



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE
ERGENLERDE BENLİK SAYGISI VE DİSOSİYATİF
YAŞANTILAR İLİŞKİSİNİN SAĞLIKLI KONTROLLERLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ

Dr. Yavuz Meral

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. M. Tayyib Kadak

İSTANBUL – 2020

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE
ERGENLERDE BENLİK SAYGISI VE DİSOSİYATİF
YAŞANTILAR İLİŞKİSİNİN SAĞLIKLI KONTROLLERLE
KARŞILAŞTIRILMASI

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ

Dr. Yavuz Meral

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. M. Tayyib Kadak

İSTANBUL – 2020

ÖNSÖZ

"Kuramları iyi öğren, ama yaşayan ruhun mucizesine dokunduğun anda onları bir kenara bırak." C.G. Jung

Çocuk ve gençlerle çalışmaya başladığım ilk günden bu yana bunun bir ayrıcalık ve lütufluk olduğu konusundaki fikrim hiç değişmedi. Ruhsal alanda çalışmak insan olma haline dönük bir çeşit merakı sürekli canlı tutuyor. Bu merakı gidermek ve büyütme üzere yaptığımız bilimsel çalışmaların önemini azımsamadan ve vurgulayarak, yardımımızı talep eden ve eşlik ettiğimiz her danışanın, hastanın ya da insanın ihtiyacının istatistiklerden ve Jung'un söylediği gibi kuramlardan daha fazlası olduğuna inanıyorum. Uzmanlık eğitimimi, bu iki yönlü çıkarımı aklımın bir köşesinde tutarak hazırladığım, mütevazı ancak güçlü sonuçları olan bu tez çalışması ile bitirmenin çift-değerli duyguları içerisindeyim. Umarım bu çalışma, çocuk ve gençlerdeki obsesif kompulsif bozukluğa bağlı huzursuzlukları dindirme yolunda uğraş veren ruh sağlığı çalışanlarına bir parça fikir sunabilir.

Asistanlık yıllarım bana nitelikli ve çok yönlü bir eğitime ek olarak belki de en önemlisi çok değerli insanlarla karşılaşma fırsatı da sundu. Hayatıma "anamlı derecede" etki eden bu kıymetli isimlere her zaman müteşekkirim.

Birlikte geçirdiğim zaman boyunca yalnızca bana değil tüm bölüme, derinlikli bilgisi, kapsayıcı tutumu, geniş tecrübeleri, farklı bakış açıları, bizleri her zaman motive eden üslubu ile eğitim ve kariyer hayatımıza eşsiz katkılar sunan, kıymetli hocamız ve Anabilim Dalı başkanımız Prof. Dr. Burak Doğançün'e,

Yardıma ve desteğe ihtiyaç duyduğum her anda kapısını hep açık bulduğum, neredeyse her konuda kendisinden sınırsız rehberlik ve destek aldığım, bilgi ve tecrübelerinden bolca istifade ettiğim, bu tezin hazırlanmasında büyük emekleri olan abim, hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. M. Tayyib Kadak'a,

Deneyimleriyle bize ışık tutan, bilgi ve tecrübesini güler yüzüyle aktaran ve her zaman destek olan Uzm. Dr. R. Hülya Bingöl'e,

Anabilim Dalı'mızın kurucusu, eğitimimize ve fikirlerimize büyük katkıları enfes üslubu ile çok kolaymışçasına sunan kıymetli hocamız Prof. Dr. Levent Kayaalp'e,

Bezmialem Vakıf Üniversitesi'nde geçirdiğim eğitimimin ilk iki yılı boyunca bana her konuda destek olan, mesleğimi sevdiren, rehberlik eden, hekimlik ve terapi konusundaki yetkinliğini ve bilgisini bizlerle cömertçe paylaşan, kendisinden çok şey öğrendiğim değerli hocam Doç. Dr. Vahdet Görmez'e,

Çalışkanlığından, sabrından, diğerkâmlığından, tevazuundan ve azminden her zaman ilham aldığım, eğitimimde büyük emekleri olan, abim ve hocam Doç. Dr. A. Cahit Örengül'e,

Psikiyatri ve çocuk nöroloji rotasyonlarında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. İsmet Kırpınar, Prof. Dr. Akın İşcan, Prof. Dr. Dilara Füsün İaasioğlu, Doç. Dr. Erdem Devenci, Doç. Dr. Ahmet Öztürk ve diğer tüm hocalarım, asistan arkadaşlarıma ve tüm alışanlara,

Asistan eğitimlerine düzenli olarak gelip değerli vakitlerini bizlere ayıran, kendilerinden en fazla kendim hakkında bir şeyler öğrendiğim, fedakâr psikanalist süpervizörlerimiz Neslihan Zabcı ve Alper şahin'e,

Bu tezin istatistiklerini büyük bir titizlikle yapan Doç. Dr. Murat Boysan'a,

Birlikte çalışmış olmaktan mutluluk duyduğum bugün itibariyle henüz asistan olan ve uzmanlığını tebrik etme fırsatı bulduğum arkadaşlarım Dr. Selenge Baljinyam, Dr. Erdem Ertaş, Dr. Nigar Aliyeva, Dr. Tuba Bilbay Kaynar, Dr. Telli Zadehgan Afshord, Uzm. Dr. Abas Haşimoğlu, Uzm. Dr. Yasin alışkan, Dr. Hazal Akman, Uzm. Dr. Seda Güneysu, Dr. Nihal Serdengeçti, Dr. Meryem Seçen, Dr. Hilal Kavakçı, Dr. Beste Doğar, Dr. Elif Hacıvelioğlu, Dr. Aslı Begüm Can, Dr. Barika Mercan, Dr. Büşra Arslan, Uzm. Dr. Tuğçe Öncü, Dr. Z. Seda Albayrak, Dr. Emrecan Kırtaş, Uzm. Dr. Burçin Ateş, Uzm. Dr. Neşe Erdim, Uzm. Dr. Ceren Kaya, Uzm. Dr. Zehra Koyuncu'ya ve psikolog arkadaşlarım Uzm. Psk. Elif Dayioğlu, Uzm. Psk. Elvan Bozkurt, Uzm. Psk. Aslı Tankurt Yalçinkaya, Uzm. Psk. şehitnur Kürüm ve Uzm. Psk. Sümeyye Akkoyun Uyan'a,

Bu teze redaksiyonları dahil her aşamasında özel katkı sunan ve on yıl boyunca kahrımı çeken arkadaşım Dr. Tuncay Sandıkçı'ya,

Çalışma süresince yardım ve desteklerini esirgemeyen sekreterlerimiz Melda Konuk, Nesibe Taş ve Derya Yeter'e, hemşirelerimiz Hazel Arvit, Yıldız omalak ve Emel şimşek'e, arşiv görevlimiz Dursun Ali ağlar ve personelimiz Erengül Ayyıldız ve Salim Karataş'a,

Her başarı ve yenilimde sınırsız destekleriyle yanımda olan ve tez hazırlama sürecinde de beni yine yalnız bırakmayan ablalarım Elif, Betül ve Özlem'e, duası, sabrı ve koşulsuz merhametiyle bana katlanan sevgili anneme, tanık olabilseydi gurur ve kıvanç duyacağından emin olduğum, yıllar önce aramızdan ayrılan sevgili babam Erdem'e,

Beni duaları ve yardımlarıyla destekleyen herkese,

Sonsuz şükran ve sevgilerimi sunarım.

Dr. Yavuz Meral

İstanbul, 2020

İÇİNDEKİLER

SİMGE VE KISALTMALAR	i
TABLOLAR DİZİNİ	iii
ETİK KURUL ONAYI.....	iiiv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
GİRİŞ VE AMAÇ	1
Temel Hipotezler ve Amaçlar	2
GENEL BİLGİLER	3
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3
Tarihçe	3
Epidemiyoloji.....	4
Etiyolojik Teoriler.....	5
Genetik	5
İmmünolojik Faktörler	5
Perinatal Komplikasyonlar.....	6
Nörokimyasal Faktörler	6
Nöroyapısal Etkenler.....	6
Nörofonksiyonel Etkenler	7
Psikodinamik Teoriler	7
Bilişsel Teori	9
Klinik Görünüm.....	10
Tanı ve Değerlendirme	11
Eşlik Eden Tanılar	14
Ayırıcı Tanı.....	15
Tedavi	16
Gidiş ve Sonlanım.....	17
Benlik (<i>The Self</i>).....	17
Giriş	17
Benlik Saygısı	18
Benlik Saygısının Gelişimi	20
OKB’de Benlik	21
OKB’de Benlik Saygısı	24
Disosiyasyon	25

Giriş	25
Disosiyasyon ve OKB.....	27
Disosiyasyon ve Benlik	30
GEREÇ VE YÖNTEM	32
Araştırmanın Örnekleme.....	32
OKB Grubu.....	32
Kontrol Grubu.....	33
Araştırmanın Deseni.....	33
Yöntem	33
Veri Toplama ve Ölçüm Araçları.....	34
Klinisyen Tarafından Uygulanan Yarı-Yapılandırılmış, Yapılandırılmış Görüşmeler ve Testler.....	34
Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu –DSM-5 Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)	34
Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (ÇY-BOKÖ):.....	35
Ebeveyn Tarafından Doldurulan Ölçekler	35
Sosyodemografik Veri Formu.....	35
Çocuklar Tarafından Doldurulan Ölçekler	35
Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)	35
Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (CBSE)	36
Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (EDYÖ).....	37
Obsesif İnanışlar Ölçeği – Çocuk Formu (OIÖ-ÇF).....	37
İstatistiksel Analiz	37
BULGULAR.....	38
Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.....	38
OKB’li Çocukların Klinik Profili.....	40
Ölçek Skorlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	42
Korelasyon Analizleri.....	44
Çoklu Lojistik Regresyon Analizi	45
Aşamalı Regresyon Analizi.....	46
TARTIŞMA	48
Sosyodemografik Veriler	48
Klinik Özellikler ve Eştanılar.....	50
Benlik Saygısı ve İlişkili Faktörler.....	52
Obsesif İnanışlar ve İlişkili Faktörler.....	55

Disosiyatif Yaşantılar ve İlişkili Faktörler	56
Kısıtlılıklar.....	57
Öneriler.....	58
SONUÇ	58
KAYNAKLAR	60
EKLER.....	75
EK - 1	76
EK - 2	77
EK - 3	79
EK - 4	81
EK - 5	83
EK - 6	86
ÖZGEÇMİŞ	87

SİMGE VE KISALTMALAR

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

PANDAS: Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcus

PANS: Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome

fMRI: functional Magnetic Resonance Imaging

ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu –Türkçe Uyarlaması

ÇY-BOKÖ: Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği

LOÖ-ÇV: Leyton Obsesyon Ölçeği- Çocuk Versiyonu

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

SSRI: Selective Serotonine Reuptake Inhibitor

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ÇKÖ: Çıkarımsal Konfüzyon Ölçeği

ÇADÖ-Y: Çocuklar için Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş

ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği

GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi

OİÖ-ÇF: Obsesif İnanışlar Ölçeği – Çocuk Formu

CBSE: Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

EDYÖ: Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Y-BOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

ANCOVA: Analysis of Covariance

LRT: Likelihood Ratio Test

SS: Standart Sapma

Asymp. : Asymptotic

Ort. : Ortalama

Bkz. : Bakınız

Akt. : Aktaran



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. DSM-5'e göre OKB Tanı Ölçütleri.....	12
Tablo 2. Sosyodemografik Veriler ve Klinik Özellikler İçin Tanımlayıcı İstatistikler	39
Tablo 3. OKB'li çocukların ÇY-BOKÖ profili.....	41
Tablo 4. OKB'li çocukların ÇDŞG-ŞY-T DSM-5 profili ve eştanılar	42
Tablo 5. OKB ve kontrol grupları ölçek skorlarının ANCOVA karşılaştırılması	43
Tablo 6. Genel benlik saygısı, EDYÖ, OiÖ-ÇF ve ÇY-BOKÖ değişkenlerine ait ortalama, SS ve korelasyon değerleri (r)	44
Tablo 7. OKB grubu üzerine çoklu lojistik regresyon analizi	46
Tablo 8. ÇY-BOKÖ alt ölçek puanlarında aşamalı regresyon analizleri	47

ETİK KURUL ONAYI

İÜC Tarih ve Sayı: 05/12/2018-104428



T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı :83045809-604.01.02-
Konu :Uzm.Öğr.Dr.Yavuz MERAL'ın
etik kurul kararı A-46

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi :12.11.2018 tarih, 16804004-604.01.02.-90833 sayılı yazı

Anabilim Dalınız öğretim üyesi Prof.Dr.Burak DOĞANGÜN'ün danışmanlığında Uzm.Öğr.Dr.Yavuz MERAL'ın yürütücülüğünde Doç.Dr.M.Tayyip KADAK'ın yardımcılığında "Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Benlik Saygısı ve Disosiyatif Yaşantılar İlişkisinin Sağlıkli Kontrollerle Karşılaştırılması" başlı Uzmanlık Tezi (ANKET) hakkında ilgi yazınız ve ekleri 04 Aralık 2018 tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmzalı
Prof. Dr. Ömer Fehmi TABAK
Bölüm Başkanı V.

NOT: Yönetmelik gereği Sonuç Raporunun Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna iletilmesi gerekmektedir

EK :
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulamak için:<http://dogrulama.istanbul.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BENF00C.JK>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER Dahili : 22300

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL

Tel : 0 (212) 414 30 00 Faks : 0 (212) 632 00 33

e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZET

Amaç: OKB’li çocuk ve ergenlerde benlik saygısı, disosiyatif yaşantıları ve obsesif inanışları sağlıklı kontrollerle karşılaştırılarak OKB’ye özgün süreçlerin anlaşılmasına katkıda bulunmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 11-17 yaş arası 51 sağlıklı kontrol ve 41 OKB’li katılımcı ile Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinde yürütülmüştür. Tüm katılımcılardan yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır. DSM-5’e göre OKB tanısı alan çocuk ve ergenler klinisyen tarafından Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu – Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) ile değerlendirilerek OKB ve eştanılar bulunmuş ve klinisyen tarafından uygulanan Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (ÇY-BOKÖ) ile OKB şiddeti ve belirti türleri belirlenmiştir. Tüm katılımcıların ebeveynleri Sosyodemografik Veri Formu’nu doldururken çalışmaya dahil edilen tüm çocuk ve ergenlere Çocuklar için Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y), Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (CBSE), Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (EDYÖ) ve Obsesif İnanışlar Ölçeği – Çocuk Formu (OİÖ-ÇF) ölçekleri uygulanmıştır. Veriler SPSS 23.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çocuk ve ergen grubunda OKB’li hastaların genel benlik saygılarının kontrol grubuna göre belirgin ve anlamlı derecede düşük olduğu ($p = 0.002$) anne psikopatolojisinin OKB için önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuştur ($OR = 53.267$, $95\% CI = 1.387-2045.790$, $p = 0.033$). Genel benlik saygısının düşük olmasının OKB için anlamlı derecede önemli bir yordayıcı olduğu (Risk oranı = 0.847 , $95\% CI = 0.740-0.970$) görülmüştür. Bunun yanında disosiyatif yaşantıların fazla olması obsesyonların ($F(1, 39) = 11.140$, $p = 0.002$) ve kompulsiyonların şiddetinin yüksek oluşunu anlamlı düzeyde açıklamıştır ($F(1,39) = 10.876$, $p = 0.002$). Ek olarak baba yaşının düşük olmasının obsesyon şiddetini öngördürdüğü bulunmuştur ($\beta = -0.349$, $t = -2.590$, $p = 0.014$). Genel benlik saygısının ÇK-BOKÖ toplam şiddet puanı ($r = -0.370$, $p = 0.17$), OİÖ-ÇF toplam puanı ($r = -0.512$, $p = 0.000$) ve EDYÖ toplam puanı ($r = -0.588$, $p = 0.000$) ile negatif ve anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmüştür. ÇY-BOKÖ skorları ile OİÖ-ÇF ($r = 0.398$, $p = 0.000$) ve EDYÖ toplam skorları ($r = 0.440$, $p = 0.04$) arasında ise anlamlı pozitif bir korelasyon

bulunmuştur. OİÖ-ÇF skorları ile EDYÖ skorları ($r=0.374$, $p = 0.000$) arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Son olarak EDYÖ toplam skoru ile genel benlik saygısı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.588$, $p = 0.000$).

Sonuç: Bu çalışma çocuk ve ergen OKB'sinde benlik saygısı, disosiyatif yaşantılar ve obsesif inanışlar ilişkisi inceleyen ilk çalışmadır. Çalışma, benlik saygısı ve disosiyatif yaşantıların OKB için önemini ortaya koymakta ve özellikle OKB'nin bilişsel kuramını destekleyen kanıtlar sunmaktadır. OKB tedavisinde disosiyasyon gibi hastalığın şiddetini etkileyen ve modifiye edilebilir faktörler dikkate alınmalı ve hastaların tedavi ihtiyaçlarını belirlerken bu faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: OKB, benlik saygısı, disosiyasyon, obsesif inanışlar, bilişsel kuram

ABSTRACT

Aim: We aim to contribute to understanding specific processes of pediatric OCD by comparing juveniles with OCD and healthy control group in terms of self-esteem, dissociative experiences and obsessive beliefs.

Material and Method: The study took place in Cerrahpasa Medicine Faculty Hospital with 51 healthy control group and 41 juveniles with OCD between 11-17 ages. All volunteered participants signed informed consent. DSM-5 diagnosed patients with OCD were further applied Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 Turkish Adaptation by a clinician for diagnostic validation and screening comorbidities. The clinician also administered the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale to evaluate symptom severity and checklist. Parents filled Sociodemographic Form which includes demographics and clinical data. Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS), Obsessional Beliefs Questionnaire-Child Version (OBQ-CV), Adolescent Dissociative Experiences Scale (ADES), Coopersmith Self-esteem Inventory (CSEI) were applied to all participants. Data analyzed with SPSS 23.0.

Results: The general self-esteem of OCD patients was significantly and significantly lower in children and adolescents than in the control group ($p = 0.002$). Maternal psychopathology was found to be an important risk factor for OCD (OR = 53.267, 95% CI = 1.387-2045.790, $p = 0.033$). Low general self-esteem was a significant predictor of OCD (risk ratio = 0.847, 95% CI = 0.740-0.970). In addition, the high level of dissociative experiences explained the high severity of obsessions ($F(1, 39) = 11.140$, $p = 0.002$) and compulsions ($F(1, 39) = 10.876$, $p = 0.002$). Low father age predicted the severity of obsession ($\beta = -0.349$, $t = -2.590$, $p = 0.014$). There was a negative and significant relationship with the overall self-esteem scores and the total severity score of OCD ($r = -0.370$, $p = 0.17$), the total score of obsessive beliefs scores ($r = -0.512$, $p = 0.000$) and the total scores of the dissociative experiences ($r = -0.588$, $p = 0.000$). A significant positive correlation was found between the CY-BOCS scores and the OBQ-CV scores ($r = 0.398$, $p = 0.000$) and the total scores of the ADES ($r = 0.440$, $p = 0.04$). A significant positive correlation was also found between the OBQ-CV scores and the ADES scores ($r = 0.374$, $p = 0.000$).

Finally, a significant positive correlation was found between the total score of the ADES and general self-esteem ($r = -0.588, p = 0.000$).

Conclusion: This study is the first to investigate the relationship between self-esteem, dissociative experiences and obsessive beliefs in children and adolescents with OCD. The study demonstrates the importance of self-esteem and dissociative experiences for OCD and provides evidence supporting the cognitive theory of OCD in particular. Modifiable factors affecting the severity of the disease, such as dissociation, should be considered in the treatment of OCD and these factors should be taken into consideration when determining the treatment needs of the patients.

Keywords: juvenile OCD, self-esteem, dissociation, obsessive beliefs, cognitive theory

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), bilişsel bozulmaların belirgin olduğu tekrarlayıcı obsesyonlar ve kompulsiyonlarla karakterize, çoğunlukla kronik gidişli, pek çok alanda önemli bozulmalara yol açabilen ve oldukça heterojen görünümlü bir bozukluktur (1). Çocuklarda yaşam boyu görülme sıklığının %1-3 arasında olduğu tahmin edilmektedir (2-5).

“Kendilik” hem geleneksel hem modern literatürde en çok çalışılan konulardan birisidir. Kendilik, dünyayı nasıl deneyimlediğimizin merkezi olarak görülür. Kendilik ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi anlamak için pek çok ruhsal bozuklukta çalışmalar yapılmış ve yapılan araştırmalar bu hastalıkların anlaşılmasına değerli katkılar sunmuştur (6-8).

Düşük benlik saygısının psikolojik bozuklukların hem gelişiminde hem de sürdürümünde rolü olduğu gösterilmiştir (9-13). Fava (1996) ve ark. yaptığı retrospektif bir çalışmada, düşük benlik saygısının OKB'nin prodromal belirtilerinden biri olduğu bulunmuş ve OKB'ye yatkınlık oluşturabileceği öne sürülmüştür (14). Bununla birlikte Wu ve arkadaşları (2006) düşük benlik algısı ve düşük yetkilendirmenin (*low entitlement*) OKB'yi diğer mental bozukluklardan ayırabildiğini bulmuştur (15). Yine Ehntholt ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında anksiyeteli gruba göre OKB'li hastaların, düşük benlik algılarının başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme ile ilişkili olduğu bulunmuştur (16). Bu yüzden bütünsel benlik saygısı pek çok ruhsal bozuklukla ilişkili olsa da benlik saygısının özgül alt grupları OKB'ye özgün olabilir. Erişkin hastalarda yapılan az sayıdaki çalışmalarda benlik saygısının OKB'li hastalarda düşük olduğu görülmüştür (16-19).

Rachman ve de Silva (1978) yaptıkları çalışmada normal popülasyonla OKB'li hastaların intruzyonlarının niteliğini araştırmışlar, biçim ve içerik açısından ciddi benzerlikler bulmuşlardır. Normal popülasyonun %72-100'ünde intruzif düşünceler deneyimlendiği görülmüştür (20). OKB'li bireyler bu tür intruzyonları görmezden gelmek ve benlik saygısının böylelikle korumak yerine negatif intruzyonlara kimlik hissiyatı, ahlaki bütünlük, zarar verebilirlik açısından oldukça önem atfetmektedir (21,22).

Bireylerin benlik kavramının yapısı OKB bilişleri ve semptomları ile ilişkili olabilir. Kendiliğin belirli yönlerini fazlaca takdir eden (ahlaki değerler gibi) fakat bu yönleriyle uzlaşamayan kişiler, kişiliğin bu yönünü hedef alan intruzif düşüncelere savunmasız hale gelebilirler (23).

Her ne kadar OKB ve disosiyasyon farklı bozukluklar olarak ele alınsa da OKB'li bireyler sıklıkla disosiyatif belirtiler bildirmektedirler (24,25). Pek çok çalışma OKB'nin şiddeti ile disosiyatif belirtiler arasında bağlantı olduğunu göstermiş ve belirli OKB semptomlarının disosiyasyonla daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur (26).

Lyons-Ruth (2008) disosiyasyonun hem intra-psişik (kendilikle ilişkilendirme biçimi) hem de kişilerarası (başkalarıyla ilişkilendirme biçimi) bir süreç olduğunu öne sürer. Bu açıdan bakıldığında disosiyasyon uyumlu ilişkisel kendiliğin parçalanmasını yansıtır (27).

Kişinin kendini olumsuz bir bakışla değerlendirme deneyimleri, algıyı, bilişleri ve kontrol hissini etkileyebilen disosiyasyonu tetikleyebilir ki bu da olumsuz benlik saygısına daha fazla katkıda bulunur. Olumsuz benlik saygısı belirgin hale geldikçe, olumlu benlik saygısı ve bilişsel farkındalığın bağlantısı ayrışır (28).

Özetle kendilik kavramının yapısı OKB biliş ve semptomlarını yaşantılamakla ve nasıl deneyimlendiğiyle bağlantılı olabilir. Ödün vermek zorunda ya da yetersiz hissettiği belirli alanları aşırı önemseyen kişiler, benliğin bu hassas yönünü tehdit eden intruzif düşüncelere açık ve savunmasız olabilir. Bu da bu tür düşüncelere verilen işlevsel olmayan yanıt ihtimalini, yani kompulsiyon ihtimalini artırır (23).

OKB'de disosiyasyon ve benlik saygısı ile ilgili mevcut veriler bu fenomenler arasında ilişki olduğuna işaret etmektedir. OKB'nin özgül süreçlerindeki rolleri ise henüz anlaşılmış değildir. Çocuk ve ergenlerde OKB'de disosiyasyon ve benlik saygısının ortak ilişkisini içeren bir araştırma bilgimize göre bulunmamaktadır. Bu tip örüntüleri anlamak tedavi ihtiyaçları açısından da önemli olabilir.

1.1. Temel Hipotezler ve Amaçlar

Araştırmanın genel amacı çocuk ve ergenlerde OKB fenomenolojisinin boyutsal yaklaşımına katkıda bulunmaktır. Yazında verilen bilgilerden hareketle, obsesif inanışların benliğin tehdit altındaki yönlerini yansıtabileceği ve bunun da

düşük benlik saygısının bir işaretçisi olacağı düşünülebilir. Düşük benlik saygısı ise stresle başa çıkmada kompulsiyon ve disosiyasyon gibi uyumsuz ve patolojik savunma ihtimalini artırabilir. Araştırmanın özgün amaçları 11-17 yaş arası OKB'li bireylerde benlik saygısı ve disosiyatif yaşantıları sağlıklı kontrollerle karşılaştırılarak OKB'ye özgün süreçlerin anlaşılmasına katkıda bulunmaktadır. Araştırmanın hipotezleri ise şunlardır:

1. OKB'li grupta kontrol grubuna göre benlik saygısı daha düşüktür.
2. OKB'li grupta kontrol grubuna göre disosiyatif yaşantılar ve obsesif inanışlar daha fazladır.
3. OKB'nin şiddeti ile benlik saygısı arasında negatif korelasyon, disosiyatif yaşantılar ve obsesif inanışlar arasında ise pozitif korelasyon vardır.
4. Obsesif inanışlar ölçeği skorları, benlik saygısı ile OKB'nin klinik şiddetine göre daha fazla ilişkili ve negatif koreledir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk iki temel fenomen ile karakterize çoğunlukla kronik gidişli ancak epizodik artma-azalma dönemleri gösterebilen ciddi işlev kaybına yol açan psikiyatrik sendromlardan birisidir. Obsesyonlar (takıntı) çoğunlukla kişiye yabancı (ego-distonik), huzursuzluk verici, tekrarlayıcı, genellikle mantıksız olduğu kabul edilen düşünce, imge ya da dürtülerdir. Kompulsiyonlar (zorlantı) ise çoğunlukla obsesyonlardan kaynaklanan huzursuzluk ve anksiyeteyi gidermek için uygulamak zorunda hissedilen, genellikle katı kuralları olan ve ritüel benzeri görünümüleri olan davranış ya da zihinsel eylemlerden oluşur. OKB'de obsesyonlar ya da kompulsiyonlar tek başına ya da birlikte bulunabilir (29). Yapılan araştırmalar OKB'nin yaklaşık %50'sinin çocukluk ve ergenlik başlangıçlı olduğunu göstermektedir (30,31).

2.1.1. Tarihçe

Obsesif kompulsif bozukluğun tarihçesi görünümü itibariyle çok eski dönemlere dayanmaktadır. Eski dini kaynaklarda, İsrail kralı Saul'e şeytandan gelen düşünceleri savmak için arp çalındığından bahsedilmektedir. 17. yüzyılda obsesyon ve kompulsiyonlar, dini melankolünün işaretleri olarak görülmüştür. Bu dönemde

Shakespeare ünlü eseri Machbet'te, Lady Machbet'in Kral Duncan'ın ölümünde oynadığı rol üzerine yaşadığı suçluluğun neticesinde yaşadığı el yıkama zorlantısından bahsetmiştir (32).

Esquirol 1838'de yazdığı psikiyatri kitabında, OKB'yi monomaninin ya da yarı deliliğin bir parçası olarak görmüştür. Dagonet, bu durum için dürtüsel delilik (*folie impulsive*) tabirini kullanırken, Morel, otonom sinir sistemi kaynaklı olduğunu düşündüğü bozukluğu duygusal bozukluklar (*delire emotif*) kategorisine yerleştirmiştir. Pierre Janet ise obsesyon, kompulsiyon ve fobileri psikastenî başlığı altında sınıflandırmış ve bozuklukların irade zayıflığı ile ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Freud, OKB ile fobilerin ruhsal kökeninin farklı olduğunu öne sürmüş, OKB'yi bilinçdışı kabul edilemez agresif ve cinsel dürtülerin bilinç ve gerçeklikle çatışması olarak görmüştür (33,34).

20. yüzyılın başlamasıyla birlikte nöroanatomi, nörofizyoloji, farmakoloji ve öğrenme teorilerindeki ilerlemeyle birlikte OKB'nin özellikle tedavi açısından daha faydalı bir düzlemde kavramsallaştırılması mümkün olmuştur. İlk defa 'Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı III (DSM-III) ile 1980 yılında yapılandırılmış tanısal sınıflamalara dahil olan OKB, DSM III, DSM III-R, DSM-IV'te anksiyete bozuklukları başlığı altında sınıflandırılmıştır. OKB'nin etiyolojik ve klinik görünüm açısından anksiyete bozukluklarından ayrıldığını gösteren çalışmaların artmasıyla DSM-5 ve ICD 11'de "Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında yeniden sınıflandırılmıştır (1,35).

2.1.2. Epidemiyoloji

Çocuklarda belirli gelişimsel dönemlerde subklinik obsesyon ve kompulsiyon sıklıkla görülür. 6 yaşından önce "dosdoğru" (*just right*) yapma hissi, kurallar ve simetri takıntısı sık görülürken 4. Sınıfa giden çocuklarda yalan söyleme hakkında suçluluk, kontrol etme, kirlenmekten korkma ile meşguliyetler daha sık görülür. Ergenlerde ise zorlayıcı "ahlaksız" düşünceler ön plandadır (36,37). OKB'nin sıklığı kültürel etkilerden bağımsızdır. Her ne kadar üzerinde görüş birliği olmasa da OKB'nin hem erişkinlerde hem de çocuk ve ergenlerdeki sıklığı %1-3 olarak tahmin edilmektedir (2-5). Bununla birlikte çeşitli çalışmalarda %0,25 ile %19,6 arasında değişen oranlar bildirilmiştir (38-42). Amerika'da yapılan bir çalışmada OKB vakalarında erkeklerde ortalama başlangıç yaşı 9-11 yaş arası iken kızlarda 11-13 yaş arasındadır (43). Yetişkin erkek ve kadınlarda görülme sıklığı yaklaşık 1:1 oranında

iken erkek çocuklarda kızlara göre 3:2 oranında daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (44,45).

2.1.3 Etiyolojik Teoriler

OKB'nin etiyojisi net olarak bilinmemektedir ve konuya ilişkin çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Yaygın olarak kabul edilen görüşe göre hem genetik hem çevresel faktörler bozukluğun oluşumuna ortak etki eder.

2.1.3.1 Genetik

Aile ve ikiz çalışmalarında özgül bir OKB geni tanımlanmamış olmasına karşın çalışmalar, OKB'ye özgün olmasa da belirli alel ve gen gruplarının OKB'ye yatkınlığı artırdığını göstermektedir (46,47). İkiz çalışmalarının bir gözden geçirmesinde, genetik faktörlerin çocuklarda %45-65, erişkinlerde %27-47 oranında etkili olduğu bulunmuştur (48). Çocuklarda kalıtımın rolünün erişkinlere kıyasla daha yüksek olması erken başlangıçlı OKB'nin bozukluğun gelişimsel bir alt tipi olabileceği görüşünü desteklemektedir (49). 14 yaş öncesinde OKB tanısı konan hastaların ailelerinde OKB görülme oranı %8,8 iken bu oran erişkin hastaların ailelerinde %3.4'tür (50). Yapılan bir çalışmada monozigotik ikizlerde %87 konkordans bulunurken dizigotik ikizlerde bu oran %47 olarak bildirilmiştir (48). Aday gen çalışmaları etkinin poligenetik olduğunu ve bozukluğun fenotipinde küçük etki boyutuna sahip olduğunu göstermektedir (51).

Ayrışma analizlerinde ortaya çıkan sonuç otozomal dominant veya eş-dominant bir kalıtım öngörmektedir (52). Genom ilişkilendirme çalışmalarında bağımsız yapılan iki çalışmada 9. kromozomdaki glutamat taşıyıcı SLC1A1 pediatrik OKB için potansiyel aday gen olarak gösterilmiştir (53,54). Özellikle serotonerjik, dopaminerjik ve glutamerjik sistemle ilgili genlerin OKB'ye etkisi olduğu düşünülmektedir (55).

2.1.3.2 İmmünolojik Faktörler

A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrası oluşan immün yanıt sonucu bazal gangliaların etkilenmesiyle OKB, tik ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtileri oluşabilmektedir (56). PANDAS (*Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcus*) ya da son zamanlarda daha çok tercih edilen ismiyle PANS (*Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome*) streptokok enfeksiyonu sonrası akut olarak başlayan

OKB ya da tikleri tanımlar. Bu çocuklar diğer OKB'lerden farklı olarak enürezi, el yazısında bozulma ve dürtüsellik gibi çeşitli nöropsikiyatrik belirtiler gösterebilirler (49).

102 OKB ve 47 kontrol hastası ile yapılan bir çalışmada OKB'li grupta toplam monosit, proinflamatuvar CD16+ monositlerin ve CD16+ monosit alt-tiplerinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir. (57). İmmünolojik mekanizmaların OKB'ye nasıl etki ettiği henüz net değildir. Mevcut bilgiler psikolojik stres gibi immün sistemi tetikleyen faktörlerin anormal immün yanıt ve hiperaktivasyona neden olarak OKB'de rolü olabileceğine işaret etmektedir (56).

2.1.3.3 Perinatal Komplikasyonlar

Perinatal olayların OKB ile ilişkili olabileceğine dair bazı kanıtlar vardır. Özellikle erkeklerde daha sık görülen tikle ilişkili OKB'de perinatal travma anlamlı derecede yüksektir (56). Gebelikte ilaç maruziyetinin tikle ilişkili OKB'nin şiddetini yordadığı bulunmuştur (58). Yine OKB ve Tourette komorbiditesinde alkol, nikotin ve kafeinin prenatal dönem maruziyetinin beş kat daha ve forseps uygulanmış olma ihtimalinin sekiz kat daha fazla olduğu bulunmuştur (59).

2.1.3.4 Nörokimyasal Faktörler

Serotonin ve ana metabolitleri (N-asetil-aspartat, kolin, kreatin, fosfokreatin ve glutamat) OKB nörokimyasına etki eden temel metabolitler olarak görülmüştür (60,61). Pediatrik OKB hastalarında yapılan bir çalışmada, kontrol grubuna göre hiç ilaç kullanmamış OKB grubunda sağ ve sol medial talamus N-asetil-aspartat seviyesinin azaldığı, buna ek olarak sol talamustaki azalmanın derecesi ile OKB şiddetinin korele olduğu bulunmuştur (62). Hiç ilaç kullanılmayan pediatrik OKB hastalarında kontrol grubuna göre sağ ve sol medial talamusta artmış kolin ve kreatin/fosfokreatin seviyesi ile birlikte anterior singulat glutamaterjik konsantrasyonunda azalma sol kaudat glutamaterjik konsantrasyonunda artma olduğu bulunmuştur (62,63).

2.1.3.5 Nöroyapısal Etkenler

Kortiko-striato-talamik yollar OKB patogenezinde en önemli yapılar olmakla birlikte periyetal korteks, dorsolateral prefrontal korteks, amigdala, hipokampus, insula, korpus kallosum ve serebellum da kritik rol oynar (64–67).

Lateral ve medial orbito-frontal korteks hiperaktivasyonunun tehdit algısıyla ilişkili düşüncelerin süregenleşmesinde (obsesyonlar gibi) ve kompulsiyonların oluşmasında rol oynadığı belirtilmektedir (55). Şüphe-kontrol, saldırganlık obsesyon ve kompulsiyonları bulunan pediatrik OKB hastalarında kontrol grubuna göre striatal gri madde hacminin azalmış olduğu bulunmuştur (68,69). Nörogörüntüleme çalışmaları benzer yaş ve cinsiyet grubuna göre hiç ilaç kullanmamış OKB'li hastalarda anterior singulat kortekste ve orbitofrontal kortekste gri maddede, talamus hacminde, sol amigdala ve sağ amigdala volüm oranında, sağ orbital frontal beyaz maddede ve korpus kallozum alanında artış olduğunu göstermektedir (68–71). Bunun yanında OKB'de limbik-hipofiz-adrenal aks bozuklukları bildirilmiştir (72).

Pediatrik OKB hastalarının difüzyon tensör görüntülemesinde kontrol grubuyla kıyaslandığında, korpus kallozum, singulum ve inferior fronto-okspital yolakta beyaz madde lif yoğunluğunu, akson çapını ve miyelinizasyonu gösteren bölgesel anisotropi artışı görülmüştür (73,74). İlgili başka bir çalışmada korpus kallozum, anterior singulum demeti ve internal kapsülde bölgesel anisotropi görülmüştür (75). Bu üç çalışmada da splenium ve anterior singulum demetindeki bölgesel anisotropi ile belirti şiddeti arasında korelasyon bulunmuştur.

2.1.3.6 Nörofonksiyonel Etkenler

Erişkinlerde yapılan fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmalarında tutarlı bir şekilde OKB'de kaudat ve orbital frontal aktivitelere artış görülmüştür (76–80). Pediatrik OKB hastalarıyla beyin ağı etkileşimlerini inceleyen bir fonksiyonel magnetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmasında, yürütücü bellek görevi boyunca dorsal prefrontal korteks, paryetal bölge ve dorsal anterior singulat kortekste hiperaktivasyon gözlemlenmiştir. Dorsal anterior singulat korteksin kortikal, striatal ve talamik hedefleri modüle etmesinde artış saptanmıştır (81).

2.1.3.6 Psikodinamik Teoriler

Freud, on dokuzuncu yüzyılın sonlarına doğru OKB hakkında ilk hipotezlerini öne sürmüştür. Geleneksel psikoanalitik görüşe göre OKB nörotik bir bozukluktur. Buna göre semptomlar anal dönemde katı ve cezalandırıcı tuvalet eğitiminin tahammül edilemeyen bilinçdışı cinsel ve saldırgan dürtüler (id), aşırı ahlakçı vicdan (süperego) ve gerçeklik (ego) arasında çatışmaya yol açmasından kaynaklanır. Anal döneme saplanma ve gerileme görülmesi, karşıt tepki oluşturma, yalıtma, yapma-

bozma gibi savunma mekanizmaları ve ego ile sadistik süperego arasındaki sadomazoşistik ilişki bozukluğa özgün açıklamalardır.

OKB hastalarının, ödipal dönemin çatışmalarıyla başa çıkamadığında oluşan anksiyeteden dolayı anal sadistik döneme gerilediği düşünülür. Bu evrede libidinal dürtü, nesnesine karşı sevgi ve nefreti birlikte taşır. Bu durum çifte değerlilik (ambivalans) olarak adlandırılır. Bu evreye gerilemekle sorun çözülmediği gibi, tersine kişi sadistik dürtülere karşı mücadele etmek zorundadır. Bu aşamada kullanılan savunma düzenekleri yalıtma, yapma bozma ve karşıt tepki oluşturmaz. Görünürde olan bastırılmış olanın tam zıddıdır, agresif dürtü karşıt tepki ile nazik ve kibar olmaya dönüşür, yalıtma ile düşünceler duygulardan ayırır ve yapma bozma ile el yıkamada olduğu gibi dürtüsel olarak yapılanın yerine süper-egonun emriyle yeniden tekrarlanır (33).

Freud OKB hastalarında süperegonun gerilediğini, katı ve acımasız bir hale büründüğünü söyler. Ego saldırganlığı dışa vurmaktan vazgeçtikçe süperegonun sadizmi de artar. Obsesyonel nörozda, ego güçlü dürtüler karşısında erken olgunlaşmıştır bununla birlikte gelişmiş yöntemleri kullanamaz. Ego hür değildir, belirli şeyleri yapmak ya da yapmamak zorundadır. Bu çatışma egoyu tamamıyla işgal edebilir ve belirtiler bazen haz verici hale gelebilir (33).

Klein'a göre ise obsesif semptomatoloji bir tamir çabası olup kompulsiyonlar içsel iyi nesnenin tahribi karşısında duyulan arzuya karşı savunmalardır. Mallinger ve Salzman obsesiflerin kontrol ihtiyacına değinmişlerdir (82,83). Salzman, OKB'nin dinamiğinde utanç, onur kaybı, zayıflık ve yetersizlik duygularını engelleme ve belli etmeme çabaları olduğunu öne sürmüştür. Leib, hastalığın gelişiminde, omnipotan, despot ve aşırı koruyucu olarak içselleştirilen anne tasarımlarının rolü olduğunu savunur (84).

Meares, OKB'li hastaların kendilik sınırları kavramının yeterince gelişmemiş olduğunu, hastalığın bu nedenle geliştiğini öne sürer. Bunun aşılması için çocuğun, başkalarının sadece kendi uzantıları olmadığını, kendilerine ait düşünceleri ve istekleri olduğunu kabul etmesi gerekir. Meares, tedavide bu kişilik yapısının ele alınmasını ve kendilik duygusunun, düşüncelerin bireyin kendisine ait olduğunun işlenmesi gerektiğini savunur (85).

2.1.3.7 Bilişsel Teori

OKB'nin etiyolojisi hakkında pek çok teori öne sürülse de bilişsel davranışçı model, tedavideki etkinliği ve ampirik kanıtlar bakımından güçlü olmasıyla bozukluğun açıklamasında önemli bir yer tutmuştur (86). Obsesif kompulsif bozukluğun bilişsel modeli; abartılmış tehdit algısı, belirsizliğe tahammülsüzlük, aşırı sorumluluk, düşünce eylem kaynaşması, düşünceye aşırı değer verme ve mükemmeliyetçilik gibi işlevsel olmayan inançların bozukluğun sürdürümünde temel bir rolü olduğunu ileri sürer (87,88). OKB'nin bilişsel modeli intruzif düşüncelerin genel popülasyonda ve obsesif hastalarda içerik olarak değişmediği fakat bu intruzif düşüncelerin nasıl değerlendirildikleri ve bu düşüncelere yapılan atıfların farklı olduğunu öne sürer (89–93). Bilişsel teori açısından bakıldığında zarar verme ile ilgili aşırı sorumluluk duygusu OKB'de diğer anksiyete bozukluklarına göre farklılık gösterir. Pek çok anksiyete bozukluğunda kişi kendisi zarar göreceğinden korkarken OKB'nin bilişsel hipotezinde bu durum başkalarına zarar geleceği ve bundan sorumlu olacağı veya suçlanacağı endişelerini içerir (16).

Rachman alanda öncü olan obsesyon teorisinde, istenmeyen intruzyonların aşırı huzursuz edici oluşunu bu kişilerin gerçek kendiliği hakkında bir şeyleri açığa çıkaracaklarına inanmasıyla oluştuğunu söyler (91). Purdon ve Clark ego-distonik intruzyonların obsesyonlara dönüşme ihtimalinin daha fazla olduğunu çünkü kendiliğe bakışı tehdit ettiğini öne sürmüştür (94). Clark kendilik kavramlarından emin olmayan bireylerin istenmeyen intruzyonları temel kişisel değer ve ideallere tehdit olarak algılamaya daha açık olduğunu söylemiştir (94). Bu tür intruzyonların görmezden gelinmesi ve benlik saygısının böylelikle korunması yerine OKB'li bireyler bu tür negatif intruzyonları kimlik hissiyatı, ahlaki bütünlük, zarar verebilirlik açısından önemini abartıyor görünmektedir (21,22).

Aardema ve Connor yeteri kadar gelişmemiş benlik kavramının kendilikten şüpheye, kendini aşırı gözetmeye, benlik kavramına güvensizliğe ve sonuç olarak kendiliğin farazi ihtimallerinde boğulup kalmaya neden olduğunu öne sürmüştür. Yazarlar oluşan stresi yatıştırmak için benliği korumak ve düzeltmek üzere kompulsif davranışlar geliştiğini söylemiştir (95).

Bilişsel teoriye göre OKB çoğunlukla hastalık veya ailenin dağılması gibi stresli yaşam olayları ile genetik yatkınlığı bulunan, depresif, yüksek ahlaki standartlara mecbur bırakan sosyal çevrede büyüyen, düşünce ve eylem

sorumluluğunu bir tutan, kontrolcü ve aşırı sorumlu, kendinden şüphe eden, öz etkinliği düşük gençlerde tetiklenir (96).

Psikoanalitik, bilişsel, gelişimsel ve sosyal perspektifleri işin içine katarak, Guidano ve Liotti (1983) ikircikli kendilik kavramına ve erken yaşam deneyimleri nedeniyle yüksek ahlaki mükemmeliyetçiliğe sahip olan kişilerin OKB geliştirmeye yatkın olduklarını öne sürmüştür. İkircikli benlik kavramı ilişkili üç özellik temeline dayanır; çelişkili benlik görüşü, benlik saygısı hakkında belirsizlik, kişinin öz değerini olumlaması için yoğun uğraşı. Guidano ve Liotti'nin ikircikli kendililik modeli OKB ile ilgili bir grup işlevsel olmayan inancın gelişimi ve sürdürümünde oynadığı rolü teorik çerçevede ifade etmektedir (97–99).

Ödün vermek zorunda ya da yetersiz hissettiği belirli alanları aşırı önemseyen kişiler benliğin bu hassas yönünü tehdit eden intruzif düşünceler hassas olabilir. OKB'li bireyler bu intruzyonları, kendilikle ilgili anlamlı işaretçiler olarak görme eğilimindedirler. Bu da bu tür düşüncelere verilen işlevsel olmayan yanıt ihtimalini artırır (23).

2.1.4 Klinik Görünüm

OKB'si olan çocuk ve ergenler çoğunlukla huzursuzluk ve aşırı zaman harcama nedeniyle tedaviye gelirler. Başlangıcı genellikle sinsi olduğundan işlev kaybının oluşması belirtilerin başlamasından çok sonra olabilir. Çocukluk başlangıçlı OKB'de iki yaşa kadar erken olgular bildirilmişse de tipik olarak erkek çocuklarda 7-9 yaşları arasında kız çocuklarında ise 11-13 yaşları arasında başlar. Çocuklarda OKB sıklığı erkeklerde kızlara göre 3/2 oranında daha fazla bulunmuştur (44,56,100). Tanı alan çocukların sıklıkla tek ya da ilk çocuk olması dikkat çekicidir (5,29).

Erişkin hastalarla yapılan bir çalışmada OKB'nin prodromal döneminde anksiyete ve özgüven sorunları tespit edilmiştir (14). Erken başlangıç şiddet ve gidiş açısından daha olumsuz seyreder. Erkek cinsiyet, komorbid tik, aile öyküsü ve diğer OKB spektrum bozuklukları erken başlangıçlı OKB'de daha sık görülür (101).

Pediyatrik OKB erişkin hastaların klinik görünümüyle büyük oranda örtüşür ancak çocukların hastalığı fark etmeleri zaman alabilir veya hastalığını belli etmemeye çalışabilirler. Bu yüzden tanı almaları çoğunlukla zorlaşır (102). Obsesyon ve kompulsyonlar birbirinden bağımsız olarak görülebilir ancak çoğu zaman beraber

görülürler. Ülkemizde pediatrik 35 OKB hastasının katıldığı yapılan bir çalışmada hastaların %85.7'sinde obsesyon ve kompulsiyonun birlikte bulunduğu, %14,3'ünde obsesyonun eşlik etmediği kompulsiyonun bulunduğu bildirilmiştir (103). Özellikle okul öncesi çocuklarda obsesyon olmadan kompulsiyon görülmesi sıktır ancak saf obsesyon görülmesi çocuk ve ergenlerde sık değildir (104). Çocuk ve ergenlerde sık görülen obsesyonlar; kirlenme ve bulaşma (%40-76), kuşku (%20-50) kötü bir şey olacağı düşüncesi (%20-24), hastalık-ölüm düşünceleri (%20-40), cinsel obsesyonlar (%4-20), simetri ve düzen obsesyonları (%8-17) dini obsesyonlar (%10-13), yasak ve saldırgan düşünceler (%4-12), idrar-kaka kaçırma ile ilgili obsesyonlar (%8) ve kendine veya başkasına zarar verme (%4-8) obsesyonlarıdır. Sık görülen kompulsiyonlar; yıkama (%50-85), kontrol etme (%40-65), düzenleme-sıralama (%30), sayma (%20-35) dokunma (%8-20), tekrarlama (%0-70), biriktirme (%0-20), zihinsel kompulsiyonlar (%4) ve yavaşlıktır (%4) (5,40,105).

İçgörü görünümünden tedavi yanıtına kadar pek çok değişkeni etkileyebilir, içgörüsü sınırlı olan olgularda bozukluğun daha ağır seyrettiği ve tedavi yanıtının daha düşük olduğu bildirilmektedir (106,107).

2.1.5 Tanı ve Değerlendirme

Psikiyatrik hastalıkların neredeyse hemen hepsinde tanısız sınırlar epey silik iken bu durum OKB'de özellikle ön plana çıkar. Örneğin, çocuk ve ergenlerde uzunlamasına yapılan bir çalışmada alışkanlık olarak yapılan obsesif kompulsif belirtilerin toplumda %21-25 arasında olduğunu göstermiştir (108). Dahası özellikle okul öncesi çocuklarda çeşitli büyüsel düşünce ve davranışların sıkça görüldüğü ve olağan olduğu bilinmektedir (36). Bu tanısız güçlüklerin yanında çocuklar özellikle OKB'nin doğası gereği anlamsız ve saçma buldukları belirtilerden dolayı sıklıkla utanırlar ve semptomları gizleme eğilimi gösterebilirler. Özellikle okul gibi toplumsal ortamlarda belirtilerini kontrol ederken evde kendilerini tamamen bırakabilirler. Bu yüzden ebeveyn, öğretmen ve kardeş gibi çocuğun yakın olduğu diğer kişilerden bilgi almak önemlidir (109).

Bütün hastalardan tıbbi öykü alınmalı ve hastalara fizik muayene yapılmalıdır. Nörolojik muayene OKB ilişkili beyin bölgelerini kapsayacak şekilde yapılmalıdır. Yapılan psikiyatrik muayenede ise DSM-5'te belirtilen karakteristik semptomların varlığı ya da yokluğu araştırılmalıdır. Bireysel görüşmelerin amacı hastanın gelişimsel durumunu göz önünde bulundurarak bozukluğun boyutunu ve ilişkili

olabilecek diğ er tanı ve belirtileri belirlemektir. OKB belirtileri artıp azalma gösterebildiğ i için geçmişteki belirtiler atlanmamalıdır (56). Klinisyen hastanın zayıf ve güçlü yönlerini, korku ve umutlarını başarı ve hayal kırıklıklarını belirlemelidir. Belirtiler yalnızca akademik ve sosyal işlevselliğ i bozmakla kalmaz aynı zamanda çocuğ un kendini nasıl gördüğ ünü de etkiler. Aile dinamiklerini anlamak özellikle çocuğ un OKB belirtilerinin aile üzerindeki etkisini ve ailenin OKB belirtilerine katkısını anlamak açısından önemlidir. Ebeveynler çocuklarının psikotik ya da tedavi edilemez olduklarını düşünerek suçlu hissedebilir, klinisyenlerin de onları yargılayacağından korkabilirler (110).

Eğ er ani başlangıç söz konusu ise enfeksiyon, romatizmal ateş ve Sydenham koresi hakkında bilgi almak gerekir. Psikiyatrik muayenede OKB'ye ek olarak diğ er psikiyatrik bozuklukların da taranması gerekir.

DSM-5'e göre yeniden uyarlanan Okul Çağ ı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu – Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T), yarı yapılandırılmış tanısal değerlendirme araçlarındandır ve OKB'nin çocuk ve ergenlerdeki tanısal görüşmesinde sıklıkla kullanılır (111). Çocuk ve ergenlerde OKB'nin klinik görünümü ve belirti şiddetini değerlendirmek için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış araçlar Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeğ i (ÇY-BOKÖ), Leyton Obsesyon Ölçeğ i- Çocuk Versiyonu'dur (LOÖ-ÇV). (112,113).

Tablo 1.1. DSM-5'e göre OKB Tanı Ölçütleri: (1)

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

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

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

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

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

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

2- Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacı ile yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştirileceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da aşırı bir düzeydedir. Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilir.

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, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisi ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

D- Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileri ile daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkarma ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide [saç yolma bozukluğunda] olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında 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 bozukluğunda 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 olmadığını ya da olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımıdadır.

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

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

Varsa belirtiniz:

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

Henüz OKB tanısı koymakta kullanılabilecek genetik, nörofizyolojik test ya da beyin görüntüleme tekniği bulunmamaktadır.

2.1.6 Eşlik Eden Tanılar

Pediyatrik OKB hastalarının yarısından fazlasında en az bir komorbidite bulunduğu gösterilmiştir (40,114). 11 epidemiyoloji çalışmasının gözden geçirmesinde OKB'si olan çocuk ve ergenlerin OKB olmayan gruba göre çok daha yüksek oranlarda eş zamanlı ruhsal bozukluk tespit edilmiştir (56).

- Herhangi bir psikiyatrik bozukluk, %63-97
- Duygudurum bozuklukları, %13-70
- Anksiyete bozuklukları, %13-70
- Yıkıcı davranış bozuklukları, %3-57
- Tik / Tourette bozukluğu, %13-26
- Gelişimsel bozukluklar ve konuşma bozuklukları, %13-27
- Enürezi, %7-37
- Yaygın gelişimsel bozukluklar, %3-7
- Özellikle ergenlerde yeme bozuklukları (115)

OKB'si olan ergenlerde eş zamanlı duygudurum bozukluğu ve psikoz görülme riski artarken, erken başlangıçlı OKB'si olan çocuklarda DEHB ve anksiyete bozuklukları daha yüksek oranda görülür (116). Bazı vakalarda ayrılık kaygısı erken başlangıçlı OKB'nin öncülü olabilir (56). Sadece bir komorbiditenin eşlik etmesi durumunda dahi klinik görünüm ve gidişat oldukça olumsuz etkilenir. Komorbidite

azalmış psikososyal işlevsellik ve tedavi yanıtı ve tedavi sonrası artmış tekraralama riski ile ilişkilidir (117,118).

2.1.7 Ayırıcı Tanı

Pediyatrik OKB'nin ayırıcı tanısı, özellikle eşlik eden tanıların istisna değil kural olmasından dolayı oldukça zorlayıcı olabilir. Daha önce de belirtildiği gibi gelişimsel özelliklere bağlı davranışlar mutlaka dışlanmalıdır. Çocuklarda belirli dönemlerde tekrarlayıcı ve törensel davranışlar, simetri veya büyüsel düşünce normal olarak görülebilir. Normal davranışlar genellikle 8 yaş civarında kaybolur ve çoğunlukla çocuğun anksiyetesini azaltmak ve sosyal fonksiyonlarını artırmak gibi yapıcı işlevleri bulunur.

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) OKB ile sıklıkla birlikte görülür (119). OKB ile YAB semptomları büyük oranda örtüşüyor olsa da endişenin içeriği temel farklılıktır. YAB ile ilişkili endişeler daha çok günlük hayata dair nispeten gerçekçi ve benliğe uyumlu endişeler iken, OKB de düşünceler çoğunlukla saçma veya uçarıdır.

Erişkinlerde obsesyonların gerçekçi olmayan doğası hakkındaki içgörü OKB'yi psikotik bozukluklardan ayırmaya yararken çocuklarda bu çok mümkün olmayabilir. Psikotik bozukluklarda tekrarlayıcı davranışlar anksiyeteyi azaltmak gibi bir amaç içermezler.

Otizm spektrum bozukluğunda (OSB) obsesif kompulsif davranışlar bozukluğun doğası gereği bulunabilir. OKB'de belirtiler çoğunlukla ego-distonik ve rahatsız edici olarak algılanırken OSB'de bu semptomlar fazla ya da problemliler olarak görülmezler (56).

Bazı tikler kompulsiyonlara çok benzerler. Örneğin belirli sayıları tekrarlamak gibi karmaşık motor tikler görünürde kompulsiyonlardan neredeyse ayrılamazlar. Ayırım yapmak için davranışın motor hareketi tetikleyen duyuşsal fenomenle mi yoksa belirli bir düşünceyi ya da hissi takiben oluşan huzursuzluğu gidermek için yapılan kompulsiyonla mı ilişkili olduğuna bakılmalıdır (56).

Diğer ruhsal bozukluklarda çeşitli belirtiler OKB semptomlarıyla örtüşebilir ve bozuklukların diğer özellikleri DSM-5 kriterleri göz önünde bulundurularak ayırıcı tanı yapılabilir.

2.1.8 Tedavi

Çocuklarda ve ergenlerde OKB'nin etkin tedavisi aile dinamiğini hesaba katan, maruz bırakma ve tepki önleme temelli bilişsel davranışçı terapi (BDT) ile özellikle terapinin tek başına yetersiz kaldığı ve semptomların çok şiddetli olduğu durumlarda farmakoterapinin bileşiminden oluşur(120). Hem selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) hem de BDT'nin etkinlikleri sistematik olarak çalışılmış ve etkili bulunmuştur (121).

OKB'de BDT'nin temel prensibi kademeli maruziyet ve tepki önlemeye dayanır. Tekarlayan uygulamalarla çocukların aynı durum karşısında en az anksiyete duyacağı duyarsızlaşma hedeflenir. Maruz bırakma ve tepki önleme kaygı yönetimi ve sönümlenme gibi çoğunlukla diğer davranışsal tekniklerle birlikte uygulanır. Özellikle ergenlerde sıklıkla bilişsel yeniden yapılandırma, obsesyonların normalize edilmesi ve OKB'ye özgün bilişsel hataların fark edilerek yeniden yapılandırılması önemlidir. Tedavi genellikle 12-20 hafta arasında sürer ve tedavi planlamasında çocuğun gelişimsel durumunu göz önüne almak gerekir. Çocuklarda BDT'nin temel bileşenleri psikoeğitim, OKB'yi dışsallaştırma, OKB'yi tanıma, maruz bırakma ve tepki önleme, bilişsel terapi, ailenin çalışılması ve relaps önleme ve güçlendirmedir (120).

Çocuk ve ergenlerde OKB'nin tedavisinde etkinliği kanıtlanmış ilaçlar SSRI grubundan olan fluoksetin, sertralin ve fluvoksamin ile bir trisiklik antidepresan olan klomipramindir. SSRI'lar nispeten düşük yan etki profili ve kullanım kolaylığı nedeniyle öncelikli olarak tercih edilirler. Hafif ve orta şiddet OKB'nin tedavisi için ilk basamak yaklaşım BDT'dir. Daha şiddetli olgularda ise BDT ile SSRI kombinasyonu önerilmektedir. Tedaviye dirençli OKB'de sırasıyla; SSRI, SSRI değiştirmek, SSRI ile antipsikotik güçlendirmesi, klomipramin ve SSRI ve klomipramin kombinasyonu algoritması ile ilaç tedavisi düzenlemesi önerilir. Çocuk ve ergenler SSRI kullanımına bağlı olarak gelişebilecek intihar düşünce ve davranışları ve mani belirtileri açısından klinisyen ve aile tarafından yakından takip edilmelidir(122).

Tedavi etkinliklerinin değerlendirildiği bir meta analizde 25 randomize kontrollü çalışmanın dâhil edildiği BDT için etki büyüklüğü -0,53, 9 randomize kontrollü çalışmanın dâhil edildiği SSRI'lar için etki büyüklüğünün -0,48 olduğu bulunmuştur. Kombinasyon tedavisi ile ortalama -0,80 düzeyinde bir etki büyüklüğü

görülmüş olup üç yöntemin de çocuklarda OKB tedavisinde etkili olduğu görülmüştür (123).

2.1.9 Gidiş ve Sonlanım

Çocukluk çağına başlayan OKB azalıp artan bir seyirle çoğunlukla erişkinlikte devam eder. OKB'si olan çocukların % 50'sinde erişkinlik döneminde bozukluğun sürdüğü; % 25'inin eşik altı OKB bulguları gösterdiği, % 25'inin ise OKB bulgusu göstermedikleri bilinmektedir (56). 521 çocuk/ergen katılımcı ile 1-15,6 yıl takip aralığı ile uzunlamasına yapılan 22 çalışmanın meta-analizinde hastaların %60'ında eşik altı ve tam belirtilerin devam ettiği bulunmuştur. Bu meta-analizde ayrıca erken başlangıç, uzamış hastalık süresi ve yataklı tedavi almış olma faktörlerinin daha yüksek kalıcılıkla ilişkili olduğu gösterilmiştir (124).

Çocukluk çağı OKB'si yeterli tedavi alınamadığında oldukça engelleyici ve ciddi sonuçları olan, hastaların çoğunda kronik fakat dalgalı seyir gösteren bozukluktur. Semptomlar bazen aylar hatta yıllarca iyi olabilir fakat sonrasında öncesinde olduğundan daha kötü bir şekilde geri de dönebilir. Çocukluk çağına OKB, ebeveynlerden ayrışma-bireyselleşme veya mesleki başarı gibi alanlarda uzun dönem işlevsellikte önemli düşümlere yol açabilmektedir (56).

Eskiden düşünüldüğünün aksine çocukluk çağı OKB'sinin daha iyi seyir gösterebileceği ile ilgili kanıtlar artmaktadır (56). Çocuk hastaların tedavi ile ortalama %60'ı tanı kriterlerini karşılamayacak duruma gelir ve bunların da yaklaşık üçte ikisi (toplamda %40) tamamen iyileşebilir. Bununla birlikte komorbidite, erken başlangıç, semptomların süresi, psikososyal işlevselliğin bozuk olması, tedaviye zayıf yanıt, tiklerin varlığı ve ebeveyn psikopatolojileri kötü prognostik faktörlerdir (125).

2.2 Benlik (*The Self*)

2.2.1 Giriş

Benlik modern psikolojide en çok çalışılan ve üzerine düşünülen başlıklardan biri olmasına rağmen tanımı üzerinde tam bir uzlaşımın olmadığı çok yönlü bir kavramdır. Çünkü durağan bir tanım olmaktan ziyade, benlik ve kendilikle ilgili süreçler çok yönlü, katmanlı ve hiyerarşik bir yapılanma olarak kabul edilir. En kısa tanımıyla kendimizle ilgili hissettiklerimiz benlik saygısını, kendimize dair inançlarımız ise kendilik kavramımızı ifade eder.

Benlik konusuna ilişkin ilk modern psikolojik açıklamalar William James'e aittir. James'e göre benlik, kişinin kendisinin ne olduğunu söyleyebileceği her şeyin toplamıdır. *Principles of Psychology* kitabında, maddesel benlik, sosyal benlik, ruhsal benlik ve saf ego olmak üzere dört benlik türü tariflemiştir. James yine benliği bilen ben (*I*) ve bilinen ben (*me*) olarak ikiye ayırmıştır. Buna göre maddesel, ruhsal ve sosyal benlik bilen yani özne olan bene, saf ego ise bilinen bene yani nesne benliğe karşılık gelmektedir (126).

Baumeister (1998) benliğin üç ana temel özelliğini üzerine düşünebilen bilinçlilik (*reflexive consciousness*), kişilerarası ilişkiler, seçim yapma ve kontrol etme olarak organize etmiştir. Üzerine düşünebilen bilinçlilik kişinin kendisinin farkında olma ve kendi hakkındaki şeyleri bilme durumudur. Benliğin ikinci temeli kişiler arası ilişkiler üzerine inşa edilmiştir. Buna göre benlik öylece ortaya çıkmaz, bunun yerine diğer insanlarla etkileşim ve iletişim ile şekillenir. Ayrıca benlik diğerleriyle sosyal amaçlara hizmet edecek şekilde de etkileşime girer. Son olarak seçim yapma ve kontrol, kişinin her şeye rağmen hayatını nasıl şekillendireceğini ve nasıl yaşayacağını belirleyen önemli bir benlik işlevidir (127). Benlik; benlik kavramı, benlik şemaları, öz-farkındalık, benlik saygısı, öz-kontrol, kimlik, benlikle uyumsuzluk, öz-değerlendirme, öz-etkinlik, kendini düzenleme gibi pek çok başlık için kimi zaman aynı anlamda kullanılan bir terim kimi zaman da hepsini ifade eden kapsayıcı bir ifade olmuştur. Baumesiter benliği tek bir başlık olmaktan ziyade birbirine gevşek biçimde bağlı alt başlıklar oluşumu olarak nitelemiştir (128).

2.2.2 Benlik Saygısı

Benlik saygısı benlik kavramının duygulanımla ilişkili ve kendini değerlendiren yönünü simgeler; kişilerin kendileri ile ilgili nasıl hissettiğini vurgular. Alandaki öncü isimlerden olan Rosenberg (1965) benlik saygısını kişinin kendisine ilişkin nihai olumlu değerlendirmesi olarak tanımlamış ve yüksek benlik saygısını bireyin kendisine saygı duyması ve kendisini değerli görmesi ile ilişkilendirmiştir. Sedikides ve Gress (2003) benlik saygısını, kişinin kendi değerini, kendisine saygısını, kendine güvenini ve kendisi ile ilgili olumlu ve olumsuz görüşlerine ilişkin öznel takdirini algılanma yorumu olarak tanımlamışlardır. Buna göre benlik saygısı aynı zamanda kişinin yetenekleri, kazanımları ve sosyal ilişkilerine dönük inançları ile ilişkilidir (akt.) (18). Bununla birlikte benlik saygısı ile narsisizm arasında bir ayırım yapmak gereklidir; benlik saygısı kendine dönük olumlu bir tutum ve kendini

kabul vardır fakat kendini diğerlerinden üstün görme bulunmaz. Yine narsisizm, büyüklenmecilik, kibir, ben merkezilik, diğerlerini kullanma ve empati yoksunluğuyla ilişkilidir ve sosyal uyumu bozucu sonuçlara yol açar. Yüksek benlik saygısı ise sosyal olarak girişkenlik ve diğerleri ile uyumlu ve iyi geçinebilme ile ilişkilidir (129).

Benlik saygısı kişinin kendisine dönük bilişsel atıflarına eşlik eden duygulanım deneyimleri kapsayan kendilikle ilgili global bir öz değerlendirme olarak da düşünülebilir (130). Yani benlik saygısı kişinin kendisini değerlendirmesini takiben ortaya çıkan duygulanımı içermektedir. Brown, Dutton ve Cook (2001) benlik saygısının üç farklı kullanımını belirlemiştir: (a) kişilerin karakteristik olarak kendileri hakkında ne hissettiğini ifade eden bütüncül ya da belirli özellikleriyle ilgili benlik saygısı, kendine dönük duygulanım; (b) farklı yetenek ve niteliklere dönük öz değerlendirme ve (c) geçici duygusal durumlarda kendiliğe dair hisler (131).

Benlik saygısının en kısa ve veciz tanımları muhtemelen sözlüktedir. TDK sözlüğünde öz saygı “insanın kendine duyduğu saygı, onur, haysiyet, izzetinefis” olarak açıklanırken, Webster sözlüğünde ise “kişinin kendisinden memnuniyeti” olarak tanımlanmıştır (132).

Teorisyenler farklı türlerde benlik saygısı ayrımları yapmışlardır; bağlamsal-bağlamsal olmayan, ifade edilen-örtük, otantik-göstermelik, sabit-kararsız, bütüncül-özgün. Benlik saygısının boyutsallığını bazı yazarlar bu tekil bütüncül özellik olarak değerlendirirken bazıları ise çok boyutlu bağımsız alt kümeler (performans, sosyal, fiziksel ilişkin benlik saygısı) olarak düşünmüşlerdir (133).

İfade edilen ve örtük benlik saygısı birbirinden çeşitli bakımlardan ayrılırlar. Örtük benlik algısı erken dönemlerden itibaren gelişmeye başlayan öz değerlendirmelerin sonucu olan inançlar ile ilişkilidir. DeHart (2006) ebeveynlik stillerinin çocukların örtük benlik algısıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Örtük benlik saygısı zaman içinde gelişimiyle otomatik bir sürece döner, hızlı ve kendiliğinden bir değerlendirmenin yanında kolaydır ve ancak kontrol edilmesi güç, bilinçten uzak işleme modudur (134). İfade edilen benlik saygısı süreci yavaş, niyetli, bilinçli, kontrollü, çaba ve motivasyon gerektiren, temel duygulanımın değerlendirildiği, öz bildirim dayalıdır. Örtük benlik saygısında bu süreç hızlı, kendiliğinden, çoğu zaman farkında olunmayan, kontrolü güç, çaba gerektirmeyen

gözleme dayalıdır (135). İfade edilen benlik saygısı öz bildirim dayalıdır ve çok iyi bir iç gözlemin yanında yansız skorlama gerektirir. Kişilerin benliğine ilişkin gerçek inançlarını gösterme bakımından örtük benlik saygısı ölçümlerinin daha yararlı sonuçlar verebilir. Ancak sıkça kullanılan ifade edilen benlik saygısı ölçeklerine karşı bir üstünlük taşıyıp taşımadığı konusunda daha fazla araştırma gereklidir (133).

2.2.3 Benlik Saygısının Gelişimi

Benlik saygısının gelişimi, uzun ve inişli çıkışlı bir süreci kapsar. Bu durum hem kısa süreli ve geçici olan benlik saygısı hem de uzun dönemdeki nispeten daha genel benlik saygısı açısından geçerlidir. Çeşitli travmatik yaşam olayları da uzun vadeli olarak benlik saygısını etkileyebilir. Benlik saygısının duygulanım ile ilişkili gelişim modeli benlik saygısının erken yaşam olaylarına bağlı ilişkisel ve mizaç ile ilgili faktörlere yanıt olarak oluştuğunu söyler. Sonrasında da kişiye kendi öz değerini koruması ve yükseltmesi için zemin oluşturur (136)

Yaşam boyu benlik saygısının nasıl değiştiğinin araştırıldığı 4-94 yaşları arasındaki 160.000'den fazla kişinin dahil edildiği bir meta-analizde benlik saygısının istikrarlı ve olağan bir şekilde hayat boyu değiştiği gösterilmiştir. Buna göre benlik saygısı erken ve orta çocuklukta artarken ergenlik boyunca nispeten sabit bir seyir izler. Genç erişkinlikte güçlü bir şekilde yükselir orta erişkinliğe kadar yükselmeye devam eder ve 60-70 yaşları arasında en yüksek noktasına ulaşır ve sonrasında yaş ilerledikçe düşmeye başlar. Yazarlar bu sonuçların pek çok değişkene göre (cinsiyet, etnisite, farklı ülkede yaşama) değişmediğinden sonuçların oldukça güvenilir olduğunu belirtmektedirler. Normal gelişimsel engellere rağmen benlik saygısının uzun yıllar boyu olağan ve düzenli bir seyir izlemesi kişilik özelliği kadar sabit bir faktör olabileceğine işaret etmektedir (129).

Erken sosyal davranışsal ve psikolojik faktörlerin 16 yaşındaki benlik saygısına etkisi araştıran bir çalışmada, zekânın, davranış problemlerinin ve kontrol odağının benlik saygısını etkilediği bulunmuştur. Yüksek sosyoekonomik seviyeye mensup olma, yüksek bilişsel kapasite, iç denetim odağında yüksek puan ve daha düşük davranış problemi skorları 16 yaşında daha yüksek benlik saygısı ile ilişkili bulunmuştur (137). Benlik saygısı kişinin iyilik halini ve iş, sağlık ve ilişki gibi alanlarda başarılı olmasını etkilediğinden benlik saygısının iyileştirilmesine yönelik adımların pratik önemi vardır. Etkili müdahalelerin benlik saygısını artırabildiği gösterilmiştir (138)

2.2.4 OKB'de Benlik

Pek çok kişi tarafından tecrübe edilen negatif intruzyonların nasıl obsesyona dönüştüğüne henüz tam olarak yanıt bulunamamıştır. Salkovskis ve Rachman gibi bilişsel kuramın öncüleri intruzyonların nasıl değerlendirildiğine bağılı olarak intruzyonların obsesyona dönüştüğünü ya da dönüşmediğini öne sürmüşlerdir. Salkovskis'e göre kişi düşüncelerinden dolayı mesul olacağını düşündüğünde o düşünce hakkında ruminasyonlar ve düşünceyi etkisiz kılmak için kompulsif eylemler geliştirme ihtimali daha yüksektir (99). Bu durum obsesyonların oluşum ve gelişiminde kendiliğe ilişkin daha özgün inançların, OKB'de görülen aşırı sorumluluk hissi veya düşüncelere aşırı değer verme gibi genel bilişsel stillere ek olarak rol oynadığını göstermektedir (139). Rachman intruzif düşüncelerin kişisel öneme dair felaketleştirilmiş yorumlarını, obsesyonların oluşumunda ve devamında ana sebep olarak öne sürmüştür. Buna göre intruzif düşünceler kişinin karakteri hakkında, kötücül, tehlikeli, güvenilmez ve potansiyel olarak kontrol edilemeyen yönlerini açığa çıkarma tehdidi içerdiğinde obsesyonlar oluşmaktadır. Kompulsiyonlar ve diğer kaçınma davranışları, kişinin benliğinin korktuğu yönlerini gizleme ve olumlu bir benlik temsilini korumaya çalışmasının sonucu olarak ortaya çıkar (99). Salkovskis (1999) ise benliğin ahlaki ve toplumsal yönünü aşırı önemseyen kişilerde abartılmış sorumluluk ile birlikte bir zarara sebep olacağı veya zararı önleyemeyeceği endişesi olduğunu öne sürmüştür (22).

OKB'nin mevcut bilişsel modeli benlik algısının belirli intruzyonlara karşı oluşturulan yanıtta önemli rol aldığını söyler ve bu konuda çeşitli teoriler önerilmiştir. Alanda öncü teori Guidiano ve Liotti'ye (1983) aittir. Araştırmacılar obsesyonelliğin etiyolojisi hakkında geniş bir literatür taramasına ve kendi vakalarından yaptığı çıkarımlara dayanan önemli bir teori geliştirmiştir. Bowlby'nin (1969) çalışmalarından da esinle, kişinin kendisini nasıl gördüğünün yani ilk benlik görüşünün erken bağlanma deneyimleriyle oluştuğunu öne sürmüşlerdir. Buna göre bu bağlanma deneyimleri kişinin içsel çalışma modelini oluşturarak kişinin kendisi ve ilişkileri hakkındaki beklentilerini belirlemede önemli rol oynar. Ergenlik süreci ile bilişler daha soyut hale gelir ve kendilik bütüncüllüğü adına geçmiş deneyimlerle sık sık bağlantı kurulur. Bu yüzden yazarlar benlik kavramının çocukluk deneyimleriyle bağlantılı olduğunu ancak bununla sınırlı olmadığını ifade etmişlerdir. Yazarlar psikoanalitik, sosyal, bilişsel ve gelişimsel pencerelerden

bakarak, ikircikli kendilik kavramına (*ambivalent self-concept*) sahip olan bireylerde, bu benlik zeminine ek olarak erken yaşam deneyimleriyle oluşmaya başlayan ahlaki mükemmeliyetçiliğe aşırı odaklanmanın, OKB'ye yatkınlık oluşturduğunu ileri sürmüşlerdir. Sağlıklı bir bağlanma ilişkisi temelinde çocuklar kendilerine en yakın kişilerden düzenli olarak geri bildirim alır, ebeveynler çocukların içsel durumlarını tanıyarak uygun duygusal yanıtlar verir. Bu ebeveyn aynalamasının sonucunda çocuklarda kendiliğe dair ilk inançlar şekillenmeye başlar. Guidiano ve Liotti ikircikli kendiliğe sahip bireylerde bağlanma ilişkisindeki karşılıklılığın zayıf olduğunu, ebeveyn davranışlarının çocuk tarafından memnuniyet veren ancak kendi değeri hakkında şüpheye düşürücü olarak algılandığını öne sürmüştür. Bu açıdan bakıldığında kuram, OKB'nin aslında reddedici ancak kendisini her açıdan adanmış gibi gösterip öyle davranan ebeveyn tutumlarıyla ilişkili olduğunu iddia etmektedir (98). Guidiano bu tartışmayı biraz daha ileri götürerek, bağlanma boyunca çocuğun çevresini tekinsiz ve kontrol edilemez olarak görmesinin, çocuğu güvensiz ve herhangi bir bilgiye inanmakta güçlük yaşayan birisine dönüştürdüğünü bu yüzden karşıt hisler arasında salınımlar yaşattığını söylemiştir. İstenmeyen intruzyonlar kişinin öz saygısını tehlikeye atarsa çoğunlukla ikircikli kendiliğe sahip kişilerin yüksek ahlaki standartları nedeniyle alarm durumu oluşur. İntruzyonlara dikkat kesilip önem verdikçe ise sıklık ve şiddeti artmaktadır (140).

Guidiano ve Liotti'nin teorisini sınanan pek çok deneysel çalışma vardır. Riketta ve Ziegler (2006) benliğe dair çelişkili inanç ve hislerin yani ikircikli benliğin düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Buna göre benlik saygısı düşük olan bireylerin büyük çoğunluğunda ikircikli benlik yapısı hakimdir; yani benliğe dair olumlu ve olumsuz hisler aynı anda bulunabilir ve benliğe ilişkin tehdit edici hisler deneyimlenir. Yazarlar, ikircikli benliğe sahip kişilerde istenmeyen intruzyonların benlik üzerine daha fazla olumsuz etki oluşturduğunu öne sürmüşlerdir (141). Başka bir çalışmada ikircikli benlik oluşumuna en fazla katkı yaptığı düşünülen ebeveyn rolü ve bağlanma araştırılmış, ikircikli benlik gelişiminin ikircikli ebeveynlik, ikircikli bağlanma ve güvensiz kimliğin güçlü bir şekilde korele olduğu görülmüştür. Bu değişkenlerin obsesif inanışlar ve OKB semptomlarıyla da güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (142). Yine Bhar ve Kyrios anksiyete ve depresyon kontrol edildikten sonra yapılan regresyon analiziyle ikircikli benlik ölçüm puanlarının OKB'yi öngördüğünü bulmuşlardır (99,143). Her ne kadar

çalışmaların kesitsel doğası neden sonuç bildirmese de Gudiano ve Liotti'nin kuramını destekliyor görünmektedir.

Rachman intruzif düşüncelerin kişisel öneme dair felaketleştirilmiş yorumlarının obsesyonların oluşumunda ve devamında ana sebep olarak öne sürmüştür (91). Benzer şekilde Clark ve Purdon da düşüncelerin ya da inançların kişisel benlik duygusuyla (*sense of self*) uyumsuz olmasının obsesyonların alevlenmesine katkı yaptığını öne sürmüştür. OKB'nin ego-distonik rolünü vurgulayan yazarlar istenmeyen intruzif düşüncelerin kişinin kendilik görüşüne aykırı olanların önemli ve tehditkâr olarak algılanıp kişinin kendisini sorgulamasına ve kompulsiyonlara yol açtığını ifade etmişlerdir. (89). Gudiano ve Liotti (1983), Bhar (2004) ve Clark (2004) obsesyona yatkın insanların önceden var olagelen kırılgan benlik görüşü (*self-view*) olmasından dolayı bu kırılgan zemine denk gelen istenmeyen intruzif düşüncelerin çok önemli veya tehdit edici olarak algılandığını tartışmışlardır (98,99). Doron ve arkadaşları çalışmalarında benliğin hassas parçalarına, yani kişinin hayatta güvensiz olduğu alanlara odaklanmış ve hatalı bilişlerin temel benlik algısını tehdit ettiğini öne sürmüştür (23). Aardema ve O'Connor savunmasız ve kırılgan benlik temalarının kişinin benliğine güvenmesine engel olarak duygusal bilgiden ziyade obsesyon ihtimaline güvenmeye neden olduğunu ileri sürmüş ve buna “çıkarımsal şaşkınlık” demişlerdir. OKB'deki disosiyatif süreçleri de açıklayabilecek bu kurama göre uzak öznel ihtimallere bütünüyle çekilmek obsesyonların gerçek gibi algılanmasına neden olur (139,144). Bu konuya OKB ve disosiyasyon bölümünde yer verilecektir.

Yapılan çalışmalar da bilişsel kuramı destekler niteliktedir. Daha üzücü obsesyonların daha az üzücü olanlara göre kendiliğin değer verilen yönlerine daha zıt düştüğü ve benlik açısından daha anlamlı olarak algılandığı bulunmuştur (145). Yine istenmeyen düşüncelere yanıt olarak oluşan nötralizasyon davranışlarının benlik değerini artırdığı gösterilmiştir (146). Başka bir çalışmada OKB vakaları ile anksiyete bozukluğu olan grup görsel intruziyonlar açısından karşılaştırılmış ve OKB'li grupta kabul edilemez zarar verme düşüncelerine eşlik eden tehlikeli birisi olduğuna dair çıkarımlar olduğu görülmüştür. Yazarlar bu durumda tedavide benliğe dair temel inançların çalışılarak benlik kabulünün artırılmasının öncelikli rol alabileceğini öne sürmüşlerdir (147).

Başlangıçta erişkinler üzerinden geliştirilen bilişsel kuramın pediatrik yaş grubuna uyarlanabileceği, aşırı sorumluluk, düşünce eylem kaynaşması ve üst bilişler gibi OKB'nin bilişsel özelliklerinin çocuk ve ergenlerde de uygulanabilir olduğu görülmüştür (148). Farrell ve Barrett (2006) erişkin OKB'sinde gözlemlenen bilişlerin çocuklar için de tipik olduğunu bulmuş, modelin çocuklara uygulanabileceğini söylemişlerdir (149).

2.2.5 OKB'de Benlik Saygısı

Düşük benlik saygısının depresyon başta olmak üzere pek çok psikopatolojide rol oynayabildiği bilinmektedir. Ancak bu ilişkinin doğası henüz tam olarak anlaşılmış değildir. Fennel (1997) bu ilişkiye dair üç temel örüntü tanımlamıştır. İlk olarak psikolojik problemler oluşturduğu etki ile kişinin benlik saygısını düşürebilir. İkinci durumda belli başlı bazı ruhsal bozukluklar kişinin kendini nasıl algıladığına doğrudan etki ediyor olabilir. Yani düşük benlik saygısı bozukluğa özgün bir nitelik taşıyabilir. Üçüncü olarak ise düşük benlik saygısı belirli ruhsal bozukluklar için temel bir yatkınlık faktörü olabilir (akt.) (16). Böylece özgün bozukluklar için risk oluşturur. Özellikle depresyonda bu yatkınlığın önemli olduğu düşünülmüştür (138).

Düşük benlik saygısının psikolojik bozuklukların hem gelişiminde hem de sürdürümünde rolü olduğu gösterilmiştir (9–13). Fava ve arkadaşlarının (1996) yaptığı geriye dönük bir çalışmada anksiyete, irritabilite, kararsızlık ve depresif belirtilerin yanında düşük benlik saygısının OKB'nin prodromal belirtilerinden biri olduğu bulmuş ve OKB'ye yatkınlık oluşturabileceği bulunmuştur (14). Genel bir yatkınlık faktörü olmanın dışında Wu ve ark. (2006) düşük benlik algısı ve düşük yetkilendirmenin (*low entitlement*) OKB'yi diğer mental bozukluklardan ayırabildiğini göstermiştir (15). Yine Ehntholt (1999) ve arkadaşları çalışmasında anksiyete bozukluğu, OKB ve klinik olmayan örnekleme benlik saygıları bakımından karşılaştırmıştır. Anksiyete bozukluğu ve OKB'li grupta benlik saygısı klinik olmayan örnekleme kıyasla anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu durumda yazarlar benlik saygısının psikopatoloji gelişimine genel yatkınlık oluşturmasının daha muhtemel olabileceğini ifade etmiştir. Ancak anksiyeteli gruba göre OKB'li hastaların düşük benlik algılarının başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme ile ilişkili olduğunu, dolayısıyla anksiyete ve OKB grubu arasında özgün farkların olabildiğine dikkat çekmişlerdir (16). Husain ve arkadaşları (2014) Pakistan'da düşük gelirli nüfusta yaptıkları çalışmada 65 OKB olan vaka ile 30 kontrol grubunu

benlik saygısı bakımından karşılaştırmış ve sonuçlar OKB'li grupta belirgin ve anlamlı şekilde benlik saygısının daha düşük olduğunu göstermiştir (17). Alandaki en güçlü çalışmalardan birisi Ahern'in (2012) erişkin grupla yaptığı tez çalışmasıdır. Bu çalışmanın ilk kısmına ilişkin bulgu ifade edilen ve örtük benlik saygısı arasındaki farkın OKB şiddeti ve özellikle obsesyon ile güçlü şekilde ilişkili olduğudur. Çalışmanın ikinci kısmında istenmeyen intruzyonlar etkisiz kılınmadığında kişinin öz değerine olan inancının zayıfladığı görülmüştür. Çalışma, Bhar ve Kyrios'un (2004, 2007) da bulgularıyla uyumlu olarak ikircikli benlik yapısının OKB gelişimine yatkınlığı artırdığını göstermektedir (18). Alandaki diğer önemli ve ergen grubunu kapsayan bir çalışma da anksiyete bozukluklarının benlik saygısı üzerine etkisinin uzunlamasına izlendiği çalışmadır. 13, 16 ve 22 yaşlarında benlik saygısı ölçümleri yapılarak kontrol grubu ve anksiyete bozukluğu grubu izlenmiştir. Bu çalışmada genel popülasyonda yaşla birlikte benlik saygısı genel olarak artmış, kızlarda erkeklere göre daha düşük benlik saygısı bulunmuştur. Anksiyeteli grupta daha düşük benlik saygısı bulunurken, OKB ergenlikten genç erişkinliğe geçişte benlik saygısı gidişatında ciddi bir düşüşü öngördürmüştür. Yazarlar OKB'li bireylerin benlik saygılarını yüksek ahlaki, sosyal ve fiziksel standartlar ile ilişkilendirdiğini ve kendilerinin olumsuz yönlerini daha çok görmeye meyilli olmalarından dolayı bu bireylerin düşük benlik saygısı açısından daha riskli olduğunu belirtmişlerdir (150). Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında erişkin grupta Y-BOCS üzerinden 16 ve üzeri puan alan 127 kişi ile bu puanın altındaki 86 katılımcı benlik saygısı bakımından karşılaştırıldığında ilk grupta benlik saygısının anlamlı derecede düşük olduğu ve daha yüksek dış denetim odağı olduğu bildirilmiştir (19).

2.3 Disosiyasyon

2.3.1 Giriş

Disosiyasyon benlik algısını ve gerçeklik hissiyatını etkileyen bellek, kimlik ve algılamanın bütünleştirilmesindeki kesinti olarak tanımlanabilir. Aslında bir bakıma bütünleşmiş olması beklenen benliğin kopukluğudur. Bu entegrasyonun yapılamaması, şiddetine bağlı olarak disosiyatif bozukluklar olarak tanımlanan çeşitli psikiyatrik tabloların oluşmasına neden olur. Alanda ilk kullanımı Pierre Janet tarafından olsa da aslında çok eski çağlardan beri bu klinik tablolara uygun vakalar bildirilmiş, cin çarpmasından duygusal travmaya kadar çeşitli açıklamalar

getirilmiştir. Janet, Freud ve Charcot gibi öncüler disosiyasyon ve konverisyonu histerinin alt başlıkları olarak görmüş, disosiyasyon oluşumunda duygusal travmanın merkezi rolünü vurgulamışlardır (151). Disosiyasyon, özellikle çocukluk çağında meydana gelen travmatik olaylarla, cinsel ve fiziksel istismarla ilişkilidir ve kötü muameleye maruz kalan çocuklarda bağlanma örüntüleriyle de paralel olarak disosiyatif yatkınlık artmaktadır(152). Hatta tüm psikiyatrik tanı grupları içerisinde çocukluk çağı travmalarının en yüksek olduğu grubun disosiyatif kimlik bozukluğu olduğu bildirilmiştir (153).

Disosiyasyon temelde her bireyde bulunan ve uyuma hizmet eden bir kapasite olarak düşünülebilir. Ancak erken başlayan kronik travmatizasyon ile sağlıklı gelişim süreci aksar ve bu düzenek patolojik bir hal alabilir. Travma verilen tepki kişinin yaşantısının bölünmesi şeklinde olabilir; böylece travma bilinçten uzaklaştırılır ancak bölünmüş anılar travmanın işlenmesini ve hafıza ile yeniden entegre edilmesini zorlaştırır. Dalgınlık, unutkanlık, hayallere dalma, nerede olduğunu ve zamanı bir anlığına unutmama günlük hayatta yaşanan disosiyatif durumlara örnek olarak verilebilir (154). Patolojik disosiyasyonun klinik görünümü olan disosiyatif bozuklukların neredeyse tamamı çocukluk döneminde başlar. DSM-5'te patolojik disosiyasyon, Disosiyatif Bozukluklar tanı kümesi altında Disosiyatif Kimlik Bozukluğu, Disosiyatif Amnezi, Depersonalizasyon / Derealizasyon Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Disosiyatif Bozukluk ve Tanımlanmamış Disosiyatif Bozukluk şeklinde sınıflandırılmıştır. Disosiyatif kimlik bozukluğunda iki ya da ikiden çok kişilik bölünmesi bulunur ve bu bölünme kendilik duygusunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin belirgin olarak bozulmasını kapsar; duygulanım, davranış, bilinçlilik, bellek, algı, biliş ya da motor ve duyuşal işlevlerde kayıp gözlenir. Bunlara ek olarak disosiyatif bozukluklarda ciddi unutkanlıklar ve hafıza boşlukları gözlenmektedir (1). Disosiyatif bozukluklar kendi başına bir kategori olmasının yanında sınır kişilik bozukluğu, yeme bozuklukları, konversiyon bozukluğu, panik bozukluk, alkol bağımlılığı, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve OKB gibi pek çok psikiyatrik bozukluğa da eşlik edebilir (akt) (155).

Hayatlarının erken döneminde oldukça savunmasız ve güçsüz durumda olan çocuklar travmatik olaylara özellikle daha duyarlıdırlar. Çocuğun maruz kaldığı travma genellikle en yakın kişiler tarafından uygulanır ve çocuğun bu durumdan kaçması neredeyse imkansızdır. Bu şartlarda çocuğun gerçeği yeniden

değerlendirmesi gerekir ve çocukların gerçekliğe yeni bir izafiyet kazandırarak tehlikeden fiziksel olarak uzaklaşmadığı durumlarda acı ve korkudan içsel ve zihinsel bir içe kaçışla güvenliklerini sağlama yetenekleri devreye girer. Tekrarlayıcı bir şekilde travmatize olan çocuklar bu ayrışma yeteneğini ya normal olmayan biçimlerde ya da normal ancak aşırı bir şekilde kullanırlar. Böylece disosiyasyon otomatik, ilkel ve koruyucu bir savunma işlevi görür. Travma kurbanı artık başka bir çocuktur, travmatik anılar bir kapsülle çevrilip bilinçten koparılır ve normalde hatırlanamayacak bir derinliğe gömülür (156).

Putnam çocuklarda disosiyatif belirtilerin klinik görünümünü üç grupta toplamıştır. Birincil belirtiler; (a) geçici bilinç kayıpları, karmaşık bir davranışın hatırlanamaması, basit şeylerin unutulması, yetenek ve beceride dalgalanmalar, füğ epizotları ve otobiyografik bilgi verememe gibi hafıza bozukluklarını (b) uzun dalmalar, işitsel varsanılar, hızlı regresif davranışlar, pasif etkilenme yaşantıları ve farklı alter kişiliklerin ortaya çıkması gibi disosiyatif süreç belirtilerini ve (c) tekrar yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılma gibi travma sonrası stres belirtilerini kapsar. İkincil belirtiler depresyon, anksiyete, duygulanım oynaklığı, somatoform şikâyetler ve özgüven problemlerini içerir. Son olarak üçüncül belirtiler intihar düşünce ve girişimleri, kendine zarar verme davranışları, davranım sorunları, cinsel riskli davranışlar ve akademik problemler ile kendini gösterir (157).

Yaygın kanaat disosiyasyonun diğer klinik durumları taklit edebilmesi ve klinisyenler arasında farkındalığının düşük olması nedeniyle yeterince tanınmadığı ve vakaların uzun müddet tedavisiz kalabildiğidir. Vaka raporları ve takip çalışmaları erken müdahalenin disosiyatif belirtilerin sağaltımında önemli olabileceğini ve çocukların normal gelişime uygun bir erişkin gidişatına ulaşabileceğini göstermektedir (158).

2.3.2 Disosiyasyon ve OKB

Yakın zamanda disosiyasyon ve OKB ilişkisine dönük araştırmalara ilginin arttığı görülmektedir. Bununla birlikte bu bağlantıya dönük ilk bulgular 1946 yılında Shorvon tarafından bildirilmiştir. Shrovon çalışmasında depersonalizasyon bulguları olan hastaların %88'inde belirgin obsesif özellikler bildirmiş ve sonraki çalışmalarda da bu yatkınlığı destekleyen kanıtlar bulunmuştur (24,159). OKB'nin şiddeti ile disosiyatif belirtiler arasında bağlantıya ek olarak belirli alt tiplerin ve özellikle

kontrol etme kompulsiyonunun disosiyasyonla daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur (26,160).

OKB ve disosiyasyon ilişkisi pek çok teori ile izah edilmeye çalışılmıştır. Bazı yazarlar bunun çevrede oluşan değişiklik ve gerçekliğe yeteri kadar uyum sağlayamamanın bir sonucu olduğunu öne sürmüş bazı araştırmacılar ise OKB'deki aşırı kontrol etmenin disosiyasyonla ilişkisini gerçeği izleme (*reality monitoring*) yetisinin bozulmasıyla izah etmişlerdir (161). Gerçekliği izleme beynin bellekten çağrılan bilgilerin doğru olup olmadığını denetlemesi sürecidir. Bu teorilere ilişkin çelişkili sonuçlar bildirilirken en tutarlı görünen bulgulardan biri disosiyasyonun eşlik ettiği OKB'de gerçekliğe karşı güvenin azalmış olmasıdır (162,163). Bu durum bir uyarana absorbe edilme, dikkatin daralması ve tek bir uyarana aşırı dikkat vererek gerçekliğin diğer boyutlarının hesaba katılmaması ile ilgili görünmektedir. Bu yüzden dışsal gerçekliğe duyulan güven azalır ve kompulsif kontrol etmelere yol açabilir (24,25,140).Yapılan pek çok çalışmada OKB'li hastaların disosiyasyon puanları ile belleğine olan güvenleri arasında bir ilişki olduğu, disosiyasyon puanları arttıkça belleklerine olan güvenlerinin azaldığı bulunmuştur(162–164) .

Fiziksel, cinsel ve duygusal istismar ve ihmalin disosiyatif yatkınlıkla yakın bağlantısı bilinmektedir (165). OKB hastalarının travmatik olaylara daha fazla maruz kaldığını gösteren pek çok çalışma göz önünde bulundurulduğunda, OKB'deki disosiyatif mekanizmanın travmatik olaylara bağlı yatkınlığın artmasıyla, obsesyonların getirdiği stresle başa çıkabilmek adına bir savunma olabileceği görülmektedir (166,167). Disosiyatif belirtiler, obsesif kompulsif ve disosiyatif semptomların şiddetindeki yükselmelerin birbirini karşılıklı olarak etkilediği bir düzeye kadar telafi edici bir rol oynayabilir (155). OKB'deki disosiyasyonun çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili olduğuna dair kanıtlara rağmen bunun çocukluk çağı travmasıyla ilgili olmak zorunda olmadığını gösteren sonuçlar da bildirilmiştir (168) .

OKB'deki disosiyatif mekanizma için önerilen başka bir model de çıkarımsal temelli yaklaşımdır (*inference based approach*). Bu modele göre uzak ve öznel ihtimallere güvenmek obsesyonlara aşırı kapılmaya ve bunların gerçek gibi yaşantılanmasına yol açar. Gerçekliğin bu şekilde sislenmesine farklı derecelerde kopma ve derealizasyona eşlik eder. Çıkarımsal Konfüzyon Ölçeği (ÇKÖ) kişinin duyular yerine hayale ne kadar güvendiğini ölçen bir envanterdir. OKB hastalarında

negatif duygulanım ve bilişsel atıf biçimlerinden bağımsız olarak obsesif kompulsif semptomlarla ÇKÖ puanlarının ilişkili olduğu gösterilmiştir. ÇKÖ puanları aynı zamanda fantaziye yatkınlık ve algısal bozulmalarla da ilişkili olan şizotipal semptomlarla da yakından bağlantılı bulunmuştur (140).

Hayal dünyasına ve içsel imgelere fazlasıyla dalmak gerçeklik ile fantezi arasındaki sınırı silikleştirebilir. Bununla ilgili yapılan bir çalışma disosiyasyonun, özellikle de absorbe edilme türünün çıkarımsal şaşkınlık (hayale aşırı güvenme ve duyulara güvenememe) ile ilişkili olduğunu göstermiştir (140). Ek olarak absorbe edilmenin tedaviye dirence özgün disosiyatif alt grup olduğu bildirilmiştir (26). Daralan dikkat ve gerçeklik-fantezi sınırlarının silikleşmesi muhtemelen dış dünyanın olaylarına karşı unutkanlık, bilişsel yetersizlik ve içsel uyarıların yanlış algılanmasına neden olmaktadır. Bu yüzden OKB'deki disosiyasyon muhtemelen yalnızca absorpsiyon mekanizmasıyla değil aynı zamanda amnezi ile de ilişkilidir (26,161). Yine ek olarak daralan dikkat gerçeklik hissiyatını değiştirerek depersonalizasyon ve derealizasyon bulgularına yol açabilir (26).

Soffer-Dudek'in (2014) önerdiği modele göre absorpsiyon bir uyarana karşı dikkatin yoğunlaşarak çevreye yeteri kadar dikkat verememeye neden olur. Bu daralan dikkat, çevreden bihaber olmaya yol açar. Fantaziye yatkınlık ve dikkatin çok hızlı değişmesi de bulunabilir, böylelikle gerçekliğe güvenin azalması kompulsif kontrollere neden olur. Absorpsiyon da aynı zamanda gerçekliğe güveni daha da azaltan amneziye yol açabilir. Depersonalizasyon ve derealizasyona bakıldığında ise OKB'nin oluşumunda bir rol oynamaktan ziyade OKB'den dolayı ortaya çıktığı öne sürülmektedir (161). Bununla birlikte, OKB'de belleğin ve dikkatin azalmış ya da bozulmuş olduğunu söylenemez. Bunun yerine OKB'de seçici bir bellek ve dikkat işleyişinin olduğu, bellek ve dikkat yanlılığının, obsesyon ve kompulsiyonlarla ilişkili, kaygı verici ya da tehdit edici uyarılara yönelik olduğu ifade edilmektedir (169). Yazarlar bilişsel ve davranışsal ketleme sorunlarının ve karar verme sürecindeki bozuklukların, OKB'nin öncü klinik belirtilerinden olabileceğini ileri sürmüşlerdir (155).

OKB ve disosiyasyon çeşitli şekillerde ilişkili görünmekle birlikte henüz aralarındaki ilişki tam olarak açığa kavuşturulamamıştır. OKB'de BDT'ye yanıtızlığın bir etkeni olarak bildirilen disosiyasyon (170) yeni tedavi modellerinin geliştirilmesinde dikkate alınması gereken önemli bir etken olabilir.

2.3.3 Disosiyasyon ve Benlik

Benlik kavramı erken dönem yaşantıları ve bağlanma ile yakın ilişkisinden dolayı pek çok psikolojik süreçle olduğu gibi disosiyasyon ile de bağlantılıdır. Uzunlamasına yapılan çalışmalar erken çocukluk dönemi uygun afektif uyumlamanması ile gelişim boyunca süren motivasyonel, duygusal, davranışsal ve uyumsal işleyiş arasındaki bağlantıyı desteklemektedir. Duygu düzenleme kapasitesi, bakım verenle kurulan birincil fiziksel ve afektif ilişkinin kalitesine bağlıdır. Bu nitelik ve kalite, disosiyasyon gibi telafi edici sistemlerin anlaşılması açısından önemlidir. Duygu düzenlemedeki bozulmanın bakımdaki bozulmayı yansıttığı ve bakım veren ile çocuğu ihtiyaçları arasında iyi bir eşleme olmadığına göstergesi olduğu düşünülür. Benliğe dair beklentiler, diğeri ve diğeri ile ilişki içinde olan benlik gibi temsili içsel süreçlerin gelişimi ve bunları düzenleme kapasitesi erken dönem ilişkileri bağlamında gelişir (171).

Dezorganize bağlanma, kendilik ve nesnenin bütünleşmesini engelleyebilir, böylece benlik yapılanmasını ayırmaya yatkın hale getirir. Bağlanma ilişkisindeki çelişkili etkileşimler dezorganize bağlanmaya ve disosiyatif benlik oluşumuna neden olabilir. Bağlanma, benliğin, bakıcının ve ilişkinin niteliğinin karmaşık zihinsel temsilleri ile düzenlenir ve bu nedenle benliğin gelişiminde önemli bir yer tutar. İçsel veya dışsal herhangi bir stres varlığında, bağlanma sistemi, çocuğu bakıcıya yakınlık aramaya motive ederek çocuğun güvenlik arayışını kontrol eder. Organize olmayan bağlanma, bir çocuğun bir ebeveyne veya diğeri önemli bir bakıcıya bağlanmayı sürdürmek için tutarlı bir strateji oluşturamadığı durumlarda ortaya çıkar, çünkü bakıcı güvenlik sağlayamaz veya çocuğu tehdit eder (172). Dezorganize bağlanma ile disosiyasyon arasında ilişki olduğunu gösteren araştırma kanıtları vardır (152,173–175).

Gelişim aslında karmaşıklık, bütünleşme ve farklılaşmada ilerleme olarak tanımlanır. Tipik olarak normal gelişimde kendilik organizasyonunun karmaşıklık ve bütünleşme bakımından daha esnek seviyelere ilerler. Patolojik disosiyasyon çekirdek benlik süreçlerinin parçalanması ve böylelikle gelişimde karmaşıklık artarken bütünleşmenin gerçekleşmemesi durumudur. Bütünleşme ve disosiyasyon belirgin deneyimler karşısında benlik gelişiminin antagonist seçenekleri olarak görülür. Eğer deneyim tanınıyor ve kabul ediliyorsa bütünleşme gelir, disosiyasyon hâkim olursa benliğin bölünmesi söz konusudur. İyi bir bakım ilişkisi sonucunda

çocuklar hem afektif hem bilişsel olarak üretilen bilginin farkına varır ve zaman içerisinde artan bir karmaşıklık ve esneklikle içsel ve kişisel arası ihtiyaçlarını karşılamak için bu boyutları bütünleştirebilir (172).

Çocukluk çağında travma gibi başa çıkılması zor duygusal deneyimler normal disosiyatif yatkınlığı patolojik disosiyasyona dönüştürebilir. Bu dönüşüm, bakım veren ilişkisinin kalitesi yanında çocuğun kendini sakinleştirebilme, deneyimi dil ve oyunla sembolize edebilme gibi çocuğun gelişimsel kapasitesine bağlıdır. Disosiyatif savunmaya yatkınlık güvenilir bir destek ve öz-etkinliğin bulunmadığı durumlarda artar. Çelişkili ve dramatik olarak dalgalanan ebeveyn yanıtları, olgunlaşmamış bilişsel kapasiteyi zorlayabilir bu da kendi ve diğerleri hakkında uyumsuz beklentilere yol açar (175). Tekrarlayıcı bir şekilde “çözumsuz savaşıma” tekniği dikkat ve davranış stratejilerini çökertebilir ve düzenleyici sistemlerdeki bu yetersizlik çoklu ipuçlarına karşı aynı anda yanıt verme çabasına bu da disosiyasyona dönüşür. Bağlanma bozukluğunun davranışsal belirtileri olan durgunluk, donup kalma, çelişkili ya da sonu getirilmeyen davranışlar aslında disosiyatif savunma mekanizmalarının sonraki fenotipik özellikleridir (172).

Travmada kişi aslında deneyimin sözel olmayan ve dil öncesi kısımlarında işlenen sessiz terörü yaşamaktadır. Tahammül edilemez yaşantılar ve buna karşı koyacak desteğin yokluğunda duygulanımların dile dökülme kapasitesi bozulur ve afektif gelişim ve bütünleşmenin önü tıkanarak gelişim disosiyasyon alternatif yollara kayabilir (176).

Erken çocuklukta süregelen disosiyasyon temel benlik süreçlerini, diğerlerinin davranışlarının sonuçları hakkındaki beklentiye ve kendini gözlemlenme ve çıkarım yapabilme becerilerini bozar. Aslında tipik olarak yeteri kadar iyi bir ortamda büyüyen çocuk zıt beklenti ve inançları bütünleştirebilecek kapasiteye ve benliğine dair pozitif yanlılıkla bir inanca ulaşmayı başarır (177). Benlik sürecinin işleyişindeki bozulmalar deneyimin en temel seviyelerinde vuku bulur. Motivasyonel seviyede, disosiyatif süreçler (aynı zamanda intruzif düşünce ve eylemler) kendiliğe, ilişkilere ve güvenlik duygusuna dair olumlu beklentiler geliştirmeyi bozar. Disosiyatif süreçler kişiyi yavaş yavaş edilgen olma hissine çeker, sanki olup biten olaylar benliğin dışında gerçekleşmektedir. Yapılan çalışmalar travmatik deneyimler ile düşük benlik saygısı arasında ilişki bulunduğunu göstermektedir (akt.) (172).

Çocuklarda uyumlu ilişkisel benliğin gelişiminde normatif disosiyasyon gelişimsel bir başa çıkma vazifesi görürken, travma, kötü muamele, ihmal gibi bağlanma bozukluklarına yol açan durumlarda disosiyasyon uyumsuz bir savunmaya dönüşüp benlik gelişimini ve bütünlüğünü sekteye uğratmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Örneklemi

3.1.1 OKB Grubu

Çalışma, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde Aralık 2018 ile Aralık 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. OKB grubu için 11-17 yaş arasında 54 çocuk ve ergen değerlendirilmiştir. OKB grubunda değerlendirilen olguların 2 tanesi Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu –Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) görüşmesinde şimdi-OKB tanı ölçütlerini karşılamamıştır. Yine OKB grubundan 4 kişi (1 anoreksiya nevroza, 1 psikotik bozukluk ve 2 OSB) bu tanısal görüşme sonucunda araştırmanın dışında bırakılmıştır. OKB grubunda araştırmaya katılan 7 kişi ise kendilerine verilen formları araştırmacılara iletmedikleri için çalışmaya dahil edilememiştir. Böylece OKB grubunu 24 kız ve 17 erkek ile 41 olgu oluşturmuştur. Çalışmaya davet edilen aileler ve çocuklar çalışma hakkında bilgilendirilmiş, yazılı onamları alınmıştır.

Araştırmaya 11-17 yaş arasında, DSM-5'e göre OKB tanısı alan, araştırmanın amacı ve uygulanacak testler açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden, uygulanacak testlere koopere olabilen, okur-yazar ve aile ve çocuk tarafından bilgilendirilmiş olur formu imzalayan katılımcılar dahil edilmiştir.

Tıbbi öyküde epilepsi, başka nörolojik ve genetik hastalık veya travmatik beyin hasarı hikayesi, kronik ve ciddi tıbbi hastalık, zihinsel yetersizlik, ağır şiddet depresyon, mani, hipomani, bipolar bozukluk, şizoafektif bozukluk, şizofreniform bozukluk, kısa tepkisel psikoz, enürezi, enkoprezi, anoreksiya nevroza, bulimia, tıknırcasına yeme bozukluğu, alkol, madde kullanım bozukluğu, OSB ailesi ya da kendisi tarafından çalışmaya katılmanın istenmemesi durumunda olgular çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.1.2 Kontrol Grubu

Kontrol grubuna, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Pediatri Polikliniği'ne başvuran 11-17 yaş arası çalışmaya katılmaya gönüllü olan 101 çocuk ve ergen alınmıştır. Kontrol grubu için değerlendirilen 101 kişinin 2'si psikopatoloji bildirdiği için, 4'ü formları özensiz doldurduğu için, 2'si ikiden fazla formu tamamıyla boş bıraktığı için çalışmanın dışında bırakılmıştır. Geriye kalan 93 katılımcı çalışmaya dahil edilmiş, Çocuklar için Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y) puanları klinik düzeyde yüksek bulunan 42 katılımcı da araştırmanın dışında bırakılmıştır. Kontrol grubunu 29'u kız 22'si erkek olmak üzere 51 kişi oluşturmuştur. Çalışmaya davet edilen çocuklar ve aileleri araştırmacı tarafından çalışma hakkında bilgilendirilerek, yazılı onam alınmıştır.

11-17 yaş arasında, ebeveyn ve çocuk bildirimlerinde aktif psikiyatrik şikayeti bulunmayan, araştırmanın amacı ve uygulanacak testler açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden, uygulanacak testlere koopere olabilen, okur-yazar ve okuduğunu anlayabilen ve aile ve çocuk tarafından bilgilendirilmiş olur formu imzalayan katılımcılar kontrol grubuna dahil edilmiştir. Aktif psikiyatrik şikayeti veya daha önceden herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunan, kronik tıbbi hastalığı olan, ailesi ya da kendisi tarafından çalışmaya katılmanın istenmediği durumlarda olgular çalışmanın dışında bırakılmıştır.

3.2. Araştırmanın Deseni

Çalışma klinik temelli, tek merkezli, nicel, vaka kontrollü, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olarak tasarlanmıştır.

3.3. Yöntem

Yapılan klinik görüşmede DSM-5'e göre OKB tanısı alan 11-17 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlere araştırmacı tarafından çocuklar ve ebeveynlerine Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-DSM-5 Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) uygulanmıştır. Araştırmamızda bu tanısal görüşmede sadece şimdiki psikopatolojiler taranmıştır. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile ağır şiddet depresyon, mani, hipomani, bipolar bozukluk, şizoafektif bozukluk, şizofreniform bozukluk, kısa tepkisel psikoz, enürezi, enkoprezi, anoreksiya nevroza, bulimia, tıknırcasına yeme bozukluğu, alkol, madde kullanım bozukluğu, OSB tanılarını karşılayan katılımcılar çalışma dışında bırakılmıştır.

Araştırmaya katılan OKB grubuna klinisyen tarafından ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ve Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (ÇY-BOKÖ) uygulanmıştır. Hem OKB hem de kontrol grubunda ebeveynler sosyodemografik bilgi formunu doldurmuştur. Çalışmaya katılan bütün çocuk ve ergenler ise Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (CBSÖ), Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (EDYÖ), Obsesif İnanışlar Ölçeği-Çocuk Versiyonu (OİÇ-ÇV), Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y) ölçekleri verilmiştir. Formların doldurulması için klinik şartların yeterli olmadığı durumlarda katılımcılara formlar teslim edilmiş, yönergeler açıklanmış ve uygun başka bir yer ve zamanda doldurduktan sonra araştırmacılara iletmeleri istenmiştir.

Çalışmanın yapılması için Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurul Komisyonu'ndan onay alınmıştır.

3.4. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları

3.4.1. Klinisyen Tarafından Uygulanan Yarı-Yapılandırılmış, Yapılandırılmış Görüşmeler ve Testler

3.4.1.1. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu –DSM-5 Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)

Kauffman ve arkadaşları tarafından 6-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde psikopatoloji taramak amacıyla DSM-5 tanı ölçütlerine göre geliştirilmiştir. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ünal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (111). ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T'de depresif bozukluklar, mani, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, psikoz, panik bozukluk, agorafobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal fobi, seçici konuşmazlık, özgül fobiler, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, enürezis, enkoprezis, yeme bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, tik bozuklukları, otizm spektrum bozuklukları, sigara/tütün kullanımı, alkol kötüye kullanımı, madde kötüye kullanımı ve travma sonrası stres bozuklukları taramaktadır. Bu yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak bu araştırmada yalnız şimdiki psikopatolojiler taranmıştır.

3.4.1.2. Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (ÇY-BOKÖ):

Yarı yapılandırılmış klinik görüşmeye dayanan, Scahill L ve ark. tarafından 1997 yılında geliştirilmiş olan bu ölçekte değerlendirme, çocuk ve ebeveynin verdiği bilgileri temel alarak görüşmecinin klinik yargısına göre yapılmaktadır. Obsesyon ve kompulsiyon türlerini taramasının yanında 19 puanlanabilir maddeden oluşmaktadır. Toplam skor hesaplanırken 1-10 maddelerin toplamı alınır ancak madde 1A ve 6A da hesaplamanın dışında tutulur. Her bir madde için 0-4 arasında değişen skorlama sonucunda toplam maksimum puan obsesyon için 20 ve kompulsiyon için 20 olmak üzere toplam 40 olabilir. Puanlamada 0-7 arası subklinik, 8-15 arası hafif, 16-23 arası orta, 24-31 arası şiddetli ve 32-40 arası çok şiddetli olarak kabul edilir. OKB hastalarının değerlendirilmesinde oldukça yaygın kullanılan ölçeğin Türkçe güvenilirlik çalışması Yücelen ve ark. (2000) tarafından yayınlanmıştır (178).

3.4.2. Ebeveyn Tarafından Doldurulan Ölçekler

3.4.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan Sosyodemografik Veri Formu'nda çocuk ve ergenin; yaş, cinsiyeti, ikamet ettiği il/ilçe, okul başarısı, arkadaş ilişkileri, herhangi bir tıbbi hastalık öyküsü, kaza ameliyat öyküsü, annenin gebelik dönemine ait sigara ilaç kullanımı, doğum şekli, doğum zamanı, bilgileri sorulurken, anne, babanın; yaş, eğitim düzeyi, mesleği, birlikte yaşayıp yaşamadığı, ailenin toplam geliri, psikiyatrik rahatsızlığı varlığı ve kullandığı ilaçlar, ailede psikiyatrik rahatsızlık varlığı bilgileri sorgulanmıştır. OKB grubunda ek olarak OKB belirtilerinin ne zaman başladığı, tanının ne zaman konulduğu, hangi tedavilerin uygulandığı, toplam tedavi süresi, tedavilerden ne kadar fayda gördüğü sorgulanmıştır.

3.4.3. Çocuklar Tarafından Doldurulan Ölçekler

3.4.3.1. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)

Spence tarafından 1997 yılında geliştirilen Chorpita ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yenilenen ölçek 47 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, DSM-IV'e göre anksiyete bozuklukları ve depresyonu sorgulayan ölçeğin 5 tane alt boyutu bulunur. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu için 7 madde, sosyal fobi için 9 madde, yaygın anksiyete bozukluğu için 6 madde, obsesif kompulsif bozukluğu için 6 madde ve major depresyon için 10 madde bulunmaktadır. Bu maddelerle birlikte tüm ölçek

puanı (anksiyete ve depresyon) ve anksiyete toplam puanları oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 0-3 puan üzerinden skorlanmaktadır. (0=asla, 1=bazen, 2=sık sık, 3=her zaman). Ham skorlar hangi sınıfa gittiğine gör girilir ve T skoru elde edilir. T skorunun her bir alt ölçek için 70'in üzerinde olması klinik düzeyde psikopatoloji varlığına işaret edebilir. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 2016 yılında Görmez ve arkadaşları tarafından 7-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde yapılmıştır. Bu çalışmada ölçek çocuk ve ergenlere ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) ve Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) ile beraber uygulanmış ve obsesif kompulsif bozukluk dışındaki alt boyutlar kullanılan diğer ölçeklerle uyumlu bulunmuştur (179).

3.4.3.2. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (CBSE)

Araştırmada benlik saygısını ölçmek amacıyla Coopersmith (1967) tarafından geliştirilen ve Özoğul (1988) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (CBSE) kullanılmıştır. 58 maddeden oluşan ölçekten yaklaşık beş alt ölçeğe ilişkin puanlar ile benlik saygısına ilişkin toplam puan elde edilmektedir. Genel benlik saygısı için 26 madde, sosyal benlik saygısı aile ve eve ilişkin benlik saygısı okul-akademik benlik saygısı ve yalan değerlendirmesi için 8'er madde bulunmaktadır.

Yalan maddeleri, savunucu tutumları ölçmek içindir ve toplam puana dâhil edilmez. Ölçek maddeleri evet-hayır şeklinde yanıtlanmaktadır. 58 maddeden oluşan bu ölçekte alınabilecek en yüksek toplam puan 50, ya da Coopersmith'in önerdiği gibi $50 \times 2 = 100$ 'dür. Ölçeğin puanlama aşamasında bireylerden beklenen her yanıt için 2, beklenmeyen her yanıt için 0 (sıfır) puan verilmiştir.

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin ülkemizde Özoğul (1988), Güçray (1989), Pişkin (1996, 1997) ve Çevik (2007) tarafından ilkokul ve lise öğrencilerini kapsayan çalışmalar yapılmış ve bu grupta ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir akt. (180).

Araştırmamızda OKB grubundan 3 katılımcı, kontrol grubundan ise 4 katılımcının yalan maddelerden 10 ve üzeri puan aldığı görülmüştür. Gruplar arası bağımsız örneklemelerin t-testi karşılaştırmasında hem toplam puanların (p, 0.52) hem de kategorik değerlendirmelerin (p, 0.92) sonucunda anlamlı fark bulunamamıştır.

Levene testi varyansların homojen olduğunu göstermiştir ($p>0.05$). Yalan maddeler ölçek puanına dahil edilmemiş ancak katılımcılar çalışmadan dışlanmamıştır.

3.4.3.3. Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (EDYÖ)

Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği Armstrong ve arkadaşları tarafından 10-21 yaş arasındaki çocuk ve gençlerde disosiyatif yaşantıları taramak amacıyla oluşturulmuş öz bildirime dayalı ölçektir. 30 maddeden oluşur ve her bir madde için 0-10 (0- asla, 10- her zaman) arasında puanlama yapılması istenmektedir. EDYÖ tanısasal bir ölçek değildir yalnızca disosiyatif yaşantı şiddetini ölçer. EDYÖ puanı bütün skorların toplanıp 30'a bölünerek elde edilir. Disosiyatif unutkanlık, soğurulma ve hayallere dalma, depersonalizasyon, derealizasyon, pasif etkilenme yaşantıları ve kimlik değişimi ile ilgili tarama maddelerini kapsamaktadır. Türkçe'ye çevirisi yapılmış ve geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir (181).

3.4.3.4. Obsesif İnanışlar Ölçeği – Çocuk Formu (OİÖ-ÇF)

Obsesif İnanışlar Ölçeği – Çocuk Formu OKB'nin merkezindeki işlevsel olmayan inançların değerlendirilmesi için geliştirilmiş 44 maddeden oluşan ve 5'li likert tarzında öz bildirime dayalı bir ölçektir. 21 madde sorumluluk / zarar beklentisi, 15 madde kesinlik /düşünce kontrolü ve 8 madde de mükemmeliyetçilik ile ilgili bilişsel inanışları değerlendirmektedir. Coles ve arkadaşları tarafından erişkin formundan uyarlanmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve 11-17 yaş arası çocuk ve ergenlerde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir (113).

3.5. İstatistiksel Analiz

Önce demografik ve klinik özellikler açısından gruplar arasındaki farkları incelemek üzere örnekleme student t-testi, benzerlik oranı testi (LRT) ve ortalama (ort.) (*median*) testi uygulandı. Daha sonra OKB'li grupta ÇY-BOKÖ ve K-SADS-PL DSM-5 profilini incelemek üzere tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Eş-değişkenlerin analizi (ANCOVA) kullanılarak gruplar arasındaki ÇADÖ-Y toplam ve alt ölçek skorları, OİÖ-ÇF toplam ve alt ölçek skorları EDYÖ toplam skoru ve CBSE alt ölçek skorları karşılaştırıldı. Örnekleme OKB tanısına etki eden değişkenleri değerlendirmek üzere, demografik ve klinik özelliklerin ve ÇADÖ-Y, EDYÖ, OİÖ-ÇF alt ölçekleri ve CBSE'nin dört alt ölçeğinin sonuçlarıyla ifade edilen klinik özelliklerin bağımsız değişken olarak alındığı ileri lojistik regresyon analizi uygulandı. Verilerin normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk

testleri ile kontrol edildi. Normal dağılan veriler için Pearson, normal dağılmayan veriler için Spearman korelasyon testleri uygulanarak genel benlik saygısı, OİÖ-ÇF toplam puanı, EDYÖ toplam puanı ve ÇY-BOKÖ toplam puanları arasındaki korelasyona bakıldı. Son olarak ayrı ayrı ÇY-BOKÖ obsesyon ve kompulsiyon şiddetinin potansiyel bağıntısını incelemek üzere ileri seçim metoduyla iki aşamalı çoklu regresyon analizi yapıldı. Demografik ve klinik özellikler (yaş, cinsiyet, anne yaşı, anne eğitim düzeyi, baba yaşı, baba eğitim düzeyi, aylık gelir, anne psikopatolojisi, baba psikopatolojisi, kardeşlerde psikopatoloji, ikinci derece akrabalarda psikopatoloji varlığı ve ailede tıbbi hastalık), ÇADÖ-Y'ün 5 alt grubu (major depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, ve sosyal fobi), OİÖ-ÇF toplamı, EDYÖ toplamı ve CBSE'nin 4 alt kümesi (genel benlik saygısı, sosyal benlik saygısı, aile ve eve ilişkin benlik saygısı, okul-akademik benlik saygısı) regresyon analizinde bağımsız değişkenler olarak yer aldı. Verilerin işlenmesinde IBM SPSS Statistics 23.0 paket programı kullanıldı. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ yeterli kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1 Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Örneklem yaş ve cinsiyet bakımından eşleştirilmiş 2 gruptan oluşturulmuştur. Sağlıklı kontrol grubunda 29 kız (%56.86) 22 erkek (%43.11) toplam 51 katılımcı bulunurken OKB grubunu ise 24 kız (%58.54) ile 17 erkek (%41.46) oluşturmuştur. OKB'li grubun yaşı 14.68 ± 1.94 iken kontrol grubu 14.06 ± 1.64 olarak bulunmuştur. Ortalama yaş ($t(90) = -1.670$, $p = 0.098$) ve cinsiyet ($LRT(1) = 0.026$, Asym. $p = 0.872$) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo 1'e bkz.). Anne (Median Test Asym. $p = 0.136$) ve babaların eğitim düzeyi (Median Test Asym. $p = 0.069$) açısından da gruplar arasında fark bulunmamıştır. Anne ($t(90) = -2.083$, $p = 0.040$) ve baba yaşları ($t(90) = -3.656$, $p < 0.001$) OKB grubunda daha yüksek olmak üzere, gruplar arasında anlamlı olacak derecede farklılık göstermiştir. Gruplar arasında yine annede ($LRT(1) = 10.256$, Asym. $p = 0.001$), kardeşlerde ($LRT(1) = 4.111$, Asym. $p = 0.043$) ve ikinci derece akrabalarda ($LRT(1) = 9.430$, Asym. $p = 0.002$) bildirilen psikopatoloji varlığı bakımından OKB grubunda daha fazla olmak üzere gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 2'ye bakınız). Ek olarak ailede tıbbi hastalık öyküsü bakımından gruplar benzer bulunmuştur ($LRT(1) = 3.305$, Asym. $p = 0.069$)

Tablo 2. Sosyodemografik veriler ve klinik özellikler için tanımlayıcı istatistikler

			Kontrol grubu (n=51)		OKB hastaları (n=41)		
Yaş		(Ort., SS)	14.06	1.64	14.68	1.94	t (90) =-1.670, p =0.098
Anne yaşı		(Ort., SS)	40.57	4.66	42.66	4.94	t (90) =-2,083, p =0.040
Baba yaşı		(Ort., SS)	43.39	5.13	47.63	5.99	t (90) =-3,656, p <0.001
Cinsiyet	Kız	(n, %)	29	%56.86	24	%58.54	LRT(1) = 0.026, Asym. p = 0.872
	Erkek	(n, %)	22	%43.14	17	%41.46	
Anne eğitim durumu	Okur-yazar değil	(n, %)	0	%0.00	3	%7.32	Median Test Asym. p = 0.136
	İlkokul	(n, %)	11	%21.57	18	%43.90	
	Ortaokul	(n, %)	11	%21.57	4	%9.76	
	Lise	(n, %)	18	%35.29	10	%24.39	
	Üniveriste ve üzeri	(n, %)	11	%21.57	6	%14.63	
Baba eğitim durumu	Okur-yazar değil	(n, %)	1	%1.96	2	%4.88	Median Test Asym. p = 0.069
	İlkokul	(n, %)	8	%15.69	11	%26.83	
	Ortaokul	(n, %)	6	%11.76	9	%21.95	
	Lise	(n, %)	19	%37.25	13	%31.71	
	Üniveriste ve üzeri	(n, %)	17	%33.33	6	%14.63	
Aylık gelir düzeyi (TL)	<1500	(n, %)	2	%3.92	3	%7.32	Median Test Asym. p = 0.029
	1500-3000	(n, %)	9	%17.65	15	%36.59	
	3000-5000	(n, %)	21	%41.18	17	%41.46	
	>5000	(n, %)	19	%37.25	6	%14.63	
Annede psikopatoloji		(n, %)	1	%1.96	9	%21.95	LRT(1) = 10.256, Asym. p= 0.001
Babada psikopatoloji		(n, %)	2	%3.92	4	%9.76	LRT(1) = 1.270, Asym. p= 0.260
Kardeşlerde psikopatoloji		(n, %)	1	%1.96	5	%12.20	LRT(1) = 4.111, Asym. p =0.043
İkinci derece akrabalarda psikopatoloji		(n, %)	3	%5.88	12	%29.27	LRT(1) = 9.430, Asym. p = 0.002
Ailede tıbbi hastalık		(n, %)	10	%19.61	15	%36.59	LRT(1) = 3.305, Asym. p =0.069

Not. LRT = Likelihood ratio test; MT= bağımsız grupların ortalaması testi; Asym. p = Asimptotik olasılık. Not. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar kalın gösterilmiştir.

4.2. OKB'li Çocukların Klinik Profili

OKB'li çocuklarda hem semptom şiddetini değerlendirmek hem de obsesyon ve kompulsiyonların klinik görünümelerini belirlemek amacıyla klinisyen tarafından ÇY-BOKÖ uygulanmıştır. Buna göre araştırmaya katılan OKB'li grupta toplam şiddet ortalaması 21.51 (SS, 7,65) obsesyon şiddeti ortalaması 10.68 (SS, 4,7), kompulsiyon şiddeti ortalaması 10.88 (SS, 3,85) olarak bulunmuştur. OKB'nin genel ağırlık skoru ortalaması 3.51 (SS, 0,93)'dir. Bu sonuç ÇY-BOKÖ'de 3 ile belirlenen çabayla işlevsel olabilme ile 4 ile belirlenen işlevselliği kısıtlanmış olmanın arasında yer almaktadır. ÇY-BOKÖ ile elde edilen OKB'nin ağırlık derecelendirmesinin sırasıyla orta (%34.1), şiddetli (%29.3), hafif (%22.0) ve subklinik (%2.4) olarak dağıldığı bulunmuştur.

Obsesyon türlerinin dağılımına bakıldığında OKB'li hastaların %80.49 (n=33) 'unun kirlenme, %46.34 (n=19)'ünün dini, %39.02 (n=16)'sinin büyüsel düşünce / batıl inanç, %36,59 (n=15)'ünün çeşitli-diğer, % 34.15 (n=14)'inin cinsel, %19.51 (n=8)'inin saldırganlık, %14.63 (n=6)'ünün biriktirme / saklama, %4.88 (n=2)'inin somatik obsesyonları bulunduğu görülmüştür.

Kompulsiyon türlerinin dağılımına bakıldığında ise bu grupta %78.05 (n=32) yıkama / temizleme, %51.22 (n=21) kontrol etme, %36.59 (n=15) tekrarlayıcı törensel davranışlar, %34.15 (n=14) sıralama / düzenleme, %29.27 (n=12) aşırı büyüsel düşünce / batıl davranış, %19.51 (n=8) sayma, %12.20 (n=5) çeşitli-diğer, %9.76 (n=4) biriktirme / toplama ve % 9.76 (n=4) diğer insanları içeren törensel davranış kompulsiyonları olduğu bulunmuştur. OKB'li çocuklarda obsesyon ve kompulsiyon türlerinin listesi ve bunların ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. OKB’li çocukların ÇY-BOKÖ profili (N=41)

ÇY-BOKÖ Obsesyon şiddeti	(Ort., SS)	10.68	4.17
ÇY-BOKÖ Kompulsiyon şiddeti	(Ort., SS)	10.88	3.85
ÇY-BOKÖ Toplam şiddet	(Ort., SS)	21.51	7.65
Patolojik sorumluluk	(Ort., SS)	1.22	1.21
Yavaşlama	(Ort., SS)	1.66	0.96
Patolojik şüphe	(Ort., SS)	1.59	1.14
Genel ağırlık	(Ort., SS)	3.51	0.93
ÇY-BOKÖ Ağırlık derecelendirmesi			
Subklinik	(n, %)	1	%2.4
Hafif	(n, %)	9	%22.0
Orta	(n, %)	14	%34.1
Şiddetli	(n, %)	12	%29.3
Çok şiddetli	(n, %)	5	%12.2
ÇY-BOKÖ – Obsesyonlar			
Kirlenme obsesyonları	(n, %)	33	%80.49
Dini obsesyonlar	(n, %)	19	%46.34
Büyüsel düşünce / batıl inanç obsesyonları	(n, %)	16	%39.02
Diğer obsesyonlar	(n, %)	15	%36.59
Cinsel obsesyonlar	(n, %)	14	%34.15
Saldırganlık obsesyonları	(n, %)	8	%19.51
Biriktirme / saklama obsesyonları	(n, %)	6	%14.63
Somatik obsesyonlar	(n, %)	2	%4.88
ÇY-BOKÖ – Kompulsiyonlar			
Yıkama / temizleme kompulsiyonları	(n, %)	32	%78.05
Kontrol etme kompulsiyonları	(n, %)	21	%51.22
Tekrarlayıcı törensel davranışlar	(n, %)	15	%36.59
Sıralama / düzenleme kompulsiyonları	(n, %)	14	%34.15
Aşırı büyüsel düşünceler / batıl davranışlar	(n, %)	12	%29.27
Sayma kompulsiyonları	(n, %)	8	%19.51
Diğer kompulsiyonlar	(n, %)	5	%12.20
Biriktirme / toplama kompulsiyonları	(n, %)	4	%9.76
Diğer insanları içeren törensel davranışlar	(n, %)	4	%9.76

OKB’li hastaların klinik tanı profili ve eştanıları ÇDŞG-ŞY-T DSM-5 uygulanarak belirlenmiştir. OKB grubundaki hastaların %63.41’inde en az bir psikopatoloji eşlik ederken bu grupta hastaların %39.02’si özgül fobi, %21.9’u depresif bozukluklar, %17.07’si sosyal fobi, %16.63’ü tik bozuklukları, %12.20’si

DEHB, ve %9.76'sı ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanı kriterlerini de karşılamıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu (%7.32), panik bozukluk (%2.44) ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) (%2.44) ve TSSB (%2.44) OKB grubunda daha az sıklıkla rastlanan tanılar olmuştur.

Tablo 4. OKB'li çocukların ÇDŞG-ŞY-T DSM-5 profili ve eştanılar (N=41)

Herhangi bir psikiyatrik eştanı	(n, %)	26	%63.41
Özgül fobiler	(n, %)	16	%39.02
Depresif bozukluklar	(n, %)	9	%21.95
Sosyal fobi	(n, %)	7	%17.07
Tik bozukluğu	(n, %)	6	%14.63
DEHB	(n, %)	5	%12.20
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	(n, %)	4	%9.76
Yaygın anksiyete bozukluğu	(n, %)	3	%7.32
Panik bozukluk	(n, %)	1	%2.44
KOKGB	(n, %)	1	%2.44
TSSB	(n, %)	1	%2.44

4.3. Ölçek Skorlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Gruplar arasındaki farkları değerlendirmek için yaş, cinsiyet, anne yaşı, anne eğitim düzeyi, baba yaşı, baba eğitim düzeyi, aylık gelir, anne psikopatolojisi, baba psikopatolojisi, kardeşlerde psikopatoloji, ikinci derece akrabalarda psikopatoloji varlığı ve ailede tıbbi hastalık değişkenleri kontrol edildikten sonra ANCOVA analizi uygulandı. ANCOVA kullanılarak ÇADÖ-Y toplam ve alt ölçek skorları (major depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal fobi ve anksiyete bozuklukları), OİÖ-ÇF toplam ve alt ölçek skorları (sorumluluk / zarar beklentisi, kesinlik / düşünce kontrolü, mükemmeliyetçilik), EDYÖ toplam skoru ve CBSE alt skorları (genel benlik saygısı, sosyal benlik saygısı, aile ve eve ilişkin benlik saygısı, okul-akademik benlik saygısı) gruplar arası farklar incelendi.

Bu analizin sonucu OKB grubunun, ÇADÖ-Y ile belirlenen, genel psikopatoloji ($F(1, 78) = 4.994, p = 0.028, \eta^2 = 0.060$), obsesif kompulsif bozukluk ($F(1, 78) = 7.043, p = 0.010, \eta^2 = 0.083$), ve anksiyete bozuklukları ($F(1, 78) = 4.733, p = 0.033, \eta^2 = 0.057$) alanlarında sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek skorlar aldığını göstermiştir. Yine OKB'li grupta genel benlik

saygısı skorları, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($F(1, 78) = 9.939, p = 0.002, \eta^2 = 0.113$).

Tablo 5. OKB ve kontrol grupları ölçek skorlarının ANCOVA karşılaştırılması (N=92)

	Kontrol Grubu (n=51)		OKB Hastaları (n=41)		F(1, 90)	p	η^2
	Ort.	SS	Ort.	SS			
<i>Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş</i>	47.14	8.03	60.05	19.58	4.994	0.028	0.060
Major depresif bozukluk	46.43	9.06	59.31	21.18	3.503	0.065	0.043
Yaygın anksiyete bozukluğu	47.12	8.02	53.07	15.06	0.580	0.449	0.007
Obsesif kompulsif bozukluk	49.64	9.11	62.81	17.26	7.043	0.010	0.083
Panik bozukluk	49.97	9.46	58.61	18.64	1.910	0.171	0.024
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	51.00	9.02	60.62	19.46	1.912	0.171	0.024
Sosyal anksiyete bozukluğu	44.66	8.20	53.16	14.08	5.239	0.025	0.063
Anksiyete bozuklukları	47.54	8.04	59.24	18.27	4.733	0.033	0.057
<i>Obsesif İnanışlar Ölçeği – Çocuk Formu</i>	119.22	25.55	134.0	35.65	1.304	0.257	0.016
Sorumluluk / zarar beklentisi	65.80	15.02	70.08	18.36	0.158	0.692	0.002
Kesinlik / düşünce kontrolü	31.94	10.46	38.45	14.08	2.354	0.129	0.029
Mükemmeliyetçilik	21.48	5.46	25.48	7.30	2.328	0.131	0.029
<i>Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği</i>	1.83	1.26	2.58	1.79	0.581	0.448	0.007
<i>Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri</i>							
Genel benlik saygısı	39.40	6.91	29.48	11.11	9.939	0.002	0.113
Sosyal benlik saygısı	12.60	2.88	9.86	3.73	3.468	0.066	0.043
Aile ve eve ilişkin benlik saygısı	11.22	3.65	10.59	3.59	0.056	0.813	0.001
Okul-akademik benlik saygısı	9.92	4.06	8.57	5.01	0.075	0.784	0.001

Not. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar kalın gösterilmiştir.

Kontrol grubu ve OKB grubu arasında ÇADÖ-Y'ün major depresif bozukluk ($p, 0.065$), yaygın anksiyete bozukluğu ($p = 0.449$), panik bozukluk ($p = 0.171$), ayrılık anksiyetesi ($p = 0.171$) bozukluğu alt ölçeklerinde anlamlı fark saptanmamıştır. Yine OİÖ-ÇF alt ölçek skorları [sorumluluk / zarar beklentisi ($p = 0.692$), kesinlik / düşünce kontrolü ($p = 0.129$) mükemmeliyetçilik ($p = 0.131$)], EDYÖ toplam skorları ($p = 0.448$) açısından da gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 5'e bkz.).

4.4. Korelasyon Analizleri

Benlik saygısı, OKB'nin şiddeti, disosiyatif yaşantılar ve obsesif inanışların birbirleriyle ilişki ve korelasyonlarını değerlendirmek üzere, genel benlik saygısı, EDYÖ, OİÖ-ÇF ve ÇY-BOKÖ puanlarında verilerin normal dağılımına bakıldı. OİÖ-ÇF (Shapiro-Wilk, $p=0.918$) ve ÇY-BOKÖ'nün (Shapiro-Wilk, $p=0.928$) normal dağıldığı, genel benlik saygısının normale yakın dağıldığı (Kolmogorov-Smirnov, $p=0.043$; Skewness -0.515, standart hata 0.251; Kurtosis -0.336 standart hata 0.498) ve EDYÖ verilerinin normal dağılmadığı (Shapiro-Wilk, $p<0.05$) görüldü. EDYÖ için parametrik olmayan Spearman korelasyon testi uygulanırken, normal dağılan veriler için Pearson korelasyon testi uygulandı. ÇY-BOKÖ, OKB grubundaki 41 kişinin verileri ile EDYÖ, OİÖ-ÇF ve genel benlik saygısı tüm grubun verileri ile korelasyon analizine alındı. Anlamlılık değeri iki yönlü olarak hesaplandı.

Tablo 6. Genel benlik saygısı, EDYÖ, OİÖ-ÇF ve ÇY-BOKÖ değişkenlerine ait ortalama, SS ve korelasyon değerleri (r).

	Ort.	SS	N	Genel benlik saygısı	ÇY-BOKÖ	OİÖ-ÇF
Genel benlik saygısı	34,97	10,24	92	1		
ÇY-BOKÖ toplam puanı	21,51	7,65	41	-,370*	1	
OİÖ-ÇF	125,81	31,17	92	-,512**	,398**	1
<i>Pearson korelasyonu katsayısı</i>						
EDYÖ			92	-,588**	,440**	,374**

Spearman rho korelasyon katsayısı [*. $p<0.05$, **. $p<0.01$ (çift yönlü)]

Yapılan korelasyon analizi genel benlik saygısının ÇK-BOKÖ toplam şiddet puanı ($r=-0.370$, $p = 0.17$), OİÖ-ÇF toplam puanı ($r=-0.512$, $p = 0.000$) ve EDYÖ toplam puanı ($r = -0.588$, $p = 0.000$) ile negatif ve anlamlı bir ilişkisi olduğunu göstermiştir. ÇY-BOKÖ skorları ile OİÖ-ÇF ($r=0.398$, $p = 0.000$) ve EDYÖ toplam skorları ($r=0.440$, $p = 0.04$) arasında ise anlamlı pozitif bir korelasyon bulunmuştur. OİÖ-ÇF skorları ile EDYÖ skorları ($r=0.374$, $p = 0.000$) arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Son olarak EDYÖ toplam skoru ile genel benlik

saygısı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.588$, $p = 0.000$, Tablo 6'ya bkz.).

4.5. Çoklu Lojistik Regresyon Analizi

OKB'nin potansiyel belirleyicilerini değerlendirmek üzere hasta durumunun bağımlı değişken olduğu çoklu ikili lojistik regresyon analizi yapıldı. Demografik ve klinik özellikler (yaş, cinsiyet, anne yaşı, anne eğitim düzeyi, baba yaşı, baba eğitim düzeyi, aylık gelir, anne psikopatolojisi, baba psikopatolojisi, kardeşlerde psikopatoloji, ikinci derece akrabalarda psikopatoloji varlığı ve ailede tıbbi hastalık) ÇADÖ-Y'nün beş alt ölçeği (major depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal fobi ve anksiyete bozuklukları) EDYÖ toplam skoru ve CBSE alt skorları (genel benlik saygısı, sosyal benlik saygısı, aile ve eve ilişkin benlik saygısı, okul-akademik benlik saygısı) lojistik modelde bağımsız değişkenler olarak ele alındı.

Tablo 7. OKB grubu üzerine çoklu lojistik regresyon analizi (N=92)

	Risk Oranı	95% Güven aralığı	p
Yaş	0.947	0.581-1.546	0.829
Cinsiyet	1.047	0.225-4.873	0.954
Anne yaşı	0.777	0.552-1.094	0.148
Anne eğitimi	0.972	0.450-2.099	0.942
Baba yaşı	1.367	0.997-1.875	0.052
Baba eğitimi	0.661	0.315-1.384	0.272
Ailenin aylık geliri	0.619	0.214-1.786	0.375
Annede psikopatoloji	53.267	1.387-2045.790	0.033
Babada psikopatoloji	0.233	0.012-4.463	0.334
Kardeşlerde psikopatoloji	7.147	0.219-232.806	0.268
İkinci derece akrabalarda psikopatoloji	3.535	0.385-32.469	0.264
Ailede tıbbi hastalık	0.694	0.106-4.570	0.704
<i>Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş</i>			
Major depresif bozukluk	1.029	0.949-1.117	0.488
Yaygın anksiyete bozukluğu	0.952	0.872-1.038	0.265
Obsesif kompulsif bozukluk	1.062	0.958-1.177	0.255
Panik bozukluk	0.979	0.886-1.081	0.669
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	1.040	0.946-1.145	0.416
<i>Obsesif İnanışlar Ölçeği – Çocuk Formu</i>			
<i>Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği</i>	0.607	0.275-1.339	0.216
<i>Coppersmith Benlik Saygısı Envanteri</i>			
Genel benlik saygısı	0.847	0.740-0.970	0.017
Sosyal benlik saygısı	0.988	0.712-1.371	0.942
Ail eve eve ilişkin benlik saygısı	1.191	0.946-1.498	0.137
Okul-akademik benlik saygısı	1.208	0.979-1.492	0.078

Not. İstatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar kalın gösterilmiştir.

Bağımsız değişkenler varyansın yaklaşık üçte ikisini açıklamıştır (Nagelkerke R Square = 0.626, Tablo 7'ye bkz.). Annede psikopatoloji varlığı OKB için anlamlı bir risk faktörü bulundu (Risk oranı 53.267, 95% CI = 1.387-2045.790, p = 0.033, Tablo 7'ye bkz.). Ek olarak genel benlik saygısının, çocuklarda OKB bulunmasıyla ilişkisinin ters orantılı olduğu görülmüştür (Risk oranı= 0.847, 95% CI = 0.740-0.970, p = 0.017, Tablo 7'ye bkz.).

4.6. Aşamalı Regresyon Analizi

ÇY-BOKÖ obsesyon ve kompulsiyon toplam şiddet puanları, 2 aşamalı çoklu regresyon analizi ile ayrı ayrı incelendi. Hem obsesyon hem de kompulsiyon şiddet

puanları için demografik ve klinik özellikler (yaş, cinsiyet, anne yaşı, anne eğitim düzeyi, baba yaşı, baba eğitim düzeyi, aylık gelir, anne psikopatolojisi, baba psikopatolojisi, kardeşlerde psikopatoloji, ikinci derece akrabalarda psikopatoloji varlığı ve ailede tıbbi hastalık) ÇADÖ-Y'nün beş alt ölçeği (major depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal fobi ve anksiyete bozuklukları) EDYÖ toplam skoru ve CBSE alt skorları (genel benlik saygısı, sosyal benlik saygısı, aile ve eve ilişkin benlik saygısı, okul-akademik benlik saygısı) bağımlı değişken üzerine regrese edildi. Her regresyonda obsesif kompulsif semptomlarla anlamlı olarak ilişkili bağımsız değişkenlerin girmesine izin verildi.

Tablo 8. ÇY-BOKÖ alt ölçek puanlarında aşamalı regresyon analizleri (N=41)

<i>Bağımlı değişken: ÇY-BOKÖ – Obsesyon Şiddeti</i>	Düzeltilmiş R ²		β	t	p
Aşama 1	0.202	F(1,39) = 11.140, p = 0.002			
EDYÖ			0.471	3.3 38	0.002
Aşama 2	0.304	F(2,38) = 9.739, p <0.001			
EDYÖ			0.544	4.0 35	<0.001
Baba yaşı			- 0.349	- 2.5 90	0.014
<i>Bağımlı değişken: ÇY-BOKÖ – Kompulsiyon Şiddeti</i>	Düzeltilmiş R ²		β	t	p
Aşama 1					
EDYÖ	0.198	F(1,39) = 10.876, P= 0.002	0.467	3.2 98	0.002

Not. β : Standartlaştırılmış beta katsayıları.

EDYÖ'nün ÇY-BOKÖ obsesyon şiddetinin önemli bir yordayıcısı olduğu, varyansın yaklaşık %20.2'sini açıkladığı görülmüştür F(1, 39) = 11.140, p = 0.002). Regresyonun ikinci aşamasında ÇY-BOKÖ obsesyon şiddetinin önemli öngördürücüleri olarak EDYÖ toplam puanı önemli pozitif ($\beta = 0.544$, t=4.035, p <0.001) ve baba yaşı ise önemli negatif ($\beta = -0.349$, t= -2.590, p= 0.014) olarak

bulunmuştur. ÇY-BOKÖ obsesyon skorları, bağımlı değişkenin varyansının %30.4'ünü açıklamıştır ($F(2, 38) = 9.739, p < 0.001$, Tablo 8'e bkz.).

ÇY-BOKÖ kompulsiyon şiddetini tahminleyen aşamalı regresyon analizi ilk basamakta elde edilmiştir. EDYÖ skorları kompulsiyon şiddetiyle anlamlı derecede ilişkili bulunmuş ve model, varyansın %19.8'ini açıklamıştır ($F(1,39) = 10.876, p = 0.002$, Tablo 8'e bakınız).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada OKB tanılı 11-17 yaş arasındaki çocuk ve ergenler, benlik saygısı, disosiyatif yaşantılar ve obsesif inanışlar açısından yaş ve cinsiyet yönünden benzer sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Çalışma için toplam 155 katılımcı değerlendirilmiş, 41 OKB hastası ve 51 kontrol olgusu ile araştırma Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılmıştır. Bilişsel kuram başta olmak üzere güncel literatür ve teorilerde, OKB'nin ortaya çıkışında, sürdürümünde ve tedavisinde OKB'deki kendilik süreçlerinin önemi vurgulanmaktadır. Bununla birlikte bu konu, özellikle de çocuk ve ergen grubunda ampirik olarak yeterince çalışılmamıştır. Bu çalışmada OKB, ilişkili olabileceği pek çok değişkenle ele alınmış, bu değişkenlerin OKB'ye muhtemel etkileri ve bu etkilerin bağıntıları incelenmiştir. Mevcut literatür bilgimize göre bu çalışma, OKB ile benlik saygısı, disosiyatif yaşantılar ve obsesif inanışlar ilişkisini çocuk ve ergenlerde inceleyen ilk çalışmadır. Elde edilen bulgular yazın ışığında sırasıyla tartışılmıştır.

5.1. Sosyodemografik Veriler

Sosyodemografik özelliklere bakıldığında iki grup arasında yaş ve cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Cinsiyet dağılımına bakıldığında 41 OKB'li olgunun 24'ü kız (%58.54) 17'si erkek (%41.46), kontrol grubundaki 51 kişinin ise 29'u kız (%56.86) 22'si erkek (%43.14) katılımcılardan oluşmaktadır. Grup dağılımında erkek cinsiyetindeki katılımcılar daha az olsa da kız ve erkek dağılımı açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Çocukluk çağı OKB'sinde erkek cinsiyetinde görülen yüksek oranın ergenliğe doğru azalarak eşitlendiği erişkin çağda ise hafif bir kadın cinsiyeti sıklığında artış olduğu bildirilmektedir (182). 16-18 yaş arasındaki OKB'li ergenlerle yakın zamanlı yapılan bir çalışmada 63 OKB'li olgunun 42'sini kızların (%66) 21'ini ise erkeklerin (%33) oluşturduğu, ancak aralarındaki farkın anlamlı istatistiksel olarak anlamlı

bulunmadığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada subklinik OKB özellikleri gösteren 105 katılımcının 69'unun kız (%65) 36'sının erkek (%34) olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu bildirilmiştir (183). Bu araştırmanın sonuçları mevcut literatür bulgularıyla uyumlu olsa da OKB'de cinsiyet arası farkların, belirli gelişim dönemlerinde nasıl öne çıktığının aydınlatılmasına ihtiyaç vardır. Cinsiyet farklılığı aynı zamanda tedavi arayışı yanlılığının bir sonucu olabilir. Gruplar arası farklardan birisi de anne ve baba yaşlarının OKB'li grupta anlamlı derecede yüksek olduğudur. Yapılan az sayıdaki çalışma ileri ebeveyn yaşının OKB için risk oluşturduğunu öne sürmektedir ancak henüz bu konuda bir yargıya varmak için yeterli çalışma bulunmamaktadır (184,185). Çalışmamızda yapılan çoklu lojistik regresyon analizinde modelde bağımsız değişken olarak incelenen ebeveyn yaşının OKB için anlamlı risk oluşturmadığı görülmektedir.

Çalışmamızda annede, kardeşlerde ve ikinci derece akrabalarda bildirilen psikopatoloji OKB grubunda belirgin ve anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. OKB'li olguların anneleri %21.95 oranında psikopatoloji bildirirken bu oran kontrol grubunda %1.96'dır. Bildirilen baba psikopatolojisi bakımından ise anlamlı fark bulunamamıştır. Daha önce yapılan çalışmalarda OKB'nin yüksek ailesel kümelenme gösterdiği ve özellikle annede daha yüksek oranda OKB bulunduğu gösterilmiştir (185,186). Yapılan çalışmalarda, birinci derece akrabalarda %5-22.7 arasında değişen oranlarda yaşam boyu OKB bulunduğu bildirilmiştir (182,185). Ülkemizde yapılan henüz yayınlanmamış 12-18 yaş arası çocuk ve ergenlerle yürütülen bir tez çalışmasında da bildirilen anne psikopatolojisi %21.2 baba psikopatolojisinin ise %2.7 olduğu saptanmıştır (187). Bildirilen psikopatoloji oranlarının bu çalışma ile çok benzer olduğu görülmekle birlikte bu oranlar yazında bildirilenlerden daha düşüktür (188). Bunun nedeni ebeveynler için tanısal görüşme yapılmamış olması ve ebeveynlerin psikiyatrik rahatsızlıklarını bildirmekle ilgili çekinceleri olabilir. Daha düşük oranlar bildirilse de çalışmamızda literatürle uyumlu olarak özellikle annede psikopatoloji bulunmasının OKB için risk oluşturduğu bulunmuştur (182,185,186). Ancak OKB'li çocukların annelerinin değerlendirildiği tanısal görüşme yapılmadığı için bu çalışmada psikopatoloji tanı ve türlerine göre ayırım yapılamamaktadır.

Ailenin ekonomik durumlarına bakıldığında ise gruplar arası anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Sağlıklı kontrol grubundaki ailelerin OKB'li olanlara göre

bildirilen gelir düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Politis ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir çalışmada da benzer bir bulguya rastlanmış ancak yazarlar bu durumun OKB'ye özgün olmayabileceğini, depresyonu olan ergenlerin ailelerinde de benzer sonuçlar bildirildiğini ifade etmişlerdir (183). Bir derlemede, OKB'nin yüksek sosyoekonomik seviyede daha fazla görülebildiği ancak çelişkili sonuçlar bulunduğu, bunun da tedaviye ulaşma imkanları ile açıklanabileceği aktarılmıştır (189). Bununla birlikte sosyodemografik faktörlerle ilgili riskleri, OKB grubundaki eştanılar nedeniyle yalnızca OKB'ye atfetmek zordur.

5.2. Klinik Özellikler ve Eştanılar

ÇY-BOKÖ ile değerlendirilen katılımcıların ortalama toplam şiddet puanı orta ağırlık derecesinde olarak hesaplanmıştır. Genel ağırlık değerlendirmesine bakıldığında OKB'li hastaların bu ölçeğin 3 puan için belirlediği çabayla işlevsel olabilme ve 4 puan için belirlediği işlevselliği kısıtlanmış olma arasında 3.51 ± 0.93 puan aldığı görülmüştür. OKB'li hastaların ağırlık derecelendirmesinin sırasıyla orta (%34.1), şiddetli (%29.3), hafif (%22.0) ve subklinik (%2.4) olarak dağıldığı bulunmuştur. En sık görülen obsesyon kirlenme obsesyonu olup hastaların yaklaşık 4/5'inde olduğu görülmüştür. Bunu sırasıyla dini obsesyonlar, büyüsel düşünce batıl inanç obsesyonları, çeşitli-diğer obsesyonlar, cinsel obsesyonlar, saldırganlık obsesyonları, biriktirme saklama obsesyonları ve somatik obsesyonlar izlemiştir. Kompulsiyon türlerine bakıldığında ise yine hastaların neredeyse 4/5'inde yıkama temizleme kompulsiyonları olduğu görülmektedir. Hastaların yaklaşık yarısında kontrol etme kompulsiyonları bulunurken bunu sırasıyla tekrarlayıcı törensel davranışlar, sıralama düzenleme kompulsiyonları, büyüsel düşüncelere bağlı batıl davranışlar, sayma kompulsiyonları, çeşitli diğer kompulsiyonlar, biriktirme/toplama kompulsiyonları ve diğer insanları içeren batıl davranışlar izlemiştir. Çalışmamızda hem klinik şiddet puanı açısından hem de semptom profili açısından bu yaş grubunda yapılan araştırmalara benzer sonuçlar elde edilmiştir (5,40,100,105,190). Özellikle kirlenme obsesyonu ve yıkama kompulsiyonunun araştırma örnekleminde daha sık bulunduğu görülmektedir. Yazında cinsel ve dini obsesyonların ergenlerde %25-%41 arasında bildirildiği ve oranların bulgularımızla örtüştüğü görülmektedir (100).

Eştanılara bakıldığında hastaların yaklaşık 2/3'üne en az bir tanının eşlik ettiği ve pek çok çalışmada da benzer oranlar bildirildiği görülmüştür (5,191). OKB'ye en

yüksek oranda özgül fobi eşlik (%39) ederken bunu sırasıyla depresif bozukluklar (%22), sosyal fobi (%17), tik bozukluğu (%14), DEHB (%12), ayrılık anksiyetesi bozukluğu (%10), yaygın anksiyete bozukluğu (%7) izlemiştir. En az sıklıkla rastlanan tanılar ise panik bozukluk (%2.4), KOKGB (%2.4) ve TSSB (%2.4) olmuştur. Farklı çalışmalarda geniş aralıklara dağılan eşanı profilleri bildirilmekte ve bulgularımızın literatürle uyumlu olduğu görülmektedir (56). Politis ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada 16-18 yaş arası ergenlerde herhangi bir psikiyatrik tanı %78.48, depresif bozukluk %41.77, yaygın anksiyete bozukluğu %49.37, panik bozukluk %8.86 ve özgül fobiler %29.11 olarak bulunmuştur (183). Diler ve Avcı'nın (2002) 9-15 yaşa arası çocuklarla yaptığı çalışmanın bulgularına göre ise hastaların %66'sının en az bir psikiyatrik bozukluk bulunmuş, OKB'ye en sık depresif bozukluğun eşlik ettiği (%29.8), bunu sırasıyla sosyal fobi (%21), Tourette bozukluğu (%11), yaygın anksiyete bozukluğu (%9), panik bozukluk (%9) ve DEHB (%4) izlediği görülmüştür (5). Geller ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında ise genel psikiyatri polikliniğine başvuran ve OKB tanısı alan hastalarda eşanı sıklıklarını sırasıyla major depresif bozukluk %66, DEHB %59, KOKGB %53, YAB %48, Tik bozuklukları %48 ayrılık anksiyetesi bozukluğu %41, sosyal fobi %28, panik bozukluk %17 olarak bildirilmiştir (115). Heyman ve arkadaşlarının (2003) İngiltere'de yaptığı geniş ölçekli bir çalışmada hastaların %76'sında en az bir eşanı var iken, bunu sırasıyla %52 anksiyete bozukluğu, %44 davranım sorunları, %20 depresyon ve %4 yeme bozukluğu tanıları izlemiştir (191). Çalışmamızda eşlik eden özgül fobi sıklığı %39 ile yapılan diğer araştırmalardan yüksek bulunmuştur. Crum ve Anthony (1993) fobik bozuklukları olan kişilerde daha sonra OKB riskinin arttığını bulmuşlardır (192). Grabe ve arkadaşları da (2001) OKB'li kadınlarda anksiyete bozukluklarının (özgül fobi, YAB, TSSB) oldukça sık eşlik ettiğini ve OKB tanısı almadan önce de mevcut olduğunu göstermişlerdir (193). Özgül fobinin çocuk ve ergenlerde normal popülasyonda %10'a varan oranlarda görüldüğü ve kız cinsiyette çok daha sık görüldüğü göz önüne alındığında (194) çalışmamızda kız cinsiyet baskınlığının OKB'li hastalarda özgül fobi için artmış risk oluşturacağı düşünülebilir. Bu çalışmada eşanı profiline bakarken eşanların cinsiyetler arası farklılığı gösterdiği ve çalışmanın özgün örneklem grubu içerisinde yorumlanması gerektiği düşünülmektedir. Ancak eşanılara etki eden faktörleri açıklamak çalışmanın birincil amacının dışında kaldığından ileri istatistiksel analizler uygulanmamıştır.

OKB grubu ile kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırmada, iki grup arasında çocuklarda anksiyete ve depresyon belirtilerini tarayan ÇADÖ-Y ölçeğinin sosyal anksiyete, OKB, anksiyete bozuklukları ve anksiyete ve depresyondan oluşan ÇADÖ-Y toplam puanı skorlarında OKB grubunda anlamlı derecede yüksek sonuçlar elde edilmiştir. Anksiyete bozuklukları OKB’de en sık görülen eştanıdır ve daha önce de belirtildiği gibi sadece eştanı olarak değil aynı zamanda risk faktörü olarak da etki etmektedir (5,31,183). Bu çalışmada da OKB’li olgulara yüksek oranda herhangi bir anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği görülmektedir. Depresyon skorları ile kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamış, eşlik eden baskın semptom anksiyete ve anksiyete grubunda da sosyal fobi öne çıkmıştır.

5.3. Benlik Saygısı ve İlişkili Faktörler

Genel benlik saygısı OKB’li grupta kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Çocuk ve ergenlerde OKB grubuyla benlik saygısı üzerine yapılmış en önemli çalışma Maldonado ve arkadaşlarına (2013) aittir. OKB ve diğer anksiyete bozukluklarının benlik saygısı üzerine etkileri incelenmiş ve OKB’nin yaşla birlikte giderek azalan benlik saygısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (150). Bu çalışma benlik saygısı üzerinde en olumsuz etkiyi sosyal fobinin oluşturduğunu ancak OKB’nin zaman içerisinde benlik saygısındaki düşüşü öngördürdüğünü göstermiştir. Amor ve arkadaşlarının (2008) erişkin hasta grubuyla yaptıkları çalışmada ise sosyal fobi ve OKB’li gruplar benlik saygıları açısından karşılaştırıldığında OKB grubunda benlik saygısı anlamlı derecede düşük bulunmuştur (195). Yapılan diğer erişkin çalışmaları da bu konuda tutarlı bir şekilde OKB’li olgularda benlik saygısının düşük olduğunu göstermiştir (14,16–19). Yapılan çoklu lojistik regresyon analizi OKB’yi anlamlı düzeyde açıklayan en önemli iki faktörden birinin genel benlik saygısının düşüklüğü olduğunu göstermiştir. Bu alanda yapılan çalışmaların kendilik kavramının çeşitli yönlerine odaklandığı görülmektedir. Guidiano ve Liotti’nin (1983) ikircikli kendilik kavramını ortaya atmış ve OKB’nin erken bağlanma deneyimleri ile şekillenen kişinin kendilik gelişiminin bir sonucu olarak ortaya çıktığını öne sürmüştür. Buna göre ikircikli kendiliğe sahip bireylerde kişinin özsaygısı kolaylıkla tehlikeye girer ve intruzyonlar obsesyonlara dönüşür (95,98). İkircikli benliğe sahip bireylerin de benlik saygılarının düşük olduğu göz önüne alındığında (141) mevcut bulgular, bilişsel kuramın teorilerini destekler niteliktedir. OKB hastalarında kötü ve ahlaksız niteliklerden oluşan korkulan benlik ve ikircikli benlik gibi benliği yansıtan diğer

yönler çalışılmış ve OKB hastalarında bu özelliklerin daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (21,99,139,143,196). Bu bulgular yalnızca bilişsel kuram için değil aynı zamanda psikodinamik açıklamalar için de destekleyici olabilir. Örneğin Freud benlikle sıklıkla benzer anlamda kullanılan egonun OKB’de serbest olmadığından ve çatışmaların egoyu kapladığından bahseder, böylece ego gelişmiş savunmaları kullanamaz. Meares OKB’de kendilik sınırlarının yeterince gelişmemiş olduğundan bahseder (85).

Kiverstein ve arkadaşları (2019) internal kapsülün ön kolunun derin beyin uyarımı yöntemi ile uyarılmasının tedaviye dirençli OKB üzerinde hızlı bir iyileşme sağladığını, hastalarda ve benlik saygısında olumlu gelişmeler bulunduğunu öne sürmüşlerdir (197). Bu sonuçlar benlik saygısının OKB’deki potansiyel rolünü gösterdiği gibi OKB’de farklı tedavi seçeneklerinin etkisini de işaret etmektedir. Benlik saygısının artması OKB belirtilerini azaltabilir ya da OKB belirtilerinin azalması benlik saygısını artırabilir. Kesitsel çalışmaların sonuçları ile neden sonuç ilişkisi kurmak zordur.

Çalışmamızda düşük benlik saygısının obsesif inanışlarla OKB’nin şiddetinden daha güçlü bir şekilde korele olduğu bulunmuştur. Bilgimize göre bu konu literatürde ilk defa çalışılmıştır. Bağlanma deneyimlerinin sonucunda kendiliğe dair ilk inançların oluştuğu ve belirli ebeveynlik stillerinin obsesif inanışlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (98,198). Bilişsel yatkınlığın nasıl aktarıldığına dair de yapılan pek çok çalışma bulunmaktadır. Çalışmalar OKB’li çocuklar ve annelerinin artmış sorumluluk ve abartılmış tehdit algısı bakımından anlamlı düzeyde korelasyon göstermiştir (199,200). Kadak ve arkadaşları (2014) yaptığı çalışmada ebeveynlerin obsesif inanışları ile OKB’li çocuklar arasında işlevsiz OKB bilişleri açısından anlamlı düzeyde benzerlik bulmuşlardır. Hem bağlanma teorisi hem de OKB’nin bilişsel yatkınlığı izah eden açıklamaları obsesif inanışların gelişiminde ebeveyn tutumlarının önemli olduğunu göstermektedir. Ebeveynlik stili ile çocuklarda benlik saygısı ilişkisi literatürde oldukça sık çalışılmış konulardan biridir. Konuya ilişkin yakın zamanlı yapılan bir metaanalizde duygusal sıcaklığın yanında yetkin ve kontrolü sağlayan otoritatif ebeveynlerin çocuklarında benlik saygısı yüksek bulunurken, ihmalkar ebeveynlerin çocuklarında benlik saygısının düşük olduğu görülmüştür (201). Sadece ifade edilen benlik saygısı değil aynı zamanda örtük benlik saygısının da ebeveynlik stilleriyle yakından ilişkili olduğu bilinmektedir

(134). Bu sonuçlara göre ebeveyn tutumları ile şekillenen düşük benlik saygısı, bireylerin kendisini güvensiz hissetmemek için belirli inançlara tutunma çabasını artırabilir ve OKB'nin temel bilişsel stilinin şekillenmesinde rol oynayabilir. Bu bağlamda obsesif inanışların herhangi OKB semptomuna yol açsın ya da açmasın düşük benlik saygısı ile daha fazla ilişkili olması beklenebilir. Çalışmanın bu bulgusunun mevcut çalışmalar ve teorilerle örtüşmekte olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda benlik saygısının disosiyatif yaşantılar ile orta düzeyde negatif ve anlamlı düzeyde bir korelasyon gösterdiği görülmektedir. OKB hastalarında benlik saygısı ve disosiyasyon ilişkisi bildiren çalışma bilgimize göre bulunmamaktadır. Bununla birlikte Valentino ve arkadaşlarının (2008) yılında yaptığı bir çalışmada, istismara uğramış, ihmal edilmiş ve sağlıklı okul çağı çocuklarında benlik şemaları ile disosiyasyon arasındaki ilişki incelenmiş, istismara uğrayan çocuklarda negatif benlik şemalarının artmış disosiyasyonla ilişkili olduğu görülmüştür (152). Benlik ve disosiyasyon ilişkisi yazarlar tarafından daha çok bağlanma kuramı çerçevesinde ele alınmıştır. Buna göre erken yaşam deneyimleri ve dezorganize bağlanma kendilik gelişiminde aksamaya yol açar ve normatif disosiyasyon sık ve yersiz kullanıldığında patolojik bir örüntüye bürünür (172). OKB hastaları ile yapılan pek çok bağlanma çalışmasının sonucu OKB'nin güvensiz bağlanma stili ile ilişkili olduğunu göstermektedir (202). Doron ve Kyrios (2007) bu güvensiz durumun güvensiz içsel çalışma modeli oluşturduğunu, bunun da olumsuz kendilik şemaları ve dünya hakkında negatif inançlara yol açtığını böylece bu durumun OKB'ye bilişsel yatkınlık oluşturduğunu öne sürer (23). Erken dönem güvensiz bağlanma stilleri benlik saygısını azaltabilir ve disosiyatif yaşantıları artırabilir. Bu sonuçlar ışığında araştırmamızın bu sonucu ile düşük genel benlik saygısının baş etme kapasitesini azalttığı ve disosiyasyona yatkınlığın artmasına neden olduğu düşünülebilir.

Tüm bunlarla birlikte araştırmanın en önemli bulgularından olan bu sonuçları yüksek oranda eşlik eden tanılar nedeniyle dikkatli yorumlamak gerekir. Coopersmith benlik saygısı envanterinin diğer alt gruplarında (sosyal benlik saygısı, aile ve eve ilişkin benlik saygısı, okul-akademik benlik saygısı) OKB grubu daha düşük ortalama skorlar elde etmiş olmakla birlikte kontrol grubu ile arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Puanların 8 madde üzerinden hesaplanması ve örneklem sayısının küçük olması gruplar arasındaki ayrışmanın nedeni olabilir.

5.4. Obsesif İnanışlar ve İlişkili Faktörler

Ölçeğin alt başlıkları olan sorumluluk/ zarar beklentisi, kesinlik/düşünce kontrolü ve mükemmeliyetçilik ile 3ayrı kategoride değerlendirilen obsesif inanışlar, OKB grubunda ortalama olarak yüksek olmakla birlikte kontrol grubu ile aralarında anlamlı fark bulunmamıştır. OKB’de sorumluluk üzerine yapılan çeşitli çalışmalar, özellikle ergen grubunda artmış sorumluluğun OKB için anlamlı bir yordayıcı olabileceği ve belirli yaşam olaylarının bu bilişsel stile sahip kişilerde OKB’yi tetikleyebileceği ifade edilmiştir (148). Çocukluk OKB’sinde aşırı sorumluluğun rolünün değerlendirildiği bir metaanalizde, aşırı sorumluluğun OKB’ye özgün olduğunu söylemek için mevcut kanıtların ikna edici olmadığı belirtilmiştir (203). Yazarlar aynı zamanda aşırı sorumluluğun çocuk ve ergenlerden ziyade erişkin OKB’si ile ilişkisi olduğunu bildirmiştir. Bu konuda çocuk ve ergenlerde yapılan az sayıdaki çalışmadan yola çıkarak artmış sorumluluğun çocuk ve ergen OKB’sinde merkezi bir rolü olmayabileceği ve ileri araştırma gerektirdiği ifade edilmiştir (148).

Çocuk ve ergenlerde zarar beklentisi üzerine yapılan çalışmalara bakıldığında çalışmaların çelişkili sonuçlar verdiği, bu parametrenin anksiyete ile daha ilişkili olabileceği ve ergen ve yetişkinlerde çocuklardan daha fazla izlendiği görülmektedir (148,149,204). Bu sonuçlara göre hem sorumluluk hem zarar beklentisi ile ilgili bilişlerin çocuk ve ergen OKB’sindeki rolü net değildir. Düşünceye aşırı değer verme ve düşüncelerin kontrolü üzerine yapılan çeşitli çalışmalarda OKB grubundaki çocuk ve ergenler, kontrol ve anksiyete grubuna göre anlamlı derecede yüksek skorlar almıştır (205,206). Çocuk ve ergenlerde mükemmeliyetçilik bilişleri üzerine yapılan çalışmaların oldukça az olduğu görülmektedir. Libby ve arkadaşları (2004) OKB’li grupta kontrol ve anksiyeteli gruba göre anlamlı derecede yüksek mükemmeliyetçilik inanışları bulunduğunu bildirirken (206), daha yeni bir çalışma normal popülasyonda obsesif inanışların OKB’li gruba göre kıyaslanabilir düzeylerde olduğunu göstermiştir (207). Bu çalışmada kullanılan OİÖ-ÇF her ne kadar artmış sorumluluk için tamamen ayrı bir başlık içermese de elde edilen bulguların mevcut çıkarımlarla uyumlu olduğu görülmektedir. Çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu kesitsel olduğu için bilişsel inanışlar ve OKB arasındaki ilişkiyi neden-sonuç olarak açıklamak mümkün değildir. Klinik örnekleme yapılan çalışmaların sonuçları henüz bir yargıya varmak için yeterli değildir. Obsesif inanışlar bizim çalışmamızda da kontrol grubu örneğine benzer

bulunmuştur. Düşük genel benlik saygısı gibi başka diğer etkenlerin OKB'yi anlamlı olarak yordaması, obsesif inanışların OKB'ye özgün olmadığını, OKB oluşumu ve sürdürümünde sürece aracılık eden çeşitli etkenler olabileceğini düşündürmektedir. Düşük genel benlik saygısı obsesif inanışların OKB'ye dönüşmesinde önemli bir faktör olabilir ancak bu konunun açıklanması için ileri çalışmalar gereklidir.

5.5. Disosiyatif Yaşantılar ve İlişkili Faktörler

Grupların karşılaştırması sonucunda EDYÖ ile ölçülen disosiyatif yaşantıların da OKB'li grupta ortalama olarak daha yüksek skorlar olmasına rağmen aralarında anlamlı fark bulunmamıştır. Bununla birlikte disosiyatif yaşantılar ile OKB şiddetinde daha güçlü olmak üzere, obsesif inanışlar arasında anlamlı derecede ve orta düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. Ergenlerde disosiyatif yaşantıların OKB ile ilişkisini inceleyen çalışma sayısı oldukça azdır. Aka (2016)'nın ülkemizde yürüttüğü yayınlanmamış bir tez çalışmasında, 10-16 yaş arasındaki çocuk ve ergenleri EDYÖ ve LOÖ-ÇV'den en yüksek puanları alan kesişim grubu ile en düşük puanları alan grup, ölçek skorları üzerinden karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada disosiyatif yaşantılar ile OKB belirtileri arasında güçlü ve anlamlı pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir (208). Yapılan erişkin çalışmalarına bakıldığında klinik olmayan örnekleme OKB belirtilerinin disosiyasyonla korelasyonunun 0.05 ile 0.56 arasında ve ortalama olarak 0.37 olarak bildirildiği görülmektedir (140,160). Bazı çalışmalar OKB'nin şiddetinin disosiyatif belirtileri öngördüğünü bulurken (168,209) bazılarında bu sonuçlara ulaşılmamıştır (170). Yapılan diğer çalışmalarda daha çok disosiyasyon ile kontrol etme, düzenleme gibi OKB belirtileri ilişkisine yoğunlaşmış ve anlamlı düzeyde pozitif ilişkili sonuçlar bildirilmiştir (24,25,161). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda disosiyasyon skorları ile Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) ile ölçülen OKB şiddeti arasında anlamlı korelasyon bildirilirken (209,210) bazılarında ise bu sonuç doğrulanmamıştır (211). Yaygın olarak bildirilen sonuçların aksine Prasko ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada, sağlıklı kontrol grubuyla OKB'li grup disosiyatif belirtiler yönünden karşılaştırılmış ve OKB'li olgularda disosiyatif yaşantıların anlamlı derecede daha düşük olduğunu bulmuştur (212)

OKB şiddetinin artması disosiyasyonu artırırken, disosiyasyon artışı da OKB'yi şiddetlendirebilir. Bu korelasyon iki yönlü olsa da araştırmamızın önemli bulgularından birisi de aşamalı lojistik regresyon analizi sonucunda bağımlı

değişkenler olarak modele alınan obsesyon ve kompulsiyon şiddetini disosiyasyonun anlamlı derecede yordadığıdır. Yapılan analizlerin sonuçları OKB'li çocuk ve ergenlerin sağlıklı grup ile disosiyasyon açısından farklılaşmasa da obsesyon ve kompulsiyonların şiddeti ile anlamlı derecede ilişkili olduğu ve OKB'nin şiddetini öngördürebileceği bulunmuştur. Alanda uzun süredir pek çok araştırma yapan Soffer-Dudek (2014) aşırı hayale dalmanın OKB semptomlarını şiddetlendirebileceğini öne sürmüştür (161). Yapılan son araştırmalar da bu durumu desteklemektedir (140,166,213). Bu çalışmanın sonuçlarını literatürde çalışma dizaynının benzer olduğu çalışma sayısının az ve çalışmaların çocuk ve ergen grubuyla yapılmamış olmasından dolayı dikkatli yorumlamak gerekir. Bununla birlikte bulgularımız büyük çoğunluğu erişkinlerle yürütülen çalışmalarla, özellikle korelasyon açısından büyük oranda benzerlik göstermektedir.

OKB'li bireylerde bilişsel inançlarla disosiyasyon ilişkisini inceleyen çalışma bilgimize göre bulunmamaktadır. Bununla birlikte Selvi ve arkadaşları (2011) bir çalışmada düşünce eylem kaynaşması, üst-biliş ölçeği ve düşünce baskılama testi ile toplam disosiyatif yaşantılar skoru arasında anlamlı ve orta düzeyde bir korelasyon bildirmiştir. Yazarlar normatif disosiyatif yaşantıların günlük savunma mekanizmalarından birisi olduğunu ve OKB'li hastalarda travma ile ilişkili olmaktan öte bilişsel bir nitelik olduğunu öne sürmüşlerdir (211). Obsesif inanışların disosiyatif yaşantılarla pozitif ve anlamlı korele olduğu bulgusu az sayıdaki çalışma ile örtüşmektedir. Bu ilişki yazında çok az yer verilen ve hem erişkin hem de çocuk ve ergenlerde ileri çalışmalarla aydınlatılması gereken bir konudur.

Aşamalı lojistik regresyon analizinde baba yaşının düşük olmasının disosiyatif yaşantılarla birlikte obsesyon şiddetinin artışını yaklaşık %30 oranında açıklamaktadır. Baba yaşının OKB'li hastalarda yüksek olabildiğini bildiren az sayıdaki çalışmanın dışında (214) obsesyon şiddetine etkisi bakımından yaptığımız literatür taramasında her hangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bulgunun geçerliliğinin tekrarlayan araştırmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

5.5. Kısıtlılıklar

Çalışmamızın pek çok kısıtlılığı bulunmaktadır. Bunlardan ilki katılımcı sayısının düşük olmasıdır. Sosyodemografik Bilgi Formu'nda elde edilen klinik bilgiler öz bildirime dayalı olarak geçmişe dönük alınmıştır. Ebeveynlerde psikopatoloji taraması yapılmamış olması başka bir kısıtlılıktır. Kontrol grubu için

yine bildirim dayalı psikopatoloji taranmış ve ÇADÖ-Y ile klinik düzeyde tanı alan katılımcılar dışlanmış olmasına rağmen psikiyatrik tanısal görüşme yapılmamıştır. Çalışmaya alınan OKB'li gruptaki hastalar ilk başvuru yapan veya farklı sürelerde tedavi gören kişilerden oluşmaktadır. OKB grubunun heterojen olması ve tedavi etkisinin değerlendirilmemiş olması diğer kısıtlılıklardandır. Yine araştırmanın tek merkezli olarak yürütülmesi nedeniyle çalışmanın topluma genellenebilirliği düşüktür.

5.7. Öneriler

Yüksek düzeyde eşlik eden tanılar nedeniyle OKB'li her çocuk ve ergende detaylı psikiyatrik tarama yapılmalıdır. Klinik uygulamalarda OKB'li çocuklarda benlik saygısı ve disosiyatif yaşantılara dair daha kapsamlı değerlendirmeler yapılabilir. Bu alanda zorluk yaşayanlarda tedavide benlik saygısı ve disosiyatif belirtileri de hedefleyen kapsayıcı bir protokol geliştirilebilir. Etkinliği kanıtlanmış müdahalelerle benlik saygısının artırılmasının OKB üzerine sonuçları araştırılabilir. Özellikle tedaviye dirençli olgularda OKB için modifiye edilebilir risk ve prognostik faktörleri anlamak önemli olduğu için bulgularımızın bu açıdan ileri çalışmalarla desteklenmesi gereklidir. OKB'de BDT'ye yanıtızlığın bir etkeni olarak bildirilen disosiyasyon (170) yeni tedavi modellerinin geliştirilmesinde dikkate alınması gereken önemli bir etken olabilir.

6. SONUÇ

Bu çalışma OKB'li çocuk ve ergenlerde OKB'deki benlik süreçlerini ve bu süreçlere etki eden faktörleri araştırmak amacıyla yapılmıştır. Araştırmamızın hipotezleri bağlanma kuramı, bilişsel kuram ve mevcut literatür ışığında oluşturulmuş ve bu çalışmayla incelenmiştir. Çocuk ve ergen grubunda OKB'li hastaların genel benlik saygılarının kontrol grubuna göre belirgin ve anlamlı derecede düşük olduğu görülmüş ve çalışmanın 1 numaralı hipotezi doğrulanmıştır. Anne psikopatolojisinin OKB için önemli bir risk faktörü olduğu, genel benlik saygısının düşük olmasının OKB için anlamlı derecede önemli bir yordayıcı olduğu saptanmıştır. Bunun yanında disosiyatif yaşantıların fazla olmasının obsesyonların ve kompulsyonların şiddetinin yüksek oluşunu anlamlı düzeyde açıkladığı, ek olarak baba yaşının düşük olmasının obsesyon şiddetini öngördürdüğü bulunmuştur. Düşük genel benlik saygısı ile obsesif inanışların seviyesi ve disosiyatif yaşantılar arasında

anlamli düzeyde negatif baginti bulunmüstür. Bu durum 3 numarali hipotezimizi dogrulamaktadır. Obsesif inanislarn benlik saygisi ile OKB'nin Őiddetinden daha fazla negatif ilifkili olduğu saptanmış ve 4 numarali hipotezimiz dogrulanmıştır. Obsesif inanislar ve disosiyatif yaşantilar toplam puanlari OKB grubunda olęek skorlarında daha yúksek ortalamaya sahip olmakla birlikte kontrol grubu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Býmlece ęalıřmanın 2 numarali hipotezi dogrulanmamıştır. Bu ęalıřma bilgimize göre ocuk ve ergen grubunda yapılan ilk ęalıřmadır, bu yüzden ęalıřmanın sonuçları her ne kadar mevcut diğer literatürle örtüşse de bulguların daha fazla araştırma ile desteklenmesi gerekmektedir.



KAYNAKLAR

1. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (Washington, DC: American Psychiatric Association). Am Psychiatr Assoc. 2013;
2. Horwath E, Weissman MM. The epidemiology and cross-national presentation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2000;23(3):493–507.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593–602.
4. Valleni-Basile, Laura A. Garrison, Carol Z. Jackson, Kirby L. Waller, Jennifer L. Mckeown, Robert E. Addy, Cheryl L. Cuffe SP. Frequency of Obsessive-Compulsive Disorder in a Community Sample of Young Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994;
5. Diler RS, Avci A. Sociodemographic and clinical characteristics of Turkish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Croat Med J.* 2002;43(3):324–9.
6. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. *Soc phobia Diagnosis, assessment, Treat.* 1995;41(68):22–3.
7. McNally RJ, Kohlbeck PA. Reality monitoring in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1993;
8. Wilkinson-Ryan T, Westen D. Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *Am J Psychiatry.* 2000;
9. Beck AT. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects.* University of Pennsylvania Press; 1967.
10. Mann MM, Hosman CMH, Schaalma HP, De Vries NK. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Educ Res.* 2004;19(4):357–72.
11. Neff KD, Vonk R. Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *J Pers.* 2009;77(1):23–50.
12. Orth U, Robins RW, Meier LL. Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: Findings from three longitudinal studies. *J Pers Soc Psychol.* 2009;97(2):307.
13. Orth U, Robins RW, Roberts BW. Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *J Pers Soc Psychol.* 2008;95(3):695.
14. Fava GA, Savron G, Rafanelli C, Grandi S, Canestrari R. Prodromal symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology.* 1996;
15. Wu KD, Clark LA, Watson D. Relations between obsessive-compulsive disorder and personality: Beyond Axis I–Axis II comorbidity. *J Anxiety*

- Disord. 2006;20(6):695–717.
16. Ehntholt KA, Salkovskis PM, Rimes KA. Obsessive–compulsive disorder, anxiety disorders, and self-esteem: an exploratory study. *Behav Res Ther.* 1999;37(8):771–81.
 17. Husain N, Chaudhry I, Ahmed GR. Self-esteem and obsessive compulsive disorder. *J Pak Med Assoc.* 2014;64(1):64–8.
 18. Ahern CT. The Role of Self-Construals in Obsessive-Compulsive Disorder (Thesis). Swinburne University of Technology; 2012.
 19. Aytan ME. Obsesif Kompulsif Bozukluklarda Denetim Odağı ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (tez). Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.
 20. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther.* 1978;16(4):233–48.
 21. Ferrier S, Brewin CR. Feared identity and obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2005;
 22. Wroe AL, Salkovskis PM. Causing harm and allowing harm: A study of beliefs in obsessional problems. *Behav Res Ther.* 2000;
 23. Doron G, Kyrios M, Moulding R. Sensitive domains of self-concept in obsessive-compulsive disorder (OCD): Further evidence for a multidimensional model of OCD. *J Anxiety Disord.* 2007;
 24. Goff DC, Olin JA, Jenike MA, Baer L, Buttolph ML. Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1992;
 25. Grabe H-J, Goldschmidt F, Lehmkuhl L, Gänsicke M, Spitzer C, Freyberger HJ. Dissociative symptoms in obsessive-compulsive dimensions. *Psychopathology.* 1999;32(6):319–24.
 26. Rufer M, Fricke S, Held D, Cremer J, Hand I. Dissociation and symptom dimensions of obsessive–compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;256(3):146–50.
 27. Lyons-Ruth K. Contributions of the mother–infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Ment Heal J Off Publ World Assoc Infant Ment Heal.* 2008;29(3):203–18.
 28. Sanders S. The perceptual alteration scale: A scale measuring dissociation. *Am J Clin Hypn.* 1986;29(2):95–102.
 29. Towbin KE, Riddle MA. *Lewis’s Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook 4th Edition.*
 30. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 1995;
 31. Janowitz D, Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, et al. Early onset of obsessive–compulsive disorder and associated comorbidity. *Depress Anxiety.* 2009;26(11):1012–7.

32. Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 8. basım. Ankara, Feryal Matbaası. 2001;
33. Topçuoğlu V. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikanalitik Görüşler. *Klin Psikiyatr Derg.* 2003;6:46–50.
34. Thompson Mark J, Baxter Jr R L, Schwartz M J. Freud, Obsessive: Compulsive Disorder and Neurobiology. *Psychoanal Contemp thought.* 1992;15(4):483–505.
35. Shorter E. The history of DSM. In: *Making the DSM-5.* Springer; 2013. p. 3–19.
36. Evans DW, Leckman JF, Carter A, Reznick JS, Henshaw D, King RA, et al. Ritual, habit, and perfectionism: The prevalence and development of compulsive-like behavior in normal young children. *Child Dev.* 1997;68(1):58–68.
37. Zohar AH, Bruno R. Normative and pathological obsessive-compulsive behavior and ideation in childhood: a question of timing. *J Child Psychol psychiatry.* 1997;38(8):993–9.
38. Okasha A, Ragheb K, Attia AH, el Dawla Seif A, Okasha T, Ismail R. Prevalence of obsessive compulsive symptoms (OCS) in a sample of Egyptian adolescents. *Encephale.* 2001;27(1):8–14.
39. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *Br J Psychiatry.* 2001;179(4):324–9.
40. Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, Davies M, Berg CZ, Kalikow K, et al. Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1988;27(6):764–71.
41. Bryńska A, Wolańczyk T. Epidemiology and phenomenology of obsessive-compulsive disorder in non-referred young adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2005;14(6):319–27.
42. Görmez V, Örengül AC, Baljinnyam S, Aliyeva N. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı ve demografik özellikler. *JMOOD.* 2017;7:41–6.
43. Stewart SE, Platko J, Fagerness J, Birns J, Jenike E, Smoller JW, et al. A genetic family-based association study of OLIG2 in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(2):209–14.
44. Hanna GL. Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34(1):19–27.
45. Eichstedt JA, Arnold SL. Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: a tic-related subtype of OCD? *Clin Psychol Rev.* 2001;21(1):137–57.
46. Samuels JF. Recent advances in the genetics of obsessive-compulsive disorder. *Current Psychiatry Reports.* 2009.
47. Antony MM, Downie F, Swinson RP. Diagnostic issues and epidemiology in

- obsessive-compulsive disorder. *Obs Disord Theory, Res Treat.* 1998;3–32.
48. Van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Twin studies on obsessive-compulsive disorder: A review. *Twin Research and Human Genetics.* 2005.
 49. Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Dis Child [Internet].* 2014/11/14. 2015 May;100(5):495–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25398447>
 50. Bellodi L, Sciuto G, Diaferia G, Ronchi P, Smeraldi E. Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 1992;42(2):111–20.
 51. Taylor S. Molecular genetics of obsessive-compulsive disorder: A comprehensive meta-analysis of genetic association studies. *Mol Psychiatry.* 2013;
 52. Nestadt G, Lan T, Samuels J, Riddle M, Bienvenu 3rd OJ, Liang KY, et al. Complex segregation analysis provides compelling evidence for a major gene underlying obsessive-compulsive disorder and for heterogeneity by sex. *Am J Hum Genet [Internet].* 2000/10/31. 2000 Dec;67(6):1611–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11058433>
 53. Willour VL, Yao Shugart Y, Samuels J, Grados M, Cullen B, Bienvenu 3rd OJ, et al. Replication study supports evidence for linkage to 9p24 in obsessive-compulsive disorder. *Am J Hum Genet [Internet].* 2004/07/21. 2004 Sep;75(3):508–13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15272418>
 54. Hanna GL, Veenstra-VanderWeele J, Cox NJ, Boehnke M, Himle JA, Curtis GC, et al. Genome-wide linkage analysis of families with obsessive-compulsive disorder ascertained through pediatric probands. *Am J Med Genet.* 2002;114(5):541–52.
 55. Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, Geller DA. Obsessive-compulsive disorder: An integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience.* 2014.
 56. Rosenberg D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. In: Brent D, editor. *UpToDate [Internet].* 2019. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/obsessive-compulsive-disorder-in-children-and-adolescents-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis>
 57. Rodríguez N, Morer A, González-Navarro EA, Serra-Pages C, Boloc D, Torres T, et al. Inflammatory dysregulation of monocytes in pediatric patients with obsessive-compulsive disorder. *J Neuroinflammation [Internet].* 2017 Dec 28;14(1):261. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29284508>
 58. Mathews CA, Bimson B, Lowe TL, Herrera LD, Budman CL, Erenberg G, et al. Association between maternal smoking and increased symptom severity in Tourette’s syndrome. *Am J Psychiatry.* 2006;163(6):1066–73.

59. Santangelo SL, Pauls DL, Goldstein JM, Faraone S V, Tsuang MT, Leckman JF. Tourette's syndrome: what are the influences of gender and comorbid obsessive-compulsive disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994;33(6):795–804.
60. Cosco TD, Pillinger T, Emam H, Solmi M, Budhdeo S, Prina AM, et al. Immune Aberrations in Obsessive-Compulsive Disorder: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mol Neurobiol.* 2018;1–9.
61. Rosenberg DR, MacMASTER FP, Keshavan MS, Fitzgerald KD, Stewart CM, Moore GJ. Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessive-compulsive disorder patients taking paroxetine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39(9):1096–103.
62. Fitzgerald KD, Moore GJ, Paulson LA, Stewart CM, Rosenberg DR. Proton spectroscopic imaging of the thalamus in treatment-naive pediatric obsessive-compulsive disorder*. *Biol Psychiatry.* 2000;47(3):174–82.
63. Mirza Y, O'neill J, Smith EA, Russell A, Smith JM, Banerjee SP, et al. Increased medial thalamic creatine-phosphocreatine found by proton magnetic resonance spectroscopy in children with obsessive-compulsive disorder versus major depression and healthy controls. *J Child Neurol.* 2006;21(2):106–11.
64. Menzies L, Chamberlain SR, Laird AR, Thelen SM, Sahakian BJ, Bullmore ET. Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of obsessive-compulsive disorder: the orbitofronto-striatal model revisited. *Neurosci Biobehav Rev.* 2008;32(3):525–49.
65. Huyser C, Veltman DJ, de Haan E, Boer F. Paediatric obsessive-compulsive disorder, a neurodevelopmental disorder?: evidence from neuroimaging. *Neurosci Biobehav Rev.* 2009;33(6):818–30.
66. Eng GK, Sim K, Chen S-HA. Meta-analytic investigations of structural grey matter, executive domain-related functional activations, and white matter diffusivity in obsessive compulsive disorder: an integrative review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2015;52:233–57.
67. Abramovitch A, Abramowitz JS, Mittelman A, Stark A, Ramsey K, Geller DA. Research Review: Neuropsychological test performance in pediatric obsessive-compulsive disorder—a meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56(8):837–47.
68. Szeszko PR, MacMillan S, McMeniman M, Chen S, Baribault K, Lim KO, et al. Brain structural abnormalities in psychotropic drug-naive pediatric patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2004;161(6):1049–56.
69. Rosenberg DR, Keshavan MS, Dick EL, Bagwell WW, MacMaster FP, Birmaher B. Corpus callosal morphology in treatment-naive pediatric obsessive compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 1997;21(8):1269–83.
70. Gilbert AR, Moore GJ, Keshavan MS, Paulson LAD, Narula V, Mac Master FP, et al. Decrease in thalamic volumes of pediatric patients with obsessive-compulsive disorder who are taking paroxetine. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(5):449–56.

71. MacMaster F, Vora A, Easter P, Rix C, Rosenberg D. Orbital frontal cortex in treatment-naïve pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2010;181(2):97–100.
72. MacMaster FP, Russell A, Mirza Y, Keshavan MS, Banerjee SP, Bhandari R, et al. Pituitary volume in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 2006;59(3):252–7.
73. Gruner P, Vo A, Ikuta T, Mahon K, Peters BD, Malhotra AK, et al. White matter abnormalities in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2012;37(12):2730.
74. Zarei M, Mataix-Cols D, Heyman I, Hough M, Doherty J, Burge L, et al. Changes in gray matter volume and white matter microstructure in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 2011;70(11):1083–90.
75. Fitzgerald KD, Liu Y, Reamer EN, Taylor SF, Welsh RC. Atypical Frontal–Striatal–Thalamic Circuit White Matter Development in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(11):1225–33.
76. Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guze BH, Mazziotta JC, et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(9):681–9.
77. Rauch SL, Jenike MA, Alpert NM, Baer L, Breiter HCR, Savage CR, et al. Regional cerebral blood flow measured during symptom provocation in obsessive-compulsive disorder using oxygen 15—labeled carbon dioxide and positron emission tomography. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):62–70.
78. Saxena S, Brody AL, Schwartz JM, Baxter LR. Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*. 1998;173(S35):26–37.
79. Baxter LR, Phelps ME, Mazziotta JC, Guze BH, Schwartz JM, Selin CE. Local cerebral glucose metabolic rates in obsessive-compulsive disorder: a comparison with rates in unipolar depression and in normal controls. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44(3):211–8.
80. Nordahl TE, Benkelfat C, Semple WE, Gross M, King AC, Cohen RM. Cerebral glucose metabolic rates in obsessive compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*. 1989;
81. Diwadkar VA, Burgess A, Hong E, Rix C, Arnold PD, Hanna GL, et al. Dysfunctional activation and brain network profiles in youth with obsessive-compulsive disorder: a focus on the dorsal anterior cingulate during working memory. *Front Hum Neurosci*. 2015;9:149.
82. Mallinger AE. The obsessive’s myth of control. *J Am Acad Psychoanal*. 1984;12(2):147–65.
83. Esman AH. Psychoanalysis and general psychiatry: Obsessive-compulsive disorder as paradigm. *J Am Psychoanal Assoc*. 1989;37(2):319–36.
84. Leib PT. Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the

- psychoanalytic treatment of obsessive-compulsive disorder: a case study. *Psychoanal Inq.* 2001;21(2):222–41.
85. Meares R. What happens next? A developmental model of therapeutic spontaneity: Commentary on paper by Philip A. Ringstrom. *Psychoanal Dialogues.* 2001;11(5):755–69.
 86. Frost RO, Steketee G, Williams L. Compulsive buying, compulsive hoarding, and obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther.* 2002;
 87. Group OCCW. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1997;35(7):667–81.
 88. Doron G, Kyrios M, Moulding R. Sensitive domains of self-concept in obsessive-compulsive disorder (OCD): Further evidence for a multidimensional model of OCD. *J Anxiety Disord.* 2007;21(3):433–44.
 89. Clark DA, Purdon CL. The assessment of unwanted intrusive thoughts: A review and critique of the literature. *Behav Res Ther.* 1995;
 90. Salkovskis PM, Warwick HMC. Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder: treating treatment failures. *Behav Cogn Psychother.* 1985;13(3):243–55.
 91. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. In: *Behavior and Cognitive Therapy Today.* Elsevier; 1998. p. 209–22.
 92. Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behav Res Ther.* 1994;32(4):403–10.
 93. Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behav Res Ther.* 1993;31(8):713–20.
 94. Purdon C, Clark DA. Metacognition and obsessions. *Clin Psychol Psychother An Int J Theory Pract.* 1999;6(2):102–10.
 95. Aardema F, O'Connor K. The Menace Within: Obsessions and the Self. *J Cogn Psychother.* 2007;21(3):182–97.
 96. Rachman SJ, Wilson GT. *The Effects of Psychological Therapy: International Series in Experimental Psychology.* Vol. 24. Elsevier; 2013.
 97. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. *Behav Res Ther [Internet].* 1997;35(7):667–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9193129>
 98. Guidano VF, Liotti G. *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy.* Guilford Press; 1983.
 99. Bhar SS, Kyrios M. An investigation of self-ambivalence in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2007;45(8):1845–57.
 100. Mancebo MC, Garcia AM, Pinto A, Freeman JB, Przeworski A, Stout R, et al. Juvenile-onset OCD: Clinical features in children, adolescents and adults.

Acta Psychiatr Scand. 2008;

101. Taylor S. Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: Evidence for distinct subtypes. *Clinical Psychology Review*. 2011.
102. Stengler K, Olbrich S, Heider D, Dietrich S, Riedel-Heller S, Jahn I. Mental health treatment seeking among patients with OCD: impact of age of onset. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(5):813–9.
103. Baykal S, KARABEKİROĞLU K, ŞENSES A, Karakurt MN, Çalik T, Yüce M. Çocukluk Çağı Başlangıçlı Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Klinik ve Nöropsikolojik Özelliklerin İncelenmesi. *Arch Neuropsychiatry/Noropsikiatri Ars*. 2014;51(4).
104. Geller DA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin*. 2006;29(2):353–70.
105. Agarwal V, Yaduvanshi R, Arya A, Gupta PK, Sitholey P. A study of phenomenology, psychiatric co-morbidities, social and adaptive functioning in children and adolescents with OCD. *Asian J Psychiatr*. 2016;22:69–73.
106. Jakubovski E, Pittenger C, Torres AR, Fontenelle LF, do Rosario MC, Ferrão YA, et al. Dimensional correlates of poor insight in obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2011;35(7):1677–81.
107. Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, Cioffi V, Giacco D, De Santis V, et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2010;34(2):323–30.
108. Fullana MA, Mataix-Cols D, Caspi A, Harrington H, Grisham JR, Moffitt TE, et al. Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *Am J Psychiatry*. 2009;166(3):329–36.
109. Canavera KE, Wilkins KC, Pincus DB, Ehrenreich-May JT. Parent-child agreement in the assessment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2009;
110. Stengler-Wenzke K, Trosbach J, Dietrich S, Angermeyer MC. Experience of stigmatization by relatives of patients with obsessive compulsive disorder. *Arch Psychiatr Nurs*. 2004;18(3):88–96.
111. Unal F, Oktem F, Cuhadaroglu F, Kultur E, Akdemir D, Foto Ozdemir D, et al. Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). *Turkish J Psychiatry*. 2019 Apr 1;30.
112. Yucelen AG, Rodopman-Arman A, Topcuoglu V, Yazgan MY, Fisek G. Interrater reliability and clinical efficacy of Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale in an outpatient setting. *Compr Psychiatry*. 2006;47(1):48–53.
113. Boysan M, Kadak MT, Tarakcioglu MC, Sertdurak ZS, Demirel OF. Psychometric properties of Turkish versions of the leyton obsessional

- inventory-child version (LOI-CV) and obsessive beliefs questionnaire-child version (OBQ-CV). *Klin Psikofarmakol Bülteni-Bulletin Clin Psychopharmacol.* 2016;26(4):382–96.
114. Douglass HM, Moffitt TE, Dar R, McGee ROB, Silva P. Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34(11):1424–31.
 115. Geller D, Biederman J, Faraone S V., Frazier J, Coffey BJ, Kim G, et al. Clinical correlates of obsessive compulsive disorder in children and adolescents referred to specialized and non-specialized clinical settings. *Depress Anxiety.* 2000;
 116. Geller DA, Faro AL, Brown AR, Levy HC. Paediatric OCD: developmental aspects and treatment considerations. *Obs Disord Curr Sci Clin Pract.* 2012;160–89.
 117. Geller DA, Biederman J, Stewart SE, Mullin B, Farrell C, Wagner KD, et al. Impact of comorbidity on treatment response to paroxetine in pediatric obsessive-compulsive disorder: is the use of exclusion criteria empirically supported in randomized clinical trials? *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2003;13(2, Supplement 1):19–29.
 118. Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ, Geffken GR, Lehmkuhl HD, Jacob ML, et al. Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(5):583–92.
 119. Abramowitz JS, Foa EB. Worries and obsessions in individuals with obsessive-compulsive disorder with and without comorbid generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 1998;36(7–8):695–700.
 120. Carr A. *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach.* Routledge; 2013.
 121. de Alvarenga PG, Mastrorosa RS, do Rosario MC. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *IACAPAP Textb Child Adolesc Ment Heal Sect F Anxiety Disord Chapter F.* 2012;3.
 122. Rosenberg D. Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. In: Brent D, editor. *UpToDate [Internet].* 2019. Available from: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-obsessive-compulsive-disorder-in-children-and-adolescents?search=oedchildren&source=search_result&selectedTitle=1~144&usage_type=default&display_rank=1
 123. Öst L-G, Riise EN, Wergeland GJ, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2016;43:58–69.
 124. Stewart SE, Geller DA, Jenike M, Pauls D, Shaw D, Mullin B, et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;110(1):4–13.
 125. Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, Rettew DC, Gershon ES, Rapoport JL.

- Tics and Tourette's disorder: a 2-to 7-year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. *Am J Psychiatry*. 1992;149(9):1244–51.
126. Yılmaz HA. Bir Derleme: Benlik Kavramına İlişkin Bazı Yaklaşımlar Ve Tanımlamalar. *Dumlupınar Üniversitesi Sos Bilim Derg*. 2016;(48):79–89.
 127. Baumeister RF. The self. In: *The handbook of social psychology*, Vols 1-2, 4th ed. New York, NY, US: McGraw-Hill; 1998. p. 680–740.
 128. Leary MR, Tangney JP. The self as an organizing construct in the behavioral and social sciences. *Handb self identity*. 2003;15:3–14.
 129. Orth U, Erol RY, Luciano EC. Development of self-esteem from age 4 to 94 years: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull*. 2018;144(10):1045.
 130. Murphy CM, Stosny S, Morrel TM. Change in self-esteem and physical aggression during treatment for partner violent men. *J Fam Violence*. 2005;20(4):201.
 131. Brown JD, Dutton KA, Cook KE. From the top down: Self-esteem and self-evaluation. *Cogn Emot*. 2001;15(5):615–31.
 132. Merriam Webster Dictionary.
 133. Heatherton TF, Wyland CL, Lopez SJ. Assessing self-esteem. *Posit Psychol Assess A Handb Model Meas*. 2003;219–33.
 134. DeHart T, Pelham BW, Tennen H. What lies beneath: Parenting style and implicit self-esteem. *J Exp Soc Psychol*. 2006;42(1):1–17.
 135. Asendorpf JB, Banse R, Mücke D. Double dissociation between implicit and explicit personality self-concept: The case of shy behavior. *J Pers Soc Psychol*. 2002;83(2):380.
 136. Abdel-Khalek AM. Introduction to The Psychology of Self Esteem. *SELF-ESTEEM*. 2017;1.
 137. Cheng H, Furnham A. Early indicators of self-esteem in teenagers: Findings from a nationally representative sample. *Pers Individ Dif [Internet]*. 2017;116:139–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2017.04.037>
 138. Orth U. The lifespan development of self-esteem. In: *Personality development across the lifespan*. Elsevier; 2017. p. 181–95.
 139. Aardema F, Moulding R, Melli G, Radomsky AS, Doron G, Audet JS, et al. The role of feared possible selves in obsessive-compulsive and related disorders: A comparative analysis of a core cognitive self-construct in clinical samples. Vol. 25, *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2018. p. e19–29.
 140. Aardema F, Wu KD. Imaginative, dissociative, and schizotypal processes in obsessive-compulsive symptoms. *J Clin Psychol*. 2011;67(1):74–81.
 141. Riketta M, Ziegler R. Self-ambivalence and self-esteem. *Curr Psychol*. 2006;25(3):192–211.

142. Bhar S, Kyrios M, Hordern C, Frost RO. Ambivalence in early attachment relationships and self-evaluation: their assessment and relationship to obsessive-compulsive and related symptomatology. In: World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Vancouver. 2001.
143. Bhar SS. Self-ambivalence in obsessive-compulsive disorder. 2005.
144. Julien D, O'Connor KP, Aardema F. Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clin Psychol Rev.* 2007;27(3):366–83.
145. Rowa K, Purdon C, Summerfeldt LJ, Antony MM. Why are some obsessions more upsetting than others? *Behav Res Ther.* 2005;43(11):1453–65.
146. Ahern C, Kyrios M, Meyer D. Exposure to unwanted intrusions, neutralizing and their effects on self-worth and obsessive-compulsive phenomena. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2015;49:216–22.
147. Lipton MG, Brewin CR, Linke S, Halperin J. Distinguishing features of intrusive images in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2010;24(8):816–22.
148. Mantz SC, Abbott MJ. Obsessive-compulsive disorder in paediatric and adult samples: nature, treatment and cognitive processes. A review of the theoretical and empirical literature. *Behav Chang.* 2017;34(1):1–34.
149. Farrell L, Barrett P. Obsessive-compulsive disorder across developmental trajectory: Cognitive processing of threat in children, adolescents and adults. *Br J Psychol.* 2006;97(1):95–114.
150. Maldonado L, Huang Y, Chen R, Kasen S, Cohen P, Chen H. Impact of early adolescent anxiety disorders on self-esteem development from adolescence to young adulthood. *J Adolesc Heal [Internet].* 2013;53(2):287–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.02.025>
151. Malhotra N, Gupta N. Dissociative disorders: Reinvention or reconceptualization of the concept? *Indian J Soc Psychiatry.* 2018;34(5):44.
152. Valentino K, Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. True and false recall and dissociation among maltreated children: The role of self-schema. *Dev Psychopathol.* 2008;20(1):213–32.
153. Putnam FW. Child development and dissociation. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 1996;5(2):285–302.
154. Öztürk E. Travma ve dissosiyasyon: Dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisi ve aile dinamikleri. Nobel Tıp Kitabevi; 2017.
155. Boysan M. Dissociative experiences are associated with obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical sample: A latent profile analysis. *Noropsikiyatri Ars.* 2014;
156. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Öztürk M, Şar V. Çocuk ve Ergenlerde Dissosiyatif Bozukluk: 36 olgunun gözden geçirilmesi. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2000;1(4):197–206.
157. Putnam FW. Dissociation in children and adolescents: A developmental

perspective. Guilford Press; 1997.

158. Silberg JL. Dissociative Disorders in Children and Adolescents BT - Handbook of Developmental Psychopathology. In: Lewis M, Rudolph KD, editors. Boston, MA: Springer US; 2014. p. 761–75. Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9608-3_39
159. Shorvon HJ. The depersonalization syndrome. SAGE Publications; 1946.
160. Watson D, Wu KD, Cutshall C. Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to dissociation. *J Anxiety Disord.* 2004;18(4):435–58.
161. Soffer-Dudek N. Dissociation and dissociative mechanisms in panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression: A review and heuristic framework. *Psychol Conscious Theory, Res Pract.* 2014;1(3):243.
162. Hermans D, Engelen U, Grouwels L, Joos E, Lemmens J, Pieters G. Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: distrusting perception, attention and memory. *Behav Res Ther.* 2008;46(1):98–113.
163. Merckelbach H, Wessel I. Memory for actions and dissociation in obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2000;188(12):846–8.
164. Tuna Ş, Tekcan AI, Topçuoğlu V. Memory and metamemory in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2005;43(1):15–27.
165. Sar V. Epidemiology of dissociative disorders: An overview. *Epidemiol Res Int.* 2011;2011.
166. Çelikel H, Besiroglu L. Klinik olmayan örnekleme de çocukluk çağı travmatik yaşantıları, dissosiyasyon ve obsesif-kompulsif belirtiler*/Childhood traumatic experiences, dissociation and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical samples. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2008;9(2):75.
167. Lafleur DL, Petty C, Mancuso E, McCarthy K, Biederman J, Faro A, et al. Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Is there a link? *J Anxiety Disord [Internet].* 2011;25(4):513–9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618510002550>
168. Fontenelle LF, Domingues AM, Souza WF, Mendlowicz M V, de Menezes GB, Figueira IL, et al. History of trauma and dissociative symptoms among patients with obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *Psychiatr Q.* 2007;78(3):241–50.
169. Irak M, Flament MF. Neuropsychological profile of childhood-onset obsessive-compulsive disorder. *Turkish J Psychiatry.* 2007;18(4).
170. Rufer M, Held D, Cremer J, Fricke S, Moritz S, Peter H, et al. Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom.* 2006;75(1):40–6.
171. Carlson EA, Yates TM, Sroufe LA. Dissociation and development of the self. In: *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond.* New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group; 2009. p. 39–52.

172. Blizard RA. Disorganized attachment, development of dissociated self states, and a relational approach to treatment. *J Trauma Dissociation*. 2003;4(3):27–50.
173. Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlson EA, Egeland B. Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Dev Psychopathol*. 1997;9(4):855–79.
174. Liotti G. Trauma, Dissociation, and Disorganized Attachment: Three Strands of a Single Braid. *Psychother Theory, Res Pract Train*. 2004 Dec 1;41:472–86.
175. Liotti G. Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*. 1992;5(4):196–204.
176. Cicchetti D, Toth SL, Lynch M. Bowlby’s dream comes full circle. In: *Advances in clinical child psychology*. Springer; 1995. p. 1–75.
177. Sroufe LA, Carlson EA, Levy AK, Egeland B. Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Dev Psychopathol*. 1999;11(1):1–13.
178. Yücelen A, Arman V, Topçuoğlu G. Çocuklar için Yale-Brown obsesifkompulsif geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesi. In: 10th National Child and Adolescent Mental Health Congress, Poster Presentation, Sarıgerme (Turkey). 2000.
179. Gormez V, Kilincaslan A, Oregul AC, Ebesutani C, Kaya I, Ceri V, et al. Psychometric properties of the Turkish translation of the revised child anxiety and depression scale-child version (RCADS-CV) in a clinical sample. *Klin Psikofarmakol Bul Clin Psychopharmacol*. 2016;26(4):4.
180. Büyükşahin Çevik G. Lise 3. Sınıf öğrencilerinin arkadaşlık ilişkileri ve benlik saygılarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi*; 2007.
181. Zoroglu SS, Sar V, Tuzun U, Tutkun H, Savas HA. Reliability and validity of the Turkish version of the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2002;56(5):551–6.
182. Hanna GL, Himle JA, Curtis GC, Gillespie BW. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet*. 2005;134(1):13–9.
183. Politis S, Magklara K, Petrikis P, Michalis G, Simos G, Skapinakis P. Epidemiology and comorbidity of obsessive-compulsive disorder in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. *Int J Psychiatry Clin Pract [Internet]*. 2017 Jul 3;21(3):188–94. Available from: <https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1324038>
184. Wu Y, Liu X, Luo H, Deng W, Zhao G, Wang Q, et al. Advanced paternal age increases the risk of schizophrenia and obsessive-compulsive disorder in a Chinese Han population. *Psychiatry Res*. 2012;198(3):353–9.
185. Calvo R, Lázaro L, Castro J, Morer A, Toro J. Parental psychopathology in child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42(8):647–55.

186. Lougee L, Perlmutter SJ, Nicolson R, Garvey MA, Swedo SE. Psychiatric disorders in first-degree relatives of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(9):1120–6.
187. Dönder Şen F. Obsesif kompulsif bozukluk tanılı gençlerde sosyal becerilerin değerlendirilmesi (tez). Kocaeli Üniversitesi; 2018.
188. Lenane MC, Swedo SE, Leonard H, Pauls DL, Sceery W, Rapoport JL. Psychiatric Disorders in First Degree Relatives of Children and Adolescents with Obsessive Compulsive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1990;29(3):407–12. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709651480>
189. Fontenelle LF, Hasler G. The analytical epidemiology of obsessive–compulsive disorder: risk factors and correlates. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2008;32(1):1–15.
190. Flessner CA, Berman N, Garcia A, Freeman JB, Leonard HL. Symptom profiles in pediatric obsessive-compulsive disorder (OCD): The effects of comorbid grooming conditions. *J Anxiety Disord*. 2009;23(6):753–9.
191. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2003;15(1–2):178–84.
192. Crum RM, Anthony JC. Cocaine use and other suspected risk factors for obsessive-compulsive disorder: a prospective study with data from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Drug Alcohol Depend*. 1993;31(3):281–95.
193. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf H-J, Freyberger HJ, Dilling H, et al. Lifetime-comorbidity of obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in Northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;251(3):130–5.
194. Ollendick TH, King NJ, Muris P. Fears and phobias in children: Phenomenology, epidemiology, and aetiology. *Child Adolesc Ment Health*. 2002;7(3):98–106.
195. Amor C Ben, Vera L, Mnif S, Oumaya M, Galinowski A, Rouillon F. Obsessive-compulsive disorder and self-esteem: An exploratory study. *Eur Psychiatry*. 2008;23:S350.
196. Ahern C, Kyrios M, Moulding R. Self-Based Concepts and Obsessive-Compulsive Phenomena. *Psychopathology*. 2015;48(5):287–92.
197. Kiverstein J, Rietveld E, Slagter HA, Denys D. Obsessive Compulsive Disorder: A Pathology of Self-Confidence? *Trends Cogn Sci*. 2019;23(5):369–72.
198. Mathieu SL, Conlon EG, Waters AM, McKenzie ML, Farrell LJ. Inflated Responsibility Beliefs in Paediatric OCD: Exploring the Role of Parental Rearing and Child Age. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2019;1–11.
199. Ingrid Sochting PhD Rp. Obsessive beliefs in youth with OCD and their

- mothers. *J Cogn Psychother*. 2010;24(3):187.
200. Rector NA, Cassin SE, Richter MA, Burroughs E. Obsessive beliefs in first-degree relatives of patients with OCD: A test of the cognitive vulnerability model. *J Anxiety Disord*. 2009;23(1):145–9.
 201. Pinquart M, Gerke D-C. Associations of Parenting Styles with Self-Esteem in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *J Child Fam Stud*. 2019;1–19.
 202. Ivarsson T, Granqvist P, Gillberg C, Broberg AG. Attachment states of mind in adolescents with Obsessive–Compulsive Disorder and/or depressive disorders: a controlled study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(11):845–53.
 203. Pozza A, Dèttore D. Are inflated responsibility beliefs specific to OCD? Meta-analysis of the relations of responsibility to OCD, anxiety disorders, and depression symptoms. *Clin Neuropsychiatry J Treat Eval*. 2014;
 204. Reeves J, Reynolds S, Coker S, Wilson C. An experimental manipulation of responsibility in children: A test of the inflated responsibility model of obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2010;41(3):228–33.
 205. Kadak MT, Balsak F, Besiroglu L, Çelik C. Relationships between cognitive appraisals of adolescents with OCD and their mothers. *Compr Psychiatry*. 2014;55(3):598–603.
 206. Libby S, Reynolds S, Derisley J, Clark S. Cognitive appraisals in young people with obsessive-compulsive disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004;45(6):1076–84.
 207. Coles ME, Ravid A, Franklin ME, Storch EA, Khanna M. Obsessive-compulsive symptoms and beliefs in adolescents: A cross-sectional examination of cognitive models. *J Cogn Psychother*. 2014;28(4):251–63.
 208. AKA P. Ergenlik dönemindeki bireylerde bilgi işleme kapasitesinin obsesif-kompulsif belirtiler ve disosiyasyonla ilişkisi (tez). *Yüzüncü Yıl Üniversitesi*; 2016.
 209. Belli H, Ural C, Vardar MK, Yesilyurt S, Oncu F. Dissociative symptoms and dissociative disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2012;53(7):975–80.
 210. Belli H, Ural C, Yesilyurt S, Vardar MK, Akbudak M, Oncu F. Childhood trauma and dissociation in patients with obsessive compulsive disorder. *West Indian Med J*. 2013;62(1):39–44.
 211. Selvi Y, Besiroglu L, Aydin A, Gulec M, Atli A, Boysan M, et al. Relations between childhood traumatic experiences, dissociation, and cognitive models in obsessive compulsive disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2012;16(1):53–9.
 212. Prasko J, Raszka M, Diveky T, Grambal A, Kamaradova D, Koprivova J, et al. Obsessive compulsive disorder and dissociation—comparison with healthy controls. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2010;154(2):179–83.

213. Soffer-Dudek N, Lassri D, Soffer-Dudek N, Shahar G. Dissociative absorption: an empirically unique, clinically relevant, dissociative factor. *Conscious Cogn.* 2015;36:338–51.
214. de Kluiver H, Buizer-Voskamp JE, Dolan C V, Boomsma DI. Paternal age and psychiatric disorders: A review. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet.* 2017;174(3):202–13.



EKLER

EK-1

Sosyodemografik Bilgi Formu

Çocuğun Adı Soyadı:	Görüşme Tarihi:/...../.....		
Doğum tarihi (yaşı):	Telefon:		
Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> Kız <input type="checkbox"/> Erkek	Oturduğu yer (il/ilçe):		
Okul başarısı: <input type="checkbox"/> zayıf <input type="checkbox"/> orta <input type="checkbox"/> iyi <input type="checkbox"/> çok iyi			
Arkadaş ilişkileri <input type="checkbox"/> zayıf <input type="checkbox"/> orta <input type="checkbox"/> iyi <input type="checkbox"/> çok iyi			
Çocuğunuzun belirti ve yakınmaları ilk olarak ne zaman başladı?			
Çocuğunuza Obsesif Kompulsif Bozukluk (takıntı zorlantı hastalığı) tanısı ne zaman konuldu?			
Çocuğunuza hangi tedaviler uygulandı? <input type="checkbox"/> Tedavi görmedi <input type="checkbox"/> ilaç <input type="checkbox"/> Bilişsel Davranışçı Terapi <input type="checkbox"/> ilaç + Terapi			
<input type="checkbox"/> Diğer.....			
Uygulanan tedavi toplam ne kadar sürdü?			
Çocuğunuzun başlanan tedaviden sonra tedavi alamadığı bir dönem oldu mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet			
Evetse toplam ne kadar sürdü?			
Çocuğunuz uygulanan tedavilerden ne kadar fayda gördü? (hiç fayda görmedi)- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - (tam sağaltım)			
Çocuğunuzun herhangi bir tıbbi hastalığı var mı?: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (sa belirtiniz):.....			
Çocuğunuz herhangi bir ameliyat geçirdi mi? : <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (se belirtiniz):.....			
Çocuğunuz herhangi bir kaza geçirdi mi? : <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (se belirtiniz):.....			
Çocuğunuzun doğumuyla ilgili uygun olanları işaretleyin:			
Gebelik dönemi: <input type="checkbox"/> Çok Sıkıntılıydı <input type="checkbox"/> Sıkıntılıydı <input type="checkbox"/> Normaldi <input type="checkbox"/> Keyifliydi			
Gebelikte sigara kullanımı: <input type="checkbox"/> yok <input type="checkbox"/> var			
Gebelikte ilaç kullanımı: <input type="checkbox"/> yok <input type="checkbox"/> var (sa belirtiniz)			
Doğum şekli: <input type="checkbox"/> Normal doğum <input type="checkbox"/> Sezeryan			
Doğum zamanı: <input type="checkbox"/> Çok Erken (<34 hafta) <input type="checkbox"/> Erken (34-38 hafta) <input type="checkbox"/> Normal (38-42 hafta) <input type="checkbox"/> Geç (>42 hafta)			
Doğum ağırlığı:.....			
Doğum sonrası: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Zor doğum <input type="checkbox"/> Doğumda oksijensiz kalma <input type="checkbox"/> Küvöz bakımı <input type="checkbox"/> Uzamış sarılık			
<input type="checkbox"/> Kordon dolanması <input type="checkbox"/> Mekonyum aspirasyonu (bebeğin kakasının akciğerlerine kaçması)			
Annenin		Babanın	
Adı Soyadı		Adı Soyadı	
Yaşı		Yaşı	
Eğitim Durumu		Eğitim Durumu	
Mesleği		Mesleği	

Anne-baba: <input type="checkbox"/> Birlikte <input type="checkbox"/> Ayrı	
Ayrı ise ayrılık nedeni: <input type="checkbox"/> Vefat <input type="checkbox"/> Boşanma <input type="checkbox"/> Diğer(se belirtiniz):.....	
Ailenin aylık toplam geliri: <input type="checkbox"/> 1500 TL'den az <input type="checkbox"/> 1500-3000 arası <input type="checkbox"/> 3000-5000 arası <input type="checkbox"/> 5000 ve üstü	
Toplam çocuk sayısı:..... Kaçınıcı çocuğunuz:.....	
Evde anne- baba- çocuk (lar) dışında yaşayan(lar): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(sa belirtiniz):.....	
Aile apartmanı: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(sa belirtiniz):.....	
Annede psikiyatrik hastalık: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(sa belirtiniz):.....	
Babada psikiyatrik hastalık: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(sa belirtiniz):.....	
Kardeşlerinde psikiyatrik hastalık: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(sa belirtiniz):.....	
2. derece akrabalarda psikiyatrik hastalık: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(sa belirtiniz):.....	
Ailede tıbbi hastalık: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(sa belirtiniz):.....	

EK-2

ERGEN DİSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (EDYÖ) NASIL YANIT VERECEKSİNİZ ?

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 30 tanımlama cümlesinden oluşmaktadır. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Her tanımlama cümlesindeki yaşantının size ne ölçüde uyduğunu ya da ne sıklıkta bulunduğunu 10 üzerinden değerlendiriniz. Tanımlanan özellik ya da durum sizde hiç bir zaman olmuyorsa 0'ı, sürekli ya da çok sık oluyorsa 10'u daire içine alınız. Zaman zaman oluyorsa, derecelendirme yaparak 10 arasından size en çok uyan rakamı daire içine alınız. Cevaplarken tanımlamada ne belirtilmişse sadece ona cevap veriniz. Alkol ya da ilaç etkisi altında bulunduğunuz durumları dikkate almayınız.

1. Televizyon seyrederken, bir şey okurken ya da video oyunu oynarken kendimi çok fazla kapırıyorum ve çevremde olan bitenleri farketmem.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
2. Daha önce yapmış olduğum ev ödevi ve sınav kağıtlarına baktığımda onları tanıyamam ve/veya yaptığımı hiç hatırlamam.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
3. Sanki bana ait değilmiş gibi gelen güçlü duygular yaşarım.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
4. Bir an çok iyi yaptığım bir iş başka bir zaman hiç elimden gelmez.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
5. Çevremdekilerin konuştuğumu ya da yaptığımı söyledikleri bazı şeyleri hiç hatırlamam.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
6. Kendimi bir sis perdesi içinde ya da boşlukta hissederim ve çevremdeki insanlar ve eşyalar gerçek değilmiş gibi görünür.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
7. Bazen bir şeyi gerçekten yaptım mı, yoksa yapmayı sadece aklım geçirmiş mi olduğunu ayırtedemem.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
8. Saate baktığımda zamanın geçmiş olduğunu, ancak geçen süre içerisinde olanları hatırlayamadığımı fark ederim.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
9. Kafamın içinden gelen ve bana ait olmayan sesler duyarım.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
10. İstemediğim bir yerde bulunduğumda, zihinsel olarak oradan uzaklaşabilirim.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
11. O kadar iyi yalan söylerim ve rol yaparım ki bunlara kendim de inanırım.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
12. Birden dalıp giderim ve daha sonra kendimi bir şey yaparken bulurum.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
13. Aynada kendimi tanımam.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
14. Kendimi bir yere giderken ya da bir işi yapıyorken bulurum ve neden oraya gittiğimi ya da neden o işi yaptığımı bilemem.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
15. Kendimi bir yerde bulurum ve oraya nasıl geldiğimi hatırlamam.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)

16. Sanki bana ait deęilmiř gibi gelen dūřüncelerim olur.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
17. Ağrı ya da acı hissini duymamayı başarabilirim.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
18. Bir şey gerçekten mi oldu, yoksa onu sadece rüyamda mı gördüm ya da aklımdan mı geçirdim, ayırdedemem.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
19. Kendimi yanlış olduğunu bildiğim hatta yapmayı kesinlikle istemediğim bir işi yaparken bulurum.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
20. Beni tanıyanlar bazen çok değişik davrandığını sanki başka bir insan gibi olduğumu söylerler.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
21. Zihnimin duvarlarla bölümlere ayrılmış gibi olduğunu hissedirim.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
22. Benim yapmış olmam gereken fakat yaptığımı hatırlayamadığım yazılar, çizimler ya da mektuplar bulurum.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
23. İçimde, benim yapmayı istemediğim bazı şeyleri yaptıran bir şeyin var olduğunu hissedirim.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
24. Bir şeyi sadece hatırlıyor muyum, yoksa gerçekten o anda başımdan mı geçiyor olduğunu karıştırdım.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
25. Kendime bedenimin dışından, sanki başka bir kişiyi izliyormuş gibi baktığımı hissedirim.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
26. Ailem ve arkadaşarımla olan ilişkilerimin aniden değişir ve bunun neden olduğunu bilemem.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
27. Bir yap-boz oyunun parçalarından bir ya da bir kaçının kaybolması gibi, geçmişimin bazı parçaları kaybolmuştur.
(kafamdan silinmiştir)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
28. Kendimi oyuncaklarımla ya da yapma hayvanlarımla oynamaya o kadar kaptırırım ki onlar bana canlıymış gibi gelir.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
29. İçimde başka insanların var olduğunu hissedirim.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
30. Bazen vücudum sanki bana ait değilmiş gibi gelir.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)

EK-3 Obsesif İnanışlar Ölçeği-Çocuk Formu (OBQ-CV)

İnsanlar pek çok farklı düşünceye sahiptir. Burada insanların sahip olabilecekleri farklı düşünceler ve inanışlar sıralanmıştır. Her bir ifadeyi dikkatli bir şekilde okuduktan sonra ne ölçüde katılıp katılmadığınıza karar veriniz.

Her bir ifade için sizi en iyi anlatan puanı seçiniz. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Çoğu zaman ne düşündüğünüzü veya genelde neye inandığınızı aklınızda tutarak cevaplayınız.

Cevaplarken aşağıdaki ölçeği kullanınız:

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Kesinlikle katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Çok Fazla katılıyorum
1. Çevremdeki şeylerin güvenli olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
2. Bir şeylerden tam olarak emin değilsem, büyük olasılıkla hata yaparım.	1	2	3	4	5
3. Bir şeylerin her zaman mükemmel olmasını isterim.	1	2	3	4	5
4. İyi bir insan olabilmem için yaptığım her şeyde mükemmel olmak zorundayım.	1	2	3	4	5
5. Kötü şeylerin olmasını her zaman engellemek zorundayım.	1	2	3	4	5
6. Ne olursa olsun zarara yol açabilecek şeyleri engellemeye çalışmam gerekir.	1	2	3	4	5
7. Kötü bir şey yapmayı düşünmüşsem, bu onu gerçekten yapmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5
8. Tehlikeyi görmüş ve bir şeyler yapmamışsam bu benim hatamdır.	1	2	3	4	5
9. Bir şeyleri mükemmel bir şekilde yapamamışsam, o şeyi hiçbir şekilde yapmamalıyım.	1	2	3	4	5
10. Her zaman yapabileceğim en iyisini yapmak zorundayım.	1	2	3	4	5
11. Bir şeyler yaptığımda, yanlış gidebilecek her şeyi düşünürüm.	1	2	3	4	5
12. Bir işin çok küçük hataları bile olsa, o iş yapılmamış demektir.	1	2	3	4	5
13. Ailemdeki insanlara zarar vermeyle ilişkili düşünceler aklıma gelecek olursa, bu onlara gerçekten zarar vermek istediğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5
14. Tümüyle emin olmadığım sürece, bir tercihte bulunamam.	1	2	3	4	5
15. Zarara yol açacak bir şeyi durdurmamak, ona neden olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5
16. Kötü şeyler (kazalar veya hastalıklar gibi) olmayacağından emin olabilmek için her zaman çok çaba sarf etmem gerekir.	1	2	3	4	5
17. Bana göre bir zarara engel olmamak, ona neden olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5
18. Bir hata yaparsam bunun için üzüntü duymam gerekir.	1	2	3	4	5
19. Yaptığım şeylerden dolayı başkalarının ciddi bir sorunla karşılaşmadığından emin olmak zorundayım.	1	2	3	4	5
20. Eğer bir şeyler mükemmel değilse, doğru değildir diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
21. Müstehcen düşüncelere sahip olmak korkunç bir insan olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5
22. Çok dikkatli olmazsam, ciddi bir kaza geçirebilirim veya ciddi bir kazaya neden olabilirim.	1	2	3	4	5
23. Kendimi güvende hissedebilmek için ters gidebilecek herhangi bir şeye hazırlıklı olmam gerekir.	1	2	3	4	5
24. Tuhaf veya tiksinti uyandıran düşüncelerim olmamalıdır.	1	2	3	4	5

25. Küçük bir hata yapsam bile, bu tümüyle hatalı olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5
26. Her şeyi mükemmel bir şekilde anlamak zorundayım – önemsiz sıradan bir şey olsa bile.	1	2	3	4	5
27. Dinle ilişkili olumsuz bir şey düşünmek, onu gerçekten yapmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5
28. Hoşuma gitmeyen düşünceleri kafamdan uzaklaştırmayı başarmak zorundayım.	1	2	3	4	5
29. Başka insanlara yanlışlıkla zarar verebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
30. Kötü düşüncelere sahip olmak, benim tuhaf biri olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5
31. Yapmayı sevdiğim her şeyde en iyi olmak zorundayım.	1	2	3	4	5
32. Kötü bir düşünceye sahip olmam, onu gerçekten yapmak istediğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5
33. Küçük bir soruna bile neden olsam, bu korkunç bir şeydir ve benim hatamdır.	1	2	3	4	5
34. Dikkatli olduğum zamanlarda bile genellikle kötü şeylerin olacağı düşüncesine kapılırım.	1	2	3	4	5
35. Kötü düşüncelerimin olması, kontrolden çıktığım anlamına gelir.	1	2	3	4	5
36. Çok dikkatli olmazsam, kötü şeyler olur.	1	2	3	4	5
37. Bir şeyler tam olarak doğru yapılanaya kadar üzerinde çalışmam gerekir.	1	2	3	4	5
38. Saldırganca düşüncelere sahip olmak, kontrolü kaybedeceğim ve saldırganlaşacağım anlamına gelir.	1	2	3	4	5
39. Gerçekten kötü bir şeyin olmasını engellemezsem, bu benim hatamdır.	1	2	3	4	5
40. Bir işi mükemmel şekilde yapmazsam, insanlar benden hoşlanmaz.	1	2	3	4	5
41. Her şey tehlikelidir.	1	2	3	4	5
42. Kötü bir düşünceye sahip olmak, düşündüğün şeyi yapmakla aynı şeydir.	1	2	3	4	5
43. Ne yaparsam yapayım, yeterince iyi olmayacak.	1	2	3	4	5
44. Düşüncelerimi kontrol etmezsem cezalandırılacağım.	1	2	3	4	5

EK - 4**ÇADÖ-Y (Çocuk Formu)****Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)**

Adı ve Soyadı: Yaş: Cinsiyet: Eğitimi (sınıfı):

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (" Asla doğru değil ise 0'ı, Bazen doğru ise 1'i, Sık Sık doğru ise 2'yi, Her Zaman doğru ise 3'ü işaretleyin).

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Bazı konularda endişe/kaygı duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Kendimi üzgün veya boşlukta hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Bir sorunum olduğunda midemde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Bir işte başarısız olduğumu veya işi iyi yapmadığımı düşündüğüm zaman endişelenirim/kaygılanırım	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Evde yalnız kalmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Sınava gireceğim zaman korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Birinin bana kızgın olduğunu düşündüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Ailemden uzakta olmak beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Aklımdaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler beni rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Uyku sorunum var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Okulda başarısız olacağımdan korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Ailemden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyorum gibi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	İştahım ile ilgili sorunlarım var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Yaptığım şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Kendi başıma uyumam gerekirse bundan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Sabahları gergin veya endişeli hissettiğimden okula gitmek istemem	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Hiçbir şey için enerjim yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Aptalca görüdüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Kendimi çok yorgun hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Başıma kötü şeyler geleceğinden endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Kötü ve saçma düşünceleri kafamdan atamıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
24.	Bir sorunum olduğunda kalbim çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Rahat bir şekilde düşünemem	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Başıma kötü bir şey geleceğinden endişe ediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Bir sorunum olduğunda titrediğimi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Kendimi değersiz hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Yanlış yapmaktan kaygılanırım/endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri (sayılar, kelimeler gibi) aklımdan geçirmem gerekir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Diğer insanların benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)

ÇADÖ-Y (Çocuk Formu)

35.	Gelecek hakkında endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Hiçbir nedeni yokken aniden başım döner ve bayılacak gibi olurum	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Ölüm hakkında düşünürüm	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Sınıfımın önünde konuşma yapmak beni korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Kalbim sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Hareket etmek istemiyor gibi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hissedirim (ellerimi yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri "tam olması gereken biçimde" yapmak zorunda hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Geceleri yatağa gittiğimde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Kendimi huzursuz hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)

EK -5

COOPERSMITH BENLİK SAYGISI ENVANTERİ

Aşağıda her insanın zaman zaman hissedebileceği bir takım durumlar maddeler halinde sıralanmıştır.

Bu maddelerle belirtilen ifadeler eğer sizin genellikle hissettiklerinizi tanımlıyor ve size çoğunlukla uygun geliyorsa cevap kâğıdında ilgili sorunun karşısındaki evet sütununa bir çarpı işareti (x), bu ifadeler eğer sizin genellikle hissettiklerinizi tanımlamıyor ve size çoğunlukla uygun gelmiyorsa bu durumda hayır sütununa (x) işareti koyunuz.

Bu maddelerin doğru ve yanlış cevapları yoktur. Bu nedenle yanıtlarımızı verirken mantığınızdan çok duygularınıza kulak veriniz. Araştırmaya olacak katkınızın, yanıtlarımızın dürüstlüğü oranında olacağını unutmayınız.

Evet Hayır

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Olanlara genellikle fazla bozulmam. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Sınıfın önünde konuşma yapmak bana oldukça zor gelir. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Eğer gücüm yetse değiştirmek isteyeceğim pek çok özelliğim var. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Fazla zorlanmadan karar verebilirim. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Benimle birlikte olmak zevkli ve eğlencelidir. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Evdeyken kolayca canım sıkılır, moralim bozulur |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Yeni bir şeye alışmam çok zaman alır. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Yaşıtlarımın arasında popülerim. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Anne ve babam genellikle duygularımı dikkate alır. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Genellikle pek direnmeden kolayca vazgeçme gibi bir huyum var. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Ailemin benden beklentisi çok fazla. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Benim yerimde olmak oldukça zordur. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Hayatımdaki her şey karmakarışık. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Arkadaşlarım genellikle benim fikirlerimi izlerler. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Kendime ilişkin olumsuz bir imajım var. |

Evet Hayır

- 16. Pek çok kere evden ayrılmayı (kaçmayı) düşündüm.
- 17. Okuldayken sık sık canım sıkılır.
- 18. Çoğu insan kadar güzel görünümlü değilim.
- 19. Söyleyecek bir şeyim olduğunda genellikle onu çekinmeden söylerim.
- 20. Annem ve babam beni anlayabiliyor.
- 21. İnsanların çoğu benden daha çok seviyor.
- 22. Çoğu zaman anne ve babamın beni sanki zorladıklarını hissediyorum.
- 23. Okulda çoğu zaman cesaretim kırılıyor.
- 24. Sık sık keşke başka birisi olsam diye arzuluyorum.
- 25. Güvenilir biri değilim (bana bel bağlanılmaz).
- 26. Hiç bir şey için asla kaygı duymam.
- 27. Kendimden oldukça eminim.
- 28. Sevecen birisiyim.
- 29. Anne ve babamla birlikte eğlenemiz ve neşemiz boldur.
- 30. Hayal kurmaya çok zaman harcıyorum.
- 31. Keşke daha genç olsaydım.
- 32. Her zaman doğru olanı yaparım
- 33. Okuldaki başarılarımla gurur duymaktayım.
- 34. Birileri her zaman ne yapmam gerektiğini bana söylemeli.
- 35. Yaptıklarım için sıkça pişmanlık duyarım.
- 36. Hiç bir zaman mutlu olmam.
- 37. Derslerimle ilgili olarak yapabileceğim en iyisini yapıyorum.
- 38. Genellikle kendime dikkat edebilirim.
- 39. Oldukça mutluyum.

Evet Hayır

- 40.Oyunu yaşça kendimden daha küçüklerle oynamayı tercih ederim.
- 41.Tanıdığım herkesi seviyorum.
- 42.Sınıfta ön plana çıkmaktan hoşlanırım.
- 43.Kendi kendimi anlayabiliyorum.
- 44.Evde hiç kimse bana fazla ilgi göstermiyor.
- 45.Hiç bir zaman asla azarlanmam.
- 46.Okulda, olmak istediğim kadar başarılı değilim.
- 47.Kendi kendime bağımsız karar verebilir ve ona bağlı kalabilirim.
- 48.Cinsiyetimden memnun değilim (erkek ya da kız olmaktan)
- 49.Başkalarıyla birlikte olmaktan hoşlanmıyorum.
- 50.Hiç bir zaman asla utanmam.
- 51.Sık sık kendimden utandığımı hissedirim.
- 52.Arkadaşlarım sık sık benimle uğraşırlar.
- 53.Her zaman doğruyu söylerim.
- 54.Öğretmenlerim bana yeterince başarılı olmadığımı hissettiriyor.
- 55.Bana ne olacağı hiç umurumda değil.
- 56.Hayatta başarısız biriyim.
- 57.Azarlandığım zaman kolayca bozuluyorum.
- 58.Kime ne söyleyeceğimi her zaman bilirim.

“OKB’li Çocuk ve Ergenlerde Benlik Saygısı ve Disosiyatif Yaşantılar İlişkisinin Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması”

- 1.Katılmayı kabul ettiğiniz halde katılacağınız “OKB’li Çocuk ve Ergenlerde Benlik Saygısı ve Disosiyatif Yaşantılar İlişkisinin Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması” adlı çalışma bir uzmanlık tezidir.
2. Çalışmamızın amacı takıntı-zorlantı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde benlik saygısı ve çözülme yaşantılarını sağlıklı kontrollerle karşılaştırarak bu bozukluğa özgün süreçlerin anlaşılmasına ve böylelikle çocuk ve ergenlerde takıntı-zorlantı bozukluğunun nasıl yaşantılandığının anlaşılmasına katkıda bulunmaktır.
- 3.Araştırmaya yönelik klinik ve demografik bilgileriniz kaydedilecek, test ve ölçekler uygulanacak, elde edilen veriler uygun koşullarda kimliğiniz gizli kalmak üzere saklanacaktır.
- 4.Gönüllü olarak sizin araştırma üzerinde herhangi bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır.
- 5.Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda; yapılacak test, ölçek ve klinik görüşmelerin getirebileceği herhangi bir riski bulunmamaktadır. Ayrıca, sizde psikiyatrik tanı saptadığımızda, bulgularımızı istediğiniz takdirde size bildireceğiz.
- 6.Bu çalışma problemin tanınmasını, daha iyi anlaşılabilmesini, alternatif tanı ve tedavi yöntemlerini belirlemek için oldukça önemlidir.
- 7.Gönüllü olarak sizin araştırma üzerinde herhangi bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır.
- 8.Araştırma boyunca sizden herhangi bir maddi katkı talebi olmayacaktır. Bu araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluğunuz yoktur. Sizden herhangi bir ücret alınmayacak, size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kurumundan (SGK) da herhangi bir ücret alınmayacaktır. Araştırmada tarafınıza, ulaşım veya yemek gibi masraflar için de bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmada gönüllü katılım esas alınmıştır.
- 9.Araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlı olup, araştırmada yer almayı da reddedebilirsiniz. Reddetmeniz halinde yararınıza engel ya da cezai bir durum ortaya çıkmayacaktır. Size uygulanan tedavide de herhangi bir değişiklik olmayacaktır.
- 10.İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurullar, Bakanlık ve diğer ilgili resmi makamlar sizin gönüllü olur formunu imzalamanız ile orijinal tıbbi kayıtlara doğrudan erişebilecek, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır.
- 11.Bütün durumlarda gizlilik ilkesine bağlı kalınacaktır. Araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi kimlik bilgileri gizli kalacaktır. Ayrıca, kimliğinizi ortaya koyacak kayıtlar da gizli tutulacaktır.
- 12.Araştırma esnasında sizi ilgilendirecek bir bilgi söz konusu olduğunda, siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.
- 13.Araştırma hakkında veya araştırmayla ilgili herhangi bir olay hakkında veya ek bilgi almak için; 0212 414 30 00 - 22967 numaralı telefondan veya dryavuzmeral@gmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz.
- 14.Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirsiniz. Ancak, zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekildiğinizi önceden bildirmeniz uygun olmaktadır.
- 15.Araştırmanın yaklaşık 12 ay kadar süreceği planlanmaktadır.
- 16.Yapılacak olan bu araştırmada tahmini gönüllü sayısınının 100 olması beklenmektedir.
- 17.‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.’
- 18.‘Söz konusu araştırmaya, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Hasta/ hasta yakını adı, soyadı	İmzası	Tarih
	/...../.....

Açıklama yapan araştırmacı adı, soyadı	İmzası	Tarih
	/...../.....

Tanık olan kişinin adı, soyadı	İmzası	Tarih
	/...../.....
Yasal temsilci olan kişinin adı, soyadı	İmzası	Tarih
	/...../.....

“Araştırmanın açık adını belirtiniz:

‘OKB’li Çocuk ve Ergenlerde Benlik Saygısı ve Disosiyatif Yaşantılar İlişkisinin Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması’ araştırma kapsamında uygulanacak klinik muayene ve testlerin;

- Sadece yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum.*
- İleride yapılması planlanan tüm araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.*
- Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.*

1. ‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’ gönüllü olan sizin veya yasal temsilcinizin yasal haklarını ortadan kaldıracak bir hüküm veya ifade içermemektedir. Ayrıca araştırmacıyı, kurumu veya bunların temsilcilerini kendi ihmallerinden kaynaklanan herhangi bir yükümlülüğten kurtaracak hüküm veya ifade taşımamaktadır.

- **Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret talep edilmemektedir. Bunun yanı sıra size de bir ödeme yapılmayacaktır. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumundan (SGK) herhangi bir ücret alınmayacaktır.**

ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı - Soyadı: Yavuz Meral

Doğum tarihi: 01.01.1990

Yabancı dil bilgisi: İngilizce

Görev yeri: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

E-posta adresi: dryavuzmeral@gmail.com

Telefon: 05442155770

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

Mezun olduğu üniversite/fakülteyi lütfen belirtiniz: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi (ingilizce)

Mezuniyet tarihini lütfen yıl olarak belirtiniz: 2015

Varsa, akademik ünvanları lütfen belirtiniz: Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Doktor

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Bugüne kadar çalıştığı kurum/kuruluşları lütfen belirtiniz:

Kilis İl Ambulans Servisi Başhekimliği 2015-2016

Bezmialem Vakıf Üniversitesi 2016-2018

İ.Ü. Cerrahpaşa - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 2016-halen

D. KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

İyi klinik uygulamaları (İKU) ve klinik araştırma konularında eğitim alınmışsa, alınan kurum/kuruluşun adı ve tarihi ile lütfen belirtiniz:

Varsa, araştırmacı olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:

1. Otizm Spektrum Bozuklukları -Güncel Bilgilerimiz Neler? Kadak MT, Meral Y, (2019) IKSSTD; Ek 1 (5 – 15) doi: 10.5222/iksstd.2019.16023
2. ÖRENGÜL, A. C., MERAL, Y., & GÖRMEZ, V. (2018). Risk Factors and Comorbidity in Childhood Specific Phobias.
3. Görmez, V., Örengül, A. C., Meral, Y., Kaynar, T. B., & Ertaş, E. (2017). Doğum Öncesi ve Sonrası Faktörlerin Okul Çağı Klinik Örneklemde Psikopatoloji ile İlişkisi. Journal of Mood Disorders, 7(2).
4. Gormez V, Meral Y, Orengul AC. [Emetophobia (specific phobia of vomiting) It's Relationship with Anxiety-related Disorders and Cognitive Behavioral Therapeutic Approach]. JCBPR. 2017; 6(1) 39-48. Turkish. doi10.5455JCBPR.253316