	13,3	7	23,3	0	0,0	7,66	0,022
	Yok	26	86,7	23	76,7	30	100,0		
Sigara kullanımı	Var	6	20,0	9	30,0	9	30,0	1,02	0,600
	Yok	24	80,0	21	70,0	21	70,0		
Alkol kullanımı	Var	3	10,0	3	10,0	6	20,0	1,73	0,421
	Yok	27	90,0	27	90,0	24	80,0		
Alkol-sigara dışı madde kullanımı	Var	1	3,3	0	0,0	0	0,0	2,02	0,364
	Yok	29	96,7	30	100,0	30	100,0		
Geçmişte veya şu anda kronik bedensel bir hastalık ve kullanılan ilaç varlığı	Var	12	40,0	6	20,0	3	10,0	7,83	0,020
	Yok	18	60,0	24	80,0	27	90,0		

X^2 =Ki-Kare Testi, OG=Otojen Grup, RG=Reaktif Grup.

Tablo 4.5. OG ve RG arasında klinik özelliklerin karşılaştırılması

		OG		RG		X^2	P
		n	%	n	%		
İntihar girişimi öyküsü	Var	4	13,3	7	23,3	1,00	0,317
	Yok	26	86,7	23	76,7		
Sigara kullanımı	Var	6	20,0	9	30,0	0,80	0,371
	Yok	24	80,0	21	70,0		
Alkol kullanımı	Var	3	10,0	3	10,0	-	-
	Yok	27	90,0	27	90,0		
Alkol-sigara dışı madde kullanımı	Var	1	3,3	0	0,0	1,02	0,313
	Yok	29	96,7	30	100,0		
Geçmişte veya şu anda kronik bedensel bir hastalık ve kullanılan ilaç varlığı	Var	12	40,0	6	20,0	2,86	0,091
	Yok	18	60,0	24	80,0		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.		
Hastalık başlangıç yaşı		16,80	9,62	22,80	8,36	$t=-2,58$	0,012
Hastalık süresi		11,40	8,96	8,10	6,72	$Z=-1,51$	0,130

SS.=Standart Sapma, Ort.=Ortalama, X^2 =Ki-Kare Testi, t =Bağımsız Gruplar t testi, Z =Mann Whitney U testi, OG=Otojen Grup, RG=Reaktif Grup.

Tek Yönlü ANOVA Analizine göre otojen OKB, reaktif OKB ve sağlıklı kontrol grupları arasında BOKÖ puan toplamı ($p<0,001$), VOKE puan toplamı ($p<0,001$), kontrol

etme alt ölçeği ($p<0,001$), bulaşma kirlenme alt ölçeği ($p<0,001$), biriktirme alt ölçeği ($p=0,037$), obsesyonlar alt ölçeği ($p<0,001$), kararsızlık alt ölçeği ($p<0,001$) ve sadece doğru hissetme alt ölçeği ($p<0,001$) ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık gösterdiği saptandı (bkz. Tablo 4.6.).

Tukey Testi Sonucuna göre otojen ve reaktif OKB grubu vakalarının sağlıklı kontrol grubu vakalarına göre BOKÖ puan toplamı, VOKE puan toplamı ile kontrol etme, biriktirme, kararsızlık ve sadece doğru hissetme alt ölçek puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,005$) bulundu.

Tukey Testi Sonucuna göre reaktif OKB grubu vakaların otojen OKB grubu vakalarına göre, otojen OKB grubu vakaların ise sağlıklı kontrol grubu vakalarına göre bulaşma kirlenme alt ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,005$) bulundu.

Tukey Testi Sonucuna göre otojen OKB grubu vakaların reaktif OKB grubu vakalarına göre, reaktif OKB grubu vakaların ise sağlıklı kontrol grubu vakalarına göre obsesyonlar alt ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,005$) bulundu.

Tablo 4.6. Tüm gruplar arasında BOKÖ ve VOKE skorlarının karşılaştırılması

	OG		RG		Kontrol		F	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
BOKÖ toplam	26,63	16,38	25,40	13,61	7,87	6,01	20,26	<0,001^a
VOKE toplam	78,50	42,12	79,73	41,23	25,20	20,61	22,38	<0,001^a
Kontrol etme	6,70	7,33	10,03	7,22	3,10	3,89	8,95	<0,001^a
Bulaşma kirlenme	14,00	10,56	24,47	14,32	6,57	7,28	19,69	<0,001^b
Biriktirme	4,40	5,96	3,97	5,00	1,47	2,29	3,43	0,037^a
Obsesyonlar	23,37	10,75	9,93	7,79	4,10	3,84	45,98	<0,001^c
Kararsızlık	12,90	5,61	10,53	6,69	3,63	2,86	24,72	<0,001^a
Sadece doğru hissetme	17,13	10,61	20,80	11,57	6,33	5,24	18,58	<0,001^a

SS.=Standart Sapma, Ort.=Ortalama, F=Tek Yönlü ANOVA Analizi, Tukey Testi Sonucu; a=OG, RG>Kontrol, b=RG>OG>Kontrol, c=OG>RG>Kontrol. BOKÖ=Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, VOKE=Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri.

Tek Yönlü ANOVA Analizine göre otojen OKB, reaktif OKB ve sağlıklı kontrol grupları arasında BBÖ ($p=0,001$) ve BKA-KF ($p<0,001$) puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık gösterdiği Tablo 4.7.'de gösterilmiştir.

Tukey Testi Sonucuna göre sağlıklı kontrol grubu vakaların otojen ve reaktif OKB grubu vakalarına göre BBÖ ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,005$) saptandı.

Tukey Testi Sonucuna göre otojen OKB grubu vakaların reaktif OKB grubu vakalarına göre, reaktif OKB grubu vakaların ise sağlıklı kontrol grubu vakalarına göre BKA-KF puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,005$) bulundu.

Tablo 4.7. Tüm gruplar arasında BBÖ ve BKA-KF skorlarının karşılaştırılması

	OG		RG		Kontrol		F	P
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
BBÖ	40,40	10,68	45,33	8,49	49,33	6,95	7,69	0,001^a
BKA-KF	33,40	8,92	25,27	8,27	21,03	6,82	18,27	<0,001^b

SS.=Standart Sapma, Ort.=Ortalama, F=Tek Yönlü ANOVA Analizi, Tukey Testi Sonucu; a=Kontrol>RG, OG, b=OG>RG>Kontrol. BBÖ=Bağlamsal Benlik Ölçeği, BKA-KF=Benlik Korkusu Anketi-Kısa Form.

Tek Yönlü ANOVA Analizine göre otojen OKB, reaktif OKB ve sağlıklı kontrol grupları arasında WHOQOL-BREF toplam skoru ($p=0,008$), genel sağlık ($p=0,003$), fiziksel iyilik ($p=0,008$), psikolojik iyilik ($p<0,001$) ve sosyal iyilik ($p=0,003$) puanları ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık gösterdiği bulundu (bkz. Tablo 4.8.).

Tukey Testi Sonucuna göre sağlıklı kontrol grubu vakaların otojen ve reaktif OKB grubu vakalarına göre WHOQOL-BREF toplam skoru ile genel sağlık, fiziksel iyilik, psikolojik iyilik, sosyal iyilik puanları ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,005$) saptandı.

Tablo 4.8. Gruplar arasında WHOQOL-BREF skorlarının karşılaştırılması

	OG		RG		Kontrol		F	P
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
WHOQOL-BREF	56,02	16,60	60,15	13,49	67,59	12,36	5,07	0,008^a
Genel sağlık	46,67	25,62	51,25	23,06	65,83	17,35	6,05	0,003^a
Fiziksel iyilik	58,67	21,54	63,73	20,45	74,53	16,38	5,14	0,008^a
Psikolojik iyilik	49,10	22,84	55,17	16,52	69,03	13,81	9,54	<0,001^a
Sosyal iyilik	52,93	24,19	58,77	16,25	69,87	15,22	6,16	0,003^a
Çevresel iyilik	66,07	17,34	68,20	16,45	67,47	14,33	0,14	0,873 ^b

SS.=Standart Sapma, Ort.=Ortalama, F=Tek Yönlü ANOVA Analizi. a=Kontrol>RG, OG, b=OG, RG, Kontrol. WHOQOL-BREF=Yaşam Kalitesi Ölçeği.

Otojen OKB grubunda yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların yaş değerleri ile BOKÖ toplam puan ($r=-0,413$, $p=0,023$), VOKE toplam puan ($r=-0,388$, $p=0,034$), bulaşma kirlenme alt ölçek ($r=-0,427$, $p=0,019$), kararsızlık alt ölçek ($r=-0,479$, $p=0,007$), sadece doğru hissetme alt ölçek ($r=-0,392$, $p=0,032$) skorları arasında

istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu. Ayrıca Spearman Korelasyon Analizine göre vakaların hastalık süresi değerleri ile çevresel iyilik ($r=-0,437$, $p=0,016$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu saptandı. Buna ek olarak hastalık başlangıç yaşı ile BOKÖ toplam puan ($r=-0,420$, $p=0,021$), VOKE toplam puan ($r=-0,384$, $p=0,036$), bulaşma kirlenme alt ölçek ($r=-0,510$, $p=0,004$) ve sadece doğru hissetme alt ölçek ($r=-0,407$, $p=0,026$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif ilişki olduğu görüldü. Reaktif OKB grubunda yapılan Spearman Korelasyon Analizine göre vakaların hastalık süresi değerleri ile genel sağlık alt boyut ($r=-0,468$, $p=0,009$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu (bkz. Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Yaş, hastalık süresi ve BKA-KF, BBÖ, BOKÖ, VOKE, WHOQOL-BREF skorları arasındaki ilişki

		OG			RG		
		Yaş	Hastalık Başlangıç Yaşı	Hastalık Süresi*	Yaş	Hastalık Başlangıç Yaşı	Hastalık Süresi*
BBÖ	r	0,242	0,306	-0,057	-0,066	0,012	-0,332
	p	0,197	0,100	0,766	0,728	0,951	0,073
BKA-KF	r	-0,293	-0,122	-0,123	-0,266	-0,288	-0,016
	p	0,116	0,521	0,516	0,155	0,123	0,931
BOKÖ toplam	r	-0,413	-0,420*	0,066	0,008	-0,163	0,275
	p	0,023	0,021	0,728	0,968	0,389	0,142
VOKE toplam	r	-0,388	-0,384*	0,140	0,119	-0,055	0,302
	p	0,034	0,036	0,462	0,530	0,773	0,105
Kontrol etme	r	-0,194	-0,292	0,160	0,113	0,100	0,183
	p	0,304	0,118	0,398	0,551	0,598	0,333
Bulaşma kirlenme	r	-0,427	-0,510*	0,177	0,152	-0,073	0,306
	p	0,019	0,004	0,350	0,421	0,702	0,100
Biriktirme	r	-0,254	-0,282	0,108	0,157	-0,025	0,248
	p	0,175	0,132	0,569	0,408	0,896	0,186
Obsesyonlar	r	-0,190	-0,129	0,057	-0,062	-0,141	0,166
	p	0,314	0,496	0,763	0,745	0,459	0,379
Kararsızlık	r	-0,479	-0,223	-0,220	-0,006	-0,053	0,262
	p	0,007	0,235	0,242	0,975	0,781	0,162
Sadece doğru hissetme	r	-0,392	-0,407*	0,156	0,144	-0,032	0,343
	p	0,032	0,026	0,411	0,449	0,866	0,064
WHOQOL-BREF toplam	r	0,098	0,212	-0,237	-0,099	0,118	-0,324
	p	0,606	0,261	0,208	0,601	0,533	0,081
Genel sağlık	r	0,057	0,067	-0,233	-0,261	0,042	-0,468
	p	0,765	0,724	0,214	0,164	0,827	0,009
Fiziksel iyilik	r	0,002	0,015	-0,099	-0,094	0,089	-0,229
	p	0,991	0,939	0,602	0,622	0,641	0,223
Psikolojik iyilik	r	0,208	0,233	-0,091	0,016	0,157	-0,120
	p	0,271	0,216	0,633	0,932	0,408	0,528
Sosyal iyilik	r	0,061	0,139	-0,099	-0,239	-0,090	-0,171
	p	0,749	0,463	0,604	0,203	0,637	0,368
Çevresel iyilik	r	0,108	0,383*	-0,437	-0,011	0,116	-0,297
	p	0,569	0,037	0,016	0,952	0,540	0,111

r=Pearson Korelasyon Analizi. *Spearman Korelasyon Analizi. OG=Otojen Grup, RG=Reaktif Grup, BKA-KF=Benlik Korkusu Anketi-Kısa Form, BBÖ=Bağlamsal Benlik Ölçeği, BOKÖ=Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, VOKE=Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri, WHOQOL-BREF=Yaşam Kalitesi Ölçeği.

Tüm OKB grubunda BBÖ skorları ile BOKÖ toplam ($r=-0,278$, $p=0,031$), VOKE toplam ($r=-0,294$, $p=0,022$), kontrol etme ($r=-0,279$, $p=0,031$), biriktirme ($r=-0,272$, $p=0,036$), obsesyonlar ($r=-0,362$, $p=0,004$) ve kararsızlık ($r=-0,339$, $p=0,008$) alt ölçek skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif ilişki olduğu bulundu. Buna ek olarak BBÖ skorları ile WHOQOL-BREF toplam ($r=0,301$, $p=0,019$) ve psikolojik iyilik ($r=0,369$, $p=0,004$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif ilişki olduğu bulundu.

Tüm OKB grubunda BKA-KF skorları ile BOKÖ toplam ($r=0,398$, $p=0,002$), VOKE toplam ($r=0,454$, $p<0,001$), obsesyonlar ($r=0,694$, $p<0,001$), kararsızlık ($r=0,492$, $p<0,001$) ve sadece doğru hissetme ($r=0,315$, $p=0,014$) alt ölçek skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif ilişki olduğu bulundu. Tüm OKB grubunda BKA-KF skorları ile WHOQOL-BREF toplam ($r=-0,360$, $p=0,005$), genel sağlık ($r=-0,289$, $p=0,025$), psikolojik iyilik ($r=-0,491$, $p<0,001$), sosyal iyilik ($r=-0,268$, $p=0,038$) ve çevresel iyilik ($r=-0,262$, $p=0,043$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif ilişki olduğu bulundu.

Otojen OKB grubunda yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların BKA-KF skorları ile BOKÖ toplam puanı ($r=0,500$, $p=0,005$), VOKE toplam puanı ($r=0,535$, $p=0,002$), obsesyonlar alt ölçek ($r=0,680$, $p=0,000$), kararsızlık alt ölçek ($r=0,513$, $p=0,004$), sadece doğru hissetme alt ölçek ($r=0,492$, $p=0,006$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak vakaların BKA-KF skorları ile WHOQOL-BREF toplam ($r=-0,417$, $p=0,022$), genel sağlık ($r=-0,416$, $p=0,022$), psikolojik iyilik ($r=-0,514$, $p=0,004$), sosyal iyilik ($r=-0,393$, $p=0,032$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

Otojen OKB grubu vakaların BBÖ skorları ile kontrol etme alt ölçek skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,379$, $p=0,039$) bulundu.

Reaktif OKB grubunda yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların BKA-KF skorları ile VOKE toplam puanı ($r=0,486$, $p=0,006$), bulaşma kirlenme alt ölçek ($r=0,369$, $p=0,045$), obsesyonlar alt ölçek ($r=0,500$, $p=0,005$), kararsızlık alt ölçek ($r=0,424$, $p=0,019$) ve sadece doğru hissetme alt ölçek ($r=0,382$, $p=0,037$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak vakaların BKA-KF skorları ile psikolojik iyilik ($r=-0,430$, $p=0,018$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

Reaktif OKB grubu vakaların BBÖ skorları ile VOKE toplam puan ($r=-0,428$, $p=0,018$), obsesyonlar alt ölçek ($r=-0,554$, $p=0,002$) kararsızlık alt ölçek ($r=-0,550$, $p=0,002$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak vakaların BBÖ skorları ile WHOQOL-BREF toplam ($r=0,393$, $p=0,032$), psikolojik iyilik ($r=0,421$, $p=0,021$) ve çevresel iyilik ($r=0,364$, $p=0,048$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

Sağlıklı kontrol grubunda Pearson Korelasyon Analizine göre BBÖ skorları ile BOKÖ toplam ($r=-0,368$, $p=0,045$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif ilişki olduğu; WHOQOL-BREF toplam ($r=0,375$, $p=0,041$) ve sosyal iyilik ($r=0,601$, $p<0,001$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif ilişki olduğu bulundu.

Sağlıklı kontrol grubunda Pearson Korelasyon Analizine göre BKA-KF skorları ile BOKÖ toplam puanı ($r=0,544$, $p=0,002$), VOKE toplam puanı ($r=0,390$, $p=0,033$), obsesyonlar alt ölçek ($r=0,589$, $p=0,001$) ve kararsızlık alt ölçek ($r=0,698$, $p<0,001$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif ilişki olduğu; WHOQOL-BREF toplam ($r=-0,480$, $p=0,007$), fiziksel iyilik ($r=-0,363$, $p=0,048$), psikolojik iyilik ($r=-0,717$, $p<0,001$) ve çevresel iyilik ($r=-0,445$, $p=0,014$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif ilişki olduğu bulundu.

Tablo 4.10. BKA-KF ve BBÖ skorları ile BOKÖ, VOKE, WHOQOL-BREF skorları arasındaki ilişki

		Tüm OKB		OG		RG		Kontrol	
		BBÖ	BKA-KF	BBÖ	BKA-KF	BBÖ	BKA-KF	BBÖ	BKA-KF
BKA-KF	r	-0,160	-	-0,064	-	-0,052	-	-0,316	
	p	0,221	-	0,737	-	0,785	-	0,088	
BOKÖ toplam	r	-0,278	0,398	-0,149	0,500	-0,471	0,322	-0,368	0,544
	p	0,031	0,002	0,433	0,005	0,009	0,083	0,045	0,002
VOKE	r	-0,294	0,454	-0,217	0,535	-0,428	0,486	-0,198	0,390
	p	0,022	<0,001	0,248	0,002	0,018	0,006	0,294	0,033
Kontrol etme	r	-0,279	0,171	-0,379	0,335	-0,333	0,278	-0,136	0,147
	p	0,031	0,190	0,039	0,071	0,072	0,137	0,472	0,439
Bulaşma kirlenme	r	-0,026	0,121	-0,024	0,337	-0,255	0,369	-0,013	0,121
	p	0,845	0,359	0,900	0,068	0,173	0,045	0,944	0,524
Biriktirme	r	-0,272	0,238	-0,266	0,186	-0,278	0,322	-0,168	0,260
	p	0,036	0,067	0,156	0,325	0,136	0,083	0,373	0,165
Obsesyonlar	r	-0,362	0,694	-0,113	0,680	-0,554	0,500	-0,242	0,589
	p	0,004	<0,001	0,553	0,000	0,002	0,005	0,197	0,001
Kararsızlık	r	-0,339	0,492	-0,087	0,513	-0,550	0,424	-0,337	0,698
	p	0,008	<0,001	0,648	0,004	0,002	0,019	0,069	<0,001
Sadece doğru hissetme	r	-0,177	0,315	-0,268	0,492	-0,191	0,382	-0,224	0,332
	p	0,176	0,014	0,152	0,006	0,312	0,037	0,235	0,074
WHOQOL-BREF toplam	r	0,301	-0,360	0,204	-0,417	0,393	-0,233	0,375	-0,480
	p	0,019	0,005	0,280	0,022	0,032	0,216	0,041	0,007
Genel sağlık	r	0,218	-0,289	0,126	-0,416	0,308	-0,108	0,341	-0,216
	p	0,094	0,025	0,506	0,022	0,098	0,570	0,066	0,252
Fiziksel iyilik	r	0,235	-0,234	0,155	-0,254	0,290	-0,144	0,216	-0,363
	p	0,071	0,072	0,413	0,175	0,120	0,449	0,252	0,048
Psikolojik iyilik	r	0,369	-0,491	0,302	-0,514	0,421	-0,430	0,353	-0,717
	p	0,004	<0,001	0,105	0,004	0,021	0,018	0,056	<0,001
Sosyal iyilik	r	0,126	-0,268	0,060	-0,393	0,160	0,021	0,601	-0,228
	p	0,336	0,038	0,753	0,032	0,398	0,913	<0,001	0,226
Çevresel iyilik	r	0,248	-0,262	0,148	-0,270	0,364	-0,250	0,303	-0,445
	p	0,056	0,043	0,434	0,149	0,048	0,183	0,104	0,014

r=Pearson Korelasyon Analizi. BKA-KF=Benlik Korkusu Anketi-Kısa Form, BBÖ=Bağlamsal Benlik Ölçeği, BOKÖ=Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, VOKE=Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri, WHOQOL-BREF=Yaşam Kalitesi Ölçeği.

Tüm gruplar arasında yapılan Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre BKA-KF skorlarındaki artışın istatistiksel açıdan anlamlı seviyede OKB tanı riskini 1,113 kat arttırdığı (p=0,002, GA;1,041-1,191), BBÖ skorlarındaki artışın OKB tanı riskini 0,935 kat azalttığı (p=0,033, GA=0,879-0,995) Tablo 4.11.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Tüm gruplar arasında OKB tanı riskini artırmada etkili olan değişkenler

	B	sh	Wald	df	P	Odds Ratio	95% GA	
							AL	ÜL
Yaş	,012	,024	,266	1	,606	1,013	,966	1,062
Cinsiyet (Erkek)	-,170	,596	,081	1	,776	,844	,263	2,712
BBÖ	-,067	,032	4,541	1	,033	,935	,879	,995
BKA-KF	,107	,034	9,714	1	,002	1,113	1,041	1,191

N=90, Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi, sh=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, Nagelkerke R²=0,31, X²=22,67, p<0,001. BBÖ=Bağlamsal Benlik Ölçeği, BKA-KF=Benlik Korkusu Anketi-Kısa Form.

Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre BKA-KF skorlarındaki artışın istatistiksel açıdan anlamlı seviyede otojen OKB tanı riskini 1,120 (p=0,004, GA;1,036-1,209) arttırdığı bulundu (bkz. Tablo 4.12.).

Tablo 4.12. Otojen OKB tanı riskini artırmada etkili olan değişkenler

	B	sh	Wald	df	P	Odds Ratio	95% GA	
							AL	ÜL
Yaş	,005	,025	,045	1	,831	1,005	,957	1,057
Cinsiyet (Erkek)	-,989	,721	1,883	1	,170	,372	,091	1,527
BBÖ	-,058	,033	3,069	1	,080	,943	,884	1,007
BKA-KF	,113	,039	8,241	1	,004	1,120	1,036	1,209

N=60, Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi, sh=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, Nagelkerke R²=0,34, X²=17,91, p<0,001. BBÖ=Bağlamsal Benlik Ölçeği, BKA-KF=Benlik Korkusu Anketi-Kısa Form.

Otojen OKB grubunda yapılan Hiyerarşik Regresyon Analizine göre BOKÖ toplam skorlarının %15'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=4,98, p=0,034) WHOQOL-BREF toplam skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e BBÖ skorlarının eklenmesiyle BOKÖ toplam skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=2,49, p=0,101) açıklanmadığı bulundu. Model 2'ye BKA-KF skorlarının eklenmesiyle BOKÖ toplam skorlarının %30'unun istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=3,64, p=0,026) açıklandığı bulundu. Buna ek olarak model 3 incelendiğinde BOKÖ toplam skorlarını açıklamada sadece BKA-KF (p=0,031, GA:0,076-1,439) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.

Reaktif OKB grubunda yapılan Hiyerarşik Regresyon Analizine göre BOKÖ toplam skorlarının %16'sının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=6,40, p=0,017) WHOQOL-BREF toplam skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e BBÖ skorlarının eklenmesiyle BOKÖ toplam skorlarının %24'ünün istatistiksel açıdan anlamlı

seviyede ($F=5,60$, $p=0,009$) açıklandığı bulundu. Model 2’de alt değişkenler incelendiğinde WHOQOL-BREF toplam ($p=0,109$) ve BBÖ’nün ($p=0,053$) istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olmadığı bulundu. Model 2’ye BKA-KF skorlarının eklenmesiyle BOKÖ toplam skorlarının %28’inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=4,70$, $p=0,009$) açıklandığı bulundu. Buna ek olarak model 3 incelendiğinde BOKÖ toplam skorlarını açıklamada sadece BBÖ ($p=0,042$, GA:-1,156 - -0,023) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.

Sağlıklı kontrol grubunda yapılan Hiyerarşik Regresyon Analizine göre BOKÖ toplam skorlarının %19’unun istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=7,77$, $p=0,009$) WHOQOL-BREF toplam skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1’e BBÖ skorlarının eklenmesiyle BOKÖ toplam skorlarının %21’inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=4,77$, $p=0,017$) açıklandığı bulundu. Buna ek olarak model 2 incelendiğinde BOKÖ toplam skorlarını açıklamada sadece WHOQOL-BREF toplam ($p=0,042$, GA:-0,364 - -0,008) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu. Model 2’ye BKA-KF skorlarının eklenmesiyle BOKÖ toplam skorlarının %30’unun istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=5,16$, $p=0,006$) açıklandığı bulundu. Buna ek olarak model 3 incelendiğinde BOKÖ toplam skorlarını açıklamada sadece BKA-KF ($p=0,040$, GA:1,016 - 0,667) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.

Tablo 4.13. BOKÖ toplam skorlarını açıklamada WHOQOL-BREF, BBÖ ve BKA-KF'nin etkinliği

GRUP	Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	T	p	95,0% GA	
			B	Sh	Beta			AL	ÜL
OG	1	(Sabit)	48,096	10,022		4,799	,000	27,566	68,626
		WHOQOL-BREF toplam	-,383	,172	-,388	-2,230	,034	-,735	-,031
	2	(Sabit)	51,769	13,690		3,782	,001	23,680	79,858
		WHOQOL-BREF toplam	-,369	,178	-,374	-2,069	,048	-,734	-,003
		BBÖ	-,111	,277	-,072	-,401	,691	-,680	,457
	3	(Sabit)	17,513	19,731		,888	,383	-23,044	58,071
		WHOQOL-BREF toplam	-,198	,182	-,200	-1,085	,288	-,572	,177
		BBÖ	-,125	,258	-,081	-,484	,632	-,655	,405
	BKA-KF	,756	,332	,412	2,274	,031	,073	1,439	
Model 1: R2=0,15, F=4,98, p=0,034									
Model 2: R2=0,16, F=2,49, p=0,101									
Model 3: R2=0,30, F=3,64, p=0,026									
RG	1	(Sabit)	51,585	10,596		4,869	,000	29,881	73,289
		WHOQOL-BREF toplam	-,435	,172	-,431	-2,531	,017	-,788	-,083
	2	(Sabit)	68,952	13,224		5,214	,000	41,818	96,085
		WHOQOL-BREF toplam	-,294	,178	-,291	-1,656	,109	-,658	,070
		BBÖ	-,570	,282	-,356	-2,022	,053	-1,149	,008
	3	(Sabit)	55,640	15,552		3,578	,001	23,673	87,607
		WHOQOL-BREF toplam	-,231	,178	-,229	-1,297	,206	-,597	,135
		BBÖ	-,589	,276	-,368	-2,138	,042	-1,156	-,023
	BKA-KF	,410	,267	,249	1,534	,137	-,140	,960	
Model 1: R2=0,16, F=6,40, p=0,017									
Model 2: R2=0,24, F=5,60, p=0,009									
Model 3: R2=0,28, F=4,70, p=0,009									
Kontrol	1	(Sabit)	23,190	5,585		4,152	,000	11,750	34,631
		WHOQOL-BREF toplam	-,227	,081	-,466	-2,788	,009	-,393	-,060
	2	(Sabit)	30,029	7,733		3,883	,001	14,162	45,897
		WHOQOL-BREF toplam	-,186	,087	-,382	-2,139	,042	-,364	-,008
		BBÖ	-,195	,154	-,226	-1,264	,217	-,511	,121
	3	(Sabit)	14,863	10,099		1,472	,153	-5,895	35,621
		WHOQOL-BREF toplam	-,106	,089	-,219	-1,192	,244	-,290	,077
		BBÖ	-,142	,147	-,164	-,965	,343	-,443	,160
	BKA-KF	,342	,158	,388	2,159	,040	,016	,667	
Model 1: R2=0,19, F=7,77, p=0,009									
Model 2: R2=0,21, F=4,77, p=0,017									
Model 3: R2=0,30, F=5,16, p=0,006									

Hiyerarşik Regresyon Analizi, sh=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit.
WHOQOL-BREF=Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği, BBÖ=Bağlamsal Benlik Ölçeği, BKA-KF=Benlik Korkusu Anketi-Kısa Form.

Otojen OKB grubunda yapılan Hiyerarşik Regresyon Analizine göre VOKE toplam skorlarının %32'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=14,60, p=0,001) WHOQOL-BREF toplam skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e BBÖ skorlarının eklenmesiyle VOKE toplam skorlarının %31'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=7,36, p=0,003) açıklandığı bulundu. Buna ek olarak model 2 incelendiğinde

VOKE toplam skorlarını açıklamada sadece WHOQOL-BREF toplam ($p=0,048$, GA: -0,734 - -0,003) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu. Model 2'ye BKA-KF skorlarının eklenmesiyle Voke toplam skorlarının %39'unun istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=7,29$, $p=0,001$) açıklandığı bulundu. Buna ek olarak model 3 incelendiğinde Voke toplam skorlarını açıklamada sadece BKA-KF ($p=0,031$, GA: 0,073 - 1,439) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.

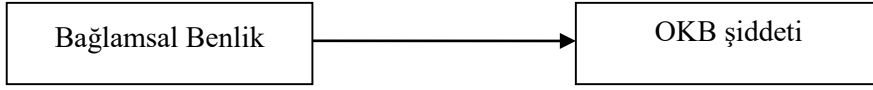
Reaktif OKB grubunda yapılan Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Voke toplam skorlarının %31'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=14,08$, $p=0,001$) WHOQOL-BREF toplam skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e BBÖ skorlarının eklenmesiyle Voke toplam skorlarının %34'ünün istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=8,35$, $p=0,001$) açıklandığı bulundu. Model 2'ye BKA-KF skorlarının eklenmesiyle Voke toplam skorlarının %47'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=9,40$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Buna ek olarak model 3 incelendiğinde Voke toplam skorlarını açıklamada sadece BBÖ ($p=0,042$, GA: -1,156 - -0,023) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.

Sağlıklı kontrol grubunda yapılan Hiyerarşik Regresyon Analizine göre Voke toplam skorlarının %37'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=18,23$, $p<0,001$) WHOQOL-BREF toplam skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e BBÖ skorlarının eklenmesiyle Voke toplam skorlarının %35'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=8,85$, $p=0,001$) açıklandığı bulundu. Buna ek olarak model 2 incelendiğinde Voke toplam skorlarını açıklamada sadece WHOQOL-BREF toplam ($p=0,042$, GA: -0,364 - -0,008) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu. Model 2'ye BKA-KF skorlarının eklenmesiyle Voke toplam skorlarının %34'ünün istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=5,97$, $p=0,003$) açıklandığı bulundu. Buna ek olarak model 3 incelendiğinde Voke toplam skorlarını açıklamada sadece BKA-KF ($p=0,040$, GA: 0,016 - 0,667) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.

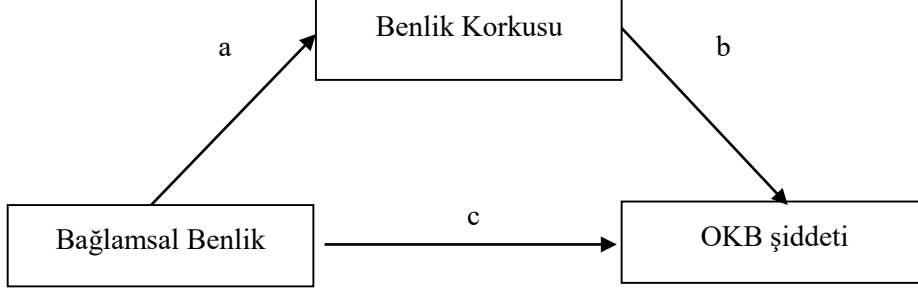
Tablo 4.14. VOKE toplam skorlarını açıklamada WHOQOL-BREF, BBÖ ve BKA-KF'nin etkinliği

GRUP	Model	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA		
		B	sh	Beta			AL	ÜL	
OG	1	(Sabit)	48,096	10,022		4,799	,000	27,566	68,626
		WHOQOL-BREF toplam	-,383	,172	-,388	-2,230	,034	-,735	-,031
	2	(Sabit)	51,769	13,690		3,782	,001	23,680	79,858
		WHOQOL-BREF toplam	-,369	,178	-,374	-2,069	,048	-,734	-,003
	3	BBÖ	-,111	,277	-,072	-,401	,691	-,680	,457
		(Sabit)	17,513	19,731		,888	,383	-23,044	58,071
		WHOQOL-BREF toplam	-,198	,182	-,200	-1,085	,288	-,572	,177
		BBÖ	-,125	,258	-,081	-,484	,632	-,655	,405
		BKA-KF	,756	,332	,412	2,274	,031	,073	1,439
Model 1: R2=0,32, F=14,60, p=0,001 Model 2: R2=0,31, F=7,36, p=0,003 Model 3: R2=0,39, F=7,29, p=0,001									
RG	1	(Sabit)	51,585	10,596		4,869	,000	29,881	73,289
		WHOQOL-BREF toplam	-,435	,172	-,431	-2,531	,017	-,788	-,083
	2	(Sabit)	68,952	13,224		5,214	,000	41,818	96,085
		WHOQOL-BREF toplam	-,294	,178	-,291	-1,656	,109	-,658	,070
		BBÖ	-,570	,282	-,356	-2,022	,053	-1,149	,008
	3	(Sabit)	55,640	15,552		3,578	,001	23,673	87,607
		WHOQOL-BREF toplam	-,231	,178	-,229	-1,297	,206	-,597	,135
		BBÖ	-,589	,276	-,368	-2,138	,042	-1,156	-,023
		BKA-KF	,410	,267	,249	1,534	,137	-,140	,960
Model 1: R2=0,31, F=14,08, p=0,001 Model 2: R2=0,34, F=8,35, p=0,001 Model 3: R2=0,47, F=9,40, p<0,001									
Kontroll	1	(Sabit)	23,190	5,585		4,152	,000	11,750	34,631
		WHOQOL-BREF toplam	-,227	,081	-,466	-2,788	,009	-,393	-,060
	2	(Sabit)	30,029	7,733		3,883	,001	14,162	45,897
		WHOQOL-BREF toplam	-,186	,087	-,382	-2,139	,042	-,364	-,008
		BBÖ	-,195	,154	-,226	-1,264	,217	-,511	,121
	3	(Sabit)	14,863	10,099		1,472	,153	-5,895	35,621
		WHOQOL-BREF toplam	-,106	,089	-,219	-1,192	,244	-,290	,077
		BBÖ	-,142	,147	-,164	-,965	,343	-,443	,160
		BKA-KF	,342	,158	,388	2,159	,040	,016	,667
Model 1: R2=0,37, F=18,23, p<0,001 Model 2: R2=0,35, F=8,85, p=0,001 Model 3: R2=0,34, F=5,97, p=0,003									

Hiyerarşik Regresyon Analizi, sh=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit.
BBÖ=Bağlamsal Benlik Ölçeği, BKA-KF=Benlik Korkusu Anketi-Kısa Form, WHOQOL-BREF=Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği.



$\beta=0,087$, $b=-1,231\pm0,525$, $p=0,022$



Şekil 4.1. Aracılık analizi

Aracılık modelinde Hayes'e göre ilk adım olarak sağlanması gereken koşul; (x'ten m'ye=a) Bağlamsal Benlik ve Benlik Korkusu arasındaki ilişkinin anlamlı olmasıdır. Yapılan değerlendirmede iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($\beta=0,16$, $b=-0,15\pm0,124$, $p=0,221$), bu nedenle Bağlamsal Benlik ve OKB şiddeti arasında bir aracılık etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır.

5. TARTIŞMA

Hipotez 1 (Doğrulandı): Otojen OKB hastalarının reaktif OKB hastalarına kıyasla, reaktif grubun da sağlıklı kontrollere göre daha yüksek benlik korkusu skorları olacaktır.

Hipotez 2 (Doğrulandı): OKB hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha düşük bağlamsal benlik ölçek skorları olacaktır.

Hipotez 3 (Doğrulandı): OKB şiddeti ile benlik korkusu pozitif korelasyon gösterecektir.

Hipotez 4 (Doğrulandı): OKB şiddeti ile bağlamsal benlik negatif korelasyon gösterecektir.

Hipotez 5 (Doğrulandı): Yaşam kalitesi, OKB her iki alt tipinde de sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük olacaktır.

Hipotez 6 (Doğrulanmadı): Bağlamsal benlik ve OKB şiddeti değişkenleri arasında benlik korkusu değişkeni aracı değişkendir.

Çalışmamızda OKB hastaları, otojen ve reaktif obsesyonlar olarak iki alt tipte sınıflandırma temelinde değerlendirilmiştir. Çalışma verilerimizin incelenmesi sonucunda, OKB şiddeti, bağlamsal benlik, benlik korkusu ve yaşam kalitesi ölçek skorlarının otojen ve reaktif alt tipler ile sağlıklı kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür.

Çalışmaya alınan sağlıklı kontrol ile otojen ve reaktif OKB hasta grupları sosyodemografik verileri incelendiğinde sağlıklı kontrol grubu hasta grubuna göre eşleştirilerek yapıldığından yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda otojen OKB grubu vakaların yaş ortalamaları $28,20 \pm 11,68$, reaktif OKB grubu vakaların yaş ortalamaları $30,90 \pm 11,60$, sağlıklı kontrol grubu vakaların yaş ortalamaları $31,33 \pm 10,03$ olarak tespit edilmiştir. Bu açıdan gruplar arasında yaş ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Keleş ve ark. (2017) tarafından yapılan bir çalışmada otojen grubun yaş ortalamasının $31,49 \pm 14,3$, reaktif

grubun $30,96 \pm 12,1$, sağlıklı kontrol grubunun ise $31,18 \pm 12,9$ olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur(176). Beşiroğlu ve ark. (2011) tarafından yapılan bir çalışmada da OG, RG ve sağlıklı kontroller arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmamış; OG'nin ortalama yaşı $31,1 \pm 7,5$, RG'nin $33,1 \pm 9,7$, sağlıklı kontrollerin ise $30,8 \pm 4,9$ olarak bildirilmiştir(177). Çalışma bulgularımız bu verilerle benzemektedir.

Çalışmamızda OG, RG ve bu gruplarla eşleştirilerek oluşturulan kontrol grubunun tümünde kadın sayısı erkek sayısından fazla olup gruplar arasında cinsiyetler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Keleş ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada da OG, RG ve kontrol grubunun tümünde kadın sayısının erkek sayısından fazla olduğu bulunmuş ancak erkek cinsiyetin OG'de istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirtilmiştir(176). Otojen ve reaktif OKB'de bilişsel terapinin etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da otojen grupta daha çok erkeklerin reaktif grupta ise daha çok kadınların olduğu, beyin yapısal değişikliklerin incelendiği başka bir araştırmada da otojen grupta erkek cinsiyetin, reaktif grupta kadın cinsiyetin fazla olduğu görülmüştür(57,114). Beşiroğlu ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır(177). Literatürdeki bazı araştırmaların aksine çalışmamızda otojen grupta erkek sayısının kadın sayısından düşük çıkması tedavi arayışındaki hastaların kadın cinsiyet oranının yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Medeni durum açısından OG, RG ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Her 3 grupta da bekar katılımcı oranı daha fazladır. Bu duruma çalışmamızın üniversite hastanesinde yapılması ve öğrenci sayısının diğer meslek gruplarına göre istatistiksel anlamlı olmasa bile sayıca fazla olması ve öğrencilerin de bekar olmalarının neden olabileceği düşünülmüştür. Türkiye İstatistik Kurumunun verilerine göre 2022 yılında ortalama ilk evlenme yaşı kadınlarda 25,6 iken erkeklerde 28,2'dir(178). Buna ek olarak OKB klinik özelliklerinin yol açtığı uyum sorunları ve olası ilişki problemlerinin de bekar katılımcı oranının fazla olmasına yol açtığı düşünülebilirse de literatürde ülkemizde yapılan 2 farklı OKB ilişkili çalışmada hastaların evli olma oranları bekar olmaya göre daha yüksek bulunmuştur(179,180). Bulgularımızla benzer şekilde Keleş ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada da otojen, reaktif ve kontrol gruplarında bekar katılımcı sayısı fazla olup gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır(176). Çamlı ve ark. (2012) çalışmasında da bekar hastaların oranının otojen alt tipte ve reaktif alt tipte

daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır(181). Bulgularımız literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Birlikte yaşadığı kişilere göre değerlendirildiğinde otojen, reaktif ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta gruplarında aile ile yaşama durumunun kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görüldü. Bu sonuca kontrol grubunda hastanede görevli tıp fakültesi öğrencilerinin katılımcı olarak bulunması ve çoğunun yalnız veya arkadaşlarıyla yaşaması neden olmuş olabilir. Sadece hasta grupları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ayrıca ilgili alana bakıldığında kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin çoğunluğunun ailesiyle birlikte yaşadığına dair literatür verisi hasta grubundaki bulgularımızla uyumludur(182).

Eğitim durumu açısından bakıldığında otojen ve reaktif OKB alt grupları ile sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların çoğunluğunun eğitim düzeylerinin en az lise seviyesinde olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü. Literatürde çalışmamıza benzer şekilde otojen OKB, reaktif OKB ve kontrol grupları arasında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır(176,177).

Otojen ve reaktif OKB grupları ile kontrol grubu arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Otojen OKB grubundaki hastalarının %76,6'sı; reaktif gruptaki hastaların %86,7'si çalışmıyorken sağlıklı kontrol grubunun %36,7'sinin çalışmadığı görüldü. Bu sonuç sağlıklı kontrol grubunun ağırlıklı olarak hastane çalışanlarından toplanmasından kaynaklanabilir. Bunun yanı sıra OKB'nin mesleki işlevselliği olumsuz etkileyen ruhsal bir bozukluk olması hasta grubunda çalışma durumunun daha düşük çıkmasına neden olmuş olabilir. Keleş ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada ise çalışma durumu açısından OG, RG ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır(176).

Aylık gelir düzeyleri asgari ücrete göre gruplandığında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu bulundu. Sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların OKB alt tip gruplarına göre daha yüksek aylık gelire sahip olması, kontrol grubunun çoğunlukla hastane çalışanlarından oluşmasından kaynaklanabilir. Çalışmamızda sadece OKB alt tiplerini karşılaştırdığımızda ise Belloch ve ark. (2010) yaptıkları çalışmanın sonucuyla benzer biçimde OG ve RG arasında gelir düzeyleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır(114).

Sosyodemografik verilerde sorgulanan kardeş sayısı, çocukluk döneminde bakım veren kişi/kişiler, anne-baba ayrılığı, ebeveynen ayrı kalma, göç öyküsü, şiddet öyküsü ve dini/etnik köken farklılığına sahip olma özellikleri açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında, çocuk ve ergenlerde OKB klinik belirtiler, eş tanı ve sosyodemografik bilgileri inceleyen bir çalışmada olguların en sık anneleri tarafından büyütüldükleri ve büyük çoğunluğunun genellikle bir ya da iki kardeşi olduğu belirlenmiş, %40,4'ünde göç öyküsü olduğu ancak eş tanı olup olmamasına göre oluşturulan gruplar arasında OKB belirti ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi ölçek puanları açısından anlamlı farklılık saptanmadığı belirtilmiştir(183).

Hastalık başlangıç yaşı açısından değerlendirildiğinde OG ile RG arasında hastalık başlangıç yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; OG'de hastalık başlangıç yaşı $16,80 \pm 9,62$ ve RG'de $22,80 \pm 8,36$ olarak tespit edilmiştir. Literatürde bulgularımızla benzer şekilde otojen grupta hastalık başlangıç yaşının reaktif gruba göre daha erken olduğunu belirten çalışmalar(4,57) olmakta birlikte otojen grupta hastalık başlangıç yaşının daha geç olduğu sonucuna varan(121) ayrıca hastalık başlangıç yaşının gruplar arasında farklılık göstermediğini savunan çalışmalar da bulunmaktadır(176). Literatürde farklı sonuçların ortaya çıkması hastalığın başlangıç yaşının çoğunlukla hastaların öznel değerlendirmelerinden etkilenebilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Hastalık süresi incelendiğinde çalışmamızda OG ve RG arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir; OG'de hastalık süresi $11,40 \pm 8,96$ iken RG'de $8,10 \pm 6,72$ idi. Literatürde bulgularımızla benzer şekilde hastalık süresi açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmayan çalışmalar mevcuttur(62,176).

Klinik görüşme ve hastaların beyanlarına göre sosyodemografik veri formunda dört kategoride incelenen ilk ve mevcut primer obsesyonlar açısından karşılaştırıldığında OG ve RG arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. OG'de RG'ye göre hem ilk hem de mevcut primer obsesyonlarda istenmeyen düşünceler fazladır. RG'de OG'ye göre ilk obsesyonlarda kirlenme-bulaş obsesyonları anlamlı farklılık göstermekteyken mevcut primer obsesyonlarda ise kirlenme-bulaş, şüphe-kontrol ve simetri-düzen istatistiksel anlamlı olarak fazladır. Literatürde OKB'de belirti stabilitesini değerlendiren 2 yıllık bir doğal izlem çalışmasında YBOKÖ kullanılarak obsesyon ve kompulsiyon belirti çeşitleri belirlenmiş ve belirtiler takiplerde yeniden

değerlendirilmiştir. Çalışmada saldırganlık/kontrol, simetri/sıralama ve kirlenme/temizleme boyutlarında zaman içinde önemli farklılıklar görülürken istifleme ve cinsel/dini boyutların zaman içinde çoğunlukla değişmeden kaldığı ayrıca bir belirti boyutundan diğerine niteliksel değişiklik görülmediği saptanmıştır. Ayrıca belirli bir semptomu sahip olmanın en güçlü yordayıcının o semptomu geçmişte sahip olunmasının olduğunu savunmuşlardır(133). Bu araştırmanın aksine, Beşiroğlu ve ark. (2007) yaptıkları 3 yıllık doğal izlem çalışmada istifleme kompulsiyonu sabit kalırken dini obsesyon boyutu içinde farklılık saptamışlardır. Ancak benzer şekilde çalışma süresince alt tipler arası kayma gözlenmemiştir(120). Çalışmamızın prospektif dizayna sahip olmaması nedeniyle bulgularımız hastaların hatırlama yanlılığından etkileniyor olabilese de ilk ve mevcut primer obsesyonlar incelendiğinde literatürle benzer şekilde hastaların belirtilerinde otojen ve reaktif alt tipler arasında kaymanın olası olmadığı görülmüştür.

Daha önce veya halen takıntıları nedeniyle ya da geçmişte takıntıları dışında başka bir psikiyatrik tanı nedeniyle tedavi görme durumları incelendiğinde OG ve RG arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Reaktif obsesyonlara sahip hastalar çoğunlukla ev ortamında semptomlarını yönetebilirken otojen grubun cinsellik ve saldırganlık obsesif içeriği genellikle birinci derece yakınlarını da içerdiğinden yakın çevresiyle takıntılarını paylaşması ve obsesyonlarını tolere edebilmesi daha zor olup daha erken tedavi arayışına girerler(184). Bu açıdan bakıldığında bulgularımızın aksine OG'de RG'ye göre OKB'ye yönelik daha önce veya halen tedavi görme oranının istatistiksel anlamlı olarak yüksek olması beklenebilirdi. Çalışmamızda grupların aldıkları tedavi türleri açısından bir fark olup olmadığı araştırılmamıştır.

İntihar girişimi öyküsü açısından tüm grupların incelenmesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış; kontrol grubundaki hiçbir katılımcı intihar girişimi öyküsü bildirmemiştir. OKB hastalarında uyku ve özkıyım ilişkisini araştıran bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı seviyede yüksek intihar girişimi oranları saptanmıştır(185). Bu durum hastalıkla ilgili umutsuzluk düşünceleri veya eşlik eden komorbiditelerden kaynaklanabilir. Sadece OG ve RG karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmemiştir. OKB alt tiplerinde içgörüyü araştıran bir çalışmada da bulgularımızla benzer şekilde intihar öyküsü açısından otojen ve reaktif alt tipler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır(181).

Kronik bedensel hastalık ve kullanılan ilaç varlığı açısından bakıldığında tüm grupların incelenmesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu sonuca kontrol grubuna herhangi bir psikiyatrik veya belirgin bir fiziksel hastalığı olmayan hastane çalışanları ve tıp fakültesi öğrencilerinin dahil edilmesi neden olmuş olabilir. Sadece OG ve RG karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark oluşmamıştır. OKB alt tiplerinde içgörüyü araştıran bir çalışmada da bulgularımızla benzer şekilde ek tıbbi hastalık açısından otojen ve reaktif alt tipler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır(181).

Sigara, alkol veya madde kullanımı açısından tüm gruplar ve sadece hasta grupları arasında yapılan incelemelerde istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sigara kullanım açısından OG'de %30, RG'de %20, sağlıklı kontrol grubunda %30 olarak bulunan oranlarımızın aksine OKB hastalarında sigara kullanımı prevalansı ile ilgili yakın zamanlı bir gözden geçirme ve meta-analizde, OKB'si olan her 10 kişiden yaklaşık 3'ünün sigara kullandığı bunun da genel popülasyondan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir(186). Amerika'da yapılan bir çalışmada, kabul edilemez düşünceler ve zihinsel kompulsyonları olan bireylerin diğer obsesyon ve kompulsyonları olan kişilere göre riskli alkol kullanımının daha fazla olduğu bulunmuştur(187). Çalışmamızdaki bulgularla literatür verilerinin farklılık göstermesi örneklem büyüklüğü veya kültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Mevcut çalışmamızda, OKB şiddeti BOKÖ ile değerlendirilmiş olup OG ve RG arasında OKB şiddeti açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. İlgili alanda yapılan çalışmalarda da otojen ve reaktif alt tiplerde hastalık şiddeti açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır(4,57,177,188). Bunun yanı sıra OKB şiddetinin otojen alt tipte reaktif alt tipe göre daha yüksek olduğunu saptayan çalışma da mevcuttur(118). Literatürdeki farklı sonuçların kullanılan ölçeklere bağlı yöntemsel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Yaş ve hastalık şiddetinin değerlendirildiği korelasyon analizinde, çalışmamızda OG'de hastanın yaşı ne kadar ileriye veya hastalığın başlama yaşı ne kadar geçse OKB şiddeti o kadar daha düşük bulunmuştur. Bildiğimiz kadarıyla literatürde hastalık başlama yaşı ve hastalık şiddeti açısından otojen ve reaktif OKB alt tiplerinin ayrı ayrı karşılaştırıldığı bir çalışma olmamakla beraber bulgularımızla benzer şekilde erken hastalık başlangıç yaşının daha yüksek OKB şiddetiyle ilişkili olduğunu saptayan

alışmalar mevcuttur(189,190). Çalışmamızda RG’de hastanın yaşı veya hastalığın başlama yaşıyla OKB şiddeti arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Mevcut alışmamızda, tüm OKB grubunda hastalık şiddetinin bağlamsal benlik algısı ile negatif; benlik korkusu ile pozitif bağlantılı olduğu görüldü. Bu bulgu araştırma hipotezimizle uyumludur. OKB grupları ayrı ayrı incelendiğinde ise hastalık şiddetini gösteren BOKÖ toplam puanının benlik korkusu ile olan pozitif korelasyonunun OG’deki benlik korkusundaki istatistiksel anlamlı ilişkiyle; BOKÖ toplam puanının bağlamsal benlik ile olan negatif korelasyonunun RG’deki bağlamsal benlikteki istatistiksel anlamlı ilişkiyle açıklandığı saptandı. Ayrıca yapılan hiyerarşik regresyon analiziyle otojen grupta, diğer değişkenler kontrol edildiğinde hastalık şiddetini sadece benlik korkusunun açıkladığı görülmüştür. Yüksek benlik korkusu OKB şiddetinin fazla olmasıyla bağlantılı bulunmuştur. Yine yapılan hiyerarşik regresyon analiziyle reaktif grupta, diğer değişkenler kontrol edildiğinde hastalık şiddetini sadece bağlamsal benlik algısının açıkladığı görülmüştür. Bağlamsal benlik algısının iyi olması OKB şiddetinin düşük olmasıyla bağlantılı bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, eğer bir kişinin benlik korkusu tehlikeli biri olmak ile ilgiliyse ve kişi başkalarını incitmekten endişe ediyorsa birine zarar verip vermeyeceği konusunda obsesif düşünceye sahip olma olasılığının daha yüksek olduğu yani daha yüksek düzeydeki benlik korkusunun olası olumsuz senaryolara odaklanmayı ve bireyin olumsuz obsesyonel sonuçları imajine etme olasılığını artırdığı belirtilmiştir(5). Bir başka çalışmada, tedaviyle benlik korkusundaki iyileşmenin VOKE obsesyon alt boyutundaki puanların azalmasını öngördüğü bulunmuştur(159). Literatürdeki bu veriler, yüksek benlik korkusunun otojen OKB şiddetiyle ilişkili olduğuna dair bulgumuzla uyumlu görünmektedir. Obsesif kompulsif belirti boyutlarında psikolojik esneklik ve katılığın incelendiği bir çalışmada(191), bağlamsal benlik algısının aksine kişilerin kendileri ile ilgili yorumlayıcı ve yargılayıcı yazdığı öykülere bağlamasını ifade eden kavramsal benliğe bağlanmanın(10), kabul edilemez düşüncelerin şiddetiyle ilişkili olduğu bulunmuştur(191).

Çalışmamızda VOKE’nin tüm gruplara uygulanıp sağlıklı kontrol grubunda da subklinik obsesif kompulsif belirtilerinin saptanması literatürdeki klinik olmayan örneklemde de obsesyonların (düşünce, dürtü) sıklıkla yaşanan deneyimler olduğu görüşüyle uyumludur(103,105). VOKE-obsesyonlar alt boyutu skorunun OG’de RG’ye göre istatistiksel anlamlı olarak yüksek çıkması, Abramowitz ve ark. (2003) yaptıkları araştırmadaki yasak düşünceler kümesindeki hastalarda obsesif belirtilerin diğer gruplara göre daha şiddetli olduğu sonucuyla(192) benzerdir. VOKE-bulaşma kirlenme alt boyutu

skorunun RG’de OG’ye göre istatistiksel anlamlı olarak yüksek çıkması, Beşiroğlu ve ark. (2006) yaptıkları araştırmadaki OG’deki katılımcıların kirlenme obsesyonları bildirmediikleri için temizleme kompulsiyonlarına sahip olma olasılıklarının düşük olduğu görüşüyle benzerdir(121).

Yapılan korelasyon analizinde benlik korkusu ile VOKE alt boyutları değerlendirildiğinde, tüm OKB grubunda ve alt tiplerde obsesyonlar, kararsızlık ve sadece doğru hissetme alt boyutlarında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuş; sağlıklı kontrollerde ise obsesyonlar ve kararsızlık alt boyutlarıyla anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. OKB örnekleminde ve kontrol grubunda benlik korkusu ile VOKE’nin korelasyonunu inceleyen bir çalışmada, benlik korkusunun kontrol grubundaki obsesif kompulsif belirtilerle orta ila güçlü ilişkilere sahip olduğunu gösterirken en güçlü ilişkilerin ise obsesyonlar ve kararsızlık alt boyutlarında gözlemlendiği saptanmıştır(8). Bu veri çalışmamızdaki bulgu ile örtüşmektedir. Aynı çalışmada ayrıca OKB örnekleminde benlik korkusunun obsesyonlar alt boyutuyla güçlü bir şekilde ilişkiliyken diğer alt boyutlarla kontrol grubuna göre daha zayıf ilişkili olma eğiliminde olduğunu bulmuşlardır. Benlik korkusunun, VOKE toplam puanı ile kirlenme, kararsızlık ve biriktirme alt boyut puanlarıyla güçlü korelasyonunun, OKB ve klinik olmayan örneklem arasında anlamlı derecede farklılık içerdiğini belirtmişlerdir(8). Literatürde, benlik korkusu algısında tedavi sonrasındaki iyileşmelerin OKB belirti şiddetini gösteren VOKE obsesyonlar ve bulaşma kirlenme alt boyutlarındaki puanların azalmasıyla ilişkili olduğunu belirten araştırma mevcuttur(159).

Çalışmamızda hipotezimizle uyumlu şekilde sağlıklı kontrol grubu katılımcılarında otojen ve reaktif OKB hastalarına göre bağlamsal benlik algısının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Edwards (2022) otizm spektrum bozukluğunun OKB ve aleksitimi ile dolaylı ve doğrudan bağlantılarını incelediği bir çalışmada YBOKÖ skoru ile bağlamsal benlik arasında negatif korelasyon; YBOKÖ skoru ile psikolojik katılık arasında pozitif bir ilişki ve OKB ile bağlamsal benlik arasında psikolojik katılık yoluyla dolaylı bir ilişki olduğunu bulmuştur(193). Çalışmamızda OKB alt tipler arasında ise bağlamsal benlik algısı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bilindiği kadarıyla literatürde otojen ve reaktif alt tiplerde bağlamsal benlik etkisini inceleyen çalışma bulunmamaktadır.

Benlik korkusu değerlendirildiğinde otojen ve reaktif alt tipler açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. Hipotezimizle uyumlu şekilde benlik korkusu

otojen grupta reaktif gruba göre, reaktif grupta ise sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürde de benlik korkusunun özellikle kabul edilemez düşünceleri içeren otojen grupla ilişkili olduğu ancak kontrol ve kontaminasyon gibi OKB'nin diğer ana semptom boyutlarıyla daha zayıf ve anlamlı olmayan ilişkileri olduğu gösterilmiştir(5,8). OKB ve ilişkili bozukluklarda benlik korkusunun rolünü araştıran aynı çalışmada, klinik örneklem ile klinik olmayan örneklem de karşılaştırılmış ve benlik korkusunun kabul edilemez düşüncelere sahip OKB alt tipiyle en ilişkili olduğu; kabul edilemez düşünceler haricindeki obsesyonlara sahip hastaların ise klinik olmayan örneklemdeki katılımcılara göre daha yüksek benlik korkusuna sahip oldukları bulunmuştur(8). Otojen grubun içerdiği kabul edilemez düşüncelerin, asıl ve hayali benliklerini karıştırmasına neden olabilecek çıkarımsal karmaşa ve bir şeyi düşünmekle onu yapmak arasındaki ayrımı karıştırmasına neden olabilecek düşünce eylem kaynaşması gibi hatalı değerlendirmelerle diğer obsesyonlara kıyasla daha ilişkili olması(8), kötü şeyler düşünmenin kendisini kötü yapmaya yeteceğini ve kendisinin farkında olmadığı kötü bir yanının olduğunu farz etmesi şeklinde açıklanabilecek benlik korkusu ile bağlantılı olması beklenen bir sonuçtur. İstatistiksel açıdan anlamlı bu bulgumuz literatür ile de uyumludur. Buna ek olarak çalışmamızda, yüksek benlik korkusunun hem OKB hem de otojen alt tip tanı riskini artırdığı saptanmıştır. Bir tez çalışmasında da benlik korkusu arttığında OKB genel belirtilerinin ve özellikle kabul edilemez düşüncelerin artmaya daha meyilli olduğu belirtilmiştir(194).

Yaşam kalitesi değerlendirildiğinde, sağlıklı kontrol grubunda her iki OKB alt tipine göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu, otojen ve reaktif grupları arasında ise anlamlı farklılık olmadığı görüldü. Bu sonuç, yaşam kalitesinin sağlıklı kontrol grubunda OKB gruplarına göre daha iyi olacağını savunan hipotezimizle uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, toplum bazında ve klinik ortamlarda yürütülen, OKB hastalarıyla kontrol gruplarının karşılaştırıldığı araştırmalarda OKB hastalarında yaşam kalitesinin bozulduğunun gösterildiği belirtilmiştir(195). OKB hastalarının yaşam kalitelerinin sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük olması, OKB'nin hem hastayı hem de yakın çevresini etkileyen kronik seyirli ve yeti yitimine neden olan bir ruhsal bozukluk olmasıyla ilişkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Yaşam kalitesi alt boyutları açısından değerlendirildiğinde genel, fiziksel, psikolojik sağlık ve sosyal ilişki alanları kontrol grubunda OKB gruplarına göre anlamlı yüksek bulunmuşken çevre alt boyutunda gruplar arasında anlamlı farklılık

saptanmamıştır. Yapılan bir çalışmada, OKB grubunda kontrol grubuna göre yaşam kalitesinin düşük olmasının, WHOQOL-BREF psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alt boyutlarındaki istatistiksel anlamlı farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur(196). Bunun yanı sıra OKB hastalarında WHOQOL-BREF tüm alt boyutlarının kontrol gruplarına göre düşük olduğunu bulan çalışmalar da mevcuttur(197,198). Bu açıdan bakıldığında OKB'nin bireylerin yaşam kalitelerini yalnızca psikolojik alanda değil hem hastaların belirtilerine yönelik harcadıkları süre hem de belirti şiddetinin kişinin sosyal ilişkilerine olan olumsuz etkisi nedeniyle yaşam kalitesinin diğer alanlarında da istenmeyen etkilerinin olduğu söylenebilir. Ülkemizde WHOQOL-BREF kullanılarak yapılan psikiyatrik tanıli hastalar ve sağlıklı bireylerin yaşam kalitesini inceleyen bir araştırmada çevre boyutunun ayırıcı davranmadığı belirtilmiş ve bunun ülkedeki finansal kaynaklar ve çevresel fırsatların kısıtlı olmasıyla ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır(199).

Çalışmamızda, OG'de hastalık süresinin fazla olması; ev ortamı, boş zamanları değerlendirme, maddi kaynaklar, sağlık hizmetleri ve ulaşım ile ilgili alanlardaki iyiliği gösteren WHOQOL-BREF çevre alt boyutu puanlarının düşük olmasıyla ilişkiliydi. RG'de hastalık süresinin fazla olması ise yaşam kalitesinin sadece genel sağlık alanının düşük olmasıyla ilişkili görüldü. Bildiğimiz kadarıyla literatürde hastalık süresi ve yaşam kalitesi açısından otojen ve reaktif OKB alt tiplerinin ayrı ayrı karşılaştırıldığı bir çalışma olmamakla beraber Beşiroğlu ve ark. (2007) OKB'de yaşam kalitesine ilişkin etkenleri inceledikleri araştırmalarında yaşam kalitesi çevre alanının hastalık süresi ile negatif yönde ilişkili olduğunu bulmuştur(200). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise OKB hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmamışken(201) yurt dışında yapılan başka bir araştırmada ise OKB hastalık süresiyle yaşam kalitesindeki bozulmanın ilişkili olduğu savunulmuştur(202). Literatürdeki farklı sonuçların kullanılan ölçeklere bağlı yöntemsel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Ayrıca hastalığın artan süresi ile kişinin belirtilerine bağlı olarak üzerinde artan bir sosyal baskı olması, işlevselliğinin ve keyif aldığı uğraş alanlarının giderek azalması yaşam kalitesinde düşmeye neden olabilir.

Yaşam kalitesi ile bağlamsal benlik ve benlik korkusu ilişkisi değerlendirildiğinde, tüm OKB grubu ve sağlıklı kontrol grubunda yaşam kalitesinin bağlamsal benlik ile pozitif; benlik korkusu ile negatif korelasyon gösterdiği bulunmuştur. OKB alt tipler ayrıca incelendiğinde, yaşam kalitesinin bağlamsal benlik ile pozitif korelasyonunu RG'deki bağlamsal benlik ilişkisinin; benlik korkusu ile negatif

korelasyonunu OG'deki benlik korkusu ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmasını sağladığı görüldü.

Çalışmamızda yapılan aracılık analizinde, benlik korkusunun; bağlamsal benlik ve OKB şiddeti değişkenleri arasında aracı değişken olmadığı bulunmuş ve bu hipotezimiz doğrulanmamıştır.

Çalışmamızla ilgili bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Öncelikle çalışmamızın kesitsel dizaynı nedeniyle nedensellik ilişkisi kurulması mümkün olmamıştır. Klinik değerlendirme ölçeklerinin hastaların kendileri tarafından doldurulmuş olması bir diğer kısıtlılık olabilir. Bunun yanı sıra ilaç tedavisi çeşidi açısından da hasta grubundaki farklılıklar göz önüne alınmamıştır.

Çalışmamızın üstün tarafları OKB tanısı alan klinik bir örnekleme gerçekleştirilmesi ve bu tanıların yapılandırılmış görüşmeyle klinisyenlerce konulması, olguların sosyodemografik özelliklerinin benzer olmasıdır. Bunlar, katılımcıların homojen bir gruptan oluşmasını sağlamaktadır. Bu sayede yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum gibi psikopatolojileri etkileyebilecek karıştırıcı faktörlerin etkisi en aza indirilmiş olmaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Oldukça heterojen yapıda ve süregelen gidişli ruhsal bir bozukluk olan Obsesif Kompulsif Bozukluk için belirti yapısı ve klinik özelliklerle ilişkilendirilmiş tedaviye yanıt çalışmalarının sayısı giderek artmakta ve hastalığın semptomlarını kontrol altına almada yeni bakış açıları oluşturmaya çalışılmaktadır. Biz de bu doğrultuda mevcut çalışmamızda, otojen ve reaktif OKB hastalarının, alanyazında sınırlı sayıda çalışmanın olduğu bağlamsal benlik ve benlik korkusu özelliklerini incelemeyi amaçladık.

Bu alt tiplendirme OKB'nin gelişimini anlamak, belirtilerini tanımlamak ve etkin tedavi seçeneklerinden faydalanılmasına fırsat vermesi açısından önemli görünmektedir. Otojen grupta benlik korkusunun reaktif gruba göre daha yüksek olması, tedavi sürecinde potansiyel fayda görülebilecek benlik korkusuna yönelik müdahalelerin olabileceğini düşündürmektedir.

Bağlamsal benlik algısının sağlıklı grupta hasta gruplarına kıyasla daha iyi olması, psikolojik esnekliğin bireyin iyilik halinin sağlanmasında önemli olduğunu göstermektedir. Hasta gruplarında özellikle reaktif grupta tedavi süresince psikolojik esnekliği artırmaya yönelik müdahalelerin etkili olabileceğini düşündürmektedir ancak ileriki deneysel çalışmalara ihtiyaç vardır.

OKB alt tiplerinde benlik etkisini incelemek ve alt tiplendirmenin klinik özelliklerini tanımlamaya yönelik, çalışmamızdaki kısıtlılıkların kontrol altına alındığı yeni araştırmalar yapılması ile ilgili alana katkı sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Öztürk M, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 16th ed. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2020.
2. Lochner C, Stein DJ. Heterogeneity of Obsessive-Compulsive Disorder: A Literature Review. *Harv Rev Psychiatry*. 2003 Jan;11(3):113–32.
3. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*. 2003 Jan;41(1):11–29.
4. Lee HJ, Kwon SM, Kwon JS, Telch MJ. Testing the autogenous-reactive model of obsessions. *Depress Anxiety*. 2005;21(3):118–29.
5. Melli G, Aardema F, Moulding R. Fear of Self and Unacceptable Thoughts in Obsessive–Compulsive Disorder. *Clin Psychol Psychother*. 2016 May 16;23(3):226–35.
6. Aardema F, Moulding R, Radosky AS, Doron G, Allamby J, Souki E. Fear of self and obsessionality: Development and validation of the Fear of Self Questionnaire. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2013 Jul;2(3):306–15.
7. Seo JW, Kwon SM. Autogenous/reactive obsessions and their relationship with negative self-inferences. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2013 Jul;2(3):316–21.
8. Aardema F, Moulding R, Melli G, Radosky AS, Doron G, Audet J, et al. The role of feared possible selves in obsessive–compulsive and related disorders: A comparative analysis of a core cognitive self-construct in clinical samples. *Clin Psychol Psychother*. 2017 Jan 9;25(1).
9. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *Behav Ther*. 2016 Nov;47(6):869–85.
10. Yavuz F. Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT): Genel Bir Bakış. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2015;8(2):21–7.
11. McHugh L. A Contextual Behavioural Science approach to the self and perspective taking. *Curr Opin Psychol*. 2015 Apr;2:6–10.
12. Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical Features and Phenomenology of Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatr Ann*. 1989 Feb;19(2):67–73.
13. Esquirol JÉD. *Mental Maladies*. New York: Hafner Pub. Co; 1965. 348–351 p.
14. Jakes I. *Theoretical Approaches to Obsessive-Compulsive Disorder*. Cambridge University Press; 1996.
15. Oberbeck A, Stengler K, Steinberg H. Die Geschichte der Zwangserkrankung: Ihre Stellung im Wandel der psychiatrischen Formenlehre bis Anfang des 20. Jahrhunderts. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*. 2013 Dec 4;81(12):706–14.
16. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1952.
17. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
18. Tükel R, Demet MM. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği; 2021. 2–3 p.
19. Köroğlu E. *Psikiyatri Hastalıklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR)*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2000.
20. Köroğlu E. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
21. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010 Jan 26;15(1):53–63.

22. Fineberg NA, Hengartner MP, Bergbaum CE, Gale TM, Gamma A, Ajdacic-Gross V, et al. A prospective population-based cohort study of the prevalence, incidence and impact of obsessive-compulsive symptomatology. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2013 Aug 23;17(3):170–8.
23. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. Ankara; 1998.
24. Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry.* 2004 Sep;45(5):367–74.
25. Mathes BM, Morabito DM, Schmidt NB. Epidemiological and Clinical Gender Differences in OCD. *Curr Psychiatry Rep.* 2019 May 23;21(5):36.
26. Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C, et al. Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2014;25(4):264–81.
27. Jalal B, Chamberlain SR, Sahakian BJ. Obsessive-compulsive disorder: Etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction. *Brain Behav.* 2023 Jun 3;13(6).
28. Jenike MA. Obsessive–Compulsive and Related Disorders. *New England Journal of Medicine.* 1989 Aug 24;321(8):539–41.
29. Inouye E. Similar and Dissimilar Manifestations of Obsessive-Compulsive Neurosis in Monozygotic Twins. *American Journal of Psychiatry.* 1965 Jun;121(12):1171–5.
30. van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Twin Studies on Obsessive–Compulsive Disorder: A Review. *Twin Research and Human Genetics.* 2005 Oct 1;8(5):450–8.
31. Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Schulze-Rauschenbach S, et al. Familiality of Obsessive-Compulsive Disorder in Nonclinical and Clinical Subjects. *American Journal of Psychiatry.* 2006 Nov;163(11):1986–92.
32. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ, Liang KY, LaBuda M, et al. A Family Study of Obsessive-compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2000 Apr 1;57(4):358.
33. Brown FW. Heredity in the Psychoneuroses (Summary). *Proc R Soc Med.* 1942 Oct;35(12):785–90.
34. Nicolini H, Arnold P, Nestadt G, Lanzagorta N, Kennedy JL. Overview of genetics and obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2009 Nov;170(1):7–14.
35. Fyer AJ, Lipsitz JD, Mannuzza S, Aronowitz B, Chapman TF. A direct interview family study of obsessive–compulsive disorder. I. *Psychol Med.* 2005 Nov 28;35(11):1611–21.
36. Taylor S. Early versus late onset obsessive–compulsive disorder: Evidence for distinct subtypes. *Clin Psychol Rev.* 2011 Nov;31(7):1083–100.
37. Nicolini H, Arnold P, Nestadt G, Lanzagorta N, Kennedy JL. Overview of genetics and obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2009 Nov;170(1):7–14.
38. Nicolini H, Cruz C, Camarena B, Páez F, De La Fuente JR. Understanding the Genetic Basis of Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS Spectr.* 1999 May 7;4(5):32-34,47-48.
39. Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, Rettew D C, Gershon ES, Rapoport JL. Tics and Tourette’s disorder: a 2- to 7-year follow-up of 54 obsessive- compulsive children. *American Journal of Psychiatry.* 1992 Sep;149(9):1244–51.
40. Cruz C, Camarena B, King N, Páez F, Sidenberg D, de la Fuente JR, et al. Increased prevalence of the seven-repeat variant of the dopamine D4 receptor gene in patients with obsessive-compulsive disorder with tics. *Neurosci Lett.* 1997 Aug;231(1):1–4.
41. Hanna GL, Veenstra-VanderWeele J, Cox NJ, Boehnke M, Himle JA, Curtis GC, et al. Genome-wide linkage analysis of families with obsessive-compulsive disorder ascertained through pediatric probands. *Am J Med Genet.* 2002 Jul 8;114(5):541–52.
42. Willour VL, Yao Shugart Y, Samuels J, Grados M, Cullen B, Bienvenu OJ, et al. Replication Study Supports Evidence for Linkage to 9p24 in Obsessive-Compulsive Disorder. *The American Journal of Human Genetics.* 2004 Sep;75(3):508–13.
43. Vardar E. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Genetiği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni .* 2000;10:153–9.

44. Karayiorgou M, Sobin C, Blundell ML, Galke BL, Malinova L, Goldberg P, et al. Family-based association studies support a sexually dimorphic effect of COMT and MAOA on genetic susceptibility to obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 1999 May;45(9):1178–89.
45. Sinopoli VM, Burton CL, Kronenberg S, Arnold PD. A review of the role of serotonin system genes in obsessive-compulsive disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017 Sep;80:372–81.
46. Stewart SE, Fagerness JA, Platko J, Smoller JW, Scharf JM, Illmann C, et al. Association of the *SLC1A1* glutamate transporter gene and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2007 Dec 5;144B(8):1027–33.
47. Delorme R, Krebs MO, Chabane N, Roy I, Millet B, Mouren-Simeoni MC, et al. Frequency and transmission of glutamate receptors GRIK2 and GRIK3 polymorphisms in patients with obsessive compulsive disorder. *Neuroreport*. 2004 Mar;15(4):699–702.
48. Saxena S, Rauch SL. Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2000 Sep;23(3):563–86.
49. Karslıoğlu EH, Yüksel N. Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2007;10(3):3–13.
50. Young CB, Reddy V, Sonne J. *Neuroanatomy, Basal Ganglia*. StatPearls Publishing.; 2023.
51. Milad MR, Rauch SL. Obsessive-compulsive disorder: beyond segregated cortico-striatal pathways. *Trends Cogn Sci*. 2012 Jan;16(1):43–51.
52. Peng Z, Lui SSY, Cheung EFC, Jin Z, Miao G, Jing J, et al. Brain structural abnormalities in obsessive-compulsive disorder: Converging evidence from white matter and grey matter. *Asian J Psychiatr*. 2012 Dec;5(4):290–6.
53. Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, Miguel EC, Reddy YCJ, Shavitt RG, et al. Obsessive–compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2019 Aug 1;5(1):52.
54. Pujol J, Soriano-Mas C, Alonso P, Cardoner N, Menchón JM, Deus J, et al. Mapping Structural Brain Alterations in Obsessive-Compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Jul 1;61(7):720.
55. Topçuoğlu V, Aksoy A, Cömert B. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Beyin Görüntüleme Çalışmaları. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2003;13:151–60.
56. Eşel E. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Biyolojisi. *Klinik Psikiyatri*. 2000;3:46–55.
57. Subirà M, Alonso P, Segalàs C, Real E, López-Solà C, Pujol J, et al. Brain Structural Alterations in Obsessive-Compulsive Disorder Patients with Autogenous and Reactive Obsessions. *PLoS One*. 2013 Sep 30;8(9):e75273.
58. Zohar J, Chopra M, Sasson Y, Amiaz R, Amital D. Obsessive Compulsive Disorder: Serotonin and Beyond. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2000 Jan 12;1(2):92–100.
59. Bartz JA, Hollander E. Is obsessive–compulsive disorder an anxiety disorder? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006 May;30(3):338–52.
60. Thorän P. Clomipramine Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1980 Nov 1;37(11):1289.
61. Hollander E, Kaplan A, Allen A, Cartwright C. Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2000 Sep;23(3):643–56.
62. Beşiroğlu L, Uğuz F, Sağlam M, Ağargün MY, Aşkın R, Çilli AS. Otojen ve Reaktif Obsesyonlara Sahip Obsesif Kompulsif Hastalarda Psikofarmakolojik Tedaviye Yanıt. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2007;17:1–8.
63. Denys D, Zohar J, Westenberg HGM. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 14:11–7.
64. Straathof M, Blezer ELA, van Heijningen C, Smele CE, van der Toorn A, Buitelaar JK, et al. Structural and functional MRI of altered brain development in a novel adolescent rat model of quinpirole-induced compulsive checking behavior. *European Neuropsychopharmacology*. 2020 Apr;33:58–70.
65. Eilam D, Szechtman H. Psychostimulant-Induced Behavior as an Animal Model of Obsessive-Compulsive Disorder: An Ethological Approach to the Form of Compulsive Rituals. *CNS Spectr*. 2005 Mar 7;10(3):191–202.

66. Eagle DM, Noschang C, d'Angelo LSC, Noble CA, Day JO, Dongelmans ML, et al. The dopamine D2/D3 receptor agonist quinpirole increases checking-like behaviour in an operant observing response task with uncertain reinforcement: A novel possible model of OCD. *Behavioural Brain Research*. 2014 May;264:207–29.
67. Zhou J. Norepinephrine transporter inhibitors and their therapeutic potential. *Drugs Future*. 2004;29(12):1235.
68. Gray JD, Punsoni M, Tabori NE, Melton JT, Fanslow V, Ward MJ, et al. Methylphenidate Administration to Juvenile Rats Alters Brain Areas Involved in Cognition, Motivated Behaviors, Appetite, and Stress. *The Journal of Neuroscience*. 2007 Jul 4;27(27):7196–207.
69. İnce C, Karakuş M, Karadeniz S, Kandil S. A Case of Obsessive Compulsive Disorder Developing During Atomoxetine Use. *Turkish Journal of Pediatric Disease*. 2015;2:140–2.
70. Serby M. Methylphenidate-Induced Obsessive-Compulsive Symptoms in an Elderly Man. *CNS Spectr*. 2003 Aug 7;8(8):612–3.
71. Jhanda S, Singla N, Grover S. Methylphenidate-induced obsessive-compulsive symptoms: A case report and review of literature. *J Pediatr Neurosci*. 2016;11(4):316.
72. Snider LA, Swedo SE. Nature and treatment of obsessive-compulsive disorder. In: *Textbook of Biological Psychiatry*. In Jaak Panksepp. Wiley-Liss; 2004. p. 367.
73. Rosenberg DR, Hanna GL. Genetic and imaging strategies in obsessive-compulsive disorder: potential implications for treatment development. *Biol Psychiatry*. 2000 Dec;48(12):1210–22.
74. Rosenberg DR, Keshavan MS. Toward a Neurodevelopmental Model of Obsessive-Compulsive Disorder. *Biol Psychiatry*. 1998 May;43(9):623–40.
75. Rosenberg DR, MacMaster FP, Keshavan MS, Fitzgerald KD, Stewart CM, Moore GJ. Decrease in Caudate Glutamatergic Concentrations in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Patients Taking Paroxetine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000 Sep;39(9):1096–103.
76. Pittenger C, Krystal JH, Coric V. Glutamate-modulating drugs as novel pharmacotherapeutic agents in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *NeuroRX*. 2006 Jan;3(1):69–81.
77. Murphy TK, Sajid MW, Goodman WK. Immunology of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2006 Jun;29(2):445–69.
78. Giedd JN. MRI Assessment of Children With Obsessive-Compulsive Disorder or Tics Associated With Streptococcal Infection. *American Journal of Psychiatry*. 2000 Feb 1;157(2):281–3.
79. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen AJ, Perlmutter S, et al. Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated With Streptococcal Infections: Clinical Description of the First 50 Cases. *American Journal of Psychiatry*. 1998 Feb 1;155(2):264–71.
80. Teixeira AL, Rodrigues DH, Marques AH, Miguel EC, Fontenelle LF. Searching for the Immune Basis of Obsessive-Compulsive Disorder. *Neuroimmunomodulation*. 2014;21(2–3):152–8.
81. Gray SM, Bloch MH. Systematic Review of Proinflammatory Cytokines in Obsessive-Compulsive Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2012 Jun 4;14(3):220–8.
82. Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klinik psikiyatri*. 2003;6(1):46–50.
83. Laplanche J, Pontalis JB. *The Language of Psychoanalysis*. London: W.W. Norton & Company; 1973.
84. Toptaş B. Kuramsal Çerçeveden OKB. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*. 2019;2(3):94–109.
85. Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM. Obsesif-kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. *Anksiyete Bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*. 2006;277–98.
86. Freud A. Obsessional neurosis: A summary of psychoanalytic views as presented at the congress. Stein DJ, Stone M, editors. *Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder* New York: New York University Press. 1997;100–12.
87. Klein M. Mourning and Its Relation to Manic-Depressive States. *International Journal of Psychoanalysis*. 1940;21:125–53.

88. Mallinger AE. The Obsessive's Myth of Control. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. 1984 Apr;12(2):147–65.
89. Salzman L. Psychoanalytic therapy of the obsessional patient. *Curr Psychiatr Ther*. 1983;22:53–9.
90. Leib PT. Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive compulsive disorder: A case study. *Psychoanal Inq*. 2001;21:222–42.
91. Meares R. A specific developmental deficit in obsessive disorder: The example of the wolf man. *Psychoanal Inq*. 2001;21:289–320.
92. Şafak Y, Özdel K. Obsesif kompulsif bozukluğun bilişsel davranışçı teorisi ve terapisi. *Türkiye Klinikleri*. 2022;33–42.
93. Mowrer O. *Learning theory and behavior*. New York: Wiley; 1960.
94. Salzman L, Thaler FH. Obsessive-compulsive disorders: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry*. 1981 Mar;138(3):286–96.
95. Levis DJ. Extrapolation of two-factor learning theory of infrahuman avoidance behavior to psychopathology. *Neurosci Biobehav Rev*. 1981 Sep;5(3):355–70.
96. Taylor S, Abramowitz JS, McKay D. Cognitive-Behavioral Models of Obsessive-Compulsive Disorder. In: *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: Fundamentals and beyond*. Washington: American Psychological Association; 2007. p. 9–29.
97. Senormanci O, Konkan R, Guclu O, Sungur M. Metacognitive Model of Obsessive Compulsive Disorder. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*. 2012;4(3):335–49.
98. Foa EB. Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010 Jun 30;12(2):199–207.
99. Clark DA, Purdon CL. The assessment of unwanted intrusive thoughts: A review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy*. 1995 Nov;33(8):967–76.
100. Carr AT. Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychol Bull*. 1974;81(5):311–8.
101. McFall ME, Wollersheim JP. Obsessive-Compulsive Neurosis: A Cognitive-Behavioral Formulation and Approach to Treatment. *Cognit Ther Res*. 1979;3(4):333–48.
102. Kempke S, Luyten P. Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: Is it time to work through our ambivalence? *Bull Menninger Clin*. 2007 Oct;71(4):291–311.
103. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*. 1978;16(4):233–48.
104. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*. 1989;27(6):677–82.
105. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 1985;23(5):571–83.
106. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*. 2005 Nov;43(11):1527–42.
107. Goodman WK, Grice DE, Lapidus KAB, Coffey BJ. Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2014 Sep;37(3):257–67.
108. Beşiroğlu L. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji: Tedavi yanıtı için önemli mi? . *Psikiyatride Güncel*. 2014;4(3):221–9.
109. Mataix-Cols D, do Rosario-Campos MC, Leckman JF. A Multidimensional Model of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2005 Feb;162(2):228–38.
110. Calamari JE, Wiegartz PS, Janeck AS. Obsessive-compulsive disorder subgroups: a symptom-based clustering approach. *Behaviour Research and Therapy*. 1999 Feb;37(2):113–25.
111. Van Oppen P, Hoekstra RJ, Emmelkamp PMG. The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 1995 Jan;33(1):15–23.

112. Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry*. 1994;55:18–23.
113. Sayar K, Uğurad IK, Acar B. Obsessif Kompulsif Bozuklukta Fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 1999;9(3):142–7.
114. Belloch A, Cabedo E, Carrió C, Larsson C. Cognitive therapy for autogenous and reactive obsessions: Clinical and cognitive outcomes at post-treatment and 1-year follow-up. *J Anxiety Disord*. 2010 Aug;24(6):573–80.
115. Lee HJ, Lee SH, Kim HS, Kwon SM, Telch MJ. A comparison of autogenous/reactive obsessions and worry in a nonclinical population: a test of the continuum hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*. 2005 Aug;43(8):999–1010.
116. Lee HJ, Telch MJ. Autogenous/reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features. *J Anxiety Disord*. 2005 Jan;19(7):793–805.
117. Lee HJ, Kim ZS, Kwon SM. Thought disorder in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol*. 2005 Apr;61(4):401–13.
118. Batmaz S, Yildiz M, Songur E. Psychopharmacological treatment differences in autogenous and reactive obsessions: A retrospective chart review. *Nord J Psychiatry*. 2016 Jan 2;70(1):31–7.
119. Berman NC, Hayaki J, Szkutak A. Emotion generation and regulation following an intrusion induction: Implications for taboo or autogenous obsessions. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2020 Dec;69.
120. Besiroglu L, Uguz F, Ozbebit O, Guler O, Cilli AS, Askin R. Longitudinal assessment of symptom and subtype categories in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2007;24(7):461–6.
121. Besiroglu L, Agargun MY, Ozbebit O, Aydin A. A Discrimination Based on Autogenous Versus Reactive Obsessions in Obsessive-Compulsive Disorder and Related Clinical Manifestations. *CNS Spectr*. 2006 Mar 7;11(3):179–86.
122. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision. Washington: American Psychiatric Association; 2022.
123. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.). World Health Organization; 2019.
124. Brakoulias V, Starcevic V, Belloch A, Brown C, Ferrao YA, Fontenelle LF, et al. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration. *Compr Psychiatry*. 2017 Jul;76:79–86.
125. Pinto A, Mancebo MC, Eisen JL, Pagano ME, Rasmussen SA. The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study. *J Clin Psychiatry*. 2006 May 15;67(05):703–11.
126. Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Gemignani A, Milanfranchi A, et al. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 1997 Oct;46(1):15–23.
127. Denys D, Tenney N, van Megen HJGM, de Geus F, Westenberg HGM. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2004 Jun;80(2–3):155–62.
128. Tükel R, Polat A, Özdemir Ö, Aksüt D, Türksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2002 May;43(3):204–9.
129. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1992 Apr;53 Suppl:4–10.
130. Valente SM. Obsessive-Compulsive Disorder. *Perspect Psychiatr Care*. 2002 Oct 12;38(4):125–46.
131. Sharma E, Math S. Course and outcome of obsessive-compulsive disorder. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(7):43–50.
132. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11th ed. Wolters Kluwer/Lippincott Williams&Wilkins;

133. Mataix-Cols D, Rauch SL, Baer L, Eisen JL, Shera DM, Goodman WK, et al. Symptom Stability in Adult Obsessive-Compulsive Disorder: Data From a Naturalistic Two-Year Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*. 2002 Feb;159(2):263–8.
134. Del Casale A, Sorice S, Padovano A, Simmaco M, Ferracuti S, Lamis DA, et al. Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Curr Neuropharmacol*. 2019 Jul 25;17(8):710–36.
135. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, Coric V, Bracken MB, Leckman JF. A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*. 2006 Jul 1;11(7):622–32.
136. Skapinakis P, Caldwell DM, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg NA, Salkovskis P, et al. Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016 Aug;3(8):730–9.
137. Beck AT. Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behav Ther*. 1970 May;1(2):184–200.
138. Abramowitz JS. The Psychological Treatment of Obsessive—Compulsive Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2006 Jun 1;51(7):407–16.
139. Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*. 2009 Aug;374(9688):491–9.
140. Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. Exposure-Based Treatment for Obsessive Compulsive Disorder. Steketee G, editor. Vol. 1. Oxford University Press; 2012. 322–344 p.
141. Karaca P, Oktay S, Koçak M, Erden G. Current Psychotherapy Approaches in Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *Yeni Symposium*. 2020 Jun;58(2):26–38.
142. Kul A, Türk F. Kabul ve Adanmışlık Terapisi (ACT) Üzerine Bir Derleme Çalışması. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. 2020 Oct 31;16(29 Ekim Özel Sayısı):1–1.
143. Walser RD, Westrup D. Acceptance & commitment therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder and trauma-related problems: A practitioner's guide to using mindfulness and acceptance strategies. . New Harbinger Publications.; 2007.
144. Twohig MP. The Application of Acceptance and Commitment Therapy to Obsessive-Compulsive Disorder. *Cogn Behav Pract*. 2009 Feb;16(1):18–28.
145. Tükel R. Obsesif kompulsif ilişkili bozukluklarda güncel tedaviler. *Psikiyatride Güncel Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim/Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi*. 2021;11(3).
146. Vicheva P, Butler M, Shotbolt P. Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: A systematic review of randomised controlled trials. *Neurosci Biobehav Rev*. 2020 Feb;109:129–38.
147. Vakili Y, Gharaee B, Habibi M. Acceptance and Commitment Therapy, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Their Combination in the Improvement of Obsessive-Compulsive Symptoms and Experiential Avoidance in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2015 Jun;9(2):e845.
148. Lee SW, Choi M, Lee SJ. Is Acceptance and Commitment Therapy Effective for Any Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions? *Psychiatry Investig*. 2023 Oct 25;20(10):991–6.
149. Harris R. ACT'i Kolay Öğrenmek. 1st ed. Karatepe HT, Yavuz F, editors. İstanbul: Litera Yayıncılık; 2016.
150. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press; 1999.
151. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behav Ther*. 2013 Jun;44(2):180–98.
152. Aardema F, O'Connor K. The Menace Within: Obsessions and the Self. *J Cogn Psychother*. 2007 Sep;21(3):182–97.

153. Doron G, Kyrios M. Obsessive compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clin Psychol Rev.* 2005 Jun;25(4):415–32.
154. Doron G, Kyrios M, Moulding R. Sensitive domains of self-concept in obsessive-compulsive disorder (OCD): Further evidence for a multidimensional model of OCD. *J Anxiety Disord.* 2007 Jan;21(3):433–44.
155. Bhar SS, Kyrios M. An investigation of self-ambivalence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 2007 Aug;45(8):1845–57.
156. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy.* 1997 Sep;35(9):793–802.
157. Carver CS, Lawrence JW, Scheier MF. Self-Discrepancies and Affect: Incorporating the Role of Feared Selves. *Pers Soc Psychol Bull.* 1999 Jul 2;25(7):783–92.
158. Markus H, Nurius P. Possible selves. *American Psychologist.* 1986 Sep;41(9):954–69.
159. Aardema F, Wong SF, Audet J, Melli G, Baraby L. Reduced fear-of-self is associated with improvement in concerns related to repugnant obsessions in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology.* 2019 Sep 12;58(3):327–41.
160. Ferrier S, Brewin CR. Feared identity and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 2005 Oct;43(10):1363–74.
161. Aardema F, O'Connor K. Seeing White Bears That Are Not There: Inference Processes in Obsessions. *J Cogn Psychother.* 2003 Mar;17(1):23–37.
162. Purdon C, Clark DA. Metacognition and obsessions. *Clin Psychol Psychother.* 1999 May;6(2):102–10.
163. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.; 1988.
164. Abramowitz M, Stegun IA. *Handbook of Mathematical Functions with Formulas, Graphs, and Mathematical Tables*. New York: Dover Publications Inc; 1965. 1046 p.
165. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
166. Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Topak OZ, 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]. *Türk Psikiyatri Derg.* 2019;30(1):51–6.
167. Thordarson DS, Radomsky AS, Rachman S, Shafran R, Sawchuk CN, Ralph Hakstian A. The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy.* 2004 Nov;42(11):1289–314.
168. İnözü M, Yorulmaz O. Vancouver Obsesif-Kompulsif Ölçeği : Türkçe Formu'nun Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliliği. *Türk Psikoloji Yazıları - TPD.* 2013;16(32):64–75.
169. Abramowitz JS, Deacon BJ, Olatunji BO, Wheaton MG, Berman NC, Losardo D, et al. Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychol Assess.* 2010 Mar;22(1):180–98.
170. Şafak Y, Öcal DS, Özdel K, Kuru E, Örsel S. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Boyutsal Yaklaşım: Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Türkçe'nin Psikometrik Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2018;29(2):122–30.
171. Akın A, Çalık M, Özkaya S, Yılmaz S, Kurubal E. Benlik Korkusu Ölçeği (BKÖ) Türkçe formu: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. In: VSakarya'da Eğitim Araştırmaları Kongresi, bildir kitabı. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yayınları; 2016. p. 80–4.
172. Zettle RD, Gird SR, Webster BK, Carrasquillo-Richardson N, Swails JA, Burdsal CA. The Self-as-Context Scale: Development and preliminary psychometric properties. *J Contextual Behav Sci.* 2018 Oct;10:64–74.
173. Aydın Y, Uysal İ, Zettle RD. Turkish Adaptation of Self-as-Context Scale (SACS): A Preliminary Examination of Psychometric Properties. In: 22nd International Psychological Counseling and Guidance Congress Muş, Alparslan University, Türkiye. Muş; 2021.

174. THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med.* 1998 May 1;28(3):551–8.
175. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikiyatri (3P) Dergisi.* 1999;7(2):23–40.
176. Keles Altun I, Uysal E, Ozkorumak Karagüzel E. Differences between autogenous and reactive obsessions in terms of metacognitions and automatic thoughts. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017 Dec;Volume 13:2977–85.
177. Besiroglu L, Sozen M, Ozbebit Ö, Avcu S, Selvi Y, Bora A, et al. The involvement of distinct neural systems in patients with obsessive–compulsive disorder with autogenous and reactive obsessions. *Acta Psychiatr Scand.* 2011 Aug;124(2):141–51.
178. Türkiye İstatistik Kurumu [Internet]. 2023. Evlenme ve Boşanma İstatistikleri 2022. Türkiye İstatistik Kurumu; 2023.
179. Karamustafaloğlu O, Cengiz Ceylan Y, Bakım B, Gönenli Toker S, Bozkurt S, Göksan B, et al. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında sosyodemografik özellikler ve komorbidite. *Sisli Etfal Hastan Tıp Bul.* 2009;43(3):112–6.
180. Lapsekili N, Uzun Ö, Ak M. Obsesif Kompulsif Bozukluk Olgularında Heyecan Arama Davranışı. *Klinik Psikiyatri.* 2010;13:170–6.
181. Çamlı K, Türkçapar MH, Sargın AE. Reaktif ve Otojen Özellikler Gösteren Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü, Bilişsel İçgörü ve Sosyodemografik Özellikler. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi.* 2012 Jul;1(1):28–35.
182. Pickett-Schenk SA, Lippincott RC, Bennett C, Steigman PJ. Improving Knowledge About Mental Illness Through Family-Led Education: The Journey of Hope. *Psychiatric Services.* 2008 Jan;59(1):49–56.
183. Diler RS, Avcı A, Tamam L, Toros F. Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk:Sosyodemografik, Klinik Özellikler ve Eşitlikler. *Türk Psikiyatri Dergisi .* 1999;10(4):294–304.
184. Beşiroğlu L, Çilli AS, Aşkın R. The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2004 Mar;45(2):99–108.
185. Karakuş G, Tamam L. Sleep and suicide relationship in patients with obsessive-compulsive disorder. *Anatolian Journal of Psychiatry.* 2017;1.
186. Akbari M, Seydavi M, Chasson GS, Leventhal AM, Lockwood MI. Global prevalence of smoking among individuals with obsessive-compulsive disorder and symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev.* 2023 Jul 3;17(3):505–19.
187. Randazza MP, McKay D, Bakhshaie J, Storch EA, Zvolensky MJ. Unhealthy alcohol use associated with obsessive-compulsive symptoms: The moderating effects of anxiety and depression. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2022 Jan;32:100713.
188. Danışman Sonkurt M, Altınöz AE, Köşger F, Yiğitaslan S, Güleç G, Eşsizoglu A. Are there differences in oxidative stress and inflammatory processes between the autogenous and reactive subtypes of obsessive-compulsive disorder? A controlled cross-sectional study. *Brazilian Journal of Psychiatry.* 2022 Apr;44(2):171–7.
189. Anholt GE, Aderka IM, van Balkom AJLM, Smit JH, Schruers K, van der Wee NJA, et al. Age of onset in obsessive–compulsive disorder: admixture analysis with a large sample. *Psychol Med.* 2014 Jan 20;44(1):185–94.
190. 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.
191. Thompson EM, Brierley MEE, Destrée L, Albertella L, Fontenelle LF. Psychological flexibility and inflexibility in obsessive-compulsive symptom dimensions, disability, and quality of life: An online longitudinal study. *J Contextual Behav Sci.* 2022 Jan;23:38–47.
192. Abramowitz JS, Franklin ME, Schwartz SA, Furr JM. Symptom Presentation and Outcome of Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(6):1049–57.

193. Edwards DJ. Going beyond the DSM in predicting, diagnosing, and treating autism spectrum disorder with covarying alexithymia and OCD: A structural equation model and process-based predictive coding account. *Front Psychol.* 2022 Sep 6;13.
194. Devrim Ader G, Yorulmaz O. Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirtileri ve Benlik Korkusu: Yetişkin Bir Örneklemde İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi. [İzmir]: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.
195. Subramaniam M, Soh P, Vaingankar JA, Picco L, Chong SA. Quality of Life in Obsessive-Compulsive Disorder: Impact of the Disorder and of Treatment. *CNS Drugs.* 2013 May 12;27(5):367–83.
196. Kivircik Akdede BB, Alptekin K, Akvardar Y, Kitiş A. [Quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder: relations with cognitive functions and clinical symptoms]. *Türk Psikiyatri Derg.* 2005;16(1):13–9.
197. Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006 Aug 23;41(8):662–8.
198. Srivastava S, Bhatia MS, Thawani R, Jhanjee A. Quality of life in patients with obsessive compulsive disorder: A longitudinal study from India. *Asian J Psychiatr.* 2011 Sep;4(3):178–82.
199. Akvardar Y, Akdede BB, Özerdem A, Eser E, Topkaya Ş, Alptekin K. Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2006 Dec 15;60(6):693–9.
200. Beşiroğlu L, Uğuz F, Sağlam M, Yılmaz E, Ağargün MY, Aşkın R. Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2007;8:5–13.
201. Erkan Ekinci A, Ekinci O. Relation of quality of life with clinical and demographic features in patients with obsessive-compulsive disorder: the effect of insight and suicidality. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* 2020;32(3):194–202.
202. Velloso P, Piccinato C, Ferrão Y, Perin EA, Cesar R, Fontenelle LF, et al. Clinical predictors of quality of life in a large sample of adult obsessive-compulsive disorder outpatients. *Compr Psychiatry.* 2018 Oct;86:82–90.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU				
SAYI:		Tarih: 12.07.2023		
KONU: Etik Kurulu Kararı				
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Obsesif Kompulsif Bozukluk Otojen ve Reaktif Alt Tiplerinde Bağlamsal Benlik ve Benlik Korkusu Kavramlarının İncelenmesi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	TELEFON			
	FAKS			
	E-POSTA			
BİYURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Mehmet Emrah Karadere- Dr. Merve Er		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TORU	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
FAZ 4		☐		
Gözetimsel ilaç çalışması		☐		
Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐			
İlaç dışı klinik araştırma	☒			
Retrospektif	☐			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐ ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2023/0424	Tarih: 12.07.2023		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

Etik
Unvanı
İmza

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 12.07.2023

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Obsesif Kompulsif Bozukluk Otojen ve Reaktif Alt Tiplerinde Bağlamsal Benlik ve Benlik Korkusu Kavramlarının İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
		S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
		S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
		S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
		S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
		S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
		T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
		S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
		S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
		S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
		S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
		S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
		Çelik Hukuk Bürosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
			E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

Etik
Unvanı
İmza

EK 2. Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından yürütülen "Obsesif Kompulsif Bozukluk Otojen ve Reaktif Alt Tiplerinde Bağlamsal Benlik ve Benlik Korkusu Kavramlarının İncelenmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz araştırmacıya sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmadan çıkmanız halinde tedavinizde herhangi bir aksaklık olmayacaktır. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırmayla ilgili herhangi bir sorun ile karşılaştığınızda Dr. Merve Er ile [] numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Amacı: Obsesif Kompulsif Bozukluk alt tiplerinde bağlamsal benlik ve benlik korkusu kavramlarının ilişkisinin karşılaştırmalı olarak incelemek ve Obsesif Kompulsif Bozukluk tedavisi için bilişsel müdahalelerin etkinliğini anlamak ve etkisini artırmaya çalışmaktır.
- b. Araştırmanın İçeriği: Çalışmaya alınan hastalarla bir görüşme yapılacaktır, görüşme sırasında size bazı sorular sorulacak ve araştırmacı tarafından bazı formlar doldurulacaktır. Ayrıca sizin de doldurmanız için toplamda 119 soru içeren formlar verilecektir. Araştırmacı formları doldururken size yardımcı olmak için yanınızda olacaktır. Görüşme ve formların doldurulması yaklaşık 100 dakika sürecektir.
- c. Araştırmanın Nedeni: Uzmanlık tezi
- d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 20 hafta
- e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 60

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumluluktan tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Doç. Dr. Mehmet Emrah Karadere

İmzası:

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından yürütülen "Obsesif Kompulsif Bozukluk Otojen ve Reaktif Alt Tiplerinde Bağlamsal Benlik ve Benlik Korkusu Kavramlarının İncelenmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz araştırmacıya sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsizsiniz. Çalışmayı yanıtdamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırmayla ilgili herhangi bir sorun ile karşılaştığınızda Dr. Merve Er ile [] numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Amacı: Obsesif Kompulsif Bozukluk alt tiplerinde bağlamsal benlik ve benlik korkusu kavramlarının ilişkisinin karşılaştırmalı olarak incelemek ve Obsesif Kompulsif Bozukluk tedavisi için bilişsel müdahalelerin etkinliğini anlamak ve etkisini artırmaya çalışmaktır.
- b. Araştırmanın İçeriği: Çalışmaya alınan sağlıklı gönüllülerle bir görüşme yapılacaktır, görüşme sırasında size bazı sorular sorulacak ve araştırmacı tarafından bazı formlar doldurulacaktır. Ayrıca sizin de doldurmanız için toplamda 119 soru içeren formlar verilecektir. Araştırmacı formları doldururken size yardımcı olmak için yanınızda olacaktır. Görüşme ve formların doldurulması yaklaşık 100 dakika sürecektir.
- c. Araştırmanın Nedeni: Uzmanlık tezi
- d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 20 hafta
- e. Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 30

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce sağlıklı gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Doç Dr. Mehmet Emrah Karadere

İmzası:

EK 3. SCID-5 Formu

	Şu anda	Yaşam boyu
DUYGUDURUM EPİZODLARI		
Major depresif epizod	? - +	? - +
Manik epizod	? - +	? - +
Hipomanik Epizod	? - +	? - +
Distimik bozukluk	? - +	? - +
Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu	? - +	? - +
Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu	? - +	? - +
PSİKOTİK SEMPTOMLAR		
Hezeyanlar	? - +	? - +
Hallüsinasyonlar	? - +	? - +
Dezorganize konuşma ve davranış	? - +	? - +
Katatonik davranış	? - +	? - +
Negatif semptomlar	? - +	? - +
PSİKOTİK BOZUKLUKLAR		
Şizofreni	? - +	? - +
Şizofreniform bozukluk	? - +	? - +
Şizoaftaktif bozukluk	? - +	? - +
Sanrısız bozukluk	? - +	? - +
Kısa psikotik bozukluk	? - +	? - +
Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk	? - +	? - +
Madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk	? - +	? - +
Başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk	? - +	? - +
DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI		
Bipolar I bozukluk	? - +	? - +
Bipolar II bozukluk	? - +	? - +
Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk	? - +	? - +
Major depresif bozukluk	? - +	? - +
Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk	? - +	? - +
MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI		
Alkol kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Sedatif/hipnotik anksiyolitik kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Kanabis kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Uyarıcı kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Opiyat kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Fensiklidin kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Başka halüsinojen kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Uçucular kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Diğer madde kullanım bozukluğu	? - +	? - +
ANKSİYETE VE DİĞER BOZUKLUKLAR		
Panik bozukluğu	? - +	? - +
Agorafobi	? - +	? - +
Toplumsal kaygı bozukluğu	? - +	? - +
Yaygın anksiyete bozukluğu	? - +	? - +
OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK ve TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU		
Obsesif-kompulsif bozukluk	? - +	? - +
Travma sonrası stres bozukluğu	? - +	? - +
ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ/HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU		
Erişkin dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu	? - +	? - +
DİĞER BOZUKLUKLAR / TANI ÖLÇÜTÜ OLMADAN İÇERİLEN HASTALIKLAR		
Adet öncesi disfori bozukluğu	? - +	? - +
Özgül fobi	? - +	? - +
Ayrılma anksiyetesi bozukluğu	? - +	? - +
Biriktiricilik bozukluğu	? - +	? - +
Beden algısı bozukluğu	? - +	? - +
Trikotillomani	? - +	? - +
Deri yolma bozukluğu	? - +	? - +
Uykusuzluk bozukluğu	? - +	? - +
Aşırı uykululuk bozukluğu	? - +	? - +
Anoreksiya nevroza	? - +	? - +
Bulimiya nevroza	? - +	? - +
Kaçınan / kısıtlı yiyecek alımı	? - +	? - +
Bedensel belirti bozukluğu	? - +	? - +
Hastalık kaygısı bozukluğu	? - +	? - +
Aralıklı patlayıcı bozukluk	? - +	? - +
Kumar oynama bozukluğu	? - +	? - +
Uyum bozukluğu	? - +	? - +

EK 4. Sosyodemografik Veri Formu

Tarih:

Adı soyadı:

İletişim Bilgileri:

Cep telefonu:

Ev telefonu:

❖ *Sosyodemografik Özellikler:*

❖ *Genel Bilgiler*

- Cinsiyet
 - Kadın
 - Erkek
- Medeni durumu
 - Bekâr
 - Evli
 - Boşanmış
 - Dul/Eşi vefat etmiş
- Halen devam eden romantik ilişkisi var mı?
 - Evet
 - Hayır
- Birlikte yaşadığı kişiler
 - Yalnız
 - Anne ve/veya babayla
 - Eşle/partnerle
 - Arkadaşlarla
 - Çocuklarla
- Eğitim durumu
 - Okula gitmedi/okur-yazar değil
 - Okula gitmedi /okur-yazar
 - İlkokul mezunu
 - Ortaokul mezunu
 - Lise mezunu
 - Yüksekokul mezunu (2 yıllık)
 - Üniversite mezunu (4 yıl ve üzeri)
- Çalışma durumu
 - İşsiz
 - Öğrenci
 - Ev hanımı/Çalışmıyor
 - İşçi
 - Tam zamanlı
 - Yarı zamanlı
 - Memur
 - Emekli
 - Serbest meslek
 - Tam zamanlı
 - Yarı zamanlı

- Gelir Düzeyi (Ailenin toplam gelir düzeyi-ayda)
 - Asgari ücret
 - 1-3 asgari ücret (orta gelir düzeyi)
 - 3 asgari ücret ve üstü (yüksek gelir düzeyi)
- Yaşadığı Yer
 - Şehir Merkezi
 - İlçe
 - Köy

❖ Aileye İlişkin Bilgiler

- Kardeş sayısı:
 -
- 0-6 yaş arasında kim tarafından bakım verildi?
 - Yalnız anne
 - Yalnız baba
 - Anne ve baba
 - Akrabalar
 - Yetiştirme yurdu
- Anne-baba boşanması-ayrılığı var mı?
 - Evet [Kaç yaşında?.....]
 - Hayır
- Çocukken önemli bir ayrılık/göç/yer değiştirme yaşadı mı?
 - Evet [Kaç yaşında?.....]
 - Hayır
- Çocukluk döneminde anne ya da babasından belli bir dönem ayrı kaldığı oldu mu?
 - Evet [Kaç yaşında?.....]
 - Hayır
- ❖ Ailesinin, yaşadığı bölgedeki çoğunluğu oluşturan topluluktan farklı bir dini veya etnik kimliği/özelliği var mıydı?
 - Evet
 - Hayır
- ❖ Çocukluk döneminde şiddet gördü mü?
 - Evet [Kimden?.....]
 - Fiziksel şiddet
 - Cinsel şiddet
 - Hayır

❖ **Klinik Özellikler:**

❖ **Obsesif Kompulsif Bozukluğa İlişkin Özellikler**

- Takıntıları ilk ne zaman başladı? (Yıl olarak belirtiniz)
- İlk takıntıları ne şekildeydi? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)
- Kirlenme-Bulaş-Temizlik
 - Şüphe-Kontrol
 - İstenmeyen düşünceler (Dini-Cinsel-Saldırganlık)
 - Simetri-Düzen
 - Diğer.....
- Şu anki takıntıları ne şekilde? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)
- Kirlenme-Bulaş-Temizlik
 - Şüphe-Kontrol
 - İstenmeyen düşünceler (Dini-Cinsel-Saldırganlık)
 - Simetri-Düzen
 - Diğer.....
- İlk başladığı andan bugüne kadar takıntıları nasıl bir seyir izledi?
- Sürekli arttı
 - Azaldı
 - Zaman zaman artı zaman zaman azaldı
- Daha önce takıntıları nedeniyle tedavi gördü mü?
- Evet
 - İlaç..... (isimlerini yazınız)
 - Terapi
 - Diğer.....(açıklayınız)
 - Hayır
- Takıntılarıyla ilgili halen (son 6 aydır) herhangi bir ilaç tedavisi kullanıyor mu?
- Evet
 - İlaç.....(isimlerini ve süresini ay olarak yazınız)
 - Hayır
- ❖ **Diğer Psikiyatrik Özellikler**
- Takıntıları dışında başka bir psikiyatrik hastalığı nedeniyle geçmişte tedavi gördü mü?
- Evet
 - Hangi hastalık..... (isimlerini yazınız)
 - Hayır
- Halen (son 6 aydır) takıntıları dışında başka psikiyatrik hastalığı nedeniyle tedavi kullanıyor mu?
- Evet
 - Hangi hastalık..... (isimlerini yazınız)
 - İlaç..... (isimlerini yazınız)
 - Hayır

- Hiç intihar girişiminde bulundu mu?
 - Evet
 - Ne şekilde.....(açıklayınız)
 - Hayır
- Son bir yılda aşağıdaki olumsuz yaşam olaylarından hangi ya da hangilerini yaşadı? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
 - Hiçbiri
 - Sağlık durumunda olumsuz değişiklik
 - Yakınının sağlık durumunda olumsuz değişiklik
 - Hayatının önemli alanlarında olumsuz değişiklikler (örneğin işten ayrılma, boşanma...)
 - Yakınının hayatının önemli alanlarında olumsuz değişiklikler
 - Yaşam koşullarında olumsuz değişiklikler
 - Gelecekle ilgili olumsuz değişiklikler beklentisi
 - Önemli bir hedefini gerçekleştirmeye ilgili başarısızlık
 - Başka önemli sıkıntı verici olay (fiziksel saldırı, cinsel taciz/saldırı, ayrımcılık gibi...)
 - Yakınının başına gelen başka önemli sıkıntı verici olay
 - İlişki sorunları
 - İşte/okulda sorunlar
 - Özel veya mesleki problemler
- Sigara kullanır mı?
 - Evet
 - Günde kaç tane.....
 - Hayır
- Alkol kullanır mı?
 - Evet
 - Günde ne kadar.....
 - Hayır
- Hiç alkol-sigara dışı madde kullanımı var mı? (esrar, eroin, kokain, hap, tiner, bally...gibi)
 - Evet
 - Ne kullanıyor/kullandı.....(açıklayınız)
 - Günde ne kadar.....
 - Hayır
- Geçmişte veya şu anda kronik (uzun süreli) bedensel bir hastalığı ve kullandığı ilaç oldu mu/ var mı?
 - Evet
 - Hangi hastalık..... (isimlerini yazınız)
 - İlaç..... (isimlerini yazınız)
 - Hayır

EK 5. Bağlamsal Benlik Ölçeği

BAĞLAMSAAL BENLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda bazı ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelere ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı 1-7 arasında sizi en iyi yansıtan seçeneği işaretleyerek belirtiniz. Lütfen cevaplarınızda açık ve dürüst olunuz. Lütfen öncelikle seçenekleri gözden geçiriniz.

1. Kesinlikle katılmıyorum.
2. Katılmıyorum
3. Kısmen katılmıyorum
4. Ne katılıyorum ne katılmıyorum
5. Kısmen katılıyorum
6. Katılıyorum
7. Kesinlikle katılıyorum

1. Keyfim kaçtığımda kendi içimde sakinleşebileceğim bir alan bulabilirim.	1 2 3 4 5 6 7
2. Sahip olduğum bakış açısı sayesinde yaşamın zorlukları altında ezilmeden onlarla baş edebilirim.	1 2 3 4 5 6 7
3. Yaşadığım birçok değişime karşın, içimde, benim kim olduğumu gösteren değişmez bir parça vardır.	1 2 3 4 5 6 7
4. Şu ana kadarki hayatıma geri dönüp baktığımda, tüm yaşantılarımda hep benimle olan bir tarafımın varlığını hissedebilirim.	1 2 3 4 5 6 7
5. Değişen düşüncelerime kapılıp gitmeden onları fark edebilirim.	1 2 3 4 5 6 7
6. Düşüncelerim ve duygularım değişse de kim olduğumla ilgili hiç değişmeyen bir anlayışa sahibim.	1 2 3 4 5 6 7
7. Hayatımda birçok değişiklik olsa da bir parçamın hayatımda olan tüm bu değişimlere tanıklık ettiğini düşünürüm.	1 2 3 4 5 6 7
8. Düşünce, duygu ve hislerimi fark etmemi sağlayan bir bakış açısı yakalayabilirim.	1 2 3 4 5 6 7
9. Daha genç olduğum eski günleri düşündüğümde, o zamanlardaki bir yanımın şimdi hala benimle burada olduğunu fark ederim.	1 2 3 4 5 6 7

EK 6. Benlik Korkusu Anketi-Kısa Form

BENLİK KORKUSU ANKETİ-KISA FORM

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1. Kesinlikle katılmıyorum. | 4. Biraz katılıyorum |
| 2. Katılmıyorum | 5. Katılıyorum |
| 3. Biraz katılmıyorum | 6. Kesinlikle katılıyorum |

Aşağıda bazı ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelere ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı 1-6 arasında sizi en iyi yansıtan seçeneği işaretleyerek belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Sık sık kendi kişiliğimi sorgularım.						
2. Kendimi muhakkak suçluluk duyması gereken biri konumunda kolaylıkla hayal edebilirim.						
3. Sık sık kendi akıl sağlığımı sorgularım.						
4. Bazen karşılaşılabileceğim şeyden korktuğum için kendi iç dünyama dönmekten korkarım.						
5. Ahlaka aykırı şeyler yapabilecek biri olmaktan endişe duyarım.						
6. Eğer çok dikkatli olmazsam dönüşebileceğim kişiden korkarım.						
7. Sık sık olumsuz yönlerimi dürüstçe sergilemediğimi hissederim.						
8. Korkunç bir şey yapmamak için çok dikkatli olmalıyım.						

EK 7. Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri

VANCOUVER OBSESİF KOMPULSİF ENVANTERİ (VOKE)

Her bir ifadeyi, ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu en iyi tanımlayan sayıyı daire içine alarak belirtiniz. Lütfen, belirli bir madde üzerinde çok fazla vakit harcamadan her bir maddeyi yanıtlayın.

Aşağıdaki ifadeler sizin için ne kadar doğru?	Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok
1. Mektupları postalamadan önce, her harfi tekrar tekrar kontrol etme mecburiyeti hissedirim.	0	1	2	3	4
2. Kesici bir alet kullanmakla ilgili istenmeyen düşüncelerim nedeniyle sıklıkla keyfim kaçır.	0	1	2	3	4
3. Paraya dokunduktan sonra kendimi çok kirli hissedirim.	0	1	2	3	4
4. Önemsiz kararları almak bile bana çok zor gelir.	0	1	2	3	4
5. Kendimi, tamamıyla mükemmel olmaya mecbur hissedirim.	0	1	2	3	4
6. Bir kaza hakkındaki aynı istenmeyen düşünce veya imge (hayal) tekrar tekrar aklıma gelir	0	1	2	3	4
7. Musluk ve elektrik düğmesi gibi şeyleri kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
8. Evi veya kendimi mikroplardan korumak için aşırı miktarda dezenfektan (mikrop öldürücü) kullanırım.	0	1	2	3	4
9. Sıklıkla önemsiz şeyleri (ör. araba plakaları, levhalardaki talimatlar) ezberlemeye mecbur hissedirim.	0	1	2	3	4
10. Evim, biriktirdiğim eşyalarla darmadağın olduğu için günlük ev işlerini yapmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
11. Bir şeye karar verdikten sonra, çoğunlukla kararım konusunda uzun süre endişe duyarım.	0	1	2	3	4
12. Hemen hemen her gün, zihnimde istem dışı beliren olumsuz düşüncelerden dolayı rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
13. Ellerimi yıkamak için çok zaman harcarım.	0	1	2	3	4
14. Her şeyi tam olarak doğru yapmaya çalıştığım için işleri tamamlamakta sıklıkla zorluk yaşarım.	0	1	2	3	4
15. Ayakkabılarımın tabanına dokunmak beni çok huzursuz eder.	0	1	2	3	4
16. Cinsel içerikli istenmeyen düşünce ve imgelerimden (hayallerden) sıklıkla rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
17. Çok önemsiz bir karar bile vermek zorunda olsam, kendimi gergin hissedirim.	0	1	2	3	4
18. Kendimi günlük işleri yaparken, çok katı bir sıralama takip etmeye mecbur hissedirim.	0	1	2	3	4
19. Mobilyalarımın veya diğer eşyalarımın her zaman tam olarak aynı pozisyonda/konumda olmaması beni rahatsız eder.	0	1	2	3	4
20. Her ne kadar bunu yapma isteğine karşı koymaya çalışsam da kapı ve pencerelerin kilitli olup olmadığını tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
21. Çöp ya da çöp kutusuna dokunmak bana çok zor gelir	0	1	2	3	4
22. Bir şeyi atmam gerektiğini düşündüğümde kendimi çok gergin veya üzgün hissedirim.	0	1	2	3	4

23. Mikroplar ve hastalık konusunda gereğinden fazla endişeliyimdir.	0	1	2	3	4
24. Günlük işleri zamanında tamamlayamadığım için çoğunlukla geç kalırım.	0	1	2	3	4
25. Bir şey bulaşma (kirlenme) olasılığı nedeniyle umumi telefonları kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
26. Biriktirdiğim gereksiz eşya yığınlarından dolayı insanları evime davet etmeye utanırım.	0	1	2	3	4
27. Ölüm ile ilgili aynı üzüntü verici düşünce veya imge (hayal) aklıma tekrar tekrar gelir.	0	1	2	3	4
28. Herkesin içinde birdenbire küfür etmek ve hakaret etmek ile ilgili istenmeyen düşünce ve imgeler beni sıklıkla rahatsız eder	0	1	2	3	4
29. Diğer insanları üzmüş olabileceğime dair çok endişelenirim.	0	1	2	3	4
30. Sıklıkla, akıp giden bir trafiğin içine arabayla veya koşarak dalma dürtüsü beni korkutur.	0	1	2	3	4
31. Rutin işlerimi yaparken neredeyse her zaman sayı sayarım.	0	1	2	3	4
32. Bir hayvana dokunduğum zaman kendimi çok kirlenmiş hissedirim.	0	1	2	3	4
33. En büyük sorunlarımdan biri, bir şeyi tekrar tekrar kontrol etmektir	0	1	2	3	4
34. Aklıma sıklıkla, kontrolü kaybedeceğime dair rahatsız edici istem dışı düşünceler gelir.	0	1	2	3	4
35. Neyi saklayıp neyi atmam gerektiğine karar vermek benim için neredeyse imkânsızdır.	0	1	2	3	4
36. Güçlü bir şekilde, bir şeyleri saymaya kendimi mecbur hissedirim.	0	1	2	3	4
37. Bunu yapma dürtüsüne karşı koysam bile, ocağı kapatıp kapatmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
38. Yatmadan önceki rutin hazırlığımı kesinlikle aynı şekilde tamamlayamazsam çok rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
39. Vücut salgıları (kan, idrar ve ter vb.) ile en ufak bir temastan bile çok korkarım.	0	1	2	3	4
40. Sıklıkla, diğer insanlara zarar vermeye yönelik istem dışı istek ve dürtülerimden çok rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
41. Her gün, aynı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmekle çok zaman harcarım.	0	1	2	3	4
42. İsraf etmekten korktuğum için bazı şeyleri atmakta çok zorlanırım.	0	1	2	3	4
43. Sıklıkla elektrik düğmesi, musluk, araç-gereç ve kapı gibi şeyleri birkaç defa kontrol etmek zorunda kalırım.	0	1	2	3	4
44. En büyük sorunlarımdan biri, temizlik konusunda aşırı endişeli olmamdır.	0	1	2	3	4
45. Gelecekte ihtiyacım olabilir diye korktuğum için, eski dergi, gazete ve fişleri biriktirme zorunluluğu hissedirim.	0	1	2	3	4
46. Aklıma tekrar tekrar dinsel içerikli rahatsız edici ve kabul edilemez düşünceler gelir.	0	1	2	3	4
47. Aynı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için genellikle işlerimi yetiştiremem.	0	1	2	3	4

48. Hata yapmaktan çok korktuğum için bir konuda karar vermeyi ertelemeye çalışırım.	0	1	2	3	4
49. Sıklıkla aklıma hastalık konusunda rahatsız edici ve istenmeyen düşünceler gelir.	0	1	2	3	4
50. Mikroplar konusunda oldukça hassas olduğum için bakımlı olsa bile, umumi tuvaletleri bile kullanmaktan korkarım.	0	1	2	3	4
51. Karşı koymaya çalışmama rağmen, hiç kullanmayacağım çok sayıdaki nesneyi biriktirme mecburiyeti hissedirim.	0	1	2	3	4
52. Rahatsız edici ve istenmeyen biçimdeki ahlak dışı düşünceler aklıma tekrar tekrar gelir.	0	1	2	3	4
53. En büyük sorunlarımdan biri ayrıntıya çok fazla takılmamdır.	0	1	2	3	4
54. Kendime zarar verme dürtüsünden sıklıkla rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
55. Her şeyi tamamen doğru yapmaya çalıştığım için hazırlanıp evden dışarı çıkmam çok fazla zaman alır.	0	1	2	3	4

EK 8. Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

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

Kategori 1: Mikroplar ve kirlenme (bulaşma) hakkındaki endişeler

Örnekler...

- Belirli bir nesne ya da kişi ile temas ettiğiniz (ya da yakın olduğunuz) zaman kirlendiğiniz şeklindeki düşünce veya hisleriniz.
- Belirli bir yerde (banyo gibi) bulunduğunuzdaki kirlenme hissiniz.
- Mikropların, hastalığın ya da kirliliğin yayılma olasılığı hakkındaki düşünceleriniz.
- Kirlenme ile ilgili endişelerinizden dolayı el yıkama, el dezenfektanı kullanma, banyo yapma, kıyafetlerinizi değiştirme ya da nesneleri yıkama gibi davranışlarınız.
- Kirlenme nedeniyle belli bir düzeni takip etmeniz (ör.; banyoda, giyinirken).
- Kirlenme nedeniyle belli insanlardan, nesnelerden ya da yerlerden kaçınmanız.

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

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

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

Örnekler...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kategori 3: Kabul Edilemez Düşünceler

Örnekler...

- Cinsellik, ahlaksızlık veya şiddetle ilgili isteğiniz dışında zihninize gelen rahatsız edici düşünceler.
- Gerçekte yapmak istemediğiniz çirkin, uygunsuz veya utandırıcı şeylerle ilgili düşünceler.
- Kötü bir düşünceden dolayı özel bir rutini uygulamak veya bir eylemi tekrar etmek.
- İstenmeyen veya rahatsız edici bir düşünceden kurtulmak için zihinsel olarak belli işlemleri gerçekleştirmek veya dua etmek.
- İstenmeyen veya rahatsız edici düşünceleri tetikleyen belli kişilerden, yerlerden veya durumlardan kaçınmak.

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

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

Kategori 4: Simetri, Eksiksizlik Ve Bir Şeylerin "Tam Olması" Gereksinimiyle İlgili Endişeler

Örnekler...

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

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

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

EK 9. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği kısa form (WHOQOL BREF)

YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ WHOQOL-BREF(TR)

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde 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 yürütebilmek 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 yaşamınızda 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 bulduğumuzu 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 hüznü, ümitsizlik, bunalı, 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

EK 10. Benzerlik Raporu

tez

ORIGINALITY REPORT

16%

SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

1	acikbilim.yok.gov.tr Internet	962 words — 4%
2	acikerisim.gelisim.edu.tr Internet	350 words — 2%
3	acikerisim.pau.edu.tr:8080 Internet	306 words — 1%
4	acikerisim.uludag.edu.tr Internet	97 words — < 1%
5	www.ichastaliklarihemsireligi.com Internet	94 words — < 1%
6	acikerisim.erbakan.edu.tr Internet	88 words — < 1%
7	Konak, Hicran. "Fibromiyaljili Kadın Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Seksüel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi", Sakarya Üniversitesi (Turkey), 2022 ProQuest	86 words — < 1%
8	www.researchgate.net Internet	74 words — < 1%
9	docplayer.biz.tr Internet	72 words — < 1%

10	openaccess.karatekin.edu.tr:8080 Internet	70 words — < 1 %
11	openaccess.bezmialem.edu.tr Internet	64 words — < 1 %
12	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 Internet	58 words — < 1 %
13	Mira Liiri. "Relationship between soil microarthropod species diversity and plant growth does not change when the system is disturbed", <i>Oikos</i> , 1/2002 Crossref	53 words — < 1 %
14	www.motto.tc Internet	41 words — < 1 %
15	emreayar.com Internet	40 words — < 1 %
16	hdl.handle.net Internet	38 words — < 1 %
17	Ozel, Seher. "Cerrahi Girisim Geciren Hastalarin Taburculuk Sonrasi Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi.", Marmara Universitesi (Turkey), 2021 ProQuest	37 words — < 1 %
18	ERBİL, Nülüfer and PASİNLİOĞLU, Türkan. "Planlı eğitim ve danışmanlığın kadınların aile planlaması hizmetlerinden memnuniyet düzeyine etkisi", Atatürk Üniversitesi, 2008. Publications	33 words — < 1 %
19	Şahin, Gülnur. "Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Ayrılma Anksiyetesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki	32 words — < 1 %

-
- 20 Canbazoglu, Mustafa. "Duzelme donemindeki bipolar bozukluk hastalarinin kalinti belirtilerinin hastanin sosyo-demografik, hastalik ve tedavi ozellikleriyle iliskisi ve islevsellige etkisi", Bursa Uludag University (Turkey), 2021
ProQuest 30 words — < 1%
-
- 21 Journal of Product & Brand Management, Volume 21, Issue 1 (2012-02-25)
Publications 28 words — < 1%
-
- 22 www.turkpsikiyatri.com
Internet 28 words — < 1%
-
- 23 dergipark.org.tr
Internet 26 words — < 1%
-
- 24 openaccess.maltepe.edu.tr
Internet 26 words — < 1%
-
- 25 GÜLEÇ, Hüseyin and SAYAR, Kemal. "Semptom yorumlama anketi Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği", Çizgi Kitabevi, 2005.
Publications 24 words — < 1%
-
- 26 acikerisim.nku.edu.tr
Internet 23 words — < 1%
-
- 27 dspace.gazi.edu.tr
Internet 21 words — < 1%
-
- 28 impnc2022.org
Internet 20 words — < 1%

29	Yagci, Hanife Yildiz. "Saplantili Dini Davranislar", Bursa Uludag University (Turkey), 2021 ProQuest	19 words — < 1%
30	acikerisim.sakarya.edu.tr Internet	17 words — < 1%
31	Deliktaş, Uğur. "Koroner Arter Hastalığı Ciddiyeti İle Sistemik İmmüninflamasyon İndeksi Arasındaki İlişkinin Retrospektif Olarak Araştırılması", Bursa Uludag University (Turkey), 2023 ProQuest	16 words — < 1%
32	Nilgün ÖZBAŞ, Ahmet ACAR. "Evaluation of the Level of Fragility in Patients with Total Knee Arthroplasty Surgery According to Patient Training Intervention: Parallel Group, Randomized Controlled Trial", Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 2023 Crossref	16 words — < 1%
33	www.tjfmpe.gen.tr Internet	16 words — < 1%
34	Yılmaz, Onur Alp. "Ankilozan Spondilit Tanılı Hastalarda Hastalık Aktivitesi, Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete İle İnternette Hastalıkları Araştırma Motivasyonlarının Değerlendirilmesi", Bursa Uludag University (Turkey), 2023 ProQuest	15 words — < 1%
35	cms.galenos.com.tr Internet	15 words — < 1%
36	openaccess.cag.edu.tr Internet	15 words — < 1%
37	www.turkailehekderg.org	

	Internet	15 words — < 1%
38	app.trdizin.gov.tr Internet	14 words — < 1%
39	avesis.kocaeli.edu.tr Internet	14 words — < 1%
40	dspace.trakya.edu.tr:8080 Internet	14 words — < 1%
41	journal.acibadem.edu.tr Internet	14 words — < 1%
42	İNÖZÜ, Müjgan and YORULMAZ, Orçun. "Vancouver Obsesif-Kompulsif Ölçeği: Türkçe Formunun Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliği", Türk Psikologlar Derneği, 2013. Publications	14 words — < 1%
43	Akbolat, Abdurrahman. "Yaslılık Doneminde Yaşam Kalitesi Ve Dindarlık İlişkisi: sanlıurfa İli ornegi", Necmettin Erbakan University (Turkey), 2021 ProQuest	13 words — < 1%
44	Ergünay, Volkan. "Kolon Poliplerinin Demografik, Klinik ve Histopatolojik Özelliklerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi", Bursa Uludag University (Turkey), 2023 ProQuest	13 words — < 1%
45	Karagöz, Özge. "Psikolojik Esneklik odaklı Zihinsel Antrenman programının Kritik maç anlarında Tenis oyuncularının mücadele Ve Tehdit algısı Etkisi", Marmara Universitesi (Turkey), 2023 ProQuest	13 words — < 1%

46	www.tftr.org.tr Internet	13 words — < 1%
47	Hatice Gözde Akın Gürbüz, Levent Turhan, Nilgun Şendil, Halim Ömer Kaşıkçı et al. "Oral Research Presentations", Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 2018 Crossref	12 words — < 1%
48	Yavasci, Ebru Oztepe. "Depresif Belirtileri Olan şİzofreni Hastalarında Serum Beyin Kaynaklı Norotrofik Faktor, Interlokin 2 Ve Epidermal Büyüme Faktörü Düzeyleri", Bursa Uludag University ProQuest	12 words — < 1%
49	ihslc.mehmetakif.edu.tr Internet	12 words — < 1%
50	turkpsikiyatri.com Internet	12 words — < 1%
51	www.turkiyeklinikleri.com Internet	12 words — < 1%
52	dildergisi.aydin.edu.tr Internet	11 words — < 1%
53	docs.neu.edu.tr Internet	11 words — < 1%
54	dspace.balikesir.edu.tr Internet	11 words — < 1%
55	dspace.kocaeli.edu.tr:8080 Internet	11 words — < 1%
56	www.medicinescience.org Internet	

		11 words — < 1%
57	www.ulusaltezmerkezi.net Internet	11 words — < 1%
58	9lib.net Internet	10 words — < 1%
59	Aydin, Memduha. "Bakim Vericinin Duygu İfadesinin Ve Baglanma Stilinin Psikoz hastalarının Oksidatif Stres Düzeyine Etkisi.", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2021 ProQuest	10 words — < 1%
60	dusunenadamdergisi.org Internet	10 words — < 1%
61	turkpediatri.org.tr Internet	10 words — < 1%
62	wowlic.sookmyung.ac.kr Internet	10 words — < 1%
63	Demirhan, Nilufer. "Kompulsif biriktirmenin bilissel-davranisci modeli'nin incelenmesi ve biriktirme envanteri-gozden gecirilmis formu'nun turkceye uyarlanmasi", Bursa Uludag University (Turkey), 2021 ProQuest	9 words — < 1%
64	Guler, Aysegul Selcen. "Tourette Sendromu Olan Cocuk Ve Ergenlerde Bilissel Esneklik Ve Sosyal Karisiklilik", Marmara Üniversitesi (Turkey) ProQuest	9 words — < 1%
65	Palarino, Justin Vinneau. "An Investigation of Afro-Caribbean and Black Sub-Saharan African	9 words — < 1%

66	earsiv.odu.edu.tr:8080 Internet	9 words — < 1%
67	iksadyayinevi.com Internet	9 words — < 1%
68	jag.journalagent.com Internet	9 words — < 1%
69	www.atuder.org.tr Internet	9 words — < 1%
70	Cakici, Ozlem. "Kortizol/Dihidroepiandrosteron-sulfat oraninin Major Depresif Bozukluk hastalarinda ilac sagaltimina yanitinin ongorulmesindeki degerinin arastirilmesi", Marmara Universitesi (Turkey), 2021 ProQuest	8 words — < 1%
71	acikerisim.dicle.edu.tr Internet	8 words — < 1%
72	acikerisim.ybu.edu.tr:8080 Internet	8 words — < 1%
73	downloads.hindawi.com Internet	8 words — < 1%
74	dspace.ankara.edu.tr Internet	8 words — < 1%
75	icer.idu.edu.tr Internet	8 words — < 1%

76	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 Internet	8 words — < 1%
77	pegemindex.net Internet	8 words — < 1%
78	search.trdizin.gov.tr Internet	8 words — < 1%
79	Solgun, Cansu. "Şizofreni Hastalarında Yetiyitimi İçgörü ve Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi", Sakarya Üniversitesi (Turkey), 2022 ProQuest	7 words — < 1%
80	David Mataix-Cols, Maria Conceição do Rosario-Campos, James F. Leckman. "A Multidimensional Model of Obsessive-Compulsive Disorder", American Journal of Psychiatry, 2005 Crossref	6 words — < 1%
81	Elif Üzümcü, Ela Serpil Evliyaoğlu, Mujgan Inozu. "The role of gender, fear of self and disgust propensity in mental contamination: A model test using mental contamination induction", Current Psychology, 2021 Crossref	6 words — < 1%
82	Kanbur, Ayşe. "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Tedavi Öncesi ve Sonrası Duygusal Uyarılma Profilleri İle Otistik Belirti Özelliklerinin Değerlendirilmesi", Bursa Uludağ University (Turkey), 2022 ProQuest	6 words — < 1%
83	ÇELEBİ, Canan, SOLMAZ, Volkan, İNALKAÇ, Yağmur and ÇELİK, Yahya. "Trakya Bölgesindeki Multipl Sklerozis Tanısı ile Takipli Hastaların Klinik, Demografik, Radyolojik Özellikleri ve Tedavi Yanıtlarının Değerlendirilmesi", Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2017. Publications	6 words — < 1%

EXCLUDE QUOTES OFF
EXCLUDE BIBLIOGRAPHY OFF

EXCLUDE SOURCES OFF
EXCLUDE MATCHES OFF