



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA PSİKOLOJİK
ESNEKLİK VE DAYANIKLILIĞIN KLİNİK ÖNEMİ VE
TEDAVİYE YANITTA YERİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Nisa DEVECİ

ANKARA, 2022

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA PSİKOLOJİK
ESNEKLİK VE DAYANIKLILIĞIN KLİNİK ÖNEMİ VE
TEDAVİYE YANITTA YERİ

Dr. Nisa DEVECİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Mustafa Uğurlu

ANKARA, 2022

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA PSİKOLOJİK ESNEKLİK VE
DAYANIKLILIĞIN KLİNİK ÖNEMİ VE TEDAVİYE YANITTA YERİ

Dr. Nisa DEVECİ

Tıpta Uzmanlık Tezi

Tez Savunma Tarihi

24.06.2022

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Mustafa UĞURLU

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Ali Çayköylü

Doç. Dr. Ersin Hatice Karşlıoğlu

Doç. Dr. Hayriye Dilek Hamurcu

Bu tezin uzmanlık derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

Dr. Nisa DEVECİ

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

24 /06/ 2022

Dr. Nisa Deveci



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince ilgi ve desteğini devamlı yanımda hissettiğim, üzerimde sonsuz emekleri olan, ana bilim dalı başkanımız Prof. Dr. Ali Çayköylü'ye;

Her daim mesleki gelişim ve yeterliliğimiz için destekleyici ve yol gösterici olan hocamız, kliniğimizin idari şefi Prof. Dr. Erol Göka'ya;

Yanımda çalışmaktan büyük gurur duyduğum, beni hem akademik hem de şahsi hayatıma hazırlayan, sabrını ve zamanını esirgemeyen, mesleki açıdan kendisinden çok şey öğrendiğim değerli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Mustafa Uğurlu'ya;

Uzmanlık eğitimimde bana desteklerini sunan değerli hocalarım Prof. Dr. Görkem Karakaş, Uğurlu ve Prof. Dr. Serdar Süleyman Can'a;

Aynı bölümde çalıştığım için kendimi çok şanslı hissettiğim, birlikte çalışmaktan keyif aldığım ve her aşamada destek gördüğüm tüm asistan arkadaşlarıma, tüm uzman, hemşire, psikolog ve diğer klinik çalışanlarımıza;

İyi niyeti, güzel kalbi ve yardımseverliği ile her zaman yanımda olan canım arkadaşım Zehra Gökkaya Kılıç'a;

Her koşulda bana destek olan, sevgi ve ilgileriyle hep yanımda olduklarını bildiğim canım arkadaşlarım Özgün ve Davut'a;

Varlığı ile kendimi şanslı hissettiğim, yanımda olmaktan sonsuz keyif aldığım, canım Ezgi Çisil Erdoğan'a;

Hayatımın her alanında koşulsuz sevgileri ve fedakarlıklarıyla bana hep destek olan annem İclal Deveci, babam Hacı Veli Deveci, ağabeyim Mehmet Deveci, Anastasia İlerides Deveci ve ailemizin biricik üyesi Leonidas Mete Deveci'ye;

Sonsuz Teşekkürler.

Dr. Nisa DEVECİ
Ankara, 2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	13
2. GENEL BİLGİLER	15
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk	15
2.1.1. Tanım	15
2.1.2. Tarihçe.....	17
2.1.3. Epidemiyoloji.....	19
2.1.4. Etiyoloji.....	20
2.1.4.1. Psikolojik Faktörler	20
2.1.4.1.1. Psikanalitik Kuram	20
2.1.4.1.2. Bilişsel Davranışçı Kuram.....	21
2.1.4.2. Biyolojik Faktörler.....	23
2.1.4.2.1. Genetik.....	23
2.1.4.2.2. Nörokimyasal Çalışmalar	24
2.1.5. Klinik Özellikler.....	25
2.1.5.1. OKB Belirti Boyutları.....	26
2.1.6. Gidiş ve Sonlanış	27
2.1.7. Komorbidite	29
2.1.8. Tedavi.....	29
2.1.8.1. Farmakoterapi	29
2.1.8.2. İlaç Dışındaki Biyolojik Tedavi Yaklaşımlar	30
2.1.8.3. Psikoterapi	31
2.1.8.3.1. Bilişsel Davranışçı Terapi	31
2.1.8.3.2. Psikodinamik Psikoterapi	31
2.1.8.3.3. Destekleyici Psikoterapi	31
2.2. Psikolojik Esneklik.....	32
2.2.1. Psikolojik Esneklik ve Psikiyatrik Hastalıklarla İlişkisi	35
2.3. Psikolojik Dayanıklılık.....	37

2.3.1. Kobasa'nın Psikolojik Dayanıklılık Modeli	39
2.3.2. Psikolojik Dayanıklılıkta Risk Faktörleri	39
2.3.3. Psikolojik Dayanıklılıkta Koruyucu Faktörler	40
2.3.4. Psikolojik Dayanıklılık ve Psikiyatrik Hastalıklarla İlişkisi	41
3. MATERYAL VE YÖNTEM	44
3.1. Araştırmanın Örneklemi ve Prosedür	44
3.2. Veri Toplama Araçları	45
3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	46
3.2.2. Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (BOKÖ)	46
3.2.3. Kabul ve Eylem Formu-2.....	46
3.2.4. Hasta Sağlık Anketi-9	47
3.2.5. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7 (YAB-7)	47
3.2.6. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	47
3.3. İstatistiksel Analiz	48
4. BULGULAR	49
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	72
7. KAYNAKLAR.....	73
8. EKLER.....	86
EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	86
EK-2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	88
EK-3. HASTA SAĞLIK ANKETİ-9	90
EK-4. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU TESTİ-7	91
EK-5. BOYUTSAL OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ	92
EK-6. KABUL VE EYLEM FORMU-2	96
EK-7. YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ.....	97
EK-8. ETİK KURUL ONAYI.....	99

ÖZET

Amaç: Psikolojik esneklik ve dayanıklılığın psikopatolojideki önemi son yıllarda giderek artmaktadır. Literatürde bu iki kavram genellikle psikiyatrik hastalıkların teorik arka planı çerçevesinde yer bulmuştur. Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan bireylerde esneklik ve dayanıklılığın klinik semptomatolojideki yeri ve tedavi sonuçlarına etkisinin olup olmadığının araştırılması planlanmıştır.

Gereç-yöntem: Çalışmaya DSM-5'e göre "Obsesif Kompulsif Bozukluk" tanısı alan ve çalışmaya katılmayı kabul ederek aydınlatılmış onam formunu imzalayan 50 hasta ve sosyodemografik açıdan hasta grubuyla eşleşen, ruhsal bozukluğu olmayan ve çalışmaya katılmaya yazılı onay veren 42 sağlıklı gönüllü alındı. Katılımcılara sosyodemografik ve klinik veri formu, Hasta Sağlık Anketi-9 (HSA-9), Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7 (YAB-7), Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği-Türkçe (BOKÖ-T), Kabul ve Eylem Formu-2 (KEF-2) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) uygulandı. Tedavi öncesi ölçek puanları ile tedavi sonrası üçüncü ay kontrol puanları karşılaştırıldı. Aynı işlemler sağlıklı kontrol grubu katılımcılarında da gerçekleştirildi.

Bulgular: İki grup arasında yaş, eğitim durumu, medeni hal ve gelir düzeyi arasında anlamlı farklılık yoktu. Vakaların %84'ünün ilk psikiyatri başvurusuydu. Vaka ve kontrol gruplarında BOKÖ toplam ve alt boyutları, KEF-2 ve YPDÖ toplam ve alt boyutları puanlarında anlamlı farklılık vardı. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası BOKÖ toplam ve alt boyutları, KEF-2 ve YPDÖ toplam puanlarında anlamlı farklılık vardı. Başlangıç KEF-2 puanları ile tedavi sonrası BOKÖ toplam ve alt boyutlarından bulaş, kabul edilemez düşünceler ve simetri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. YPDÖ alt boyutlarından kendilik algısı başlangıç puanları ile tedavi sonrası BOKÖ bulaş, sorumluluk ve simetri alt boyutu ile ilişkili olduğu bulundu. YPDÖ alt boyutlarından gelecek algısı başlangıç puanları ile tedavi sonrası BOKÖ kabul edilemez düşünceler ve simetri alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. BOKÖ toplam puanlarındaki ve sorumluluk, kabul edilemez düşünceler ve simetri alt boyutları puanlarındaki tedavi öncesi ve sonrası değişim üzerinde KEF-2 puanlarındaki değişimin etkisi istatistiksel

olarak anlamlı saptandı. YPDÖ alt boyutlarından kendilik algısı alt boyutu puanlarındaki değişim ile BOKÖ sorumluluk alt boyutu puanlarındaki değişim ilişkili bulundu.

Sonuç: Bu araştırma ile OKB tanılı hastaların sağlıklı bireylere göre psikolojik olarak daha az esnek ve daha az dayanıklı oldukları, OKB hastalarında esneklik ve dayanıklılık puanları ile OKB semptom şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu, esneklik puanları daha iyi olan hastaların psikofarmakolojik tedaviye daha iyi yanıt verdikleri ve son olarak esneklik puanlarında tedavi ile sağlanan düzelmenin OKB’li hastaların tedaviye yanıtını olumlu etkilediği sonuçlarına varılmıştır. Bunun yanında, psikolojik dayanıklılık puanlarının tedavi öncesi değerlerinin toplam OKB semptom şiddetindeki azalmaya önemli etkisinin olmadığı anlaşılmış fakat OKB semptomlarının alt belirti boyutlarını incelediğimizde farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır.

Anahtar kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, psikolojik esneklik, psikolojik dayanıklılık

ABSTRACT

Purpose: Psychological flexibility and resilience in psychopathology has gained importance in recent years. These two concepts have generally found a place within the framework of the theoretical background of psychiatric diseases in the literature. In this study, it is planned to investigate the place of flexibility and resilience in clinical symptomatology and whether it has an effect on treatment results in individuals diagnosed with obsessive-compulsive disorder.

Materials and Methods: The study included 50 patients diagnosed with “Obsessive Compulsive Disorder” according to DSM-5 diagnostic criteria and 42 healthy volunteers who were sociodemographically matched with the patient group and did not have mental disorders. Both patient and control groups accepted to participate in the study and signed the informed consent forms. Sociodemographic and clinical data forms, Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS), Acceptance and Commitment Questionnaire (AAQ-2) and Resilience Scale for Adults (RSA) were applied to the participants. The initial scale scores were compared with the post-treatment scores after three months of follow-up. The same procedures were also performed on healthy control group.

Results: There was no significant difference between the two groups in terms of age, education level, marital status and income level. It was the first psychiatry application for 84% of the cases. There was a significant difference in the DOCS and RS total and sub-dimension scores and AAQ-2 scores in the case and control groups. There was a significant difference in the pre-treatment baseline and post-treatment DOCS total and sub-dimension scores, AAQ-2 and RS total scores. The relationship between the initial AAQ-2 scores and the post-treatment DOCS total scores and sub-dimension scores of contagion, unacceptable thoughts and symmetry was statistically significant. It was found that there was a correlation between the baseline self-perception scores, one of RS sub-dimensions and post-treatment DOCS contagion, responsibility and symmetry. sub-dimensions. There was a statistically significant difference between the baseline future perception scores, one of the RS sub-dimensions, and the post-treatment DOCS unacceptable thoughts and symmetry sub-

dimensions. The effect of the change in AAQ-2 scores on the changes in DOCS total scores and the sub-dimensions of responsibility, unacceptable thoughts and symmetry before and after the treatment was found to be statistically significant. The change in the scores of RS self-perception sub-dimension and the change in the scores of the DOCS responsibility sub-dimension were found to be related.

Discussion: In this study, we found that patients with OCD were more disadvantaged in terms of psychological flexibility and resilience compared to healthy individuals. At the same time there was a significant relationship between flexibility and resilience scores in OCD patients and OCD symptom severity. Patients with better initial flexibility scores responded better to psychopharmacological treatment. Also, it was concluded that the improvement in flexibility scores with the treatment had a positive effect on the response of OCD patients to treatment. In addition, it has been understood that the pre-treatment resilience scores did not have a significant effect on the decrease in total OCD symptom severity, but when we examined the sub-dimensions of OCD symptoms, different results emerged.

Key Words: Obsessive compulsive disorder, psychological flexibility, psychological resilience

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1.	OKB hastaları ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.2.	BOKÖ t_0 puanlarının OKB hastaları ve kontrol grubunda karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.3.	HSA-9, YAB-7 ve KEF-2 t_0 puanlarının OKB hastaları ve kontrol grubunda karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.4.	YPDÖ t_0 puanlarının OKB hastaları ve kontrol grubunda karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.5.	BOKÖ toplam puanları ve alt boyutlarının tedavi öncesi ve tedavi sonrası üçüncü ay puanlarının karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.6.	HSA-9, YAB-7 ve KEF-2 tedavi öncesi ve tedavi sonrası üçüncü ay puanlarının karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.7.	YPDÖ toplam puanları ve alt boyutlarının tedavi öncesi ve tedavi sonrası üçüncü ay puanlarının karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.8.	HSA-9, YAB-7 ve KEF-2 t_0 değerlerinin BOKÖ t_0 değerleri ile korelasyonları.....	55
Tablo 4.9.	YPDÖ alt boyutları ve toplam puanları t_0 değerlerinin BOKÖ alt boyutları ve toplam puanları t_0 değerleri ile korelasyonları	55
Tablo 4.10.	KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları t_0 puanları ile BOKÖ Toplam puanlarındaki değişim arasındaki ilişki	56
Tablo 4.11.	KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları t_0 puanlarının tedavi ile BOKÖ Bulaş puanlarındaki değişim arasındaki ilişki	56
Tablo 4.12.	KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları t_0 puanlarının tedavi ile BOKÖ sorumluluk puanlarındaki değişim arasındaki ilişki	57
Tablo 4.13.	KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları t_0 puanlarının tedavi ile BOKÖ kabul edilemez düşünceler puanlarındaki değişim arasındaki ilişki.....	57
Tablo 4.14.	KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları t_0 puanlarının tedavi ile BOKÖ simetri puanlarındaki değişim arasındaki ilişki	58
Tablo 4.15.	Tedavi öncesi ve tedavi sonrası üçüncü ay KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları puanlarındaki değişimin BOKÖ toplam puanlarındaki değişime etkisinin incelenmesi	58
Tablo 4.16.	Tedavi öncesi ve tedavi sonrası üçüncü ay KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları puanlarındaki değişimin BOKÖ Bulaş alt boyutu puanlarındaki değişime etkisinin incelenmesi	59
Tablo 4.17.	Tedavi öncesi ve tedavi sonrası üçüncü ay KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları puanlarındaki değişimin BOKÖ Sorumluluk alt boyutu puanlarındaki değişime etkisinin incelenmesi	59

- Tablo 4.18.** Tedavi öncesi ve tedavi sonrası üçüncü ay KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları puanlarındaki değişimin BOKÖ Kabul edilemez düşünceler alt boyutu puanlarındaki değişime etkisinin incelenmesi 60
- Tablo 4.19.** Tedavi öncesi ve tedavi sonrası üçüncü ay KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları puanlarındaki değişimin BOKÖ Simetri alt boyutu puanlarındaki değişime etkisinin incelenmesi 60



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Psikolojik Esneklik Modeli.....	33
Şekil 2.2. Psikolojik Katılık Modeli.....	34



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

5- HIAA	: 5-Hidroksi Indol Asetik Asit
5-HTTLPR	: Serotonin Transporter-Linked Promoter Region
ATE	: Alıştırma ve Tepki Engelleme
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BOKÖ-T	: Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği - Türkçe
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
COMT	: Catechol-O- Methyltransferase
DAT1	: Dopamine Transporter Gene
DRD3	: Dopamine Receptor D3
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-IV-TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-Text Revision
GRIN2B	: Glutamate Receptor Ionotropic, N-metil-D-aspartat 2B
HSA-9	: Hasta Sağlık Anketi-9
HTR2A	: 5-Hydroxytryptamine (serotonin) Receptor 2A
KEF-2	: Kabul ve Eylem Formu-2
KKT	: Kabul ve Kararlılık Terapisi
MAOA	: Monoamine Oxidase A
NMDA	: N-Metil-D-Aspartat
NR2B	: N-Methyl D-Aspartate Receptor Subtype 2B
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
SLC1A1	: Solute Carrier Family 1 Member 1
SLC6A4	: Solute Carrier Family 6 Member 4
SPECT	: Single Photon Emission Computed Tomography
SSGİ	: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB-7	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7
YPDÖ	: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Dayanıklılık Ölçeği

EKLER DİZİNİ

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

EK-2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

EK-3. HASTA SAĞLIK ANKETİ-9

EK-4. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU TESTİ-7

EK-5. BOYUTSAL OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ

EK-6. KABUL VE EYLEM FORMU-2

EK-7. YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

EK-8. ETİK KURUL ONAYI



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyon ve kompulsiyonlarla seyreden, işlevsellikte kayba yol açan bir nöropsikiyatrik bozukluktur. Obsesyonlar istenmeden akla gelen, kişiyi rahatsız eden, kişinin iradesi ile uzaklaştıramadığı, inatçı biçimde tekrarlayan, genellikle benliğe yabancı (ego-distonik) düşünceler, dürtüler ya da hayallerdir. Kompulsiyonlar ise haz amacı olmayan, genellikle obsesyonların yarattığı kaygıyı azaltmak ya da korkulan sonuçları engellemek için yapılan davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir (1).

Obsesif kompulsif bozukluğun sıklığını ve yaygınlığını belirlemek oldukça güçtür. Bazı hastalar şikayetlerini gizler, bazılarıysa belirtilerinin hafif olması nedeniyle hekime başvurmazlar. Süreğen ve inatçı bir hastalık olan OKB’de zaman içinde belirtilerin şiddeti ve biçimi değişebilir, epizodik alevlenmeler görülebilir (2). Hastaların yaklaşık %15’inde, zamanla mesleki ve toplumsal işlevsellikte bozulmaların arttığı bildirilmektedir (3).

Psikolojik esneklik “farkında olarak içinde bulunan ana tam anlamıyla temas edebilme ve değerler doğrultusunda davranışları değiştirebilme veya devam ettirilebilme becerisi” olarak tanımlanmıştır. Bu “beceri” her insanda farklı düzeyde olup, geliştirilmeye açıktır. Psikolojik olarak daha esnek olan bireylerin, olumsuz içsel yaşantılarına yönelik kontrol etme ve kaçınma temelli davranışları göstermeyeceği, kendileri için değer arz eden alanlarla uyumlu olacak şekilde davranışlarını yönlendireceği öne sürülmüştür (4).

Psikolojik dayanıklılık, büyük zorluklara rağmen kendini toparlama veya başarılı bir şekilde başa çıkma yeteneği olarak tanımlanmıştır (5). Başlangıçta, dayanıklılık bir kişilik özelliği olarak anılırken, geçtiğimiz yaklaşık on yıl içinde bu kavram dinamik, değiştirilebilir bir süreç olarak yeniden tanımlanmıştır (6). Dayanıklılık; mizaç ve kişilik gibi özelliklerden ve problem çözme becerileri, olumlu duygularla kendi kendini iyileştirme ve tehlikeli durumlarda psikososyal dengenin kurulması gibi yeteneklerden oluşur. OKB hastaları doğası gereği bu eksikliklere sahiptir (7, 8).

Yapılan alışmalar psikolojik esneklik ve dayanıklılığı bazı psikiyatrik hastalıklar ile ilişkili bulmuştur (9, 10). Literatürde OKB ve psikolojik esneklik ve dayanıklılık ilişkisi hakkında çok az çalışma bulunmaktadır. Psikolojik esneklik ve dayanıklılığın değiştirilebilir bir risk faktörü olduğu göz önüne alınırsa OKB ile bu kavramların çalışılmamış olması büyük eksiklikler.

Obsesif kompulsif bozukluk tedavisi güç bir psikiyatrik hastalıktır. Tedavide kullanılan yöntemler ve hastalığın şiddeti kadar hastanın sahip olduğu psikolojik özellikler de tedavi sonuçlarını etkilemektedir. Tedavi sonuçlarını iyileştirmenin bir yolu da bu özellikleri saptamak ve bunlar üzerinde etkili uygun yeni tedavi yöntemleri geliştirmektir.

Psikolojik esneklik ve dayanıklılık bu anlamda OKB'nin daha iyi anlaşılması ve tedavi sonuçlarına etkilerinin araştırılması bakımından iyi birer hedef gibi görünmektedir. Bu çalışmanın temel amacı psikolojik esneklik ve dayanıklılık özelliklerinin OKB'de sağlıklı kontrollere göre farklı olup olmadığını araştırmaktır. Ayrıca psikolojik esneklik ve dayanıklılık düzeylerinin OKB hastalarında tedavi sonuçlarına etkisi olup olmadığı araştırılması planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.1. Tanım

Obsesif kompulsif bozukluk obsesyon ve kompulsiyonların varlığı ile karakterizedir. Obsesyonlar istenmeyen ve intruziv olarak deneyimlenen yineleyici ve inatçı düşünceler, dürtüler veya imgelerdir. Kompulsiyonlar ise bireyin bir obsesyona yanıt olarak veya katı bir şekilde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği zihinsel eylemler veya tekrarlayıcı davranışlardır (1).

Obsesyon sözcüğü Latince’de “kuşatmak, çevirmek, etrafını sarmak” anlamlarına gelen ‘*obsidere*’ sözcüğünden türemiş ve ‘zihni işgal eden herhangi bir eylem’ anlamına gelmektedir (11). Obsesyon veya saplantı kendiliğinden bilinç alanına giren, yineleyici, sıkıntı yaratan, kişinin saçma ve yanlış olduğunu bildiği düşünce, dürtü ya da imgelerdir. Bir başka tanıma göre ise, obsesyonlar yineleyici, istemsiz, kişinin kendi zihninin ürünü olan, benliği rahatsız edici nitelikte (ego-distonik) olduğu için kişinin zihninden uzaklaştırmaya çalıştığı fakat aksine zihin alanını işgal eden, inatçı ve zorlayıcı her türlü düşünce, dürtü ya da hayallerdir (12, 13).

Hastalığın diğer önemli unsuru olan kompulsiyon terimi ise, zorlanmış, köşeye sıkışmış anlamlarına gelen Latince ‘*compellere*’ sözcüğünden türemiştir (11). Bu davranışlar veya zihinsel eylemler, kaygı veya sıkıntıyı önlemeyi veya azaltmayı ya da bazı korkunç olay veya durumları önlemeyi amaçlar. Ancak bu davranışlar veya zihinsel eylemler, nötralize edileceği veya önlenilebileceği tasarlanan durumlarla gerçekçi bir şekilde bağlantılı değildir veya oldukça aşırıdır (1). Bu intruziv düşünceler ve törensel davranışlar genel popülasyonda da sıklıkla görülse de, OKB’de görülenler, zaman alıcı oldukları, belirgin sıkıntıya ve önemli işlevsel bozulmaya neden oldukları için psikopatolojik olarak kabul edilir (14).

DSM-5 Tanı Ölçütleri

OKB DSM-V’de tanı ölçütleri şöyledir:

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

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

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ve imgeler.
2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırmamaya ya da bunları bastırmaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

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

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örneğin, el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örneğin, dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz biçimde yineleme).
2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

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

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

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örneğin, yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluğunda olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığının olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığının ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayrımındadır.

İçgörüsü kötü: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

2.1.2. Tarihçe

Obsesif kompulsif bozukluk, psikiyatri tarihinde tanımlanan ilk rahatsızlıklardan biridir (15). Orta çağda, diğer psikiyatrik hastalıklar gibi, OKB de büyü ve din gibi nedenlere bağlanarak açıklanmaya çalışılmıştır (12). Çok eski dini

metinlerde obsesyon ve kompulsiyon olarak tanımlanabilecek davranış örnekleri olduğu görülmektedir. Shakespeare, ünlü eseri Macbeth'te; kocasını etkileyerek Kral Duncan'ın ölümüne neden olan Lady Macbeth'in suçluluk duygularından kaynaklanan kirlilik düşüncesi ve buna bağlı el yıkama hastalığını anlatmaktadır (16).

Obsesif-kompulsif bozukluğunun ilk tanımı, 1838'de Esquirol'un yazılarında temas korkusu (*délire du toucher*) şeklinde görülmektedir. Esquirol, takıntılı düşüncelere karşı sürekli mücadelenin özelliklerini ve bunlara eşlik eden eylemlerin gülünç doğasının farkındalığını vurgulamıştır. Morel, 1866'da yayınlanan makalesinde obsesif-kompulsif bozukluğu anlamada ileri bir adım atmıştır. Farklı vaka incelemelerine dayanarak takıntının bir dizi önemli özelliği üzerine çalışmıştır (17) ve ilk defa obsesyon kavramını kullanmıştır (18). Daha öncelerde bu hastalık depresyon veya melankolinin bir belirtisi olarak düşünülürken, 1878'de Westphal obsesyonları farklı bir rahatsızlık olarak tarif etmiştir. 20. yüzyılın başlarında Pierre Janet fobi, obsesyon ve kompulsiyonlardan oluşan belirtiler kümesini "nevrasteni" den ayırarak "psikasteni" olarak tanımlamıştır. Sigmund Freud ise bu terimi psikanalitik açıdan ele almıştır (12).

Bu rahatsızlık Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1952'de yayınlanan DSM-I'de "Obsesif Kompulsif Reaksiyon"; 1968'de yayınlanan DSM II'de "Obsesif Kompulsif Nevroz", 1978'de yayınlanan DSM-III'te ise "Obsesif Kompulsif Bozukluk" olarak bahsedilmiştir (3). Güncel fenomenolojik bakış açımıza en uygun ve yakın tanımlama ise ilk kez DSM-III ile yapılmıştır. Yetmişli yıllarda yapılan ve belirtileri fenomenolojik açıdan inceleyen çalışmalar bu açıdan DSM'ye ışık tutmuştur. İlk olarak Akhtar ve arkadaşları, obsesyonları biçim (kuşku, düşünce, korku, dürtü ve imge) ve içerik (kir ve bulaşma, saldırganlık, cansız temalar, din ve cinsellik) açısından ayırmıştır (19). Sonraki çalışmalar tarafından bu yaklaşım desteklenmiştir (20, 21). Böylece DSM-III'de obsesyon ve kompulsiyon ayrımı ilk defa yapılmıştır (22). Kompulsiyonların kavramsallaştırılması, DSM-III ile DSM-IV-TR arasındaki temel farklılıktır (23). DSM-III'te davranış olarak ifade edilen kompulsiyon kavramına, DSM-IV'te davranışa ek olarak zihinsel eylemler de eklenmiştir. "Obsesif Kompulsif Bozukluk" terimi DSM-IV ve DSM-IV-TR'de "Anksiyete Bozuklukları" başlığı altında yerini almıştır (24). 2013 yılında

yayınlanan DSM-V’te ise Anksiyete Bozukluklarından ayrılarak, “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” olarak ele alınmıştır (1).

2.1.3.Epidemiyoloji

Genellikle günlük hayatta veya genel klinik ortamlarda yeterince tanınmadıkları, etkilenen bazı kişilerin yardım arama konusunda isteksiz olmaları ve işlevselliğin etkilenmediği daha hafif formlarına sahip olanların tedavi için başvurmamaları nedeni ile hastalığın anlaşılması ve tanınması güçleşmektedir (25).

Obsesif kompulsif bozukluğun toplumda yaşam boyu yaygınlık oranı %2-3 civarındadır. Depresyon, alkol ve madde kullanım bozukluğu ile sosyal fobiden sonra en sık görülen 4. psikiyatrik bozukluktur (26, 27). DSM-V’te OKB’nin erişkinlerde görülme insidansının %1.1 ile %1.8 arasında olduğu ve kadınlarda az bir farkla daha sık görüldüğü belirtilmiştir (1). Çalışmalar, kadınlarda OKB prevalansının daha yüksek olduğunu gösterirken, klinik açıdan erkek ve kadın hasta sayısının kabaca eşit sayıda olduğu görülmektedir. Ortalama başlangıç yaşı 19’dur ve erken başlangıç erkeklerde daha sıktır. Bozukluğun başlangıcı tipik olarak ergenlik veya çocuklukta ortaya çıkar ve 30 yaşından sonra başlaması nadirdir (14). Çocuk ve ergenlerde ise araştırmalar, erkeklerde hastalığın daha erken yaşlarda başladığını ve kadınlara göre 1.5 ila 2.5 kat daha sık olduğunu göstermektedir (16).

Obsesif kompulsif bozukluk belirtileri de cinsiyetler arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Kadınlarda daha sık olarak bulaş obsesyonları ve kompulsif yıkama/temizleme davranışı görülürken, erkeklerde cinsellik, saldırganlık, simetri obsesyonları ve tekrarlama, kontrol etme kompulsiyonları daha sık görülmektedir (28, 29).

Obsesif kompulsif bozukluğun Türkiye’deki yaşam boyu yaygınlık oranı %2-3.7 civarında olup, erkeklere (%0.2) göre kadınlarda (%0.6) üç kat fazla olduğu belirlenmiştir (2). Konya’da yapılan bir araştırmada ise, OKB’nin 12 aylık prevalansı %3 olarak saptanmıştır (30).

Genellikle 25 yaşından önce başlangıç gösterirken, az bir kısmı (%5-15) 35-40 yaşından sonra başlamaktadır (31, 32). Bazı vakalarda OKB’nin hamilelik ya da doğum sonrası dönemde başladığı bildirilmiştir (33, 34). OKB’nin elli yaşından

sonra başlama sıklığı az olup; geç başlangıç yapısal beyin hasarı gibi diğer tıbbi durumlar ile ilişkilendirilmiştir (35).

2.1.4.Etiyoloji

Obsesif kompulsif bozukluğun etyopatofizyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte nörobiyolojik, psikososyal olmak üzere multifaktöriyel, heterojen bir hastalık olduğu düşünülmektedir (36).

2.1.4.1. Psikolojik Faktörler

2.1.4.1.1. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kurama göre obsesif nevrozun oluşumunda rol oynayan temel düzenek regresyondur (gerileme). Regresyon, kişinin saplanmış olduğu nesne ya da doyum biçimlerine geri dönmesini ifade eder. Freud'a göre obsesif nevrozlar ödipal döneme ait dürtü ve isteklerinin yarattığı ciddi çatışma ile baş edemeyerek, yaşadığı anksiyeteyi azaltmak için bir önceki psikoseksüel gelişim dönemi olan anal sadistik döneme geriler (37). Bu gerileme ile libidonun genital organizasyonu terk edilir ve genital cinsel dürtünün yerini sadizm ve anal erotizm alır. Anal dönemin belirgin özelliklerinden biri birbirine zıt dürtüler arasında çatışma olmasıdır. Fallik dönemde uygun bir şekilde kaynaştırılabilen sevgi ve nefret duyguları, anal döneme gerileme ile çözülür. Bu çözülme ile eş zamanlı sevgi ve nefret duygularına sahip olan kişinin duygu ve davranışlarında iki değerlilik (ambivalans) görülür (38). Yani anal sadistik evrede libidinal dürtü nesnesine karşı hem sevgi hem de nefret duyguları birlikte taşınır (39). Bu sebeple kişi eyleme geçerken sevgi ve nefret duyguları arasında karışıklık yaşamakta ve bu durum yaşanan tereddüt ve kararsızlıkla kendini göstermektedir (38).

Anal sadistik döneme gerilemenin ön şartı anal dönemde saplanmanın olmasıdır. Obsesif kişi içindeki kirlilik, zıtlasma, saldırganlık ve inatçılık duygularıyla mücadele etmek için bir takım savunma düzenekleri geliştirir (40). İlkel cinsel ve saldırgan dürtülerle başa çıkmak amacıyla kullanılan anal döneme özgü üç temel savunma düzeneği tanımlanmıştır. Bunlar yalıtma (izolasyon), yapma-bozma

(undoing) ve karşıt tepki (reaksiyon formasyon) oluşturmazdır (41). Freud ayrıca obsesif nevrozlarda süperegounun kendini libidonun gerilemesinden ve dürtünün ayrışmasından uzak tutamadığı ve böylece daha katı ve ezici bir süperegounun oluşumuna yol açtığından bahsetmiştir (42). Nesnelere yönlendirilemeyen saldırganlık dürtüsü süperegounun egoya saldırganlığı olarak içe döner (39).

Klein'a göre obsesyonlar, içsel iyi nesnenin tahribi arzusuna karşı kullanılan savunmalardır. Çocuk sevdiği nesneye zarar vermekten korkmakta ve geri dönüşümsüz, tamiri mümkün olmayan şekilde zarar vermemek için onu kontrol altında tutmaktadır. Yani OKB semptomlarının bir tamir çabası olduğunu ifade eder.

Mallinger ve Salzman, obsesif kişilerin yaşamlarının her alanında kontrol ihtiyacının hakim olduğu üzerinde durmuşlardır. Mallinger, hastalığın belirtilerinin kontrol çabasının yetersiz kaldığı durumlarda ortaya çıktığını ve bu obsesif kontrol çabasının temelini güçsüzlük korkularının oluşturduğunu savunmuştur. Salzman, OKB'nin dinamiğinde öfkeden daha çok utanç, onur kaybı, zayıflık ve yetersizlik duygularının ortaya çıkmasını önleme çabasının olduğunu iddia etmiştir.

Neo Freudyen yaklaşımlarda anal karakteristik özellikler yerine suçluluk duygusunun yerini aldığı katı bir karşı çıkmanın önemine değinilmiştir. OKB tanısı almış kişi, anal dönem yerine kendi kontrolündeki engellenmeyle mücadele etmektedir. Kontrol etme davranışının, kendi karar verme yeteneğini kullanabildiğini hissetmesini sağlayan bir çıkış kapısı olduğu söylenebilir (39).

2.1.4.1.2. Bilişsel Davranışçı Kuram

2.1.4.1.2.1. Davranışçı Kuram

Mowrer, obsesyon ve fobide, korku ve kaçınma davranışına yönelik hem klasik hem de edimsel koşullanmayı içeren iki aşamalı bir model tanımlamıştır. Organizmanın korkuyla ilişkilendirilmiş koşullu uyaranlardan ilk olarak kaçarak, sonra kaçınma davranışı ile itici uyaranları azalttığını öğrenerek korkunun klasik koşullanmayla kazanıldığını ve edimsel koşullanma süreçleriyle pekiştirildiğini öne sürmüştür. Bu iki aşamalı kuramın ilk aşamasında nötr uyaranların anksiyete yaratma yeteneğine sahip uyaranlarla koşullanmasıyla koşullu uyaranlar yani obsesyonlar

meydana gelmektedir. İkinci aşamada ise, anksiyeteye neden olan obsesyonel düşünceler, anksiyeteyi ortadan kaldırmak için kaçınma yanıtlarını yani kompulsiyon eylemlerini doğurmaktadır. Anksiyetenin azalması da bu yanıtların pekişmesine neden olmaktadır (3).

2.1.4.1.2.2. Bilişsel Kuram

Bilişsel kurama göre obsesif düşünceler genel popülasyonun %90'ında görülmektedir ve içerik olarak klinik obsesyonlar ile benzerdir. İstenmeyen düşünceler ile klinik obsesyonlar arasındaki fark bu düşüncelerin kontrol edilebilir olup olmaması ile bağlantılı değil, kişinin düşüncüyü değerlendirme biçimine bağlıdır. Obsesif hastalar bu düşünceleri zarar ve zararın önlenmesinden sorumlu olabileceği şeklinde yorumlarlar (3).

Salkovskis, “Abartılı Sorumluluk Modeli”nde sıkıntının esas kaynağının düşüncenin içeriği değil, düşüncenin nasıl değerlendirildiği ve bunun sorumlulukla ilişkili bir durum olduğundan bahsetmiştir. Herhangi bir düşünceye, fazla kişisel sorumluluk ve anlam atfedilirse, o düşüncenin obsesif olma potansiyeli artmaktadır (43).

Rachman, obsesyonların patogenezinde, obsesyon geliştirmeye yatkın kişilerin, düşüncelerini eylemle eşdeğer olarak gördüğünü ileri sürmüştür. Yani kişinin aklına gelmesi ile yapması aynı değere sahiptir ve aklına gelmesi, olma olasılığını arttırır. Bunu da “düşünce eylem kaynaşması” olarak ifade etmiştir (44).

Clark'ın bilişsel modeline göre ise istenmeyen intruziv düşüncenin varlığı tehdit olarak algılanır ve obsesif kişi bu düşüncüyü kontrol etmeye çalışır. Kontrol edemeyişini ise yetersizlik olarak değerlendirir ve kontrol etmek için daha fazla çabalar (45).

Obsesif kompulsif bilişsel çalışma grubu modelinde “abartılı sorumluluk algısı, abartılı tehdit öngörüsü, düşüncelerin aşırı derecede önemsenmesi, düşünce kontrolünün aşırı derecede önemsenmesi, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük” olmak üzere altı inanç alanından bahsedilmektedir (46).

2.1.4.2. Biyolojik Faktörler

2.1.4.2.1. Genetik

Yirminci yüzyılın başlarından bu yana klinisyenler kalıtımın OKB'ye yatkınlıkta önemli bir rol oynadığını düşünmektedirler. Yapılan aile çalışmaları bununla uyumlu olarak, OKB tanılı erişkin bireylerin birinci derece yakınlarında sağlıklı kontrollere göre daha fazla risk saptamıştır (47, 48). Bu risk, çocuk ve ergenler ile yapılan aile çalışmalarında ise daha fazla olarak bulunmuştur (49, 50).

Erişkinlerle yapılan ikiz çalışmaları sonucu, obsesif kompulsif semptomların orta derecede kalıtıldığı saptanmış olup genetik faktörlerin %27-47 oranında etkili olduğu tespit edilmiştir (51). Çocuklarla yapılan çalışmalarda ise genetik faktörlerin %45-65 oranında etkili olduğu öne sürülmüştür (52, 53). 2011 yılında yayınlanmış bir meta-analiz çalışmasında; 24 161 ikiz çift üzerinde yapılan 14 çalışma incelenmiştir. Bu meta-analiz sonuçları, genetik faktörlerin obsesif kompulsif davranışlar üzerinde önemli etkisi olduğu hipotezini destekler niteliktedir. Genetik olmayan, paylaşılmayan çevresel faktörlerin de muhtemelen epigenetik mekanizmalar yoluyla OKB'nin ortaya çıkmasına neden olduğu ileri sürülmüştür (53).

Obsesif kompulsif bozukluk için riskli genleri içeren kromozomal bölgeleri tespit etmek için bağlantı analiz çalışmaları yapılmıştır (54). Şimdiye kadar yapılmış olan en kapsamlı çalışma, 219 aileden 966 kişiyi kapsamaktadır ve bu çalışma sonucu 1q, 3q, 6q, 7p ve 15q kromozomlarında muhtemel risk lokusları saptanmıştır (55). Aday gen çalışmalarına baktığımızda; bir meta-analiz çalışmasında OKB'nin serotonin sistemi ile ilişkili iki geni olan 5-HTTLPR (*solute carrier family 6 member 4, SLC6A4*) ve HTR2A [*5-hydroxytryptamine (serotonin) receptor 2A*]'daki polimorfizmler ve erkeklerde COMT (*catechol-O- methyltransferase*) ve MAOA (*monoamine oxidase A*) genlerindeki varyasyonlar ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Ayrıca dopamin sistemi ile ilişkili [DAT1 (*solute carrier family 6 member 3, SLC6A3*) ve DRD3 (*dopamine receptor D3*)] ve glutamat sistemi ile ilişkili bir gende (*solute carrier family 1 member 1, SLC1A1*) istatistiksel olarak anlamlı olmayan polimorfizmler tespit edilmiştir (56).

2.1.4.2.2. Nörokimyasal Çalışmalar

Serotonerjik Sistem:

Obsesif kompulsif bozukluğun patofizyolojisinin serotonin sistemi ile ilişkili olduğuna dair bilgiler, serotonerjik antidepresan tedavisi sonrası etkinlik gözlenmesi ile edinilmiştir. Klomipramin ve seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSGI) gibi serotonin geri alımını inhibe eden ilaçların, OKB tedavisinde daha etkili oldukları gösterilirken, aynı etkinlik noradrenerjik antidepresanlarda görülememiştir (57). Yapılan BOS incelemesi çalışmalarında serotonin metaboliti olan 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) düzeyleri, bazı çalışmalarda OKB ve kontrol grubu ile aynı bulunmuşken, bazı çalışmalarda ise OKB'lerde daha yüksek olduğu saptanmıştır (58). Ayrıca klomipramin tedavisi sonrası OKB semptomlarının azalmasına ek olarak BOS-HIAA düzeylerinde azalmanın olduğu da bildirilmiştir (59).

Dopaminerjik Sistem:

Dopaminin rolüne ilişkin kanıtlar çoğunlukla hayvan çalışmalarından elde edilmiştir. Bir çalışmada, seçici D2/3 reseptör agonisti kinpirol ile uzun süre tedavi edilen sıçanlarda, OKB'deki kontrol etme davranışına benzer bir takım ritüel benzeri davranışlar görülmüştür (60, 61). Postmortem araştırmalar sonrası bu hayvanlarda, nükleus akumbens ve sağ prefrontal kortekste dopamin düzeylerinin artmış olduğu gösterilmiştir (62). SPECT görüntülemeye OKB hastalarında kontrollere göre sağ bazal ganglion daha yüksek dopamin taşıyıcı bağlanma oranları saptanmış ve tedavi sonrası dopamin taşıyıcı bağlanma oranlarının bazal düzeylerine göre belirgin bir şekilde azaldığı görülmüştür (63). Çalışmalar genel olarak göz önüne alındığında, obsesif kompulsif semptomların artmış dopamin nörotransmisyonu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (64).

Glutamaterjik Sistem:

Glutamaterjik NMDA reseptör 2B alt ünitesi -NR2B- geni olan GRIN2B ile OKB arasında bir ilişki olduğundan bahsedilmiştir. Bazı hayvan çalışmalarında; kortikostriatal glutamat yolağında artış olan farelerde, yaygın tekrarlayıcı davranışlar, kompulsif sıçrama, deri veya saç yolma davranışı ve tikler gibi obsesif kompulsif belirtilere benzer bir fenotip gözlenmiştir (65). OKB hastalarında,

manyetik rezonans spektroskopisi ile, bazı beyin bölgelerinde glutamin ve glutamat artışının olduğu tespit edilmiştir (66).

2.1.5. Klinik Özellikler

Obsesyon ve kompulsyonların klinik görünümü hastadan hastaya çeşitlilik gösterebilmektedir. Sık görülen obsesyonların; kirlilik-bulaş, zarar verme, istenmeyen düşünceler, cinsel suçluluk, kesinlik ihtiyacı-düzen; sık görülen kompulsyonların ise yıkama ritüelleri, kontrol, tekrarlayıcı davranışlar, zihinsel ritüeller, simetri ve düzeni sağlamak için yapılan davranışlar olduğu tespit edilmiştir. Klinik olarak farklı obsesyon ve kompulsyonlar olması ve belirtilerin görülme şekilleri göz önünde bulundurulduğunda OKB'nin heterojen bir hastalık olduğu söylenebilir (67). Güncel OKB modellerinin çoğu bu heterojenliği açıklamamakta veya yeterince vurgulamamaktadır. Dolayısıyla çoğu OKB araştırması, OKB hastaları ve sağlıklı bireylerden oluşan gruplar arasındaki karşılaştırmalara dayanmaktadır ve global şiddet derecelendirme ölçekleri kullanılmaktadır. Bu heterojeniteyi kabul eden araştırmacılar, fenotipi homojen alt tiplere ayırmaya çalışmışlardır.

Falret, 1869'da folie du doute ("şüphe deliliği") ve délire du toucher ("dokunma delüzyonu") şeklinde bir ayırım yapmıştır. Araştırmacılar sıklıkla "yıkayıcıları" "kontrolcüler"den ve diğer semptomlara dayalı belirti kümelerinden ayırır. Bazı yazarlar da, hastaları dürtüsellik veya iç görü gibi sürecin uç noktalarını temsil eden gruplara ayırmıştır. Genel olarak, bu girişimlerin, tanımlanan alt tipleri biyolojik belirteçler, genetik faktörler veya tedavi yanıtı ile ilişkilendirmede sınırlı başarıları olmuştur. Çünkü hastalarda salt alt tiplerinin bulunması nadirdir ve her bir alt tip için yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşılması zordur ve pratik değildir. Diğer olası alt tipler, başlangıç yaşı ve komorbid tanımlar, özellikle tik bozuklukları gibi klinik özelliklere dayalı olarak tanımlanmaya çalışılmış fakat bu yaklaşımların da sınırlılıkları olmuştur.

Faktör-analitik yaklaşımlar, heterojen belirtiler hakkındaki bilgilerimizin ilerlemesinde verimli olmuştur (68). OKB'de yapılan faktör-analiz çalışmaları sonucu, belirtiler 3 ila 6 arasında faktör yapısı (belirti boyutu) altında

gruplandırılmıştır. Yapılan meta-analiz çalışmaları ile bu belirti boyutlarının geçerliliği büyük ölçüde doğrulanmıştır (3).

2.1.5.1. OKB Belirti Boyutları

Bulaş ve temizleme;

Obsesif kompulsif bozuklukta en sık karşılaşılan obsesyonlardan biri olan bulaşma obsesyonları, genellikle kir, mikrop, toksin, çevresel tehlikeler, bedensel atık veya salgılardan korkma ile karakterizedir. Hastalar tipik olarak hastalık yaymaktan veya bir hastalığa yakalanmaktan ya da sadece temiz olmamanın duysal deneyiminden korkarlar. Yıkama, bulaşma obsesyonları ile en sık ilişkilendirilen kompulsiyondur. Bu davranış genellikle korkulan nesneyle temastan veya yakınlıktan sonra ortaya çıkar. Ayrıca bu hastalarda kirli olduğu düşünülen nesne ile teması önlemek için kaçınma davranışı olabilir (69).

Sorumluluk, zarardan kaçınma ve kontrol;

Bu hastalar dikkatsizliklerinin bir sonucu olarak korkunç bir olaydan sorumlu olacakları endişesiyle rahatsız olurlar. Aşırı şüphe ve buna bağlı aşırı sorumluluk duyguları genellikle kontrol ritüellerine yol açar. Aşırı şüpheyeye bağlı belirgin kaçınma davranışları görülebilir. Mesela bu hastalar evi kilitsiz bırakma sorumluluğundan kaçınmak için evden dışarı çıkmayabilirler (69). Bu grup belirtilere sahip kişiler travmatik olaylar ve komorbid depresyon ile daha fazla ilişkili bulunmuştur (70).

Simetri, sıralama ve düzenleme;

Kişinin “mükemmel bir şekilde” düzenleme, belirli motor eylemleri tam bir sırayla yapma ve geri alma veya belirli davranışları simetrik veya dengeli bir şekilde gerçekleştirme dürtüsü olarak açıklanabilir. Hastalar, hareketin mükemmel bir şekilde tamamlandığına dair “tam doğru” bir duygu elde edene kadar motor hareketleri tekrarlama dürtüsüne sahiptirler. Bu grup belirtilerin daha düşük tedavi yanıtına sahip olduğu gösterilmiştir (69). Bu durum iç görünümün az olması ve hastaların tedaviye olan isteklerinin düşük olmasına bağlanmaktadır (70).

Cinsel, dini ve zarar verme ile ilişkili istenmeyen düşünceler;

Bu hastalar başkalarına zarar verebilecekleri veya taciz gibi kabul edilemez bir cinsel eylemde bulunabilecekleri korkusuyla rahatsız olurlar. Tiksindirici buldukları fikirlere saplantılı olma, büyük bir suçluluk ve endişe duyma eğilimindedirler ve düşünceleri nedeniyle cezalandırılmayı hak ettiklerini düşünebilirler (69). Dini obsesyonlar tanrı, dini kişi, dini açıdan değerli yerlere ve esaslara karşı küfür içerikli ya da kişinin dini inancına karşı olan bir şeyler söyleme veya eylemde bulunma korkusu hakkında olabilir (71). Kişiler genel olarak bu istenmeyen düşüncelerinden kurtulmak için kaçınma ve bastırma çabasına girer (72). Zihinsel kompulsiyonlar sıklıkla bu obsesyonlarla beraber görülür. Obsesyonların neden olduğu kaygıyı azaltmak için sayma veya dua etme zihinsel kompulsiyonlara örnek olarak verilebilir (69).

2.1.6. Gidiş ve Sonlanış

Hastalığın seyri, aralıklı olarak hastalık atakları ile seyreden ve semptomsuz dönemlerin de olduğu nispeten iyi huylu bir formdan, aralıksız semptomlar ve önemli sosyal bozulma ile karakterize malign OKB'ye kadar çeşitlilik gösterebilir. Hastalığın gizli doğası nedeniyle, hastalara teşhis konmada gecikme yaşanabilmektedir. OKB semptomları tipik olarak yavaş gelişir. Buna istisna olarak, bazen hamilelikten sonra ani başlangıç gözlenebilir. Genel olarak, OKB'de spontan remisyon oranı düşüktür. Tedavi edilmediğinde, hastalık kronik ve kötüleşen bir seyir izler, ancak semptomlar zamanla şiddetlenip azalabilir (73).

1953-1993 yılları arasında yapılan 40 yıllık uzunlamasına bir takip çalışmasında, 40 yıllık takip sonrası hastaların yarısının hala klinik semptomlarının devam ettiği ve başka subklinik semptomlar eklendiği, çoğunda hastalığın kronikleştiği ve %37'sinin hala OKB'ye sahip olduğu gözlenmiştir. Çoğu hasta yıllar içinde bir miktar iyileşse de sadece yaklaşık beşte birinde tam iyileşme meydana geldiği tespit edilmiştir.

Uzman bir pediatrik OKB kliniğinde 2010 yılında yapılan çalışmada, OKB tanılı 42 gencin yaklaşık %60'ında 9 yıla kadar tam bir klinik OKB hastalığına sahip olmadığı bulunmuştur. Ancak katılımcıların yaklaşık %50'si hala tedavi görmekteydi

ve yaklaşık %50'si de daha fazla tedaviye ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir. Aynı çalışmada dirençli OKB için esas yordayıcı faktörün hastalığın süresi olduğu belirtilmiştir (74). Yakın tarihli 100 OKB hastasını içeren 5 yıllık prospektif bir çalışmada modern tedavilerin uygulanmasına rağmen sadece %20'sinde tam remisyon gözleendiği, %50'sinde kısmi remisyon sağlandığı, geri kalan hastaların ise 5 yıllık süreçte klinik değışiklik göstermediği ya da daha kötüye gittiği gözlenmiştir (75).

Ailenin duruma uyumu gibi çevresel faktörler ve OKB semptomlarına boyun eğme de hastalığın gidişatında önemli değışkenlerdir. Güvence sorularının yanıtlanması veya kaçınma davranışlarına dahil olunması gibi bazı aile uyum davranışları hastalığın iyileşmesinde önemli bir engel teşkil eder (74).

Obsesif kompulsif bozukluk, hem yetişkinlerde hem de çocuklarda büyük ölçüde azalmış yaşam kalitesine neden olduğu gibi, belirgin derecede komorbidite ile de ilişkilidir. Komorbidite anket çalışmasında 12 aydır OKB semptomlarına sahip olan vakaların %65.3'ünde, Sheehan Engellilik Ölçeğine göre işlevselliklerinin önemli ölçüde etkilendiği saptanmıştır. Bu çalışmaya göre klinik olarak ağır grupta bulunanların, ilişkilerde ve sosyal işlevsellik alanlarında en fazla bozulma oranlarına sahip olduğu tespit edilmiştir.

Çocuklukta şikayetin olmaması, bir başlatıcı yaşam olayının olması, belirtilerin başlaması ile doktora başvurma arasında kısa süre olması, şikayetlerin hafif derecede olması, işlevsellik ve yaşam kalitesinin iyi düzeyde olması, eşlik eden kişilik patolojisinin olmaması iyi prognostik faktörler arasında sayılmıştır.

Kötü prognostik faktörler arasında ise; daha şiddetli OKB semptomları bulunması, işlevsellikte bozulma, cinsel, dini ve biriktirme semptomlarının varlığı, iç görünün zayıf olması, eşlik eden majör depresyon, agorafobi veya sosyal anksiyete bozukluğu bulunması, değışime direnç gösterme, düşük tedavi uyumu, erkek cinsiyet, düşük sosyoekonomik durum, düşük sosyokültürel düzey, aile öyküsü, zayıf terapötik ilişki, seçici serotonin geri alım inhibitörü tedavisine (SSGİ) geç yanıt verme bulunmaktadır (76).

2.1.7. Komorbidite

Obsesif kompulsif bozukluk ile en sık birlikte görülen hastalıklar depresif bozukluklar ve diğer anksiyete bozukluklarıdır. OKB'li kişilerin yaklaşık %50'si hayatlarında en az bir majör depresif dönem (veya distimi) yaşamıştır. Sıklıkla OKB'ye eşlik eden anksiyete bozuklukları, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve sosyal fobidir. Komorbid depresyonda, OKB tipik olarak depresif belirtilerden önce gelir. Bu da depresif belirtilerin genellikle bir öncü olarak değil, OKB ile ilişkili sıkıntıya ve işlevsellikte bozulmaya yanıt olarak ortaya çıktığını düşündürür. Daha az sıklıkla, OKB'si olan bireylerde yeme bozuklukları, tik bozuklukları (örneğin, Tourette sendromu) ve dürtü kontrol bozuklukları eşlik eder.

Eksen II (kişilik) bozuklukları da OKB ile birlikte ortaya çıkabilir. Çalışmalar genel olarak C kümesi kişilik bozukluklarının (örneğin, obsesif-kompulsif, kaçınmacı) diğer kümelerden daha yaygın olduğu konusunda hemfikirdir. OKB'de diğer Eksen I bozuklukları ile komorbidite diğer anksiyete bozukluklarına göre daha sıktır (73).

2.1.8. Tedavi

Obsesif kompulsif bozuklukta ilaç ve bilişsel davranışçı terapi ilk seçenek tedavi yaklaşımlarıdır (2). Serotonin geri alım inhibitörleri (SGİ'lar) [seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ'lar), klomipramin ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) ile standart tedaviyi takiben birçok hastada önemli bir iyileşme elde edilebilirken, yaklaşık %50 oranında yanıt eksiktir ve yeni tedavi paradigmaları aranmaktadır (74).

2.1.8.1. Farmakoterapi

Obsesif kompulsif bozuklukta etkin ilaçlar arasında ilk sırada klomipramin ve seçici serotonin geri alım inhibitörleri yer alır. Klomipramin ve SSGİ'lerin birebir karşılaştırmaları, eşit etkinliğe sahip olduklarını ancak SSGİ'lerin daha iyi tolere edilebilirliğini göstermektedir (14). OKB'de SSGİ'lere yanıtın depresyona göre daha yavaş olduğuna dair bazı kanıtlar vardır ve bu nedenle ilaç değişikliği veya başka bir psikotrop eklenmesi kararı için en az 12 hafta süre beklenmesi gerektiği

düşünülmektedir. Genel yaklaşım, tedavi yanıtının varlığını sürdürmesi için gereken dozu en az 1 ila 2 yıl boyunca kullanmaya devam etmemiz gerektiğidir. İlacın kesilmesi sırasında nüksetme riski olduğundan ilaç dozunun azaltılması birkaç ayda bir olacak şekilde kademeli olarak yapılmalıdır. Eğer klinisyen bir SSGİ tedavisinden yanıt alamazsa diğer bir SSGİ tedavisine geçmelidir (14).

Çok merkezli yapılan araştırmalar sonucu bir SSGİ tedavisine yanıt vermeyen hastaların %20'sinin ikinci bir SSGİ tedavisine yanıt verdiği görülmüştür (77). Farklı dönemlerde, etkin doz ve yeterli sürede ve biri klomipramin olmak üzere en az üç farklı SSGİ kullanımı sonrası etkinliğin olmaması, ilk basamak farmakoterapi başarısızlığı olarak kabul edilmektedir (78). İlk basamak tedaviye dirençli hastalarda güçlendirme tedavisi, alternatif ilaç tedavileri ve ilaç dışında diğer biyolojik tedavi uygulamaları önerilmektedir (3). En kapsamlı kanıta dayalı çalışmalar antipsikotikler üzerinedir. OKB'de antipsikotikler arasında en çok önerilen ajanlar aripiprazol ve risperidondur. Memantin, riluzol, ketamin, lamotrijin ve N-asetilsistein diğer umut vadeden ajanlar arasında gösterilebilir (14).

2.1.8.2. İlaç Dışındaki Biyolojik Tedavi Yaklaşımlar

Elektrokonvulsif terapi, şiddetli depresyonun eşlik ettiği, intihar riski yüksek OKB hastalarında depresif belirtilere yönelik olarak tercih edilebilmektedir. Antiobsesyonel özelliği bulunmamaktadır (79).

Yapılan çalışmalarda düzenli transkraniyal manyetik uyarım uygulamalarının faydalı olduğu sonucu edinilmiştir (80). Dorsolateral prefrontal korteks dışında suplemer motor alan ve orbitofrontal korteks hedeflenerek yapılması önerilmiştir.

Derin beyin uyarımı son yıllarda OKB tedavisinde yer almaktadır. Stereotaktik yöntemle belirli beyin bölgelerine uyarıcı elektrotlar yerleştirilerek ve uyarı verilerek uygulanmaktadır. Etki mekanizması bu uyarı ilgili bölgede depolarizasyonu bloke ederek, nöral transmisyonu engelleme şeklindedir (81).

2.1.8.3. Psikoterapi

2.1.8.3.1. Bilişsel Davranışçı Terapi

Alıştırma ve tepki engelleme (ATE) temel davranışçı yaklaşımlardandır (82). ATE, obsesyonlara bağlı sıkıntıya neden olan uyaranlarla, bu sıkıntıyı azaltmak için olan davranışları gerçekleştirmeden karşılaşma yoluyla “alışma” ilkesine dayanır. İmajinasyonla ya da gerçek yaşamda alıştırma egzersizleri yapılabilir. Tekrarlanan tepki engelleme ve alıştırma çalışmalarıyla obsesyonlara neden olan uyaranlarla ilgili sıkıntılarda ve bu sıkıntılarla ilişkili davranışlara duyulan ihtiyaçta azalma sağlanmasında amaçlanmaktadır (83). ATE ile birlikte ya da tek başına uygulanabilen bilişsel terapinin de faydalı olduğu bilinmektedir. Bilişsel terapide ise OKB hastalarında mevcut olan yanlış inançlar ele alınmaktadır. ATE ile beraber bilişsel terapi uygulaması tedaviden alınan verimi ve tedaviye uyumu artırabilir, belirtilerle ilişkili işlevsel olmayan inançları azaltabilir (84).

2.1.8.3.2. Psikodinamik Psikoterapi

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu için genellikle olumlu sonuçlar veren psikodinamik psikoterapinin OKB'deki etkinliği kısıtlıdır (85). Bununla beraber ayrıntılı bir psikososyal öykü alınması ve dinamik formülasyon yapılması, OKB hastalarının daha iyi anlaşılmasını sağlayabilir. Bu da hastayı ek ya da alternatif bir tedavi yaklaşımıyla tedavi etmeye olanak tanıyabilir (86). Psikodinamik psikoterapi, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan “OKB için Tedavi Rehberi”ne göre OKB semptomlarının kişiler arası ilişkilerdeki etkilerinin ele alınmasını sağlayabilmekte ve hastaları neden değişimi istemediklerine dair aydınlatarak tedaviyi reddetme şeklindeki dirençlerinin kırılmasına yardımcı olabilmektedir (87).

2.1.8.3.3. Destekleyici Psikoterapi

Destekleyici psikoterapinin bileşenleri olan empati kurma, güçlü yönleri gösterme, hastalığın etiyolojisini açıklama ve iyileşmeye yönelik hastayı desteklemenin de etkili bir yöntem olduğu görülmüştür (88).

2.2. Psikolojik Esneklik

Psikolojik esneklik, kişinin farkında olarak şimdiki an ile temasa geçmesi ve bu durumun sağladığı imkanlara göre kişinin seçtiği değerler doğrultusunda hareket etmesi olarak tanımlanır. Esneklik, şimdiki anı deneyimlemeye istekli olduklarında, temas kurdukları değerlere dayalı olasılıklara uygun olarak, eylemlerinde ısrar etme veya eylemlerini değiştirme konusunda insanlara rehberlik eder (89).

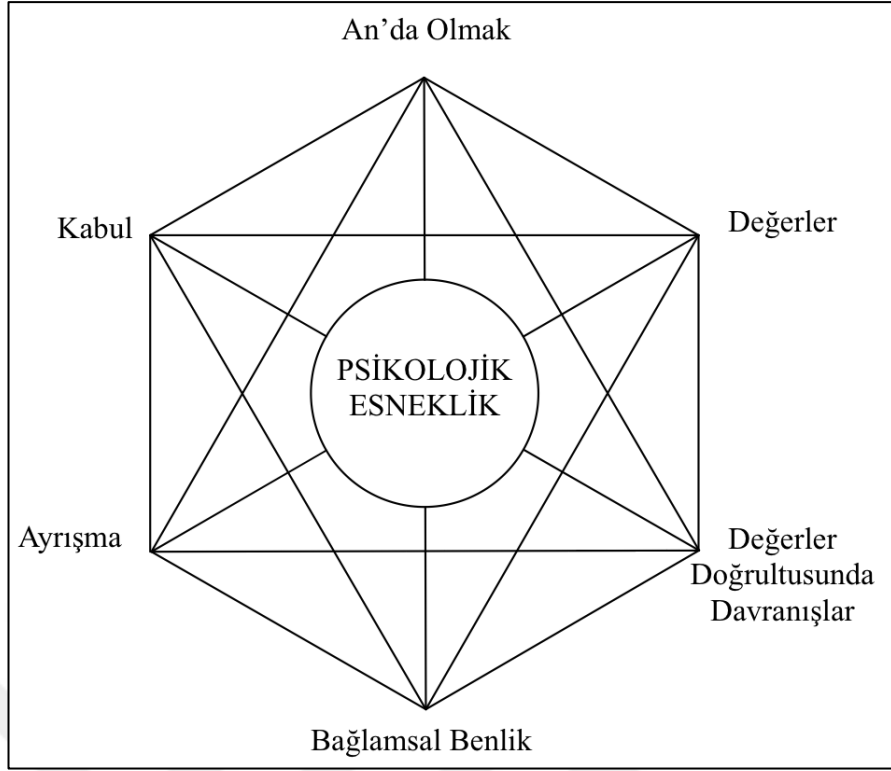
Son elli yıldır yapılan araştırmalarda, psikolojik esneklik kavramı ego esnekliği, yönetici kontrol, tepki modülasyonu ve otokontrol gibi çok sayıda farklı isimler almıştır. Psikolojik esneklik aslında zaman içinde ortaya çıkan bir dizi dinamik süreci ifade eder. Bu, bir kişinin:

1. Değişken durumsal gereksinimlere uyum sağlaması,
2. Zihinsel kaynakları yeniden yapılandırması,
3. Bakış açısını değiştirmesi ve
4. Rekabet halindeki arzuları, ihtiyaçları ve yaşam alanlarını nasıl dengelediği ile ifade edilebilir.

Bu nedenle, psikolojik esnekliğin tanımı, belirli içeriğe odaklanmak yerine, insanlar ve çevresel bağlamlar arasında tekrarlanan etkileşimleri içermelidir (90).

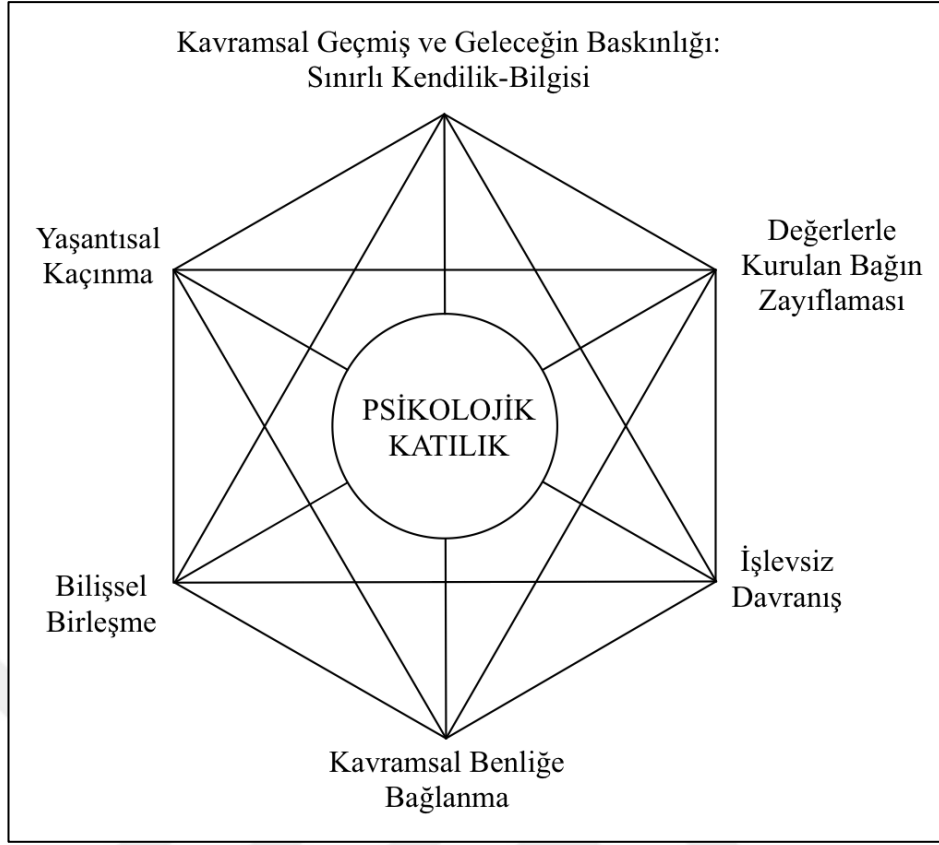
Psikolojik esneklik, özellikle hedef arayışı sırasında sıkıntı yaratan zorluklar ortaya çıktığında faydalıdır. Kabul ve kararlılık terapisinde psikolojik esneklik, ruhsal sağlık ve iyi oluşun (well-being) zirvesi olarak kabul edilir. Çalışmalar, psikolojik esnekliğin psikolojik faydalara ve adaptif davranış değişikliğine öncülük ettiğini göstermektedir (91).

Psikolojik esneklik 6 bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; kabul (istenmeyen deneyimlere tamamen temas etmeye isteklilik), an'da olmak (kişinin deneyimlerine farkında ve temas halinde olması), bağlamsal benlik (kişinin deneyimleri içinde kendi bakış açısına bakmak), ayrışma (istenmeyen deneyimlerden onlara sıkışıp kalmadan uzaklaşabilmek), değerler doğrultusunda davranışlar (hayatın önemli yönlerine doğru hareket etme davranışlarını sürdürmek) ve değerlerdir (önemli, davranışlara yön veren hayat alanları ile bağlantıda kalma) (92).



Şekil 2.1. Psikolojik Esneklik Modeli

Bu model ayrıca bu 6 bileşenin psikolojik katılığı da oluşturduğunu ileri sürmektedir. Bunlar ise; kaçınma (bir şekilde istenmeyen deneyimlerden uzakta kalmaya çalışma), an ile temasın kaybolması (herhangi bir zamanda kişinin deneyimlerine dikkat vermemesi), kavramsal benliğe bağlanma (kendi dar açılı penceresinden deneyimlerinin sonuçları hakkında yargılama yapma) , bilişsel birleşme (istenmeyen içsel deneyimlerin tuzağına düşme), işlevsiz davranış (hayatta önemli olan şeylere uyumlu bir şekilde davranamama), değerlerle kurulan bağın zayıflamasıdır (kişiyi en anlamlı gelen yaşam alanları ile bağlantı kuramama) (92).



Şekil 2.2. Psikolojik Katılık Modeli

Esnekliğin boyutları, bireysel sağlık ve iyi oluşu desteklemek için kritik olarak görülürken, katılığın boyutları ise, psikolojik sıkıntı ile ilişkili kilit bir unsur olarak kavramsallaştırılmıştır (92).

Kabul: İstenmeyen deneyimlerle (düşünce, his, duygu, anılar, dürtüler, hayaller, uyarılar ve algılar) savaşmak, direnmek ve onlardan kaçmak yerine, onlara açık olmak ve yer açmaktır. Bu deneyimlerin istedikleri gibi gelmelerine, kalmalarına ve gitmelerine, özgürce içimizden akmalarına izin vermektir.

An'da olma: Deneyimimize o anda neyin yararlı olduğuna bağlı olarak esnek bir şekilde dikkat vermek; odağımızı genişletmek, daraltmak, değiştirmek ve sürdürmektir. Bu farkındalıklı dikkat verme, çevremizdeki fiziksel dünyayı ya da içimizdeki psikolojik dünyayı ya da her ikisini aynı anda içerebilir. Yani bireyin hem iç hem de dış dünya ile temas edebilmesidir. 'Şimdi' ve 'şu anda' olma halidir.

Ayrışma: Düşüncelerimizden, hayallerimizden ve anılarımızdan ayrılmayı ve bir adım geride durmayı öğrenmek anlamına gelir. Bilişsel ayrılma olarak da adlandırılabilir. Onların içinde karmakarışık hale gelmek yerine geride durup

izlemeyi ve düşünmeyi ifade eder. Düşüncelerimizin kelimelerden ya da resimlerden başka bir şey olmadıklarını görebiliriz. Ayrışma ile düşünceleri bize hakim olması için değil, bize yol göstermesi için kullanabiliriz (93).

Bağlamsal Benlik: Düşünen benlik ve gözlemleyen benlik şeklinde 2 ayrı benlik olarak açıklamak gerekmektedir. Düşünen benlik benliğin inanç, anı, hayal ve plan gibi deneyimleri ele alan kısımdır. Gözlemleyen benlik (kabul ve kararlılık terapisi literatüründe bağlamsal benlik) ise; tüm yaşamının, bedeninin, duyguların, düşüncelerin, hayattaki rollerin değişimlerine tanıklık eden ve izleyen ama kendisi değişmeyen benlik parçasıdır. Kişilerin içinde bulunduğu bu içsel yaşantılarına, acı deneyimlerine ve kaygılarına rağmen bu benlikleri fark etmeleri psikolojik esnekliklerini artırır ve değerlerini fark etmelerini kolaylaştırır.

Değerler; kişinin rutininden uzaklaşarak ‘Bu hayatı ne için yaşıyorum?’ sorusuna verdiği cevabı ifade etmektedir. Birey kabul ya da ayrışma sürecini yerine getirmiş olsa dahi değerleri belirlenmezse istediği sonuca ulaşamaz. Araba kullanmayı bilen bir şoförün nereye gitmek istediğini bilmemesine benzetilebilir (94).

Değerler doğrultusundaki davranışlar ise değerlerin rehberliğinde efektif davranışlar yapmaktır. Bu hem fiziksel eylemleri (fiziksel bedenimizle ne yapıyoruz) hem de psikolojik eylemleri (iç dünyamızda ne yapıyoruz) kapsar (93). Sadece araba kullanmayı ve gidilecek yolu bilmek anlamlı değildir, yola çıkıldığı zaman bu bilgiler anlam ifade eder (94).

2.2.1. Psikolojik Esneklik ve Psikiyatrik Hastalıklarla İlişkisi

Psikolojik esneklik, içinde bulunulan an ile temas kurma ve belirlenen değerleri sürdürmek için davranışları değiştirme veya sürdürme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (4). Psikolojik esneklik, olumlu sonuçları destekleyen kanıtların artması nedeniyle son yıllarda büyük ilgi görmektedir. Bu kapsamda psikolojik esneklik ve psikolojik sağlık arasındaki ilişkiyi açıklamak adına bir model geliştirilmiştir. Bu psikolojik esneklik modeline göre daha iyi psikolojik iyi oluş kişinin kendi iç ve dış çevresiyle açık ve esnek temas kurması ve değerlerle tutarlı davranışlara bağlılık ile karakterizedir (4). Tersine, psikopatolojinin pek çok biçimi,

uyumsuz duygulanım/davranış düzenlemelerinin (örneğin, düşünce bastırma ve kaçınma) aşırılığı ve değere yönelik davranışların eksiklikleri gibi düşük psikolojik esnekliğe göre kavramsallaştırılır. Kanıtlar, psikolojik esnekliğin psikolojik iyi oluş ile pozitif olarak ilişkili olduğunu ve depresyon, anksiyete ve genel psikolojik sıkıntı dahil olmak üzere çeşitli sıkıntılar ile ters orantılı olduğunu göstermektedir (9).

İlk olarak, psikolojik esnekliğin önemli ve belirgin rolünün aydınlatılması, psikopatoloji için sürece dayalı açıklamaları desteklemektedir. Sürece dayalı açıklamalar, bir bireyin içsel ve dışsal deneyimlere verdiği yanıtların, psikopatolojinin başlangıcında ve sürdürülmesinde en az deneyimlerin kendisi kadar önemli olduğunu öne sürer. Özellikle yeni bulgular, kaçınma olmaksızın psikolojik açıklık gibi düzenleme süreçlerinin somatizasyon, kaygı, depresyon ve genel sıkıntının sürdürülmesinde çok önemli bir rol oynadığını göstermektedir. İkincisi, sıkıntıyla ilgili çağrışımlar, psikolojik esnekliğin tanısal ve birleştirici doğasını da destekler ve daha geniş klinik bağlamlara uygulanabilirliğini öne sürer (9).

Yapılan çalışmalarda klinik olarak, psikolojik sıkıntının tedavisinde psikolojik esnekliğin önemli bir rolü olduğu öne sürülmektedir. Bu klinik çıkarım, psikolojik esnekliği teorilerine ve uygulamalarına dahil eden son bilişsel ve davranışsal terapilerle tutarlıdır. Giderek artan sayıda kanıt, bu tedavilerin psikolojik esnekliği geliştirerek olumlu klinik sonuçları desteklediğini göstermiştir. Müdahalelerin yalnızca psikolojik semptomları hedeflememesi gerektiği, aynı zamanda psikolojik esneklik gibi altta yatan süreçleri de hedeflemesi gerektiği ve psikolojik esnekliği hedefleyen müdahale çalışmalarının verimli olabileceği vurgulanmaktadır (9).

Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada, maruz bırakma tedavisi alan ve maruz bırakma tedavisine ek olarak kabul ve kararlılık terapisi tedavisi uygulanan iki hasta grubu karşılaştırılmıştır. Her iki grupta da OKB semptomları azalmakla birlikte gruplar arası fark gösterilememiştir. OKB semptomlarındaki azalma ile birlikte depresyon, obsesyonel inançlarının da azaldığı ve psikolojik esnekliklerinde iyileşme olduğu anlaşılmıştır. Bu iki grupta farklılığın olmaması, maruz bırakma tedavisinin de hem işlevsiz inançlarla hem de psikolojik esneklikte değişikliğe yol açmasıyla açıklanmıştır (82).

Psikolojik esneklik kavramı, son zamanlarda başarılı bir OKB tedavisi için, araştırmalarda önem kazanmaktadır. OKB için bilişsel davranışçı terapideki maruz bırakma müdahaleleri ve bilişsel stratejilerin psikolojik esnekliği artırabileceği öne sürülmüştür. Ancak literatürde, OKB semptomlarının azaltılmasında olası bir değişim faktörü olarak psikolojik esnekliğin rolünü netleştiren bir takip çalışmasına rastlanmamıştır. OKB'nin bilişsel davranışçı terapisinde psikolojik esnekliğin bir aracı olup olmadığını araştıran bir çalışma sonucu, psikolojik esnekliği az olan hastaların daha şiddetli OKB semptomları gösterdiği bulunmuştur. Tedavi sonrasında hastaların OKB semptomları azalmakla birlikte, psikolojik esnekliklerinde iyileşme olmuştur. Ancak bu çalışma, psikolojik esnekliğin OKB tedavisi sonuçları üzerinde doğrudan etkisinin olduğunu söylemenin mümkün olmadığını ileri sürmektedir (95).

2.3. Psikolojik Dayanıklılık

Dayanıklılık kelimesi, Latince resilere fiilinden gelir ve Oxford İngilizce Sözlüğünde “zor koşullara dayanabilme veya bu koşullardan hızla kurtulabilme” olarak tanımlanır (96). Webster Yeni Yirminci Yüzyıl İngilizce Sözlüğüne göre de psikolojik dayanıklılık “sıkıştırıldıktan sonra eski haline gelmek/dönmek ve güç, enerji, cesaret kazanmak” olarak tanımlanmaktadır. The Random House Sözlüğüne göre psikolojik dayanıklılık “sıkıştırılıp ya da esnetildikten sonra esas şekline veya konumuna dönebilme yeteneği” anlamında kullanılmaktadır (97). Amerikan Heritage Sözlüğünde ise bu kavram “hastalıktan, depresyondan, değişimden veya talihsizlikten hızla kurtulma yeteneği” anlamına gelmektedir (5).

Dayanıklılık kavramının kökenleri, olumsuz yaşam koşullarına karşı savunmasız görünen çocukları inceleyen erken dönem psikiyatri literatüründen kaynaklanmaktadır. Zamanla “incinmez” (invulnerable) terimi, “dayanıklılık” terimiyle değiştirilmiş ve yeni bir teori ve araştırma alanı doğmuştur (5).

“İncinmez” ve “yılmaz (invincible)” terimleri, bir zamanlar şimdi dayanıklılık olarak bilinen kavramı tanımlamak için birbirinin yerine kullanılıyordu. Anthony, birden fazla riske rağmen başarılı olan çocukları nitelendirmek için “incinmez” terimini kullandı (98). Bu terim yanıltıcıydı çünkü riskten kaçınmanın ve dolayısıyla dokunulmazlığın mutlak ve değişmez olduğunu ima ediyordu (6, 99). Araştırma geliştikçe durumun böyle olmadığı ve bireylerin farklı koşullara değişen derecelerde

dayanıklılık ve kırılganlık ile tepki verdiği ortaya çıktı (99, 100). Böylece, “dayanıklı” (resilient) terimi, bir zamanlar “incinmez” olarak kastedileni kapsar hale geldi (5).

Rutter, dayanıklılığı; büyük zorluklara rağmen kendini toparlama veya başarılı bir şekilde başa çıkma yeteneği olarak tanımlamıştır (5). Başlangıçta, dayanıklılık bir kişilik özelliği olarak anılırken, geçtiğimiz yaklaşık on yıl içinde dayanıklılık dinamik, değiştirilebilir bir süreç olarak yeniden tanımlanmıştır (6). Bu tanım, dayanıklılık temelli müdahalelerin geliştirilmesine ve bu tür müdahalelerin sonuçlarını ampirik olarak incelenmesine izin vermektedir (5).

Kavramın anlamı ve tanımı konusunda tam bir uzlaşma olmasa da, sunulan bazı tanımlar kavramın anlaşılmasına katkı sağlamak açısından önemlidir (97).

Murphy’e göre psikolojik dayanıklılık, “bir çocuğun stresle nasıl başa çıkabildiği ve travmadan nasıl kurtulduğu/iyileştiği” anlamına gelen bir kavramdır. Bu kavram olumlu baş etmenin yanıtları olan uyum ve yeterlik gibi olumlu yönde gelişme, geleceğe bakabilme ve umut ile ilgilidir (101).

Fraser, Richman ve Galinsky ise psikolojik dayanıklılığı “zor şartlar altında olumlu ve beklenmedik başarılar elde etme ve alışılmadık koşullar ve durumlara uyum sağlama becerisi” olarak tarif etmişlerdir (102).

Masten, Best ve Garmezy, psikolojik dayanıklılığın literatürde üç temel olguyu tanımlamak için kullanıldığını belirtmişlerdir: mevcut zorlukları aşan ve beklenenden daha iyi gelişim gösteren yüksek risk altındaki bireyler, stresli yaşam olayları karşısında çabucak uyum gösterebilme yeteneğine sahip bireyler ve psikolojik travmanın olası etkilerinden kurtulma ve iyileşme konusunda önemli rol oynayan özelliklere sahip bireyler.

Tüm bu tanımlamalarda da görüldüğü gibi, psikolojik dayanıklılığın evrensel olarak kabul edilmiş ortak bir tanımı yoktur fakat ortak olarak görülen önemli bazı noktalar vardır (97, 102).

- Psikolojik dayanıklılık dinamik bir süreçtir.
- Travma, stres, zorlu yaşam olayları, beklenmedik veya riskli durumlar karşısında baş edebilmedir.

- Sağlıklı bir şekilde uyum gösterebilmedir.
- Yeterlik (competence) geliştirmedir.
- Psikolojik dayanıklılık geliştirilebilirdir.
- Psikolojik dayanıklılığın gelişmesi için risk ve zorlu koşullara maruz kalınması gerekmektedir.
- Zorlu koşullar karşısında başarılı sonuç elde etmektir.
- Koruyucu faktörlerde nitelenen özelliklere sahip olunmalıdır (97).

2.3.1. Kobasa'nın Psikolojik Dayanıklılık Modeli

Kobasa psikolojik dayanıklılığı yüksek kişilerin üç özellik taşıdığını öne sürmüştür:

Bağlanma (commitment): Yaşam olaylarına dahil olma eğilimi göstermeyi ifade eder. Bireyler stres yaratan ve zorlu durumlar karşısında kaçma-kaçınma tepkisi yerine harekete geçmeyi tercih etmektedirler (103).

Denetim (control): Psikolojik dayanıklılığın denetim boyutu, bireylerin yaşamlarındaki birçok durumu etkileyebileceklerine ve değiştirebileceklerine yönelik inanç, düşünce ve eylemleri içermektedir (103). Denetim; öz disiplin, içsel güdülenme, başarı odaklı olma, karar verebilme ve seçim yapabilme gibi alt kavramları içermektedir (104).

Meydan okuma (challenge): Meydan okuma eğilimi, istikrardan ziyade değişimin yaşamın özelliği olduğu inancını içerir. Değişim beklentisi, tehdit edici olmaktan ziyade olumludur ve değişim, büyüme için cesaretlendirici bir faktör olarak görülmektedir. Meydan okuma bir değişim sonucu ortaya çıktığından bireylerin esnekliğini de güçlendirmektedir. Psikolojik olarak sağlam bireyler, esnek, problem çözen ve zamanı etkili kullanan bireylerdir (103).

2.3.2. Psikolojik Dayanıklılıkta Risk Faktörleri

Psikolojik dayanıklılık tanımlarında riskin bir ön koşul niteliği taşıdığı gözlenmektedir. Belirgin bir riskin bulunmadığı koşullarda yaşayan kişilere “yeterli ya da yetkin”, “uyumlu” ya da sadece “normal” denilebilir; psikolojik dayanıklılık

kavramı kullanılamaz. Risk; zorluk, sıkıntı ya da felaket anlamına gelmektedir. Risk faktörleri ise olumsuz bir durumun meydana gelme olasılığını arttıracak ya da olası bir sorunun devam etmesine neden olacak etkiler olarak tanımlanabilir.

Literatürde, psikolojik dayanıklılık konusunda, özellikle çocuk ve gençleri konu alan birçok farklı risk faktöründen bahsedilmektedir. Bu risk faktörleri erken doğum, olumsuz yaşam olayları, kronik hastalıklar, ebeveynlerin hastalığı ya da psikopatolojisi, ebeveynlerin boşanması, ölümü ya da tek ebeveyn ile yaşamak, ergenlik döneminde anne olmak, ekonomik zorluklar ve yoksulluk, çocuk ihmali ve istismarı, savaş ve doğal afetler gibi toplumsal travmalar, toplumsal şiddet ve ailevi felaketler olarak sayılabilir (97).

2.3.3. Psikolojik Dayanıklılıkta Koruyucu Faktörler

Werner ve Smith, 1955'te Kauai Adası'nda doğan 505 kişinin yaşamını izleyen bir çalışma yürütmüştür. Yoksulluk veya diğer olumsuz koşullar (ebeveyn boşanması, alkolizm veya akıl hastalığı) içinde büyüyen araştırmadaki çocukların yaklaşık üçte ikisinin, sonunda yetişkin olarak ciddi sorunlar geliştirdiği fakat diğer üçte birinin, yetkin, şefkatli yetişkinlere dönüştüğü gözlenmiştir. Bu bulgular 'neden' sorusunu doğurmuştur. Tüm "dayanıklı" bireylerin çocukluklarında ve yıllar içinde sahip oldukları ortak özellikler, koruyucu faktörler olarak ayırt edilmeye başlanmıştır (105). Koruyucu faktörler, dayanıklılık sürecinin gerçekleşmesi için gerekli olan belirli özellikler veya durumlar olarak tanımlanabilir (106).

Koruyucu faktörler bireysel, ailesel ve çevresel faktörler olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir. İyi düzeyde zeka, benlik saygısı, bilişsel yetenek, gelecek planı yapma, kendi yaşantısında kontrol sahibi olma, mizah becerisine sahip olma, etkili problem çözme yeteneğinin olması, empati kurabilme, sorumluluk sahibi olma, iyimser bakış açısı, öz farkındalık, özerklik, özgüven, entelektüel bir kapasiteye sahip olma, sağlık, cinsiyet ve yaş ele alınan bireysel faktörlerdendir (107).

Ailesel koruyucu faktörlerin arasında anne ile çocuk ilişkisinin sağlıklı olması, aileyle birlikte olumlu bir ortamda yaşama, ailenin eğitim düzeyinin iyi

olması, destekleyici anne-baba, anne-babanın gerçekçi beklentiye sahip olması, sosyo-ekonomik olarak avantajlı bir aileye sahip olma yer almaktadır (97).

Çevresel faktörler ise; aile dışındaki bireylerle olumlu bir iletişim kurma, sosyalleşebilme ve sosyal bir çevrede yer alma, iyi eğitim alma, akranlar arasında kabul görme, akran desteği, gençlik merkezi, kaliteli eğitim veren okullar ve etkili organizasyonlar gibi etkili toplumsal kaynaklar olarak bahsedilmektedir (97, 107).

2.3.4. Psikolojik Dayanıklılık ve Psikiyatrik Hastalıklarla İlişkisi

Psikolojik dayanıklılık, zorluklara, travmalara veya diğer büyük stres faktörlerine başarılı bir şekilde uyum sağlama yeteneğini ifade eder (108). Yapılan çalışmalar, psikolojik dayanıklılığın, stres ve akıl sağlığı durumu arasında bir aracı olduğunu ve stresin olumsuz etkilerini azaltabileceğini göstermiştir (109, 110). Dayanıklılığın doğuştan gelen ancak değiştirilebilir bir kişilik özelliği olduğu kabul edilmektedir ve dayanıklılığı daha fazla olan hasta popülasyonlarında anksiyete ve depresyon semptomlarının daha hafif olduğu gösterilmiştir (111, 112).

Kesitsel ve uzunlamasına çalışmalar, kişilik özelliklerinin ve aile işlev bozukluğunun depresif belirtiler ve uyku kalitesi üzerindeki etkisine psikolojik dayanıklılığın aracılık ettiğini (113, 114) ve olumsuz çocukluk deneyimleri olan bireylerde depresyon riskini azalttığını doğrulamıştır (109). Ayrıca ergenlik döneminde strese karşı daha az dayanıklılık, yaşam boyu antidepresan ve anksiyolitik ilaç kullanımı riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (115). Başka bir çalışmada ise, TSSB ve depresyonun farmakolojik tedavisinde çok boyutlu dayanıklılık puanları ile tedavi sonuçları arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (116, 117).

Dayanıklılık, stres veya travmatik bir olay için önemli bir tampondur ve psikolojik sıkıntıya karşı savunma yapabilir. Bu nedenle, bireysel psikolojik dayanıklılığın değerlendirilmesi, zihinsel sağlık durumunu tahmin etmeye yardımcı olabilir (118). Psikolojik dayanıklılığın psikiyatrik hastalıklarda seyri, şiddeti veya tedavi sonucunu etkileyen transdiagnostik bir faktör olabileceği varsayılabilir (119).

Dayanıklılık ve iyi stres yönetimi ile ilişkili kişilik özellikleri (örneğin, benlik saygısı, iyimserlik ve tutarlılık duygusu) arasında pozitif bir ilişki ve daha kötü stresle başa çıkma ile ilişkili kişilik özellikleri (örneğin, nevroz, olumsuz

duygulanım ve sürekli öfke) ile negatif bir ilişki bildirilmiştir (120). Ek olarak, dayanıklılığı daha fazla olan bireyler, daha az sağlık şikayeti (121) ve strese karşı daha iyi nöro-immünolojik tepki ile ilişkilendirilmiştir (122). Başka bir çalışmada, psikolojik dayanıklılığın stres veya travma karşısında katekolamin ve kortizol tepkilerini dengeleme ve stres veya travmanın vücut üzerindeki uzun vadeli etkisini azaltmak için çeşitli beyin yapıları ve nörotransmitterler aracılığıyla çalışma eğilimine sahip olduğunu gösteren kanıtlarla nörobiyolojik olarak desteklenmektedir (123).

Dayanıklılığı daha fazla olan bireyler, daha fazla özgüvene ve toksik durumlara karşı etkili baş etme stratejilerine sahiptir. Sonuç olarak, stresli koşulların üstesinden kolaylıkla gelir ve stresli yaşam olaylarını kendileri için katlanılabilir şekilde yorumlarlar. Dayanıklılığı artırmak, bireyin kaygı, stres ve psikolojik sorunlara neden olan diğer faktörlere direnmesine ve üstesinden gelmesine yardımcı olabilir (124).

Yapılan çalışmalar, dayanıklılığın psikiyatrik belirtilerle ilişkisini gösterdiğinden, bireylerde dayanıklılığın obsesif-kompulsif belirtilerin düzeyleriyle ilişkili olabileceği de düşünülmüştür. Bu amaçla literatürde çok kısıtlı sayıda çalışma bulunmakla birlikte, ergenlerde yapılan bir çalışmada dayanıklılık ile obsesif-kompulsif semptomların negatif ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Daha yüksek dayanıklılık puanlarına sahip bireylerin obsesif kompulsif semptom şiddetinde daha düşük puanlar saptanmıştır (7). Obsesif kompulsif semptomlarla olan bu ilişkinin, dayanıklılık alt boyutları olan kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar ve aile uyumu ile olduğundan bahsedilmiştir (7).

Psikolojik dayanıklılığın OKB ile ilişkisini araştıran bir çalışmada ise; OKB hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre daha az dayanıklı olduğu gösterilmiştir. Ancak bu çalışma OKB hastalarının tedavi öncesi dayanıklılık düzeylerinin, hastaların semptom şiddeti ile ilişkisi olmadığını öne sürmüştür. Aynı zamanda tedavi öncesi dayanıklılık düzeylerinin tedavi sonuçlarını etkilemediği ve remisyonda da önemli etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Bu çalışma dayanıklılık düzeylerinin OKB ile direkt değil, OKB'ye eşlik eden anksiyete ve depresyon semptomları üzerinden ilişkili olabileceğini ileri sürmüştür (119). Dayanıklılık ve psikopatoloji ilişkisinin gelişim sürecini anlamak için daha çok çalışmaya ihtiyaç

vardır. Ayrıca OKB’de dayanıklılığın önemini anlamak için farklı tedaviler ile sonuçlarını araştırmak gereklidir (119).



3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Örneklemi ve Prosedür

Çalışmanın hasta grubu, Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine tedavi amacıyla başvuran, yapılan klinik değerlendirmede DSM-5'e göre "Obsesif Kompulsif Bozukluk" tanısı alan ve çalışmaya katılmayı kabul ederek aydınlatılmış onam formunu imzalayan 50 kişiden oluşmaktadır. Etik kurul onayından sonra çalışmaya katılmaya yazılı onam veren bireyler çalışmaya katıldı. Çalışmaya toplamda 56 hasta dahil edilmiş olup; 6 hasta takiplere devam etmemesi nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Çalışmanın sağlıklı kontrol grubunu ise, yaş-eğitim durumu açısından hasta grubu ile eşleştirilmiş, yapılan klinik görüşmeye göre herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olmayan 42 gönüllü kişi oluşturmaktadır.

Hasta Grubu için;

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. DSM 5'e göre OKB tanısı almış olmak,
2. Son 3 ayda OKB için herhangi bir tedavi almamış olmak,
3. 18-65 yaş aralığında olmak,
4. En az ilkokul mezunu olmak,
5. Çalışmaya katılmaya izin vermek ve bilgilendirilmiş onamı imzalamış olmak,

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

1. Psikotik belirtiler, mental retardasyon, diğer tıbbi durumlara bağlı OKB tanısı almış olmak, depresyon ve anksiyete bozukluğu dışında komorbid ruhsal bozukluğu olmak,
2. 18-65 yaş aralığının dışında olmak,
3. Son 3 ayda psikiyatrik tedavi almış ya da alıyor olmak,
4. Psikiyatri servisinde yatışı olan OKB tanılı hastalar.

Sağlıklı Kontroller için;

Dahil edilme kriterleri;

1. 18-65 yaş aralığında olmak,
2. En az ilk okul mezunu olmak,
3. Çalışmaya katılmaya izin vermek ve bilgilendirilmiş onamı imzalamış olmak,

Hariç bırakma kriterleri:

1. Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmak,
2. 18-65 yaş aralığı dışında olmak.

Deneklerle bireysel psikiyatrik görüşme yapıldıktan sonra, OKB ve ilişkili bozukluklar için DSM-5 kriterlerini karşılayan bireylerle görüşülerek sosyodemografik özellikleri kaydedildi. Deneklerin her biri değerlendirilerek, psikiyatrik ek tanı dışlanıp, son üç ay içinde herhangi bir tedavi almayan OKB hastaları çalışmaya dahil edildi. Deneklere Sosyodemografik Veri Formu, Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (BOKÖ), Hasta Sağlık Anketi-9, Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7 (YAB-7), Kabul ve Eylem Formu-2 ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) uygulandı. Katılımcılar tedavi başladıktan sonra üçüncü aylarında tekrar kontrol edilip aynı testler tekrarlandı. Çalışma için Ankara Şehir Hastanesi Etik Kurulundan onay alındı.

3.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan bireylerle görüşülerek sosyodemografik özellikleri kaydedildi. Deneklere Sosyodemografik Veri Formu, Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (BOKÖ), Hasta Sağlık Anketi-9 (HSA-9), Yaygın Anksiyete Bozukluğu testi-7 (YAB-7), Kabul ve Eylem Formu-2 (KEF-2), Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) uygulandı.

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formunda cinsiyet, yaş, eğitim, medeni hal, meslek, öğrenim durumu, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer, aylık gelir düzeyi, ailede psikiyatrik hastalık olup olmadığı, sigara, alkol ve madde kullanım öyküsü, ek hastalık öyküsü, daha önce OKB ile ilişkili tedavi öyküsü, intihar öyküsü ile ilgili sorular yer almaktadır. Katılımcılar tarafından doldurulan bu formda sorulardan bazıları açık uçlu, bazıları evet-hayır şeklinde, bazıları ise katılımcıların cevaplardan bir ya da birkaç tanesini seçerek yanıtlayabileceği şekilde hazırlandı.

3.2.2. Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (BOKÖ)

Abramowitz ve arkadaşları tarafından geliştirilen 20 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Her biri kendi içinde genel tanımları ve örnekleri içeren dört farklı obsesyon kompulsiyon belirti boyutundan (bulaş, zarar verme ve hata yapma hakkında sorumluluk, simetri ve sıralama, kabul edilemez düşünceler) oluşmaktadır. Kaçınma davranışını da içerecek şekilde her bir belirti boyutunun şiddetini ölçer. Her bir belirti boyutu içinde a) belirtilerle meşgul olunan zaman, b) kaçınma davranışı, c) yaşanan sıkıntı, d) işlevsellikte bozulma, e) belirtileri kontrol etmede zorluk gibi maddeler bulunmaktadır. 0-4 arası puanlama yapılan her bir belirti boyutunun, son 1 ay içerisindeki duruma göre cevaplanması gerektiği belirtilmektedir. Türkçe uyarlaması ve geçerlilik çalışması Şafak ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (125, 67).

3.2.3. Kabul ve Eylem Formu-2

Kabul ve kararlılık terapisinin psikopatolojiye yaklaşımının temellerini oluşturan yaşantısal kaçınma (experiential avoidance) ve psikolojik katılığın (psychological inflexibility) bireylerdeki farklılıklarını ölçmek amacıyla S. Hayes ve arkadaşları tarafından kabul ve eylem formu geliştirilmiştir. Fakat bu ölçeğin psikometrik özelliklerinin çok güçlü olmadığı saptanmış ve bunun üzerine 10 maddelik yeni bir kabul ve eylem formu geliştirilmiştir. Yapılan geçerlilik ve güvenirlik analizlerinde 7 maddelik KEF-II güçlü istatistiksel verilere sahip olarak ortaya konulmuştur. KEF-II 7'li likert tipindedir ve katılımcılar maddelerdeki

ifadelerin kendilerine ne kadar uyduğunu 1 (hiçbir zaman doğru değil) ile 7 (daima doğru) arasındaki bir derece ile puanlamaktadırlar. Ölçekten alınan puanların artması psikolojik katılığın ve yaşantısal kaçınmanın arttığını göstermektedir (126). Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yavuz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (127).

3.2.4. Hasta Sağlık Anketi-9

Spitzer ve arkadaşları tarafından birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastaların ruhsal sorunlarını saptamak amacı ile geliştirilen ilk kendi kendine tanı koyma ölçeği olan Hasta Sağlık Anketinin, dokuz sorudan oluşan ve depresyon taraması için hazırlanan alt ölçeğidir. Yalnızca depresyon taraması amacı ile değil, depresyonun şiddetini ve tedavi süreci içinde tedaviye alınan klinik yanıtı takip etmek amacı ile de kullanılabilir. Türkçe uyarlaması ve geçerlik güvenilirlik çalışması Sarı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (128, 129).

3.2.5. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7 (YAB-7)

Spitzer ve arkadaşları tarafından DSM-IV-TR ölçütlerine göre geliştirilen, kısa, öz bildirimle doldurulan bir testtir. Yaygın anksiyete bozukluğunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, son 2 hafta içindeki ölçek maddelerinde sorulan yaşantıları değerlendiren 7 maddeli dörtlü likert (0=hiç, 1=Birçok gün, 2=günlerin yarısından fazlasında, 3=hemen hemen her gün), kâğıt-kalem tipi bir ölçektir. Ölçekten edinilen toplam puanlar 5, 10 ve 15 sırasıyla hafif, orta ve ciddi anksiyete için kesme noktalarıdır. Ölçek Konkan ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (130, 131).

3.2.6. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Friborg ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Basım ve Çetin tarafından Türkçe'ye uyarlanan ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, “kendilik algısı”, “gelecek algısı”, “yapısal stil”, “sosyal yeterlilik”, “aile uyumu” ve “sosyal kaynaklar” şeklinde altı alt boyut içermektedir. Ölçek 5’li likert tipinde toplam 33 maddeden oluşmaktadır. Yapısal stil

(3, 9, 15, 21) ve gelecek algısı (2, 8, 14, 20) dörder madde, aile uyumu (5, 11, 17, 23, 26, 32), kendilik algısı (1, 7, 13, 19, 28, 31) ve sosyal yeterlilik (4, 10, 16, 22, 25, 29) altışar madde ve sosyal kaynaklar ise (6, 12, 18, 24, 27, 30, 33) yedi madde ile ölçülmektedir. Puanlama yapılırken 1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 27, 31, 33 numaralı sorular ters olarak değerlendirilmektedir ve ölçeğin bir kesme puanı bulunmamaktadır (132).

Kendilik algısı alt boyutu, benlik saygısı, öz yeterlilik, kendini beğenme, umut, kararlılık ve hayata gerçekçi şekilde yaklaşma düzeyini ölçmektedir. Gelecek algısı alt boyutu, ulaşılabilir hedefler koyma, bu hedeflere yönelik olumlu bir bakış açısı ve hedefe yönelik olma yeteneği ile ilişkilidir. Sosyal yeterlilik alt boyutu ile dışa dönüklük, sosyal beceriler, neşeli ruh hali, sosyal konularda esneklik, faaliyetleri başlatma ve iyi iletişim becerileri ölçülmektedir. Yapısal stil, günlük rutinleri sürdürme, planlama ve organize etme yeteneğini değerlendiren alt boyuttur. Aile uyumu alt boyutu aile çatışması, iş birliği, desteği, sadakati ve istikrarını değerlendirmektedir. Sosyal kaynaklar ise arkadaş ve akrabalar gibi dış desteklere erişimi, yakınlığını ve bireyin başkasından destek alabilme yeteneğini değerlendiren alt boyuttur (133).

3.3. İstatistiksel Analiz

Araştırmada tanımlayıcı istatistikler için sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma, kesikli değişkenler ise frekans ve yüzde ile gösterildi. Değişkenlerin dağılım özellikleri Kolmogorov-Smirnow testi ile değerlendirildi. Gruplar arasındaki karşılaştırmalarda Student-t test ve Ki-Kare testi kullanıldı. Hasta grubunda grup içi tekrarlı ölçümlerde tekrarlı ölçüm ANOVA kullanıldı ve daha sonra karıştırıcı değişkenler olarak KEF-2 ve YBDÖ puanlarının t_0 anındaki değerleri ve $t_0 - t_1$ farkları kullanıldı. $t_0 - t_1$ farklarının BOKÖ toplam puanlarındaki değişim üzerindeki etkileri mix model lineer regresyon analizi ile incelendi. Tüm analizlerde istatistiksel olarak anlamlılık için eşik değer $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmamıza 50 OKB tanı birey ve 42 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 92 katılımcı dahil edildi. Yaş dağılımına baktığımızda hasta grubunun yaş ortalaması 30 ± 10.6 ve kontrol grubunun yaş ortalaması 33.07 ± 10.5 olarak bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.072$). Gruplar arasında gelir düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmadı ($\chi^2(2) : 0.574$ ve $p=0.751$). Her iki grupta da alkol ve madde kötüye kullanımı bulunmamaktaydı. Diğer sosyodemografik veriler **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Vakaların %16'sı ($n=8$) daha önce tedavi için başvurmuş olmasına rağmen daha önce etkin süre ve dozda tedavi öyküleri yoktu. Diğer 42 katılımcının ilk tedavi başvurusuydu. Kullandıkları ilaçlara bakıldığında vakaların %64'ü ($n=32$) ortalama 43.75 ± 14.75 mg dozda fluoksetin, %24'ü ($n=12$) ortalama 116.66 ± 44.38 mg dozda sertralin, %6'sı ($n=3$) ortalama 20.00 mg dozda essitalopram, %4'ü ($n=2$) ortalama 50.00 ± 14.14 mg dozda paroksetin ve %2'si ($n=1$) ortalama 200 mg dozda fluvoksamin tedavisi kullanmaktaydı.

Obsesif kompulsif bozukluk tanıli hastalarda ailede hastalık öyküsüne baktığımızda %14 oranda OKB, daha sonra %4 depresyon, %2 anksiyete bozukluğu, %2 psikotik bozukluk olduğu tespit edildi. Kontrol grubunda ise ailede hastalık öyküsünde %4.8 oranda anksiyete bozukluğu, %2.4 OKB, %2.4 bipolar bozukluk vardı.

Tablo 4.1. OKB hastaları ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

		Grup		χ^2	p
		Kontrol N (%)	OKB N%		
Çalışma	Öğrenci	5 (11.9%)	15 (30.0%)	22.838	<0.001
	Çalışmıyor	6 (14.3%)	23 (46.0%)		
	Düzenli çalışıyor	31 (73.8%)	12 (24.0%)		
Cinsiyet	Kadın	32 (76.2%)	37 (74%)	0.058	0.809
	Erkek	10 (23.8%)	13 (26%)		
Eğitim	5 yıl	3 (7.1%)	7 (14.0%)	6.465	0.167
	8 yıl	2 (4.8%)	4 (8.0%)		
	12 yıl	16 (38.1%)	14 (28.0%)		
	14 yıl	2 (4.8%)	9 (18.0%)		
	16 yıl	19 (45.2%)	16 (32.0%)		
Medeni Hal	Bekar	20 (47.6%)	23 (46.0%)	0.196	0.907
	Evli	21 (50.0%)	25 (50.0%)		
	Boşanmış	1 (2.4%)	2 (4.0%)		
Kororbidite	Yok	34 (81.0%)	38 (76.0%)	0.329	0.566
	Var	8 (19.0%)	12 (24.0%)		
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Yok	38 (90.5%)	38 (76.0%)	3.330	0.068
	Var	4 (9.5%)	12 (24.0%)		
Sigara Kullanımı	Yok	30 (71.4%)	41 (82%)	1.448	0.229
	Var	12 (28.6%)	9 (18%)		

Tablo 4.2. BOKÖ t₀ puanlarının OKB hastaları ve kontrol grubunda karşılaştırılması

BOKÖ		Ortanca	%25-75	Ortalama	S. S.	p
Bulaş	H	12	8-14.25	11.2	4.69	<.001
	K	1	0-3	1.619	1.56	
Sorumluluk	H	11	6-13.25	9.88	5.06	<.001
	K	0	0-2	1.071	1.35	
KED	H	11	6-15	10.12	5.92	<.001
	K	0	0-2	1.119	1.797	
Simetri	H	9.5	4.75-15	9.02	6.14	<.001
	K	0	0-2	0.952	1.324	
Toplam	H	39	27.5-50.5	40.22	15.65	<.001
	K	4	1-8	28.36	17.23	

BOKÖ: Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği KED: Kabul Edilemez Düşünceler

OKB tanılı hastalarda BOKÖ alt boyutları ve toplam puan kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. HSA-9, YAB-7 ve KEF-2 t₀ puanlarının OKB hastaları ve kontrol grubunda karşılaştırılması

		Ortanca	%25-75	Ortalama	S. S.	p
HSA-9	H	14	11-19	14.6	5.79	<.001
	K	4	2-6	4	2.37	
YAB-7	H	12	10-16.25	12.6	4.92	<.001
	K	3	1-5	3.11	2.61	
KEF-2	H	30.5	25.5-40	31.4	10.2	<.001
	K	11	8.75-16.25	13.83	6.67	

HSA-9: Hasta Sağlık Anketi-9 YAB-7: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7

KEF-2: Kabul ve Eylem Formu-2

OKB tanılı hastalarda HSA-9, YAB-7 ve KEF-2 puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. YPDÖ t₀ puanlarının OKB hastaları ve kontrol grubunda karşılaştırılması

YPDÖ		Ortanca	%25-75	Ortalama	S. S.	p
Kendilik Algısı	H	17	13.75-19.25	17.16	4.82	<.001
	K	24.50	21-28	24.23	4.27	
Gelecek Algısı	H	12	9-15	11.94	4.13	<.001
	K	16.50	13.75-18	15.59	3.08	
Yapısal Stil	H	13	11-16	13.16	3.16	.005
	K	16	12-18	15.14	3.16	
Sosyal Yeterlilik	H	20	16-23	19.70	5.50	<.001
	K	25	21-28	24.04	4.37	
Aile Uyum	H	20	17.5-25	19.96	5.93	.009
	K	24	20-26.25	22.95	4.88	
Sosyal Kaynaklar	H	26	21.75-30	25.88	5.46	.001
	K	30.50	26.75-34	29.45	5.20	
Toplam	H	105	95.75-120.50	107.80	19.71	<.001
	K	131	121-146	131.42	18.55	

YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık ölçeği

YPDÖ alt boyutları ve toplam puanlarına baktığımızda OKB'li hastalarda sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede düşüktür (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. BOKÖ toplam puanları ve alt boyutlarının tedavi öncesi ve tedavi sonrası üçüncü ay puanlarının karşılaştırılması

BOKÖ	Ortalama	Std Hata	%95 Güven Aralığı		F	p
			Alt Sınır	Üst Sınır		
Bulaş 1	11.20	.66	9.86	12.53	31.45	<0.001
Bulaş 2	8.38	.68	7.00	9.75		
Sorumluluk 1	9.88	.71	8.43	11.32	18.66	<0.001
Sorumluluk 2	7.04	.66	5.70	8.37		
KED 1	10.12	.83	8.43	11.80	28.32	<0.001
KED 2	6.56	.76	5.02	8.09		
Simetri 1	9.02	.86	7.27	10.76	31.30	<0.001
Simetri 2	6.38	.79	4.78	7.97		
BOKÖ toplam 1	40.22	2.21	35.77	44.67	44.06	<0.001
BOKÖ toplam 2	28.36	2.43	23.46	33.25		

BOKÖ: Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

KED: Kabul Edilemez Düşünceler

OKB tanıli hastaların tedavi öncesi ve tedavi sonrası üçüncü ay puanlarını incelediğimizde BOKÖ toplam puanları ve alt boyutlarında anlamlı farklılık vardı (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. HSA-9, YAB-7 ve KEF-2 tedavi öncesi ve tedavi sonrası üçüncü ay puanlarının karşılaştırılması

	Ortalama	S. S.	p
HSA-9 1	14.60	5.799	<.001
HSA-9 2	10.88	5.077	
YAB-7 1	12.60	4.928	<.001
YAB-7 2	9.42	5.099	
KEF-2 1	31.48	10.244	<.001
KEF-2 2	25.62	10.181	

HSA-9: Hasta Sağlık Anketi-9

YAB-7: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7

KEF-2: Kabul ve Eylem Formu-2

Tedavi öncesi başlangıç değerleri ve 3 aylık tedavi sonrası değerlerine baktığımızda HSA-9 ($f=34.52$ $p<.001$), YAB-7 ($f=25.14$ $p<.001$) ve KEF-2 ($f=28.3$ $p<.001$) olarak bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. YPDÖ toplam puanları ve alt boyutlarının tedavi öncesi ve tedavi sonrası üçüncü ay puanlarının karşılaştırılması

YPDÖ	Ortalama	Std Hata	95% Güven Aralığı		p
			Alt Sınır	Üst Sınır	
Kendilik algısı 1	20,39	,60	19,19	21,58	.004
Kendilik algısı 2	21,40	,54	20,32	22,47	
Gelecek algısı 1	13,60	,42	12,75	14,45	.203
Gelecek algısı 2	13,91	,40	13,11	14,70	
Yapısal stil 1	14,06	,34	13,38	14,74	.868
Yapısal stil 2	14,02	,34	13,34	14,69	
Sosyal yeterlilik 1	21,68	,56	20,55	22,81	.278
Sosyal yeterlilik 2	22,08	,55	20,97	23,19	
Aile uyumu 1	21,32	,58	20,15	22,49	.010
Aile uyumu 2	22,08	,55	20,99	23,18	
Sosyal kaynaklar 1	27,51	,58	26,34	28,67	.288
Sosyal kaynaklar 2	27,81	,55	26,70	28,92	
YPDÖ toplam 1	118,58	2,34	113,93	123,23	.007
YPDÖ toplam 2	121,32	2,13	117,08	125,56	

YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık ölçeği

Tedavi öncesi ve tedavi sonrası üçüncü ay kontrollerde YPDÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı değişiklik olduğu, alt boyutlarına baktığımızda ise kendilik algısı ve aile uyumu alt boyutlarında anlamlı değişiklik olduğu görülmektedir. Gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt boyutlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. HSA-9, YAB-7 ve KEF-2 t_0 değerlerinin BOKÖ t_0 değerleri ile korelasyonları

		Bulaş	Sorumluluk	KED	Simetri	BOKÖ- Toplam
HSA-9	r	,663**	,750**	,644**	,586**	,752**
	p	,000	,000	,000	,000	,000
YAB-7	r	,706**	,808**	,759**	,627**	,827**
	p	,000	,000	,000	,000	,000
KEF-2	r	,583**	,794**	,725**	,562**	,759**
	p	,000	,000	,000	,000	,000

HSA-9: Hasta Sağlık Anketi-9 YAB-7: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7

KEF-2: Kabul ve Eylem Formu-2

HSA-9, YAB-7 ve KEF-2 başlangıç değerleri ile BOKÖ alt boyut ve toplam puanlarında anlamlı derecede ilişki bulunmuştur (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. YPDÖ alt boyutları ve toplam puanları t_0 değerlerinin BOKÖ alt boyutları ve toplam puanları t_0 değerleri ile korelasyonları

YPDÖ		Bulaş	Sorumluluk	KED	Simetri	BOKÖ- Toplam
Kendilik Algısı	r	-,524**	-,546**	-,482**	-,426**	-,563**
	p	,000	,000	,000	,000	,000
Gelecek Algısı	r	-,445**	-,450**	-,437**	-,316**	-,470**
	p	,000	,000	,000	,002	,000
Yapısal Stil	r	-,296**	-,202	-,190	-,055	-,211*
	p	,004	,054	,070	,603	,043
Sosyal Yeterlilik	r	-,298**	-,340**	-,317**	-,322**	-,364**
	p	,004	,001	,002	,002	,000
Aile Uyumu	r	-,226*	-,366**	-,286**	-,240*	-,318**
	p	,030	,000	,006	,021	,002
Sosyal Kaynaklar	r	-,320**	-,333**	-,308**	-,285**	-,355**
	p	,002	,001	,003	,006	,001
Toplam	r	-,469**	-,510**	-,457**	-,385**	-,519**
	p	,000	,000	,000	,000	,000

YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık ölçeği. BOKÖ: Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

YPDÖ alt boyut ve toplam puan başlangıç değerleri ile BOKÖ alt boyut ve toplam puanlarında anlamlı derecede ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları t_0 puanları ile BOKÖ Toplam puanlarındaki değişim arasındaki ilişki

BOKÖ Toplam	F	p
KEF-2	27,74	,000
Kendilik Algısı	4,20	,043
Gelecek Algısı	8,46	,005
Yapısal Stil	,19	,664
Sosyal Yeterlilik	1,79	,185
Aile Uyum	,07	,784
Sosyal Kaynaklar	,001	,982

KEF-2: Kabul ve Eylem Formu-2 YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.

BOKÖ: Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

KEF-2 ve YPDÖ kendilik algısı ve gelecek algısı alt boyutları başlangıç puanlarının tedavi sonrası BOKÖ toplam puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları t_0 puanlarının tedavi ile BOKÖ Bulaş puanlarındaki değişim arasındaki ilişki

BOKÖ Bulaş	F	p
KEF-2	6,73	,011
Kendilik Algısı	8,40	,005
Gelecek Algısı	2,44	,122
Yapısal Stil	,001	,973
Sosyal Yeterlilik	7,27	,008
Aile Uyum	1,03	,311
Sosyal Kaynaklar	,27	,605

KEF-2: Kabul ve Eylem Formu-2 YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

BOKÖ: Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

KEF-2 ve YPDÖ kendilik algısı ve sosyal yeterlilik alt boyutları başlangıç puanları ile tedavi sonrası BOKÖ bulaş alt boyutu puanları ile ilişki saptanmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları t_0 puanlarının tedavi ile BOKÖ sorumluluk puanlarındaki değişim arasındaki ilişki

BOKÖ Sorumluluk	F	p
KEF-2	,79	,375
Kendilik Algısı	14,64	,000
Gelecek Algısı	,25	,615
Yapısal Stil	3,46	,066
Sosyal Yeterlilik	,43	,511
Aile Uyum	,19	,657
Sosyal Kaynaklar	3,49	,065

KEF-2: Kabul ve Eylem Formu-2 YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
BOKÖ: Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

Tedavi sonrası BOKÖ sorumluluk alt boyutu ile başlangıç YPDÖ kendilik algısı alt boyutu puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Başlangıç KEF-2 ve YPDÖ diğer alt boyutları puanları ile tedavi sonrası BOKÖ sorumluluk alt boyutu puanları arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları t_0 puanlarının tedavi ile BOKÖ kabul edilemez düşünceler puanlarındaki değişim arasındaki ilişki

BOKÖ KED	F	p
KEF-2	34,31	,000
Kendilik Algısı	,04	,829
Gelecek Algısı	4,57	,035
Yapısal Stil	,37	,541
Sosyal Yeterlilik	,26	,611
Aile Uyum	,15	,699
Sosyal Kaynaklar	,06	,796

KEF-2: Kabul ve Eylem Formu-2 YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
BOKÖ: Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği KED: Kabul Edilemez Düşünceler

Tedavi sonrası BOKÖ KED puanları ile başlangıç KEF-2 ve YPDÖ gelecek algısı alt boyutu puanları istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları t_0 puanlarının tedavi ile BOKÖ simetri puanlarındaki değişim arasındaki ilişki

BOKÖ Simetri	F	p
KEF-2	9,70	,003
Kendilik Algısı	10,18	,002
Gelecek Algısı	11,49	,001
Yapısal Stil	,01	,909
Sosyal Yeterlilik	,25	,619
Aile Uyum	,97	,326
Sosyal Kaynaklar	,43	,511

KEF-2: Kabul ve Eylem Formu-2

YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

BOKÖ: Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

Tedavi sonrası BOKÖ simetri alt boyutu ile başlangıç KEF-2, YPDÖ kendilik algısı ve gelecek algısı alt boyutları puanları anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası üçüncü ay KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları puanlarındaki değişimin BOKÖ toplam puanlarındaki değişime etkisinin incelenmesi

BOKÖ Toplam	β	Std Hata	%95 Güven Aralığı		t	p
			Alt Sınır	Üst Sınır		
KEF-2	,94	,17	,58	1,29	5,24	,000
Kendilik Algısı	,78	,49	-,19	1,76	1,59	,115
Gelecek Algısı	-,40	,53	-1,47	,66	-,75	,452
Yapısal Stil	,47	,54	-,61	1,56	,87	,386
Sosyal Yeterlilik	-,16	,36	-,88	,55	-,45	,650
Aile Uyum	-,007	,32	-,66	,64	-,02	,981
Sosyal Kaynaklar	-,26	,37	-1,01	,49	-,68	,493

KEF-2: Kabul ve Eylem Formu-2

YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

BOKÖ: Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

BOKÖ toplam başlangıç ve tedavi sonrası üçüncü ay puanlarına baktığımızda; BOKÖ toplam puanlarındaki değişim üzerinde KEF-2 puanlarındaki değişimin etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır. YPDÖ alt boyutlarındaki değişimin BOKÖ toplam puanlarındaki değişime etkisi gösterilememiştir (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası üçüncü ay KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları puanlarındaki değişimin BOKÖ Bulaş alt boyutu puanlarındaki değişime etkisinin incelenmesi

BOKÖ Bulaş	β	Std Hata	%95 Güven Aralığı		t	p
			Alt Sınır	Üst Sınır		
KEF-2	,06	,05	-,05	,17	1,11	,269
Kendilik Algısı	,11	,15	-,20	,42	,71	,478
Gelecek Algısı	-,26	,16	-,60	,06	-1,58	,116
Yapısal Stil	-,08	,17	-,43	,26	-,49	,623
Sosyal Yeterlilik	-,07	,11	-,30	,15	-,63	,529
Aile Uyum	,00	,10	-,20	,21	,05	,959
Sosyal Kaynaklar	-,13	,11	-,37	,09	-1,16	,246

KEF-2: Kabul ve Eylem Formu-2

YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

BOKÖ: Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları puanlarındaki değişim ile BOKÖ bulaş alt boyutu puanlarındaki değişim arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.16).

Tablo 4.17. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası üçüncü ay KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları puanlarındaki değişimin BOKÖ Sorumluluk alt boyutu puanlarındaki değişime etkisinin incelenmesi

BOKÖ Sorumluluk	β	Std Hata	%95 Güven Aralığı		t	p
			Alt Sınır	Üst Sınır		
KEF-2	,34	,04	,25	,44	7,35	,000
Kendilik Algısı	,27	,13	,01	,53	2,10	,038
Gelecek Algısı	-,01	,14	-,30	,26	-,13	,894
Yapısal Stil	,05	,14	-,23	,34	,38	,700
Sosyal Yeterlilik	-,05	,09	-,24	,13	-,54	,588
Aile Uyum	-,08	,08	-,26	,08	-1,02	,310
Sosyal Kaynaklar	,03	,09	-,16	,22	,30	,762

KEF-2: Kabul ve Eylem Formu-2

YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

BOKÖ: Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

KEF ve YPDÖ kendilik algısı alt boyutu puanlarındaki değişimin BOKÖ sorumluluk alt boyutu puanlarındaki değişime olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası üçüncü ay KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları puanlarındaki değişimin BOKÖ Kabul edilemez düşünceler alt boyutu puanlarındaki değişime etkisinin incelenmesi

BOKÖ KED	β	Std Hata	%95 Güven Aralığı		t	p
			Alt Sınır	Üst Sınır		
KEF-2	,32	,06	,20	,45	5,20	,000
Kendilik Algısı	,25	,17	-,08	,60	1,47	,144
Gelecek Algısı	-,04	,18	-,42	,32	-,24	,811
Yapısal Stil	-,04	,19	-,42	,33	-,22	,824
Sosyal Yeterlilik	,02	,12	-,23	,27	,17	,859
Aile Uyumu	,03	,11	-,19	,26	,27	,781
Sosyal Kaynaklar	-,06	,13	-,32	,20	-,47	,636

KEF-2: Kabul ve Eylem Formu-2

YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

BOKÖ: Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği.

KED: Kabul Edilemez Düşünceler

KEF ve YPDÖ alt boyutları puanlarındaki değişimin BOKÖ KED alt boyutu puanlarındaki değişime olan etkisine baktığımızda, YPDÖ alt boyutu ile ilişki saptanmamış olup, KEF puanlarındaki değişim ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.18).

Tablo 4.19. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası üçüncü ay KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları puanlarındaki değişimin BOKÖ Simetri alt boyutu puanlarındaki değişime etkisinin incelenmesi

BOKÖ Simetri	β	Std Hata	%95 Güven Aralığı		t	p
			Alt Sınır	Üst Sınır		
KEF-2	,22	,06	,09	,35	3,38	,001
Kendilik Algısı	,31	,18	-,05	,67	1,70	,091
Gelecek Algısı	-,16	,19	-,55	,22	-,84	,402
Yapısal Stil	,46	,20	,06	,86	2,30	,024
Sosyal Yeterlilik	-,17	,13	-,43	,08	-1,30	,194
Aile Uyumu	-,00	,11	-,24	,23	-,04	,964
Sosyal Kaynaklar	-,05	,13	-,32	,21	-,39	,696

KEF-2: Kabul ve Eylem Formu-2

YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

BOKÖ: Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

KEF-2 ve YPDÖ alt boyutları puanlarındaki değişimin BOKÖ simetri alt boyutu puanlarındaki değişime olan etkisine baktığımızda ise, YPDÖ yapısal stil alt boyutu ve KEF-2 puanlarındaki değişim ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.19).



5. TARTIŞMA

Çalışmamızın sonuçları OKB tanılı hastaların, sağlıklı bireylere göre psikolojik esneklik ve dayanıklılık açısından daha dezavantajlı olduğunu gösterdi. Ayrıca OKB hastalarında esneklik ve dayanıklılık puanları ile OKB semptom şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu, esneklik puanları daha iyi olan hastaların psikofarmakolojik tedaviye daha iyi yanıt verdikleri ve son olarak esneklik puanlarında tedavi ile sağlanan düzelmenin OKB'li hastaların tedaviye yanıtını olumlu etkilediği sonuçlarına varılmıştır. Bunun yanında, psikolojik dayanıklılık puanlarının tedavi öncesi değerlerinin toplam OKB semptom şiddetindeki azalmaya önemli etkisinin olmadığı anlaşılmış fakat OKB semptomlarının alt belirti boyutlarını incelediğimizde farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır.

Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalar tanımlayıcı özelliklerine göre değerlendirildiğinde cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi sosyo-demografik ve klinik özelliklerine ilişkin bulgular tartışılmıştır. Çalışmamızda katılımcıların büyük bir kısmını (%74) kadın hastalar oluşturmaktadır. Literatürdeki bazı çalışmalar kadın erkek farkı olmadığını göstermekle birlikte, bazı çalışmalarda da bu oran %1.2-1.8 civarında bulunmuştur (134). 2020 yılında yayınlanan dünya çapında OKB prevalansını inceleyen bir meta analiz çalışmasına göre, yaşam boyu yaygınlık oranları kadınlarda %1.5 ve erkeklerde %1.0 iken, kadınların OKB yaşama olasılığı erkeklere göre 1.6 kat daha yüksek olarak tespit edilmiştir (135).

Gelir düzeyine göre OKB görülme oranını araştıran çalışmalara bakıldığında, Valleni ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yüksek sosyoekonomik seviyede olan bireylerde daha çok OKB tanısının konulduğu (136), birkaç çalışmada ise yüksek, orta, düşük ekonomik gelirli bireylerin OKB'ye yakalanma oranının eşit olduğu bulunmuştur (76, 137). Çilli ve arkadaşları ise, aile gelirinin OKB'nin yaygınlık oranı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını göstermiştir (30). Bizim çalışmamızda ise, OKB tanılı bireylerin %82'sinin orta düzeyde gelire sahip oldukları tespit edildi.

Birçok ülkede OKB tedavisi gören hastaların evli olma olasılıkları, hasta olmayanlara göre daha düşük olarak tespit edilmiş (138) ve bazı epidemiyolojik çalışmalarda benzer sonuçlar bulunmuştur (27, 30). Türkiye'de yürütülen bir başka

çalışmada OKB hastalarının evli olma oranına bakıldığında Tezcan ve arkadaşlarının saptadığı oran %83.3 idi (139). Bizim çalışmamızda ise bu oran %50 evli olarak saptanmıştır. Çalışmamızın %46'sını bekar, %4'ünü ise boşanmış bireyler oluşturmaktadır.

Çalışmalara göre, OKB'li hastaların birinci derece akrabalarında OKB'nin kesin tanısının yaygınlığı %1 ile %11.7 arasında değişirken, sağlıklı kontroller arasında %0 ile %2.7 arasında değişmektedir (47, 48). Bazı çalışmalar aile öyküsünün OKB gelişimi ile ilişkili olduğunu öne sürmüş olup (47, 48), bazı çalışmalar ailesel geçişe dair kanıt bulamamıştır (140). Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre OKB'li hastaların ailede hastalık öyküsünde %14 oranla OKB olduğu tespit edilmiştir.

Literatürde psikolojik esneklik ile çeşitli ruhsal rahatsızlıklar arasında ilişki olup olmadığına dair araştırmalar mevcuttur. Genel olarak bu çalışmalara baktığımızda psikolojik esnekliğin ruhsal rahatsızlıklarda bir rolü olduğunu görmekteyiz. Masuda ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada psikolojik esnekliğin somatizasyon, depresyon, kaygı ve genel psikolojik sıkıntı ile ters orantılı olduğu sonucuna varılmıştır (9). İsveç'te pandemi sürecinde yapılan bir çalışmada psikolojik esnekliğin, depresyon ve anksiyete semptomları ve insomnia ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (141). Yine İtalya'da yapılan benzer bir çalışmada, psikolojik esneklik ve katılığın Covid-19 ve karantina süreçlerinin ruh sağlığı üzerindeki rolü incelenmiş ve daha az psikolojik esnekliğe sahip olan kişilerde, Covid-19 ve karantina süreçlerinin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini şiddetlendirdiği sonucuna varılmıştır (142). Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada, psikolojik olarak daha esnek olan bireylerde, dürtüselliğin, daha az sıklıkla saldırgan davranışla sonuçlandığı gösterilmiştir (143).

Covid-19 pandemisi sürecinde yapılan bu çalışmalar, genel olarak psikolojik esnekliğin depresyon, anksiyete bozukluğu gibi bir takım psikiyatrik rahatsızlıklara karşı potansiyel koruyucu bir faktör olduğunu öne sürmüştür (141, 142). Literatürde çoğu psikiyatrik rahatsızlıkta bireylerin psikolojik esnekliklerinin sağlıklı bireylere göre daha az olduğu gösterilmekle birlikte; OKB tanılı hastalar ve sağlıklı bireyler arasındaki psikolojik esneklik düzeylerini karşılaştıran bir çalışmaya rastlamadık. Biz çalışmamızda OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrol grubunu psikolojik esneklik

düzeyleri açısından karşılaştırdık. Sonuç olarak, beklediğimiz gibi OKB tanılı hastaların sağlıklı bireylere göre psikolojik esneklik puanlarında anlamlı bir farklılık olduğunu, OKB tanılı hastaların psikolojik olarak belirgin şekilde daha katı olduğunu tespit ettik.

Literatürde psikolojik esneklik ile OKB tanılı hastaların semptom şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma vardır. Biz çalışmamızda aynı zamanda psikolojik esnekliğin OKB şiddetine nasıl bir etkisi olduğunu araştırdık. Schubert ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada psikolojik esneklik düzeyi ve OKB semptom şiddeti arasında ilişki bulunmuştur. Yani psikolojik olarak daha esnek olan hastalar daha az OKB semptomları göstermektedir (95). Bizim çalışmamızın sonuçlarında da literatürle uyumlu şekilde, daha az esnek olan bireylerde BOKÖ toplam puanları ve dört alt boyutunun hepsinde daha yüksek puanlar olduğu görülmüştür.

Psikolojik esneklik kavramının psikiyatri pratiğinde tedavi sonuçlarına etkisinin olup olmadığı önemli bir sorudur. Literatürde psikolojik esnekliğin psikolojik sıkıntının tedavisinde önemli bir rol oynadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (9). Bu çalışmalardan farklı olarak Ramaci ve arkadaşları hastane sağlık çalışanlarında psikolojik esnekliğin, psikolojik ve fiziksel sağlık üzerindeki düzenleyici etkisini incelemiştir. Bu çalışma sonucunda psikolojik esnekliğin, psikolojik ve fiziksel sağlık üzerinde anlamlı bir düzenleyici etkisi olduğuna dair kanıt bulunamamıştır (144).

Yasinski ve arkadaşları tedaviye dirençli depresyonu olan hastalarda, psikolojik esnekliğin tedavi sonuçlarına etkisi olup olmadığını araştırmışlardır. Hastalara bilişsel davranışçı terapi uygulanmış ve on iki ay takip edilmiştir. Çalışmanın sonucunda, başlangıçta daha yüksek esnekliğe sahip olan hastaların, on iki aylık takip sonunda daha az depresyon semptomları gösterdiği bulunmuştur. Bu çalışma tedaviye dirençli depresyonun bilişsel davranışçı terapisinde psikolojik esnekliğin önemli bir hedef olduğunu ileri sürmüştür. Aynı zamanda psikolojik esnekliğin relapsı önlemede de etkili olabileceğini savunmuştur (145). Benzer bir çalışma olarak kronik ağrısı olan hastalarda üç aylık bir takip çalışması yapılmıştır. 168 hastaya kabul ve kararlılık terapisi uygulanmış ve psikolojik esnekliğin tedavi sonuçlarına etkisi çalışılmıştır. Çalışmanın sonucunda psikolojik esnekliğin tedavi

sonuçlarına etkisi olduğu bulunmuştur. Kronik ağrısı olan hastaların tedavisinde özellikle psikolojik esnekliğin hedef alınmasının önemli olduğu vurgulanmıştır (146).

Psikolojik esnekliğin psikiyatrik rahatsızlıkların tedavisi üzerinde etkisi konusunda literatürde farklı sonuçlar yer almaktadır. OKB tanılı bireylerde psikolojik esnekliğin tedavi sürecine etkisi konusunda çok fazla çalışma yapılmamıştır. Literatürde bu konu ile ilgili sınırlı sayıda çalışma olup, bu çalışmaların farklı sonuçlar içerdiği gözlenmektedir. Schubert ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, OKB tedavisi süresince hastalarda psikolojik esneklik puanlarında iyileşme olduğu görülmüş fakat OKB semptomlarının azalmasında psikolojik esneklikteki değişimin doğrudan etkili olduğunun söylenemeyeceği belirtilmiştir (95). Twogih ve arkadaşları OKB tanılı hastalarda kabul ve kararlılık terapisi (KKT) ve progresif gevşeme egzersizini karşılaştırmıştır. Bu çalışmada bireyler üç ay takip edilmiş ve esneklik puanları karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucu, taburculuk sırasındaki esneklik düzeyleri ile OKB semptomları arasında ilişki olduğunu bulmuştur (147).

Bizim çalışmamız ise hem psikolojik esnekliğin başlangıç düzeylerinin hem de tedavi ile psikolojik esneklikteki ilerlemenin, tedavi ile OKB semptomlarındaki azalma ile anlamlı olarak ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Buna göre tedavi öncesinde KEF-2 puanları yüksek olan (esnekliği az olan) OKB'li hastaların tedavi ile BOKÖ toplam ve alt boyutlarındaki düzelme daha az olmaktadır. Benzer biçimde tedavi ile KEF-2 puanlarında azalma ile OKB puanlarındaki düzelme arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Obsesif kompulsif bozukluk ve psikolojik esneklik ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda BDT, KKT ve maruz bırakma tedavileri sonrası psikolojik esneklik düzeylerinin değerlendirildiği görülmektedir. Bu çalışmalarda tedavi sonrası OKB semptom şiddetindeki düzelmeye birlikte psikolojik esneklik puanlarında iyileşme olduğu sonucu elde edilmiştir (82, 147). Bizim çalışmamızda, benzerlerinden farklı olarak OKB tanılı hastalar farmakolojik tedavi ile üç ay takip edilmiş olup, diğer çalışmalarla benzer şekilde psikolojik esneklik düzeylerinde hastalık şiddeti ile orantılı şekilde düzelme olduğu tespit edildi. İlaç tedavilerine dair genel kanı bu tür tedavi yaklaşımlarının sadece psikopatolojide değişim yarattığı ve psikolojik yapı

üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı şeklindedir (148). Oysa çalışmamızın sonuçları göstermektedir ki farmakolojik yaklaşımlar, sadece psikopatoloji üzerinde değil aynı zamanda psikolojik yapı üzerinde olumlu etki edebilir ve bu da psikopatolojinin tedavisine önemli bir katkı sağlar.

Literatürde psikolojik dayanıklılık ile çeşitli ruhsal rahatsızlıklar arasında ilişki olup olmadığına dair araştırmalar mevcuttur. Bir halk sağlığı acil durumuyla karşı karşıya kalan dayanıklılığı daha fazla olan bireylerin, daha az olumsuz duygusal semptomlar geliştirdiği tespit edilmiştir. Mülteciler ve doğal afetlerden kurtulanlar arasında daha iyi bir ruh sağlığı açısından psikolojik dayanıklılığın koruyucu bir faktör olduğu saptanmıştır (149, 150). Japonya'daki deprem, tsunami ve nükleer felaketlerden kurtulanlar arasında dayanıklılığı daha fazla olan kişilerde, daha düşük şiddette travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon semptomları görüldüğü bildirilmiştir (149).

Çin'de Covid-19 pandemisi sürecinde yapılan bir çalışma yine benzer olarak psikolojik dayanıklılığın depresyon, anksiyete ve somatizasyon semptomları ile negatif ilişkili olduğunu ve dayanıklılığı daha fazla olan kişilerin duygusal semptomlar gösterme olasılığının daha düşük olduğunu saptamıştır (118). Türkiye'de Karaşar ve arkadaşları tarafından Covid-19 pandemisi sürecinde yapılan benzer bir çalışma sonucunda psikolojik dayanıklılık ve depresyon arasında orta düzeyde ve negatif ilişki bulunmuştur. Psikolojik bozukluğu olmayan grubun psikolojik dayanıklılıklarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (151).

Toukhsati ve arkadaşları tarafından kardiyovasküler hastalığı olan bireyler arasında yapılan bir çalışmada, dayanıklılığı daha az olan bireylerde depresyonun daha sık görüldüğü bildirilmiştir (152). Norveç'te Hjemdal ve arkadaşları tarafından lise öğrencileri arasında yapılan çalışma, genel olarak liseli gençlerin dayanıklılık düzeylerinin depresyon, kaygı, stres ve obsesif-kompulsif belirtilerin düzeyleriyle önemli ölçüde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (7). Yine benzer şekilde Çin'de adolesanlarla yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılık ile obsesif-kompulsif semptomlar arasında ilişki olduğu saptanmıştır (153).

Tüm bu çalışmalara baktığımızda özellikle son zamanlarda psikolojik dayanıklılık kavramının önem kazandığını görmekteyiz. Pek çok ruhsal hastalıkla

psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki araştırılmış ve psikolojik dayanıklılığın ruhsal hastalıklarla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. OKB gelişim sürecine bakıldığında, psikolojik dayanıklılık bu hastalık için önemli bir kavram olabilir gibi görünmektedir. Liao ve arkadaşlarının Covid-19 pandemi sürecinde yaptığı çalışmada, Hezel ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile benzer olarak, OKB tanılı hastaların dayanıklılıklarının sağlıklı kontrol gruplarına göre daha az olduğu bulunmuştur (154, 155). Bizim çalışmamızın sonuçları da bu sonuçları destekler niteliktedir.

Hezel ve arkadaşları, OKB tanılı hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemiştir. OKB tanılı hastalar arasında, daha az psikolojik dayanıklılık daha şiddetli hastalık belirtileri ile ve daha fazla dayanıklılık daha az hastalık belirtileri ile ilişkilendirilmiştir (155). Fang ve arkadaşları da benzer olarak daha fazla dayanıklılığı, daha düşük OKB semptomları ile ilişkili bulmuştur (156). Bizim de çalışmamız literatür ile benzer sonuçlar içermektedir. Başlangıç YPDÖ ölçek puanları ile başlangıç BOKÖ Toplam ve 4 alt boyutu ile negatif yönde ilişki saptanmıştır. Yani dayanıklılığı daha az olan OKB'li hastalar daha şiddetli OKB semptomları göstermektedir. Bu ilişki YPDÖ'nün altı alt boyutunda da görülmektedir.

Dayanıklılık kavramının genel olarak literatürde psikiyatrik rahatsızlıklar ile ilişkili olduğunu görmekteyiz. Aynı zamanda psikolojik dayanıklılık kavramının, psikiyatrik rahatsızlıklarda tedavi sonuçlarına etkisi üzerine de çalışmalar vardır. Bu konuda literatürde çeşitli psikiyatrik hastalıklar ile yapılmış sadece birkaç çalışma bulunmaktadır. Davidson ve arkadaşları psikolojik dayanıklılığın TSSB tedavisi üzerine etkisini araştıran bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada TSSB hastaları, venlafaksin ve plasebo tedavi verilecek şekilde iki gruba ayrılmıştır. Her iki grubun dayanıklılık düzeyleri 12 hafta sonra tekrar incelenmiştir. Çalışma sonucunda her iki grubun da tedavi öncesi dayanıklılık düzeylerinin tedavi sonuçları üzerine pozitif anlamda etkisi olduğu bulunmuştur (116). Benzer şekilde Camardese ve arkadaşlarının depresyon tanılı bireylerde yaptığı bir çalışmada tedavi öncesi psikolojik dayanıklılık düzeyinin, depresyon tedavisi sonuçlarını etkilediği görülmüştür. Dayanıklılıkları daha fazla olan bireylerde daha yüksek remisyon oranları olduğu tespit edilmiştir (117).

Literatürdeki çalışma sonuçları göz önünde bulundurulursa, psikolojik dayanıklılığın psikiyatrik hastalıklarda seyri, şiddeti veya tedavi sonucunu etkileyen bir faktör olabileceği varsayılabilir. Bu nedenle, dayanıklılığın OKB hastaları için tedavi sonucuyla ilişkili olup olmadığını araştırmak da önemlidir. Hezel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada daha az dayanıklılığa sahip OKB'li hastaların zaman içerisinde dayanıklılık düzeylerinin daha çok değişiklik gösterdiği ve hatta semptom şiddetlerinde artış olduğu gösterilmiştir. Fakat bunun aksine daha fazla dayanıklılığa sahip OKB tanılı hastalarda altı aylık süreçte dayanıklılık düzeylerinin değişmediği tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre dayanıklılığın sadece ruhsal hastalık için koruyucu faktör değil, aynı zamanda OKB tanılı hastalar arasında da zor şartlar altında farklı semptomlar geliştirmesi açısından da önemli bir rol oynadığı öne sürülmüştür (155). Fang ve arkadaşları da dayanıklılığın, devam eden obsesif kompulsif semptomların kötüleşmesine karşı koruyucu bir faktör olduğu sonucuna varmıştır (156). Bu iki çalışma da dayanıklılık kavramının koruyucu bir faktör olduğu konusunda benzer sonuçlar elde etmiştir. Fakat bu çalışmalarda dayanıklılığın tedavi sürecine etkisine bakılmamıştır.

Holm ve arkadaşlarının çalışmasında, 89 OKB tanılı hasta ve öğrenciler ve askerlerden oluşan iki kontrol grubu arasındaki dayanıklılık puanları karşılaştırılmıştır. OKB hastalarına maruz bırakma tedavisi uygulanmış olup tedavi öncesi ve sonrası dayanıklılık puanları ölçülmüştür. Bu çalışma sonucunda, literatürdeki diğer çalışmalara benzer olarak OKB grubunun kontrol grubuna göre psikolojik dayanıklılıklarının daha az olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma OKB tanılı hastalarda tedavi öncesi ve sonrası dayanıklılık düzeylerinde farklılık saptamamıştır. Aynı zamanda bu çalışma tedavi öncesi dayanıklılık puanlarını, ne tedavi öncesi OKB semptom şiddeti ile ne de tedavi sonrası remisyon durumu ile ilişkili bulmuştur (119).

Bizim çalışmamızda hastaların tedavi öncesi dayanıklılık puanları ile üç aylık farmakolojik tedavi sonrası dayanıklılık düzeyleri karşılaştırılmıştır. Çalışmamızın sonucunda, tedavi sonrası YPDÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup, bu değişikliğin özellikle kendilik algısı ve aile uyumu alt boyutlarında anlamlı olduğu görülmektedir.

Başlangıç YPDÖ puanlarının tedaviye etkisine baktığımızda; başlangıç YPDÖ toplam değerlerinin tedavi sonucuna anlamlı etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Fakat alt boyutlarını incelediğimizde BOKÖ bulaş alt boyutu ile YPDÖ kendilik algısı ve sosyal yeterliliğin, BOKÖ sorumluluk ile YPDÖ kendilik algısı alt boyutunun, BOKÖ kabul edilemez düşünceler ile YPDÖ gelecek algısı alt boyutunun, BOKÖ simetri alt boyutu ile YPDÖ kendilik algısı ve gelecek algısı alt boyutları ile ilişkili olduğu görülmektedir.

YPDÖ alt boyutlarındaki değişimin BOKÖ puanlarındaki değişim ile ilişkisine baktığımızda ise, tedavi öncesi ve sonrası YPDÖ toplam puanlarındaki değişimin BOKÖ toplam puanlarındaki değişime etkisi bulunamamıştır. Alt boyutlarını incelediğimizde ise, BOKÖ sorumluluk alt boyutu ile YPDÖ kendilik algısı, BOKÖ simetri alt boyutu ile de YPDÖ kendilik algısı ve yapısal stil alt boyutları ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Obsesyon-kompulsiyon alt boyutlarının obsesif inançlar ile ilişkisine bakılmış; Bulaş ve sorumluluk alt boyutu abartılmış tehdit algısı ile, kabul edilemez düşünceler alt boyutu düşüncelere önem verme ve düşünceleri kontrol etme ile, simetri alt boyutu ise mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük inanç alanları ile ilişkili bulunmuştur (157).

Dayanıklılık alt boyutlarından kendilik algısının benlik saygısı, öz yeterlilik, hayata gerçekçi yaklaşma, umut düzeyleri ve nörotik kişilik ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (133). Buna göre kendilik algısı düşük bireylerin benlik saygılarının düşük olduğu söylenebilir (158). Literatürde düşük benlik saygısının mükemmeliyetçilikle ilişkili olduğu daha önce de gösterilmiştir (159). Aynı zamanda düşük kendilik algısı olan bireyler, stres yaratan durumlarla baş etme konusunda zayıf, kırılgan, sıradan olayları tehdit olarak algılama ve umutsuzluğa kapılma eğilimindedirler (133). Buna göre kendilik algısı zayıf bireylerin mükemmeliyetçilik ve abartılmış tehdit algısı anksiyete, yetersizlik ve kuşku duygularını ve kontrol kompulsiyonlarını olumsuz etkileyerek obsesif kompulsif semptomlara zemin hazırlayabilir.

Gelecek algısı ulaşılabilir hedefler koyma, hedeflere yönelik olumlu bir bakış açısı ve hedefe yönelik olabilme gibi geleceğe yönelik algıları kapsamaktadır (133).

Gelecek algısı alt boyutu öz disiplin (sorumluluk) kişilik özelliği ile ilişkili bulunmuştur. Benzer şekilde günlük rutinleri sürdürme, planlama, organize etme yeteneğini tanımlayan yapısal stil alt boyutu da öz disiplin kişilik özelliği ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Buna göre, gelecek algısı ve yapısal stil puanları düşük bireylerin, planlı hareket edebilme, kurallara uyma, düzenli ve kurallı olma, sistematik hareket etme yeteneklerinin düşük olduğu belirtilmiştir (158). Gelecek algısı ve yapısal stil puanları düşük olan bireylerin geleceğe yönelik bu tutumları gerçekte anksiyete, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün yansıması olarak düşünülebilir. Bonime, kompulsif davranışın sorumsuz doğasına değinmiş, tipik obsesif-kompulsif semptomları çevre üzerinde kontrol kazanmanın bir yolu olarak değil, yetişkin sorumluluğundan kaçınmanın bir yolu olarak tanımlamıştır. Mükemmeliyetçilik, ya görevi makul bir çabanın ötesinde umutsuzca abartır ya da tam ve sorumlu bir programın küçük parçalarının tamamlanmasında mevcut tüm zaman ve enerjiyi harcar. Dolayısıyla kararsızlık yapıcı eylemi askıya almaktadır (160). Buna göre OKB hastalarındaki hedef belirleyememe, plan yapamama, erteleme, organize olamama davranışlarının sorumluluktan kaçma kaynaklı olduğu söylenebilir.

Sosyal beceriler ve iletişim becerilerini ölçen sosyal yeterlilik ve aileden ve çevreden destek alabilme erişimi ve yeteneğini ölçen sosyal kaynaklar alt boyutları ise; uyumluluk kişilik özelliği ile ilişkili saptanmıştır. Uyumluluk; empati kurma, iş birliği yapabilme ve kişiler arası ilişkileri tanımlamaktadır (158). Obsesyon ve kompulsiyonlar bireylerin sorumluluk konusunda kendilerinden beklentileri iş birliği yapabilmelerinin önündeki en önemli engellerden biridir. Yani, sosyal yeterlilik ve aile uyumu (iş birliği ya da sosyal çevreyle ahenk) konusundaki problem aslında sorumluluk algısına işaret ediyor olabilir. Aşırı sorumluluk duygusunun obsesif kompulsif semptomlar üzerinde yatkınlık yaratıcı rolü de daha önce gösterilmiştir (161). Aşırı sorumluluk duygusunun, bireyi olumsuz olaylar için kendi sorumluluğunu abartmaya yatkın hale getirebileceğini ve bunun da potansiyel olarak özellikle kontrol etme davranışında bir artışa katkıda bulunabileceği söylenmiştir (161).

Altı alt boyutun da ilişkili olduğu kişilik özellikleri göz önünde bulundurulduğunda, bu alt boyutların temsil ettiği dayanıklılık alanlarında yaşanan

problemlerin, OKB için daha ağır bir psikopatolojiyle ilişkili olduğu sonucuna işaret ediyor olabilir. Bu durum, tedavi öncesi dayanıklılık puanları ile tedavi öncesi BOKÖ alt boyutları puanları arasındaki negatif korelasyonunu açıklayabilir. Bununla birlikte dayanıklılığı düşük bireylerin kişilik problemlerine (162, 163) ve komorbid (149, 162) psikiyatrik hastalıklara yatkınlık yaratabileceği söylenebilir. Yüksek psikopatoloji ve komorbidite psikiyatrik hastalıkların hemen tümünde, özellikle OKB hastalarında, tedaviye direnci arttıran temel etkenler olarak bilinmektedir.

Bu çalışmanın avantajlarından biri, esneklik ve dayanıklılığın OKB’de değerlendirildiği ilk çalışma olmasıdır. Bunun yanında uzunlamasına dizayn ve esneklik ve dayanıklılığın OKB tedavisinde yerini incelemesi bakımından literatüre önemli bir katkı sağlamaktadır. Ancak kısıtlılıklarımızın, örneklem sayısının az oluşu, verilerin kişilerin beyanına dayanması olduğu söylenebilir. Ayrıca bu çalışmada esneklik ve dayanıklılığın etkisine farmakolojik tedavisi sonrası bakılmış olup, esneklik ve dayanıklılığa spesifik psikoterapik müdahaleler içermemektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın bu yönüyle geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, OKB’de psikolojik esneklik ve dayanıklılığın klinik önemini ve bu kavramların tedavi üzerindeki etkisini araştıran ilk çalışmadır. Bu araştırma ile OKB tanılı hastaların sağlıklı bireylere göre psikolojik olarak daha az esnek ve daha az dayanıklı oldukları, OKB hastalarında esneklik ve dayanıklılık puanları ile OKB semptom şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu, esneklik puanları daha iyi olan hastaların psikofarmakolojik tedaviye daha iyi yanıt verdikleri ve son olarak esneklik puanlarında tedavi ile sağlanan düzelmenin OKB’li hastaların tedaviye yanıtını olumlu etkilediği sonuçlarına varılmıştır.

Bunun yanında, psikolojik dayanıklılık puanlarının tedavi öncesi değerlerinin toplam OKB semptom şiddetindeki azalmaya önemli etkisinin olmadığı anlaşılmış fakat OKB semptomlarının alt belirti boyutlarını incelediğimizde farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Dayanıklılık alt boyutlarından olan “kendilik algısı” puanları ile OKB’nin bulaş, sorumluluk ve simetri alt boyutlarında; “sosyal yeterlilik” puanları ile OKB’nin bulaş alt boyutunda; “gelecek algısı” puanları ile OKB’nin simetri ve kabul edilemez düşünceler alt boyutlarında tedavinin sonuçları üzerinde anlamlı etkileri olduğu gösterilmiştir.

OKB tedavisi güç bir hastalıktır. Tedavide bazı psikoterapi yöntemleri ve ilaç tedavilerinin etkinliği gösterilmiş olsa da klinik uygulamada bu yöntemlerin tedavide istenen sonuçları üretmede çoğu zaman yetersiz kaldığı görülmektedir. Bu araştırmanın bulguları, OKB hastalarında psikolojik esneklik ve dayanıklılığın, OKB belirtilerini doğrudan hedef alan psikofarmakolojik ve psikoterapötik tedavilerin etkinliğini arttırabilecek ve OKB belirtilerinden bağımsız, yeni tedavi hedefleri olabileceğini ortaya koymaktadır. Sonraki çalışmalar, psikolojik esneklik ve dayanıklılığı arttırmaya odaklanmış psikososyal ya da psikoterapötik müdahalelerin OKB belirtileri üzerindeki etkilerine, psikolojik esneklik ve dayanıklılık düzeyleri ve bunları iyileştirmeye yönelik müdahalelerin OKB hastalarında remisyon sürelerine ya da nüks oranlarına odaklanabilir.

7. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association, 5nd ed. *DSM 5 diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2013;947 p.-947 p.
2. Öztürk M, NA U. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*: Nobel Tıp Kitabevleri. In: Ankara; 2015.
3. Tükel R DM. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*. 2017.
4. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*. 2006;44(1):1-25.
5. Earvolino-Ramirez M. Resilience: A concept analysis. Paper presented at: Nursing forum2007.
6. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*. 2000;71(3):543-562.
7. Hjemdal O, Vogel PA, Solem S, Hagen K, Stiles TC. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2011;18(4):314-321.
8. Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *American journal of Psychiatry*. 2004;161(2):195-216.
9. Masuda A, Tully EC. The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*. 2012;17(1):66-71.
10. Hao S, Hong W, Xu H, Zhou L, Xie Z. Relationship between resilience, stress and burnout among civil servants in Beijing, China: Mediating and moderating effect analysis. *Personality and Individual Differences*. 2015;83:65-71.
11. Bayar RvY, Mesut. "Obsesif Kompulsif Bozukluk", Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, İstanbul*. 2008:185-192.
12. Bayraktar E. Obsesif-kompulsif bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*. 1997;1(1):25-32.

13. Kocakula O, Altunoğlu A. The Effect Of Obsessive Compulsive Personality Disorder On Decision Making Processes. 2018;114-131.
14. Boland RJVMLRPSBJ. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry*. 2022.
15. Maj M, Sartorius N, Okasha A, Zohar J. *Obsessive-Compulsive Disorder*. Wiley; 2003.
16. Rasmussen SA, Eisen JL. The Epidemiology and Clinical Features of Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 1992;15(4):743-758.
17. Bürgy M. Psychopathology of obsessive-compulsive disorder: a phenomenological approach. *Psychopathology*. 2005;38(6):291-300.
18. Zitterl W, Lenz G, Mairhofer A, Zapotoczky HG. Obsessive-compulsive disorder: course and interaction with depression. A review of the literature. *Psychopathology*. 1990;23(2):73-80.
19. Akhtar S, Wig N, Varma V, Pcrshad D, Verma S. A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. *The British Journal of Psychiatry*. 1975;127(4):342-348.
20. Dowson J. The phenomenology of severe obsessive-compulsive neurosis. *The British Journal of Psychiatry*. 1977;131(1):75-78.
21. Stern R, Cobb J, Marks I, Jones R, Luscombe D. A preliminary report on clinical response and plasma levels of clomipramine and desmethylclomipramine in obsessive-compulsive neurosis. *Postgraduate medical journal*. 1977;53:97-103.
22. Khanna S, Channabasavanna S. Phenomenology of obsessions in obsessive-compulsive neurosis. *Psychopathology*. 1988;21(1):12-18.
23. Sadock B, Sadock V. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sekizinci Baskı (Çeviri Ed. H Aydın, A Bozkurt). *Ankara, Güneş Yayınevi*. 2007.
24. Birliği, A.P. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin*, 4.baskı (DSM-IV TR). Köroğlu E (çeviri ed.) Ankara. 2007:660-671.
25. Mahjani B, Dellenvall K, Grahnat A-CS, et al. Cohort profile: Epidemiology and Genetics of Obsessive-compulsive disorder and chronic tic disorders in Sweden (EGOS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2020;55(10):1383-1393.
26. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of general psychiatry*. 1984;41(10):949-958.

27. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of general psychiatry*. 1988;45(12):1094-1099.
28. Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atlı H. Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2004;45(5):362-366.
29. Veale D. Psychopathology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry*. 2004;3(6):65-68.
30. CilliÇilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive psychiatry*. 2004;45(5):367-374.
31. Nestadt G, Samuels J. Epidemiology and genetics of obsessive-compulsive disorder. *International Review of Psychiatry*. 1997;9(1):61-72.
32. Jenike MA. Obsessive-compulsive disorder. *New England Journal of Medicine*. 2004;350(3):259-265.
33. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Clinical psychiatry*. 1998;59(2):29-33.
34. Neziroğlu F, Anemone R, Yaryura-Tobias JA. Onset of obsessive-compulsive disorder in pregnancy. *The American journal of psychiatry*. 1992;149(7):947-950.
35. Weiss AP, Jenike MA. Late-onset obsessive-compulsive disorder: a case series. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 2000;12(2):265-268.
36. Mathews CA, Nievergelt CM, Azzam A, et al. Heritability and clinical features of multigenerational families with obsessive-compulsive disorder and hoarding. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2007;144(2):174-182.
37. Freud S. Saplantı nevrozuna yatkınlık (Nevroz Seçimi Sorununa Bir Katkı). *Psikopatoloji Üzerine, (Çev S Budak)* Ankara. 1997:125-143.
38. Fenichel O. *Nevrozların psikoanalitik teorisi* (çev) Tuncer S. Ege Ün matbaası, Bornova, İzmir. 1974:234-236.
39. Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klinik psikiyatri*. 2003;6(1):46-50.
40. Toptaş B. Kuramsal Çerçveden OKB. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*. 2019;2(3):94-109.
41. Mowrer O. Learning theory and behavior. 1960.

42. Freud S. *Ego ve İd. Metapsikoloji. Haz İlkesinin Ötesinde, Ego ve İd ve Başka Yapıtlar*,(Çözümlemeler ve Notlarla Çev. A Yardımlı) İstanbul, 2000, İdea Yayınevi, 1923: 247-293.
43. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive—compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*. 1999;37:S29-S52.
44. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour research and therapy*. 1993;31(2):149-154.
45. Clark DA. *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. Guilford Press; 2006.
46. Group OCCW. Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*. 2001;39(8):987-1006.
47. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, et al. A Family Study of Obsessive-compulsive Disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2000;57(4):358-363.
48. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. 1995.
49. Hanna GL, Himle JA, Curtis GC, Gillespie BW. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2005;134(1):13-19.
50. do Rosario-Campos MC, Leckman JF, Curi M, et al. A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2005;136(1):92-97.
51. Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, Geller DA. Obsessive—compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*. 2014;15(6):410-424.
52. Van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Genetic and environmental influences on obsessive-compulsive symptoms in adults: a population-based twin-family study. *Psychological medicine*. 2007;37(11):1635-1644.
53. Van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Twin studies on obsessive—compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics*. 2005;8(5):450-458.
54. Taylor S. Etiology of obsessions and compulsions: a meta-analysis and narrative review of twin studies. *Clinical psychology review*. 2011;31(8):1361-1372.
55. Abelson JF, Kwan KY, O'Roak BJ, et al. Sequence variants in SLITRK1 are associated with Tourette's syndrome. *Science*. 2005;310(5746):317-320.

56. Mathews CA, Badner JA, Andresen JM, et al. Genome-wide linkage analysis of obsessive-compulsive disorder implicates chromosome 1p36. *Biological psychiatry*. 2012;72(8):629-636.
57. Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(Suppl 14):18-21.
58. Insel TR, Mueller EA, Alterman I, Linnoila M, Murphy DL. Obsessive-compulsive disorder and serotonin: is there a connection? *Biol Psychiatry*. 1985;20(11):1174-1188.
59. Thorén P, Asberg M, Bertilsson L, Mellström B, Sjöqvist F, Träskman L. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. II. Biochemical aspects. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37(11):1289-1294.
60. Szechtman H, Sulis W, Eilam D. Quinpirole induces compulsive checking behavior in rats: a potential animal model of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behavioral neuroscience*. 1998;112(6):1475.
61. Szechtman H, Eckert MJ, Tse WS, et al. Compulsive checking behavior of quinpirole-sensitized rats as an animal model of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): form and control. *BMC neuroscience*. 2001;2(1):1-15.
62. Sullivan R, Talangbayan H, Einat H, Szechtman H. Effects of quinpirole on central dopamine systems in sensitized and non-sensitized rats. *Neuroscience*. 1998;83(3):781-789.
63. Kim C-H, Koo M-S, Cheon K-A, Ryu Y-H, Lee J-D, Lee H-S. Dopamine transporter density of basal ganglia assessed with [123I] IPT SPET in obsessive-compulsive disorder. *European journal of nuclear medicine and molecular imaging*. 2003;30(12):1637-1643.
64. Denys D, Zohar J, Westenberg H. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(Suppl 14):11-17.
65. Arnold PD, Sicard T, Burroughs E, Richter MA, Kennedy JL. Glutamate transporter gene SLC1A1 associated with obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*. 2006;63(7):769-776.
66. Rosenberg DR, MacMillan SN, Moore GJ. Brain anatomy and chemistry may predict treatment response in paediatric obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2001;4(2):179-190.
67. 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):122-130.

68. Mataix-Cols D, do Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(2):228-238.
69. Attiullah N, Eisen JL, Rasmussen SA. Clinical Features of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2000;23(3):469-491.
70. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry*. 2006;11(5):495-504.
71. Cefalu P. The doubting disease: Religious scrupulosity and obsessive-compulsive disorder in historical context. *Journal of Medical Humanities*. 2010;31(2):111-125.
72. Purdon C. Cognitive-behavioral treatment of repugnant obsessions. *Journal of Clinical Psychology*. 2004;60(11):1169-1180.
73. Abramowitz JS. Obsessive-Compulsive Disorder (Advances in Psychotherapy: Evidence Based Practice). *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2007;49(7):496-496.
74. Geddes JR, Andreasen NC. *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press, USA; 2020.
75. Fineberg N, Stein, D., & Marazziti, D. (Eds.). *Obsessive Compulsive Disorders: A Practical Guide* (1st ed.). CRC Press. 2001.
76. Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, et al. Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):52.
77. Rasmussen SA, Eisen JL. Treatment strategies for chronic and refractory obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical psychiatry*. 1997;58(13):9-13.
78. Jenike MA, Rauch SL. Managing the patient with treatment-resistant obsessive compulsive disorder: current strategies. *The Journal of clinical psychiatry*. 1994.
79. Karamustafalıoğlu O. Temel ve klinik psikiyatri. *Güneş Tıp Kitapevleri*. 2018.
80. Berlim MT, Neufeld NH, Van den Eynde F. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for obsessive-compulsive disorder (OCD): an exploratory meta-analysis of randomized and sham-controlled trials. *Journal of psychiatric research*. 2013;47(8):999-1006.
81. de Koning PP, Figee M, van den Munckhof P, Schuurman PR, Denys D. Current status of deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: a

clinical review of different targets. *Current psychiatry reports*. 2011;13(4):274-282.

82. Twohig MP, Abramowitz JS, Smith BM, et al. Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2018;108:1-9.
83. Gillihan SJ, Williams MT, Malcoun E, Yadin E, Foa EB. Common pitfalls in exposure and response prevention (EX/RP) for OCD. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*. 2012;1(4):251-257.
84. McKay D, Sookman D, Neziroglu F, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*. 2015;225(3):236-246.
85. Ponniah K, Magiati I, Hollon SD. An update on the efficacy of psychological treatments for obsessive-compulsive disorder in adults. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*. 2013;2(2):207-218.
86. Chlebowski S, Gregory RJ. Is a psychodynamic perspective relevant to the clinical management of obsessive-compulsive disorder? *American journal of psychotherapy*. 2009;63(3):245-256.
87. Association AP, Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. 2007.
88. Greist JH, Jefferson JW. Obsessive-compulsive disorder. *Focus*. 2007;5(3):283-298.
89. Bond FW, Hayes SC, Barnes-Holmes D. Psychological Flexibility, ACT, and Organizational Behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*. 2006;26(1-2):25-54.
90. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*. 2010;30(7):865-878.
91. Doorley J, Goodman F, Kelso K, Kashdan T. Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know. *Social and Personality Psychology Compass*. 2020;14.
92. Rolffs JL, Rogge RD, Wilson KG. Disentangling Components of Flexibility via the Hexaflex Model: Development and Validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Assessment*. 2018;25(4):458-482.
93. Harris R. *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications; 2019.

94. Karakuş S, Akbay SE. Psikolojik Esneklik Ölçeği: Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2020;16(1):32-43.
95. Schubert C, Hilbert S, Favreau M, Wolstein J, Voderholzer U. Psychological flexibility as a potential change factor in cognitive behavioural therapy of OCD. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2022;1-11.
96. Fletcher D, Sarkar M. Psychological Resilience. *European Psychologist*. 2013;18(1):12-23.
97. Gizir C. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2007;3(28):113-128.
98. Anthony EJ. The syndrome of the psychologically invulnerable child. 1974.
99. Luthar SS, Cicchetti D. The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology*. 2000;12(4):857-885.
100. Waller MA. Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of orthopsychiatry*. 2001;71(3):290-297.
101. Murphy L. Further reflections on resilience.(Ed: EJ Anthony ve BJ Cohler) The Invulnerable Child. In: New York: The Guilford Press; 1987.
102. Fraser MW, Galinsky MJ, Richman JM. Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. *Social work research*. 1999;23(3):131-143.
103. Holt P, Fine MJ, Tollefson N. Mediating stress: Survival of the hardy. *Psychology in the Schools*. 1987;24(1):51-58.
104. Kamya HA. Hardiness and spiritual well-being among social work students: Implications for social work education. *Journal of social work education*. 2000;36(2):231-240.
105. Johnson JL, Wiechelt SA. Introduction to the special issue on resilience. *Substance use & misuse*. 2004;39(5):657-670.
106. Dyer JG, McGuinness TM. Resilience: Analysis of the concept. *Archives of psychiatric nursing*. 1996;10(5):276-282.
107. Werner EE, Smith RS. *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press; 1992.
108. Rutter M. Resilience in the Face of Adversity: Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. *British Journal of Psychiatry*. 1985;147(6):598-611.

109. Poole JC, Dobson KS, Pusch D. Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience. *Child abuse & neglect*. 2017;64:89-100.
110. Sheerin CM, Lind MJ, Brown EA, Gardner CO, Kendler KS, Amstadter AB. The impact of resilience and subsequent stressful life events on MDD and GAD. *Depression and anxiety*. 2018;35(2):140-147.
111. Anyan F, Hjemdal O. Adolescent stress and symptoms of anxiety and depression: Resilience explains and differentiates the relationships. *Journal of affective disorders*. 2016;203:213-220.
112. Chmitorz A, Kunzler A, Helmreich I, et al. Intervention studies to foster resilience—A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clinical psychology review*. 2018;59:78-100.
113. Chang L-Y, Wu C-C, Yen L-L, Chang H-Y. The effects of family dysfunction trajectories during childhood and early adolescence on sleep quality during late adolescence: resilience as a mediator. *Social Science & Medicine*. 2019;222:162-170.
114. Gong Y, Shi J, Ding H, et al. Personality traits and depressive symptoms: The moderating and mediating effects of resilience in Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2020;265:611-617.
115. Hiyoshi A, Udumyan R, Osika W, Bihagen E, Fall K, Montgomery S. Stress resilience in adolescence and subsequent antidepressant and anxiolytic medication in middle aged men: Swedish cohort study. *Social Science & Medicine*. 2015;134:43-49.
116. Davidson J, Stein DJ, Rothbaum BO, Pedersen R, Szumski A, Baldwin DS. Resilience as a predictor of treatment response in patients with posttraumatic stress disorder treated with venlafaxine extended release or placebo. *Journal of psychopharmacology*. 2012;26(6):778-783.
117. Camardese G, Adamo FD, Mosca L, et al. Plasma cortisol levels and resilience in depressed patients. Paper presented at: 20th ECNP Congress 13-17 October 2007 Vienna, Austria 2007.
118. Ran L, Wang W, Ai M, Kong Y, Chen J, Kuang L. Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine*. 2020;262:113261.
119. Holm SEH, Hansen B, Kvale G, et al. Dispositional resilience in treatment-seeking patients with obsessive-compulsive disorder and its association with treatment outcome. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2019;60(3):243-251.
120. Eschleman KJ, Bowling NA, Alarcon GM. A meta-analytic examination of hardiness. *International Journal of Stress Management*. 2010;17(4):277.

121. Johnsen BH, Hystad SW, Bartone PT, Laberg JC, Eid J. Hardiness profiles: defining clusters of the dispositional resilience scale and their relation to soldiers' health. *Military Behavioral Health*. 2014;2(2):123-128.
122. Sandvik AM, Bartone PT, Hystad SW, Phillips TM, Thayer JF, Johnsen BH. Psychological hardiness predicts neuroimmunological responses to stress. *Psychology, health & medicine*. 2013;18(6):705-713.
123. Bowirrat A, JH Chen T, Blum K, et al. Neuro-psychopharmacogenetics and neurological antecedents of posttraumatic stress disorder: unlocking the mysteries of resilience and vulnerability. *Current Neuropsychopharmacology*. 2010;8(4):335-358.
124. Connor KM. Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of clinical psychiatry*. 2006;67(2):46-49.
125. Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., ... & Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological assessment*, 22(1), 180.
126. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 2011;42(4):676-688.
127. Yavuz, F., Ulusoy, S., Iskin, M., Esen, F. B., Burhan, H. S., Karadere, M. E., & Yavuz, N. (2016). Turkish version of Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): A reliability and validity analysis in clinical and non-clinical samples. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 26(4), 397-408.
128. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606- 613.
129. Sari YE, Kokoglu B, Balcioglu H, Bilge U, Colak E, Unluoglu I. Turkish reliability of the patient health questionnaire-9. *Biomedical Research-India*. 2016;27:S460-S462.
130. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006; 166:1092-1097.
131. Konkan R, Şenormancı Ö, Güçlü O, Aydın E, Sungur MZ. Validity and reliability study for the Turkish adaptation of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scale. *Arch Neuropsychiatry*. 2013;50:53-58.
132. Basim HN, Cetin F. The reliability and validity of the Resilience Scale for Adults-Turkish Version. *Turk Psikiyatri Derg*. 2011;22(2):104.

133. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International journal of methods in psychiatric research*. 2003;12(2):65-76.
134. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*. 2010;15(1):53-63.
135. Fawcett EJ, Power H, Fawcett JM. Women Are at Greater Risk of OCD Than Men: A Meta-Analytic Review of OCD Prevalence Worldwide. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(4).
136. Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Waller JL, et al. Incidence of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(7):898-906.
137. Nestadt G, Bienvenu OJ, Cai G, Samuels J, Eaton WW. Incidence of obsessive-compulsive disorder in adults. *The Journal of nervous and mental disease*. 1998;186(7):401-406.
138. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *Journal of psychiatric research*. 2004;38(4):403-411.
139. Tezcan E, Millet B, Kuloğlu M. Türkiye ve Fransa’da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerinin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 1998;1(1):35-41.
140. Black DW, Noyes R, Goldstein RB, Blum N. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*. 1992;49(5):362-368.
141. McCracken LM, Badinlou F, Buhrman M, Brocki KC. The role of psychological flexibility in the context of COVID-19: Associations with depression, anxiety, and insomnia. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2021;19:28-35.
142. Pakenham KI, Landi G, Boccolini G, Furlani A, Grandi S, Tossani E. The moderating roles of psychological flexibility and inflexibility on the mental health impacts of COVID-19 pandemic and lockdown in Italy. *Journal of contextual behavioral science*. 2020;17:109-118.
143. Dutra SJ, Sadeh N. Psychological flexibility mitigates effects of PTSD symptoms and negative urgency on aggressive behavior in trauma-exposed veterans. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2018;9(4):315.
144. Ramaci T, Bellini D, Presti G, Santisi G. Psychological Flexibility and Mindfulness as Predictors of Individual Outcomes in Hospital Health Workers. *Frontiers in Psychology*. 2019;10.

145. Yasinski C, Hayes AM, Ready CB, Abel A, Görg N, Kuyken W. Processes of change in cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: psychological flexibility, rumination, avoidance, and emotional processing. *Psychotherapy Research*. 2020;30(8):983-997.
146. McCracken LM, Gutiérrez-Martínez O. Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour research and therapy*. 2011;49(4):267-274.
147. Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC, et al. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2010;78(5):705.
148. Zemestani M, Salavati M, Seyedolshohadayi A, et al. A preliminary examination of acceptance and commitment therapy versus exposure and response prevention for patients with obsessive-compulsive disorder on an optimal dose of SSRIs: A randomized controlled trial in Iran. *Behavior Modification*. 2022;46(3):553-580.
149. Kukihara H, Yamawaki N, Uchiyama K, Arai S, Horikawa E. Trauma, depression, and resilience of earthquake/tsunami/nuclear disaster survivors of H irono, F ukushima, J apan. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2014;68(7):524-533.
150. Poudel-Tandukar K, Chandler GE, Jacelon CS, Gautam B, Bertone-Johnson ER, Hollon SD. Resilience and anxiety or depression among resettled Bhutanese adults in the United States. *International Journal of Social Psychiatry*. 2019;65(6):496-506.
151. Karaşar B, Canlı D. Psychological resilience and depression during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Psychiatria Danubina*. 2020;32(2):273-279.
152. Toukhsati SR, Jovanovic A, Dehghani S, Tran T, Tran A, Hare DL. Low psychological resilience is associated with depression in patients with cardiovascular disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2017;16(1):64-69.
153. Sun J, Li Z-J, Buys NJ, Storch EA, Wang J-s. Obsessive-compulsive symptoms and personal disposition, family coherence and school environment in Chinese adolescents: A resilience approach. *Journal of affective disorders*. 2014;168:459-465.
154. Liao J, Liu L, Fu X, et al. The immediate and long-term impacts of the COVID-19 pandemic on patients with obsessive-compulsive disorder: A one-year follow-up study. *Psychiatry research*. 2021;306:114268.
155. Hezel DM, Rapp AM, Wheaton MG, et al. Resilience predicts positive mental health outcomes during the COVID-19 pandemic in New Yorkers with and without obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2022.

156. Fang A, Berman NC, Hoepfner SS, Wolfe EC, Wilhelm S. State and Trait Risk and Resilience Factors Associated with COVID-19 Impact and Obsessive–Compulsive Symptom Trajectories. *International journal of cognitive therapy*. 2021;1-23.
157. Wheaton MG, Abramowitz JS, Berman NC, Riemann BC, Hale LR. The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2010;48(10):949-954.
158. Friberg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *International journal of methods in psychiatric research*. 2005;14(1):29-42.
159. Çelik E, ŞENAY GÜZEL H. Ergenlerde Sosyal Görünüş Kaygısı ile Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişki: Benlik Saygısının Aracı Rolü. *Journal of Turkish Educational Sciences*. 2018;16(2).
160. Gelfman M. The Role of Irresponsibility in Obsessive-Compulsive Neurosis. *Contemporary Psychoanalysis*. 1970;7(1):36-47.
161. Bouchard C, Rhéaume J, Ladouceur R. Responsibility and perfectionism in OCD: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy*. 1999;37(3):239-248.
162. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour research and therapy*. 2006;44(4):585-599.
163. Flynn TP, Parnes JE, Conner BT. Personality Disorders, Risky Behaviors, and Adversity: The Moderating Role of Resilience. *Psychological Reports*. 2021:00332941211028998.

8. EKLER

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI : Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikolojik Esneklik Ve Dayanıklılığın Klinik Önemi ve Tedaviye Yanıtta Yeri

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı vererseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Bu çalışmanın temel amacı psikolojik esneklik ve dayanıklılık özelliklerinin OKB'de sağlıklı kontrollere göre farklı olup olmadığını araştırmaktır. Ayrıca ikincil amaçlar olarak psikolojik esneklik ve dayanıklılık düzeylerinin OKB hastalarında tedavi sonuçlarına etkisi olup olmadığı ve bu psikolojik özelliklerin OKB hastalarında intihar düşüncesine katkı sağlayıp sağlamadığının araştırılması planlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmada, obsesif kompulsif bozukluk hastalarına ve sağlıklı kontrollere klinik değerlendirme yapılacaktır ve anamnezleri alınacaktır. Katılımcılara çalışmayla ilgili ölçek formları uygulanacaktır. Uygulanan ölçeklerle ilgili değerlendirme hususlarında gizlilik kurallarına uyulacaktır. Ayrıca, katılımcılara çalışma hakkında gerekli bilgileri de içeren gönüllü olur formu imzalatılacaktır. Ölçek formlarını doldururken ve muayene sırasında samimi ve dürüst olmak sizin sorumluluklarınızındandır.

ÇALIŞMADA YER ALMAMIN YARAR VE RİSKLERİ NELERDİR?

Eğer çalışma sırasında OKB'nin gidişine ya da tedavisine etki edeceği düşünülen etkenler saptanacak olursa bu durum hem hasta hem de hastanın izni ile tedavisini yürüten doktoruna iletilecek ve bu sayede hastanın almış olduğu psikiyatrik hizmetin kalitesi artacaktır. Ayrıca literatürde OKB ile psikolojik esneklik ve dayanıklılık ilişkisi konusunda çalışma bulunmadığından çalışma bu anlamda literatüre katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda herhangi bir invaziv girişim bulunmadığı ve gözlem olarak tasarlandığı için katılımcılar için herhangi bir tıbbi risk beklenmemektedir.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMALI MIYIM?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

ADI : Nisa Deveci

GÖREVİ : Psikiyatri asistan doktor

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Tel:

İmza:

Tarih

Görüşmeyi yapan hekim

Adı, soyadı:

Tel:

İmza:

Tarih

Tanık

Adı, soyadı:

Tel:

İmza:

Tarih

EK-2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı-Soyadı:

Görüşme Tarihi:

Telefon:

1.Yaş:

2.Doğum yeri:

3. Cinsiyet : () kadın () erkek

4. Kaçınıcı çocuk / toplam kardeş sayısı:/.....

5. Eğitim düzeyi:

- () Okuma yazma yok
() Okur yazar (eğitim yılı:)

6. Medeni Durumu: () Evli () Bekar () Boşanmış

7. Çocuğu var mı: () Var () Yok

8. Kiminle yaşıyor/yaşam şekli?

- () Yalnız
() Aile () Anne- baba () Eş () Akriba
() Akriba
() Evsiz / kurumda / sokakta

9. Yaşadığı yer: () Kent (semt:.....) () Kır

10. Şu anki iş/ çalışma durumu :

- () öğrenci
() Çalışmıyor (neden:)
() Aralıklarla çalışıyor
() Düzenli çalışıyor

11. Gelir düzeyi: () Düşük () Orta () Yüksek

12. Sağlık güvencesi: () Var () Yok

13. Askerlik yaptınız mı?

() Evet

() Askerde sorun yaşadınız mı?.....

- () Askerde psikiyatrik rahatsızlık nedeniyle başvurunuz oldu mu?.....
() Hava değişimi aldınız mı?.....

() Hayır

14. Bilinen tıbbi hastalık öyküsü :

() Var

() Yok

15. Düzenli ilaç kullanım öyküsü:

() Var.....

() Yok

16. Geçirilmiş operasyon öyküsü:

() Var

() Yok

17. Sigara kullanımı:

() Var paket/yıl

() Yok

18. Alkol kullanımı:

() Var yıl/ (sıklık) / (ne kadar)/ (en son)

() Yok

19. Madde kullanımı:

() Var yıl/ (sıklık) / (ne kadar)/ (en son)

() Yok

21. Bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü:

() Var.....

() Yok

1. tedavi öyküsü: Tanı: İlaç: Tedavi süresi:

2. tedavi öyküsü : Tanı: İlaç: Tedavi süresi:

3. tedavi öyküsü: Tanı: İlaç: Tedavi süresi:

22. Psikiyatri kliniğine yatarak tedavi görme öyküsü:

() Var..... kez () Yok

23. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü:

() Var (kimde- hangi hastalık?)

() Yok

25. Daha önceden intihar girişimi: () Var

() Yok

(Mümkünse ay/yıl şeklinde tarih belirtiniz)

1. intihar girişimi:

2. intihar girişimi:

EK-3. HASTA SAĞLIK ANKETİ-9

**HASTA SAĞLIK ANKETİ-9
(PHQ-9)**

Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti?
(Cevabınızı "✓" işaretiyle gösteriniz)

	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün
1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk, veya çok fazla uyumak	0	1	2	3
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
6. Kendinizi kötü hissetmeniz — veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3
8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine— normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzusuz olmanız	0	1	2	3
9. Ölmüş olsanız daha iyi olacağınız veya bir şekilde kendinize zarar-verme düşünceleri	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Bu sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı?

Hiç zorluk yaratmadı ☐	Oldukça zorluk yarattı ☐	Çok zorluk yarattı ☐	Aşırı derecede zorluk yarattı ☐
--	--	--	---

EK-4. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU TESTİ-7

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU 7 (YAB-7) TESTİ

Lütfen geçmiş olduğunuz son 15 gününüzü dikkatlice düşününüz. Aşağıdaki testte sıralanan sorulara bir 15 günlük periyot içinde ne kadar rahatsız etti, belirlemeye çalışınız. Seçeneklerden hangisi size daha uygun geliyorsa işaretleyiniz.

Son 2 hafta içerisinde aşağıdaki problemler ne sıklıkta sizi rahatsız etti?

	Hiç	Sadece birkaç gün	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen hergün
1. Sinirdi, kaygılı, uçurumun kenarındaymış gibi hissetme	☐	☐	☐	☐
2. Endişelenmeyi kontrol edememe ya da durduramama	☐	☐	☐	☐
3. Farklı farklı konularda çok fazla endişelenme	☐	☐	☐	☐
4. Gevşeyip rahatlayamama	☐	☐	☐	☐
5. Yerinizde duramayacak kadar kıpır kıpır ve huzursuz olma	☐	☐	☐	☐
6. Kolayca kızma ya da rahatsız olma	☐	☐	☐	☐
7. Her an çok kötü bir şey olabileceği korkusu yaşama	☐	☐	☐	☐

EK-5. BOYUTSAL OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ

Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği

Bu ölçekte yaşadığınız ya da yaşamadığınız 4 farklı alandaki endişelerinize yönelik sorular yer almaktadır. Her bir alan içerisinde, o alana özgü örnekler vardır. Bu örnekler; istenmeyen ve rahatsız eden düşünceleri, bu düşüncelerin getirdiği endişeyi azaltmak için yapılan tekrarlayıcı davranışları ve zihinsel eylemleri kapsamaktadır. Ardından bu düşünceler, davranışlar ve zihinsel eylemler ile ilgili yaşantılarınıza dair 5 soru yer almaktadır. Lütfen her bir örneği dikkatlice okuyun. Her alana yönelik soruları son bir ay içerisindeki yaşantılarınıza dayanarak cevaplayın.

Alan 1: Mikroplar ve Kirlenme ile İlgili Endişeler

Örnekler...

- Belirli bir eşya veya kişiyle temas ettiğinizde ya da onların yakınında bulunduğunuzda kirlendiğinize dair düşünceler ya da hisler
- Belirli bir yerde (banyo gibi) bulunmanız nedeniyle kirlenmiş olma hissi
- Kirliliğin yayılma olasılığı, mikroplar ya da hastalık ile ilgili düşünceler
- Kirlenme endişesiyle el yıkama, el dezenfektanı kullanma, banyo yapma, kıyafet değiştirme ya da eşyaları temizleme gibi davranışlar
- Kirlenme endişesiyle belirli bir düşünce veya davranış düzenini takip etme (banyodayken, giyinirken, vb.)
- Kirlenme endişesiyle belirli kişilerden, eşyalardan ya da yerlerden uzak durma

Aşağıdaki sorularda, son 1 ay içerisinde deneyimlediğiniz kirlenme ile ilgili düşünceleriniz ve davranışlarınız sorulmaktadır. Yaşadıklarınızın, yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın.

1. Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını kirlenmeyle ilgili düşünerek ve kirlenme endişesiyle temizleme davranışlarında (yıkama, banyo yapma, toz alma, vb.) bulunarak geçirdiniz?
0 Hiç
1 Her gün 1 saatten az
2 Her gün 1-3 saat arası
3 Her gün 3-8 saat arası
4 Her gün 8 saat ya da daha fazla
2. Kirlenmeyle ilgili endişelerinizi önlemek için ya da temizleme davranışlarıyla zaman harcamamak için yukarıdaki durumlardan ne derecede kaçındınız?
0 Hiç kaçınmadım
1 Biraz kaçındım
2 Orta derecede kaçındım
3 Çok kaçındım
4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçındım
3. Kirlenmeyle ilgili düşünceleriniz olduğunda, temizleme davranışlarında bulunamadıysanız ne kadar endişeli hissettiniz?
0 Hiç endişeli hissetmedim
1 Biraz endişeli hissettim
2 Orta derecede endişeli hissettim
3 Çok endişeli hissettim
4 Aşırı derecede endişeli hissettim
4. Kirlenme endişelerinden, aşırı derecede temizleme ya da kaçınma davranışlarından dolayı günlük rutininiz (iş, okul, kişisel bakım, sosyal hayat vb.) ne derecede bozuldu?
0 Hiç bozulmadı
1 Biraz bozuldu fakat çoğunlukla görevlerimi yaptım
2 Birçok şey bozuldu fakat yine de idare edebildim
3 Hayatım birçok yönde bozuldu ve hayatımı idare etmekte zorlandım
4 Hayatım tamamen bozuldu ve görevlerimi hiç yerine getiremedim
5. Kirlenmeyle ilgili düşünceleri kontrol edememek ve temizleme davranışlarından kaçınmaya çalışmak ne kadar zordu?
0 Hiç zor değildi
1 Biraz zordu
2 Orta derecede zordu
3 Çok zordu
4 Aşırı derecede zordu

Alan 2: Zarardan, Yaralanmadan veya Talihsizlikten Sorumlu Olma ile İlgili Endişeler

Örnekler...

-Zarara neden olacak bir şey yapmış olabileceğinize dair şüphe

-Korkunç bir kaza, felaket, yaralanma ya da başka bir talihsizliğin gerçekleşebileceği ve bunu önlemek için yeteri kadar dikkatli olmadığınızı düşüncesi

-Zararı ya da talihsizliği belirli bir sayıya kadar sayarak ya da belirli uğursuz sayı ve kelimelerden kaçınarak önleyebileceğiniz düşüncesi

-Kaybedilmesi pek mümkün olmayan çok önemli şeyleri kaybetme düşüncesi (örn: cüzdan, kimlik, evrak vb.)

-Kilit, elektrik düğmesi, elektronik aletlerin fişi, ocak gibi eşyaları çok sık kontrol etme

-Kötü bir şey olmadığının ya da olmayacağından emin olmak için tekrar tekrar sorma ya da tekrar tekrar kontrol etme

-Yanlış bir şey yapmadığınızdan emin olmak için geçmiş olayları zihinde yeniden canlandırma

-Zararın/felaketin oluşmasını önleyebilmek için belirli bir düşünce veya davranış düzenini takip etme ihtiyacı

-Kötü bir şey olacağı korkusuyla belirli bir sayıya kadar sayma ya da bazı uğursuz sayılardan kaçınma ihtiyacı

Aşağıdaki sorularda, son 1 ay içerisinde deneyimlediğiniz zarar veya felaket ile ilgili düşünceleriniz ve davranışlarınız sorulmaktadır. Yaşadıklarınızın, yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayla yuvarlak içine alın.

1. Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını zararın/felaketin gerçekleşme olasılığıyla ilgili düşünerek, bu durumları kontrol ederek ya da bu durumlarla ilgili şüphelerinizi gidermeye çalışarak geçirdiniz?
0 Hiç
1 Her gün 1 saatten az
2 Her gün 1-3 saat arası
3 Her gün 3-8 saat arası
4 Her gün 8 saat ya da daha fazla
2. Tehlikeyi kontrol etmemek ya da olası zararın/felaketin gerçekleşmesi hakkında endişelenmemek için yukarıdaki durumlardan ne derecede kaçındınız?
0 Hiç kaçınmadım
1 Biraz kaçındım
2 Orta derecede kaçındım
3 Çok kaçındım
4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçındım
3. Zarara/felakete sebep olacak olayların gerçekleşebileceğini düşündüğünüzde, bu durumları kontrol edemediğinizde ya da bu durumlarla ilgili şüphelerinizi gideremediğinizde ne kadar endişeli hissettiniz?
0 Hiç endişeli hissetmedim
1 Biraz endişeli hissettim
2 Orta derecede endişeli hissettim
3 Çok endişeli hissettim
4 Aşırı derecede endişeli hissettim
4. Zarar/felaket ile ilgili düşüncelerden, bu düşünceleri aşırı derecede kontrol etmekten ya da bu konuda şüphelerinizi gidermeye çalışmanızdan dolayı günlük rutininiz (iş, okul, kişisel bakım, sosyal hayat) ne derecede bozuldu?
0 Hiç bozulmadı
1 Biraz bozuldu fakat çoğunlukla görevlerimi yaptım
2 Birçok şey bozuldu fakat yine de idare edebildim
3 Hayatım birçok yönde bozuldu ve hayatımı idare etmekte zorlandım
4 Hayatım tamamen bozuldu ve görevlerimi hiç yerine getiremedim
5. Olası zarar/felaket ile ilgili düşünceleri kontrol edememek ya da şüphe giderme davranışlarından kaçınmaya çalışmak ne kadar zordu?
0 Hiç zor değildi
1 Biraz zordu
2 Orta derecede zordu
3 Çok zordu
4 Aşırı derecede zordu

devamı →

Alan 3: Kabul Edilemez Düşünceler

Örnekler...

- İstmeden akla gelen cinsellik, ahlaksızlık ya da şiddet ile ilgili rahatsız edici düşünceler

- Gerçekte yapmak istemediğiniz çok kötü, uygunsuz veya utandırıcı şeyler yapma ile ilgili düşünceler

-Kötü bir düşünce nedeniyle bir eylemi tekrarlama ya da belirli bir rutini takip etme

-İstenmeyen/rahatsız eden bir düşünceden kurtulmak için zihinsel olarak bir eylemi gerçekleştirme (yapılan işleri akıldan geçirme, sayı sayma, dua etme vb.)

-İstenmeyen/rahatsız eden düşünceleri tetikleyen belirli şeylerden uzak durma (insan, yer, eşya, durum vb.)

Aşağıdaki sorularda, son 1 ay içerisinde deneyimlediğiniz istemediğiniz halde aklınıza gelen düşünceleriniz ve bu düşüncelerinizle başa çıkmak için gerçekleştirdiğiniz davranışlarınızı sorulmaktadır. Yaşadıklarınızın, yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın.

1. Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını istenmeyen/rahatsız eden düşüncelerle ve bu bunlarla başa çıkmak için yaptığınız davranışsal ya da zihinsel eylemlerle geçirdiniz?
0 Hiç
1 Her gün 1 saatten az
2 Her gün 1-3 saat arası
3 Her gün 3-8 saat arası
4 Her gün 8 saat ya da daha fazla
2. İstenmeyen/rahatsız eden düşünceleri tetikleyen durum, yer, eşya ve diğer anımsatıcılardan (örn: sayılar, insanlar, renkler vb.) ne derecede kaçındınız?
0 Hiç kaçınmadım
1 Biraz kaçındım
2 Orta derecede kaçındım
3 Çok kaçındım
4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçındım
3. İstenmeyen/rahatsız eden düşünceler aklınıza geldiğinde ne kadar endişeli hissettiniz?
0 Hiç endişeli hissetmedim
1 Biraz endişeli hissettim
2 Orta derecede endişeli hissettim
3 Çok endişeli hissettim
4 Aşırı derecede endişeli hissettim
4. İstenmeyen/rahatsız eden düşüncelerden ve bu düşüncelerle başa çıkma ya da bunlardan kaçınma çabalarından dolayı günlük rutininiz (iş, okul, kişisel bakım, sosyal hayat vb.) ne derecede bozuldu?
0 Hiç bozulmadı
1 Biraz bozuldu oldu fakat çoğunlukla görevlerimi yaptım
2 Birçok şey bozuldu fakat yine de idare edebildim
3 Hayatım birçok yönde bozuldu ve hayatımı idare etmekte zorlandım
4 Hayatım tamamen bozuldu ve görevlerimi hiç yerine getiremedim
5. İstenmeyen/rahatsız eden düşünceleri kontrol edememek ve bu düşüncelerle başa çıkmak için gerçekleştirdiğiniz davranışlardan ya da zihinsel eylemlerden kaçınmaya çalışmak ne kadar zordu?
0 Hiç zor değildi
1 Biraz zordu
2 Orta derecede zordu
3 Çok zordu
4 Aşırı derecede zordu

devamı →

Alan 4: Simetri, Eksiksizlik ve Bir Şeylerin Tam Olması İhtiyacı ile İlgili Endişeler

Örnekler...

- Bir şeylerin simetrik, dengeli, düzenli ve tam olması ihtiyacı
- Bir şeylerin tam olmadığına dair hisler
- Düzenli ya da tam olduğunu hissedene kadar rutin bir eylemi tekrarlama
- Anlamsız şeyleri sayma (örn: yer döşemeleri, kaldırım taşları, cümledeki kelimeler, araba renkleri veya plakaları vb.)
- Düzenli olduğu halde bir şeyleri düzenleme
- Bir şeyin tam olduğunu hissedene kadar tekrar tekrar aynı şekilde söylemek zorunda olma

Aşağıdaki sorularda, son bir ay içerisinde deneyimlediğiniz bir şeyin tam olmadığıyla ilgili hisleriniz, simetri ve düzeni sağlamak için gerçekleştirdiğiniz davranışlarınız sorulmaktadır. Yaşadıklarınızın, yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alınız.

1. Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını simetri, düzen ve denge ile ilgili istenmeyen düşüncelerle ve bunları sağlamaya yönelik davranışlarla (düzenleme, dengeleme, simetrik hale getirme) geçirdiniz?
0 Hiç
1 Her gün 1 saatten az
2 Her gün 1-3 saat arası
3 Her gün 3-8 saat arası
4 Her gün 8 saat ya da daha fazla
2. Bir şeyin simetrik veya tam olmadığını hissettiren durum, yer ya da eşyalardan ne derecede kaçındınız?
0 Kaçınmadım
1 Biraz kaçındım
2 Orta derecede kaçındım
3 Çok kaçındım
4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçındım
3. Bir şeyin tam olmadığını hissettiğinizde ne kadar endişeli hissettiniz?
0 Hiç endişeli hissetmedim
1 Biraz endişeli hissettim
2 Orta derecede endişeli hissettim
3 Çok endişeli hissettim
4 Aşırı derecede endişeli hissettim
4. Bir şeylerin tam olmadığı hissinden ve bir şeyleri tam yapmaya ya da düzenlemeye çalışmanızdan dolayı günlük rutininiz (iş, okul, kişisel bakım, sosyal hayat vb.) ne derecede bozuldu?
0 Hiç bozulmadı
1 Biraz bozuldu fakat çoğunlukla görevlerimi yaptım
2 Birçok şey bozuldu fakat yine de idare edebildim
3 Hayatım birçok yönde bozuldu ve hayatımı idare etmekte zorlandım
4 Hayatım tamamen bozuldu ve görevlerimi hiç yerine getiremedim
5. Simetri ya da düzensizlikle ilgili düşünceleri kontrol edememek ve bir şeyleri düzenleme dürtüsüyle belirli davranışları tekrarlamamaya çalışmak ne kadar zordu?
0 Hiç zor değildi
1 Biraz zordu
2 Orta derecede zordu
3 Çok zordu
4 Aşırı derecede zordu

Bu ölçek Türk kültürüne uygun olarak çevrilmiş ve düzenlenmiştir.* (Ağustos, 2018)

Proje Süpervizörü: Dr. Emel Stroup – Çeviren: Kli. Psk. Gizem Özge Erinc – Editör: Psk. Gizem Bakı ve Kli. Psk. Gizem Özge Erinc
Jonathan S. Abramowitz'in izni ile çevrilmiştir. <http://www.jabramowitz.com/>

*Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği İngilizce'den Türkçe'ye Klinik Psikolog Gizem Özge Erinc tarafından çevrilmiştir. Ardından Türkçe çevirinin akışı, anlam bütünlüğü, dil bilgisi ve imla hataları düzeltilmiştir. Psk. Gizem Bakı tarafından yapılmıştır. İlk aşamada, Türkçe çeviri 14 psikolog ve alan dışından 10 kişiye verilmiştir. Çevirinin anlaşılabilirliği üzerine belirtilen kişilerden geri bildirim alındıktan sonra editörler tarafından çeviride düzenlemeler yapılmıştır. Elde edilen Türkçe ölçek, daha önce orijinal ölçeği görmemiş ve ana dili İngilizce olan bir kişi tarafından tekrar orijinal dili olan İngilizce'ye çevrilmiştir. Orijinal ölçek ile Türkçe'ye çevrilen ölçek karşılaştırıldığında birbirine eşdeğer olduğu görülmüştür. Son aşamada ölçeğin Türkçe çevirisi Dr. Emel Stroup ile konsülte edilip son haline getirilmiştir.

EK-6. KABUL VE EYLEM FORMU-2

Turkish version of Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): A reliability and validity analysis in clinical and non-clinical samples

KABUL VE EYLEM FORMU-2

Aşağıda bir dizi ifade bulunmaktadır. Her bir ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu yanında yazan rakamı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Seçiminizi yapmak için aşağıdaki cetveli kullanınız.

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir zaman doğru değil	Çok nadiren doğru	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Neredeyse her zaman doğru	Daima doğru
1. Geçmişte olan acı veren yaşantılarım ve hatıralarım, değer verdiğim bir hayatı yaşamayı zorlaştırıyor.					1 2 3 4 5 6 7	
2. Hislerimden korkarım.					1 2 3 4 5 6 7	
3. Kaygılarımı ve hislerimi kontrol edememekten endişelenirim.					1 2 3 4 5 6 7	
4. Acı hatıralarım dolu dolu bir hayat yaşamamı engelliyor.					1 2 3 4 5 6 7	
5. Duygular hayatımda sorunlara yol açar					1 2 3 4 5 6 7	
6. İnsanların çoğu hayatlarını benden daha iyi idare ediyor gibi görünüyor.					1 2 3 4 5 6 7	
7. Endişelerim başarılı olmamı engelliyor					1 2 3 4 5 6 7	

EK-7. YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...	
Her zaman bir çözüm bulurum	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...	
Başarılması zordur	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum	
Diğer kişilerle birlikte	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...	
Benimkinden farklıdır	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...	
Hiç kimseyle tartışmam	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...	
Çözemem	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...	
Nasıl başaracağımı bilirim	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir iş/projeye başladığımda ...	
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak	
Önemli değildir	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim	
Çok mutlu	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Çok mutsuz
12. Beni ...	
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	
Olduğuna çok inanırım	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum	
Ümit verici	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...	
Zamanımı planlama	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	
Kolayca yapabildiğim	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Yapmakta zorlandığım

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği Devamı

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	
Birbirinden bağımsız	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler ...	
Zayıftır	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	
Çok fazla güvenmem	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	
Belirsizdir	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	
Günlük yaşamımda yoktur	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	
Benim için zordur	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	
Geleceğe pozitif bakar	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	
Bana hemen haber verilir	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	
Kolayca gülerim	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	
Birbirlerini desteklemez biçimde	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	
Her şeyi umutsuzca gören bir	Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	
Zordur	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	
Bana yardım edebilecek kimse yoktur	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	
Başa çıkmaya çalışırım	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	
İşleri bağımsız olarak yapmayı	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...	
Yeteneklerimi beğenirler	Yeteneklerimi beğenmezler

EK-8. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi
2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : E.Kurul –E2-22-2038 No’lu çalışma

Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği’nden “Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikolojik Esneklik ve Dayanıklılığın Klinik Önemi ve Tedaviye Yanıtta Yeri” konulu çalışma başlık değişikliği talebi ile incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliği ile uygun görülmüştür.

22/06/2022

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikolojik Esneklik ve Dayanıklılığın Klinik Önemi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul
	AÇIK ADRESİ:	
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Mustafa UĞURLU			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Kliniği			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Şehir Hastanesi			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
DESTEKLEYİCİ	-			
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☐		
	Diğer ise belirtiniz: Prospektif Çalışma (Dr. Nisa DEVECİ'nin tezi)			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikolojik Esneklik ve Dayanıklılığın Klinik Önemi ve Tedaviye Yanıtı Yeri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	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				
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
	DİĞER:	☐	-Araştırma başlığının değiştirilmesi			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:E2-22-2038	Tarih: 22/06/2022				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmaya 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 Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikolojik Esneklik ve Dayanıklılığın Klinik Önemi ve Tedaviye Yanıtta Yeri
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:	Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	
Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. İlkan TATAR	Anatomi	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐
Prof. Dr. Dilek ŞAHİN	Kadın Hastalıkları ve Doğum /Perinatoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Mehmet Ali Nahit ŞENDUR	Tıbbi Onkoloji	Ankara Şehir Hastanesi (YBÜ)	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Bilgen BAŞGUT	Farmakoloji	Başkent Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Özlem Yılmaz TAŞDELEN	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Bedia DİNÇ	Tıbbi Mikrobiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi (S.B.Ü)	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐
Doç. Dr. Hayriye Gözde KANMAZ KUTMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Gülhan KURTOĞLU ÇELİK	Acil Tıp	Ankara Şehir Hastanesi (YBÜ)	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Ayça Tuba DUMANLI ÖZCAN	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Dilek ÖZTAŞ	Halk Sağlığı	Ankara Şehir Hastanesi (YBÜ)	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Muhammet Kadri ÇOLAKOĞLU	Gastroenteroloji Cerrahisi	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Sağ. Mens. Olm. Üye. Mehmet Hilmi ŞEÇİLMİŞ	İktisat Maliye	Emekli	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☒
Av. Mesut KELEKÇİBAŞI	Hukuk	Serbest Avukat	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Mühendis Merve ÖZYÜKSEL	Biyomedikal Mühendis	Ankara Şehir Hastanesi/ CCN Teknik	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT