



T.C.

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK ÇOCUKLUK ÇAĞI  
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTESİ VE ANNE BABA  
TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Sevcan ŞAMILOĞLU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN: Doç.Dr. Barış METİN**

**İstanbul, 2017**



**T.C.**

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK ÇOCUKLUK ÇAĞI  
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTESİ VE ANNE BABA  
TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Sevcan ŞAMILOĞLU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN: Doç. Dr. Barış METİN**

**İstanbul, 2017**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102164
Öğrenci Adı Soyadı	: Sevcan Şamiloğlu
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Doç.Dr.Barış Metin
Tezin Başlığı	: Obsesif Kompulsif Bozukluk Çocukluk Çağı Dikkat Eksikliği Hiperaktivitesi ve Anne Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 19.10.2017	Saati	: 11.15
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez <b>KABUL</b> edilmiştir.			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDEDEDİLMESİ</b> kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi. <input type="radio"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="radio"/> OY BİRLİĞİ ile <b>REDEDEDİLMİŞTİR.</b>			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Doç.Dr.Barış Metin	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Mert Akçanbaş	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Tuğba Arzu ÖZAL İLDENİZ	

## **BİLİMSEL ETİK SAYFASI**

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum ‘Obsesif Kompulsif Bozukluğunda Çocukluk Çağı Dikkat Eksikliği Hiperaktivitesi ve Anne Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin Araştırılması’ adlı çalışmamın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Sevcan ŞAMILOĞLU

## TEZ KABUL FORMU

.....Anabilim Dalı, .....Bilim Dalı öğrencisi

..... tarafından hazırlanan”.....

.....”başlıklı Yüksek Lisans

Tezi tarafımdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

**Akademik Unvan, Ad SOYAD**

**Danışman**

Üsküdar Üniversitesi ..... Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun

.....tarih ve .....sayılı kararıyla

Onaylanmıştır.

**Akademik Unvan, Ad SOYAD**

**Enstitü Müdürü**

## ÖNSÖZ

Öncelikle tezimin her aşamasında bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen hoşgörüsü, nezaketi ve pozitif enerjisiyle beni cesaretlendiren çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Barış METİN'e

Çalışmamın hazırlık kısmında değerli yardımlarını esirgemeyen Sayın Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan ve Sayın Uzm.Psk. Ahmet Cengiz Demirsoy'a

Çalışmam boyunca beni destekleyen ve cesaretlendiren, her daim yanımda olan canım babam Prof. Dr. Famil Şamiloğlu'na

Yalnızca eğitim öğretim hayatımda değil yaşamım boyunca fedakârlıklarını benden esirgemeyen, maddi ve manevi her daim yanımda olan kıymetlilerim annem Sevinç Şamiloğlu'na kardeşim Aycan Şamiloğlu'na ve kuzenim Ayşen Erdoğan'a sonsuz teşekkür ederim.

(ŞAMİLOĞLU, Sevcan, Yüksek lisans, İstanbul, 2017)

**Obsesif Kompulsif Bozukluğunda Çocukluk Çağı Dikkat Eksikliği Hiperaktivitesi  
ve Anne Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin Araştırılması**

**ÖZET**

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) sık olarak birlikte görünmektedir. Bu durum OKB ve DEHB'nin birbiriyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle çocukluk çağı DEHB'i erişkin kaygı bozukluğu ile ilişkili olabilir. Bu ilişkiye Anne –Baba tutumları da katkıda bulunuyor olabilir. Bu Araştırmada 18-55 yaşları arasındaki OKB hastalarının çocukluk çağı DEHB belirti düzeyi ile OKB ve Anne baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Npİstanbul Beyin Hastanesi, Feneryolu Kliniğine başvuran, DSM-V tanı kriterlerine göre OKB tanısı alan (%53) kadın, (%46.5) erkek toplamda 43 OKB hastası ile çalışılmıştır. Çalışmaya alınan katılımcıların yaş ortalaması  $30.09 \pm 8.05$  (min.18, max.55 yaşında) olduğu görülmüştür. Araştırma verilerinin toplanması amacıyla katılımcılara Sosyodemografik Form, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, Yetişkinlerde DEHB için tanısal görüşme ölçeği(DIVA), Beck Depresyon ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete ölçeği (BAÖ) ve Anne Baba tutum ölçeği uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin analizi SSPS (Statistical Package for Social Sciences) programı ile yapılmıştır. Araştırma bulgularına göre katılımcıların ebeveynlerinin büyük bir kısmının demokratik tutum sergilediği tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan OKB hastalarının %37, 2'sinin çocukluk çağında DEHB kriterlerini karşıladığı görülmüştür. Hastaların, %67,4'ü de erişkin DEHB kriterlerini karşılamıştır. Toplamda ise %32,6'sının her iki dönemde de dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu kriterlerini karşıladığı saptanmıştır. Çocukluk çağı DEHB belirtisi ile YBOCS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Erişkin DEHB'i ise artmış anksiyete ve depresyon belirtileri ile ilişkili bulunmuştur. Demokratik anne-baba tutumu daha düşük Y-BOCS skorlarıyla ilişkili bulunmuştur. Sonuç olarak, OKB'ye çocukluk çağı ve erişkinlik DEHB'sinin sıklıkla

eşlik ettiği bulunmuştur. Erişkinlik DEHB'si OKB'de artmış anksiyete ve depresyondan sorumlu olabilir. Demokratik anne-baba tutumu da genel olarak OKB'ye karşı koruyucu olabilir.

**Anahtar kelimeler:** OKB, DEHB, Anne Baba Tutumları





(ŞAMILOĞLU, Sevcan, Master Degree, İstanbul, 2017)

**Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder Levels of Obsessive-Compulsive Disorder Patients And the Relation between parental attitude**

**ABSTRACT**

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) often run together. This situation puts forth a clear link between ADHD and OCD. ADHD, as childhood in particular, can be associated with anxiety disorder. This study aims to examine the childhood ADHD levels of OCD patients aged between 18 - 55 and the relation between parental attitude. This study has been carried out with the participation of 43 OCD patients, composed of 53% females and 46,5% males, who consulted Npİstanbul Hospital, Feneryolu Clinic. The patients have been diagnosed with OCD according to DSM-V-TR. Age average of the participants are  $30.09 \pm 8.05$  (min. 18, max. 55 years old). In order to collect research data, Sociodemographic Form, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS), Diagnostic Interview for ADHD in adults (DIVA), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Parental attitude scale are implemented. The analysis of the data collected in the research is made through SPSS (Statistical Package for Social Sciences). The findings of the research study show that the majority of the parents have a democratic attitude towards their children. It is observed that 37,2% of the OCD patients exhibited both attention deficit and hyperactivity symptoms during childhood, and 67,4% of them exhibited these behaviors during adulthood. It is found out that in total 32,6% of the patients had attention deficit and hyperactivity disorder symptoms during both of these periods. Childhood ADHD and YBOCS has a meaningful correlation as to adult ADHD, it is correlated with symptoms of increased anxiety and depression. In conclusion, it has been detected that ADHD with OCD most of the times. Adult ADHD can be responsible for the increased anxiety and depression in OCD. Demographic parents' attitude can also be protective against OCD.

**Key words:** OCD , ADHD, parental attitudes



## KISALTMALAR

<b>Akt</b>	: Aktaran
<b>ANOVA</b>	: Analyses of Variance
<b>APA</b>	: American Psychological Association
<b>ARK</b>	: Arkadaşları
<b>BAE</b>	: Beck Anksiyete Envanteri
<b>BDE</b>	: Beck Depresyon Envanteri
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
<b>DIVA</b>	: Yetişkinlerde DEHB için tanısal görüşme ölçeği
<b>DSM</b>	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
<b>ICD-10</b>	: International Classification of Disease
<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>SPSS</b>	: Sosyal Bilimler İstatistiksel Paket Programı
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>VD</b>	: Ve diğerleri
<b>Y-BOCS</b>	: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
<b>Y-BOKDÖ</b>	: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği

## TABLolar LİSTESİ

**Tablo 4.1:** Araştırmaya Katılan Bireylerin Cinsiyet Dağılımı

**Tablo 4.2:** Katılımcıların Cinsiyete Göre Yaş Ortalamaları

**Tablo 4.3:** Katılımcıların Cinsiyete Göre Medeni Durumlarının Dağılımı

**Tablo 4.4:** Katılımcıların Gösterdiği Obsesyon Durumlarının Dağılımı

**Tablo 4.5:** Katılımcıların Anne Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

**Tablo 4.6:** Katılımcıların Baba Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

**Tablo 4.7:** Cinsiyete göre Anne Baba Tutum Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları

**Tablo 4.8:** Cinsiyete göre Anne Baba Tutumları frekans dağılımları, yüzdeleri ve ki-kare bulguları

**Tablo 4.9:** DIVA Ölçeğinden Elde Edilen Bulguların Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri-Dikkat Eksikliği

**Tablo 4.10:** Dikkat Eksikliği Belirtileri Görülme Dönemi Dağılımı

**Tablo 4.11:** DIVA Ölçeğinden Elde Edilen Bulguların Frekans Dağılımı ve Yüzdeleri-Hiperaktivite

**Tablo 4.12:** DIVA Ölçeğinden Elde Edilen Bulguların Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri-Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite

**Tablo 4.13:** Anne Eğitim Düzeyine Göre DEHB Gösterme Durumu İçin Frekans Dağılımları, Yüzdeler ve Ki-kare Bulguları

**Tablo 4.14:** Baba Eğitim Düzeyine Göre DEHB Gösterme Durumu İçin Frekans Dağılımları, Yüzdeler ve Ki-kare Bulguları

**Tablo 4.15:** Anne Baba Tutum Ölçeğinden Alınan Puanlara Göre DEHB Gösterme Durumu İçin Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem t-Testi Bulguları

**Tablo 4.16:** Demokratik, Koruyucu / İstekçi ve Otoriter Anne Baba Tutumu ortalamaları ve eşleştirilmiş örneklem t testi bulguları

**Tablo 4.17:** Cinsiyete Göre Ybocs, BAÖ ve BDÖ Ölçeklerinden Alınan Puanların Ortalama, Standart Sapma ve Bağımsız Örneklem t-Testi Bulguları

**Tablo 4.18:** Anne Baba Tutum Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarına Göre YBOCS Belirtisi Gösterme Durumu için Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem t-testi Bulguları

**Tablo 4.19** Anne Baba Tutum Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarına Göre BAÖ Belirtisi Gösterme Durumu için Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem t-testi Bulguları

**Tablo 4.20:** Anne Baba Tutum Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarına Göre BDÖ Belirtisi Gösterme Durumu için Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem t-testi Bulguları

**Tablo 4.21:** YBOCS, BDÖ ve BAÖ Ölçeklerinden Alınan Puanların Ailenin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması ve Tek Yönlü ANOVA Bulguları

**Tablo 4.22:** Anne Baba Tutum Ölçeğinden Alınan Puanların Ailenin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması ve Tek Yönlü ANOVA Bulguları

**Tablo 4.23:** DEHB Belirtisi Gösterme Durumuna Göre Ybocs, BAÖ ve BDÖ Ölçeklerinden Alınan Puanların Ortalama, Standart Sapma ve Bağımsız Örneklem t-Testi Bulguları

**Tablo 4.24:** Çocukluk ve Erişkinlik Döneminde DEHB gösterip göstermeme durumuna göre BAÖ Ölçeklerinden Alınan Puanların Ortalama, Standart Sapma ve Bağımsız Örneklem t-Testi Bulguları

**Tablo 4.25.** Çocukluk ve Erişkinlik Döneminde DEHB gösterip göstermeme durumuna göre BDÖ Ölçeklerinden Alınan Puanların Ortalama, Standart Sapma ve Bağımsız Örneklem t-Testi Bulguları

**Tablo 4.26:** Cinsiyete Göre Anne Baba Tutumları Ölçeği ve YBOCS, BAÖ ve BDÖ Ölçeklerinden Alınan Puanlara İlişkin Pearson Korelasyon Matrisi

## İçindekiler Tablosu

<b>BİLİMSEL ETİK SAYFASI</b> .....	<b>i</b>
<b>TEZ KABUL FORMU</b> .....	<b>ii</b>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>viii</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>BÖLÜM 1- OBSESİF KAMPULSİF BOZUKLUK</b> .....	<b>3</b>
1.1 Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanımı .....	3
1.1.1 Sınıflandırma .....	4
1.2.Tarihçe .....	6
1.3.Yaygınlığı.....	6
1.4. Demografik Yapı.....	7
1.4.1. Cinsiyet Dağılımı .....	7
1.4.2. Başlangıç Yaşı.....	7
1.5. Yaygın Obsesyon Türleri .....	8
1.5.1. Kirlilik ve Bulaşma Obsesyonları .....	8
1.5.2. Saldırganlık Obsesyonları .....	8
1.5.3. Şüphe Obsesyonları .....	8
1.5.4. Simetri & Düzen Obsesyonları.....	9
1.5.5. Dini Obsesyonlar .....	9
1.5.6. Cinsel Obsesyonlar .....	9
1.5.7. Somatik Obsesyonlar.....	9
1.6. Yaygın Kompulsiyon Türleri .....	10
1.6.1. Temizlik Kompulsiyonları .....	10
1.6.2. Sıralama ve Simetri Kompulsiyonları .....	10
1.6.3. Kontrol Etme Kompulsiyonları .....	10
1.6.4. Sayma Kompulsiyonları .....	11
1.6.5. Biriktirme Kompulsiyonları .....	11
1.6.6. Dini Kompulsiyonlar .....	11
1.7. Biyolojik Etkenler .....	11

1.7.1. Genetik Çalışmalar .....	11
1.8. Psikososyal Etkenler .....	12
1.9. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Komorbidite.....	12
1.10. OKB ve DEHB ilişkisi.....	13
<b>BÖLÜM 2-DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU .....</b>	<b>16</b>
2.1.Tanım .....	16
2.1.1. Tanı Ölçütleri .....	16
2.2. Tarihçe .....	18
2.3.Yaygınlığı.....	19
2.4. Etiyolojisi.....	20
2.4.1.Genetik Etmenler.....	20
2.4.2.Çevresel Etmenler .....	21
2.5. DEHB'nin alt tipleri.....	22
2.5.1. DEHB-Bileşik Tip.....	22
2.5.2. DEHB-Dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip .....	23
2.5.3. DEHB-Hiperaktivite ve dürtüsellikğin ön planda olduğu tip.....	23
2.6. ANNE BABA TUTUMLARI.....	23
2.6.1.Aşırı Hoşgörülü Ebeveyn Tutumu .....	25
2.6.2.Baskıcı (Otoriter) Ebeveyn Tutumu .....	26
2.6.3. Aşırı Koruyucu Ebeveyn Tutumu .....	26
2.6.4. Demokratik ebeveyn tutumu .....	27
2.6.5. Reddedici ebeveyn tutumu .....	27
2.6.6.Tutarsız ebeveyn tutumu .....	28
2.7. Anne baba tutumlarını etkileyen faktörler .....	28
2.8. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Ebeveyn Tutumları .....	29
2.9. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Ebeveyn Tutumu .....	30
2.10.Araştırmanın Amacı.....	32
2.11. Araştırmanın Önemi.....	33
<b>BÖLÜM 3 - YÖNTEM.....</b>	<b>34</b>
3.1. Araştırmanın Modeli .....	34
3.2. Evren ve Örneklem .....	34
3.3. Veri Toplama Araçları .....	34
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu .....	34
3.3.2.Yetişkinlerde DEHB için tanısall görüşme(DIVA) ölçeği .....	35

3.3.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği(Y-BOCS) .35	35
3.3.4. Beck Depresyon Envanteri ( BDE).....35	35
3.3.5. Beck Anksiyete Envanteri(BAE) .....36	36
3.3.6. Anne Baba Tutum Ölçeği.....36	36
3.4.İşlem.....36	36
<b>BÖLÜM 4 - BULGULAR.....38</b>	<b>38</b>
<b>BÖLÜM 5 - TARTIŞMA VE SONUÇ.....61</b>	<b>61</b>
5.1. Sınırlılıklar .....68	68
5.2.ÖNERİLER.....69	69
<b>KAYNAKÇA.....71</b>	<b>71</b>
<b>EKLER .....78</b>	<b>78</b>
Ek-1:.....78	78
Ek-2:Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği .....79	79
Ek-3:Yetişkinlerde DEHB için tanısal görüşme ölçeği(DIVA).....91	91
EK-4:Beck Depresyon Ölçeği.....109	109
EK-5:Beck Anksiyete Ölçeği.....113	113
EK-6:Anne Baba Tutum Ölçeği.....116	116
<b>ÖZGEÇMİŞ .....119</b>	<b>119</b>



## GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) Tıp literatüründe 20. Yüzyılın başlarında klinik bir sendrom olarak ele alınmıştır( Steketee, 1993). OKB, yineleyen obsesyonlar ve kompulsiyonlarla kişilerin yaşamında belirgin sıkıntıya yol açan, süreğen bir psikiyatrik bozukluktur. Obsesyonlar, kişilerde anksiyeteye sebep olan rahatsız edici, yineleyici, kontrol edilmez düşünce, dürtü ve imgelerdir. Kompulsiyonlar ise obsesyonların ortaya çıkardığı sıkıntılarla mücadele etmek için kişinin kendisini bu davranışı yapmaktan alıkoyamadığı davranışlardır. Kompulsiyonların amacının, obsesyonların ortaya çıkardığı anksiyeteyi azaltmak ya da ortadan kaldırmak olduğu düşünülür.

OKB ile birlikte başka psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı oldukça yüksektir. Son zamanlarda OKB ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) arasında güçlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Her iki bozuklukta birincil veya anksiyeteye bağlı ikincil olarak dikkatsizlik, dikkatin çabuk dağılması gibi belirtilerin ortaya çıkması DEHB ve OKB'nin benzer genetik eğilimlerin ve ailesel kümelenmelerin belirtilmesi her iki bozukluğun ilişkili olabileceği fikrini ortaya çıkarmıştır (Pinto et al., 2016).

Ergenlik dönemindeki DEHB semptomlarının yetişkinlik döneminde OKB semptomları, OKB semptomlarının ise DEHB semptomları için bir işaret olabileceği düşünülmektedir (Peterson et al., 2001). Çocukluk çağı DEHB semptomlarının daha erken yaşlarda OKB, daha şiddetli anksiyete ve aşırı dürtüsellikle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Çocukluk çağındaki DEHB belirtilerinin sonraki yıllarda OKB için risk faktörü olabileceği düşünülmektedir (Tan vd., 2016).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna eşlik eden belirtiler sıklıkla okul öncesi dönemde başlayıp, yetişkinlikte devam etmektedir. Dikkati sürdürmekte güçlük, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ile karakterize, kişinin sosyal, toplumsal ve aile yaşamını etkileyen nörogelişimsel bozukluktur (Dang et al.,2007).Çocukları DEHB olan ebeveynler, diğer ebeveynlere göre çocuklarına daha fazla zaman, emek ve ilgi göstermek zorundadır. DEHB'li çocukların aileleriyle yapılan çalışmalarda DEHB'li olmayan çocukların ailelerine göre düşük ilgi ve şevkat seviyesi ve baskıcı otoriter tutum,

depresyon ve kaygı seviyesi yüksek ve tutarsız anne baba tutumu saptanmıştır (Durukan,vd.,2009).

Ertuğrul ve Toros (2010) tarafından yapılan bir çalışmada ebeveyn tutumlarının DEHB'nin ortaya çıkışı ve belirtilerin şiddetinin etkilendiği saptanmıştır. Çoğu zaman birçok DEHB'li çocuk bunun fark edilememesinden dolayı tedavi görememektedir (McHugh,2003). DEHB'nin fark edilmemesi ya da geç fark edilmesi ebeveynlerin yanlış inanç sisteminden kaynaklanmaktadır. Bu inançlar genellikle; hareketli çocuk zekidir, bırakın istediğini yapsın ki enerjisini atsın, erkek çocuğu hareketli olur, çocuk bu yaramazlık yapar gibi düşüncelerdir (Biederman et al., 2008).



# BÖLÜM 1- OBSESİF KAMPULSİF BOZUKLUK

## 1.1 Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanımı

Obsesyon kelimesi Latince’ de kuşatmak, tedirgin etmek anlamına gelen ’’obsidere’’ sözcüğünden gelmektedir (Arslan ve Ünal, 1995). Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), yineleyen obsesyonlar ve kompulsiyonlarla, kişinin yaşamında belirgin sıkıntıya yol açan, süregelen bir psikiyatrik bozukluktur. Spesifik olarak, DSM-IV-TR ‘ye göre (APA, 2000), obsesyonlar rahatsız edici, zorlayıcı, uygunsuz ve kontrol edilemez bir şekilde var olan düşünce, dürtü ve imgelerdir. Kişinin tüm çabalarına rağmen obsesyonların varlığı engellenemez (Işık, 1996, s.218). Kompulsiyon (Zorlantı) ise, obsesyonların ortaya çıkardığı sıkıntılarla mücadele etmek için kişinin kendisini bu davranışı yapmaktan alıkoyamadığı, yinelenen davranışlardır. Kompulsiyonlar obsesyonlara yanıt olarak gelişmiş, obsesyonların oluşturduğu anksiyete seviyesini azaltmak, korulan nesne ya da olaylarla karşılaşmamak için yapılan törensel davranışlar ve zihinsel eylemlerdir. Kişi obsesyonların aklına gelmemesi ve kompulsiyonları yapmamak için büyük çabalar sarf eder, fakat yine de istemsiz düşünceler zihne gelir ve istenmeyen hareketler yinelenir (Köknel,1988, s.166).

Obsesif düşünceler ve kompulsif davranışlar günlük hayatın bir parçasıdır. Zaman zaman kapıyı, ütüyü, ocağı vb. kapatıp kapatmadığımızı denetler, bankada verilen parayı bir kez daha sayar ya da birkaç gün önce yaşadığımız stresli bir hadiseyi düşünmeden edemeyiz. Ancak bu düşünce ve davranışların hastalık olarak tanımlanması için kişinin günlük işlevlerini, iş yaşamını ve toplumsal görevlerini olumsuz etkileyecek ve kısıtlayacak kadar sık ve şiddetli olmalıdır (Arslan ve Ünal, 1995).

OKB tanısı konulabilmesi için obsesyon ve kompulsiyonlara sahip bireylerin bunların mantıksız olduğunun farkında olması fakat bunları yapmaktan kendini alı koyamaması (örn; günde 1 saatten fazla zaman alması), kişinin işlevselliğini ya da ilişkilerini olumsuz derecede etkilemesi, herhangi bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun yarattığı fizyolojik etkilerden kaynaklanmaması, obsesyon ve kompulsiyonların içeriğinin başka bir Eksen I bozukluğuyla sınırlı olmaması gerekmektedir. Kişi tarafından obsesyonların

ya da kompulsiyonların mantıksız olduğunun kabul edilmemesi durumunda DSM-IV-TR 'de ' iç görüsü az olan' olarak tanımlanmaktadır (APA,2000).

### 1.1.1 Sınıflandırma

Obsesif Kompulsif bozukluk, psikiyatri tanı kitabına (DSM) göre tanımlanmak ve sınıflandırılmaktadır. DSM-V (Diagnostic and Statistical Manuel Mental Disorder-Fifth Edition) tanı sistemine göre Takıntı- Zorlantı bozukluğu (OKB) ve ilişkili bozukluklar ICD-10 (International Classification of Disease Tenth Edition) da ise 'Nevrotik, strese bağlı ve somatoform bozukluklar' başlığı altında sınıflandırılmaktadır (Bayraktar, 1997).

DSM-V' de OKB için tanı ölçütleri şunlardır:

A.Takıntuların (Obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

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

1.Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yenileyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.

2.Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırmamaya 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 yinelenmeli davranışlar (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 amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

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

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

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

D.Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn.yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotilomanide ( saç yolma bozukluğu) olduğu gibi saç 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 hastalığının olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçluluk ile ilgili düşünel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozukluklar olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

İç görüşü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımıdadır.

İçgörüsü kötü: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

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

## 1.2.Tarihçe

OKB' nin tarihçesi eski çağlara kadar uzanır. Eski çağlarda, obsesyon ve kompulsiyonları olan kişilerin kötü güçler tarafından ele geçirildiklerine inanılmış ve bu kişiler cezalandırılmıştır. Obsesyon ve kompulsiyonlar Esquirol tarafından melankolinin bir belirtisi olarak ilk defa 1838' de tanımlanmıştır. Obsesyon terimi ilk defa 1860' da Morel tarafından kullanılmıştır (Arslan ve Ünal, 1995). 20.yüzyılın başlarında Pierre Janet obsesyonları, kompulsiyonları ve fobileri psikasteniden adı verdiği bir başlık altında toplamış ve bunların irade zayıflamasından dolayı ortaya çıktığını iddia etmiştir. Sonraki dönemlerde anakastik nevroz, Obsesif Kompulsif Nevroz olarak tanımlanmış ve DSM-III itibari ile Obsesif Kompulsif Bozukluk adıyla tanımlanmıştır. OKB terimi bu zamana kadar, tanımın sıkça değiştiği bir bozukluktur (Jakes, 1996). DSM-IV sınıflandırma sisteminde anksiyete bozuklukları içerisinde yer almış DSM-V'e göre ise takıntı-zorlantı bozukluğu (OKB) ve ilişkili bozukluklar başlığı altında tanımlanmıştır.

## 1.3.Yaygınlığı

1984 yılında ABD'de yapılan bir çalışmada OKB yaygınlık yönünden, tüm psikiyatrik bozukluklar dördüncü sırayı almaktadır (Şahin, 1997). OKB'nin yaşam boyu görülme sıklığı %2-3 olarak farklı araştırmalarla belirlenmiştir (Karno et al., 1998; Weisman et al., 1994). Yeni Zelanda, Kanada, Almanya, Tayvan ve Porto gibi farklı ülkelerde yapılan araştırmalarda ise OKB'nin görülme sıklığının %1.9 ile 2.5 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Weissmann et al.,1994). Bazı araştırmacılara göre OKB'nin yaygınlığının daha yüksek düzeyde olduğu fakat hastaların bir kısmının hastalıklarını benimseyip gizleme eğiliminde olduğu, bir kısmının ise korktuğu ya da utandığı için tedaviye başvurmadıkları düşünülmektedir.

## 1.4. Demografik Yapı

### 1.4.1. Cinsiyet Dağılımı

Epidemiyolojik çalışmalara göre, OKB'nin yaşam boyu görülme sıklığı

kadınlarda erkeklere oranla biraz daha yüksek olduğu saptanmıştır (Karno et al., 1998; Weisman vd., 1994). Foa ve arkadaşları (1995) tarafından DSM-IV tanı ölçütlerinin kullanılarak belirlendiği bir araştırmada OKB'li 431 hastanın %51'nin kadın olduğu belirtilmiştir. DSM-III-R tanı ölçütlerinin kullanıldığı bir araştırmada 830 hastanın %55'nin kadın olduğu bildirilmiştir (Rasmussen et al., 1993). OKB'nin başlangıç yaşı, alt tipi ve cinsiyet farklılıklarının araştırıldığı epidemiyolojik çalışmalar sonucunda cinsiyet farklılığının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Lochner and Stein, 2001). Yapılan araştırmalar ışığında OKB'nin alt tipleri cinsiyete göre, erkeklerde cinsel ve din içerikli obsesyonların, kadınlarda ise temizlik obsesyonlarının daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Labad et al., 2008)

#### **1.4.2. Başlangıç Yaşı**

OKB genellikle ergenlik döneminde başlamakta fakat çocukluk döneminde de ortaya çıkmaktadır. Çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmaların sonucunda OKB'nin başlangıç yaşı 10 olarak tespit edilmiştir (Wicks et al., 2003). Epidemiyolojik çalışmalara göre başlangıç yaşının kadınlara oranla erkeklerde daha erken yaşlarda görüldüğü tespit edilmiştir. OKB'nin başlangıç yaşının araştırıldığı OKB'li 250 kişilik bir örneklem grubunda erkeklerin yaş ortalaması 19.5, kadınların yaş ortalaması 22.0 tüm grubun yaş ortalaması ise 20.9 olarak bulunmuştur (Rasmussen and Eisen, 1998). OKB'li erişkinlerin 1/3 ve 1/2 kadarının OKB semptomlarının çocukluk döneminde başladığı bildirilmiştir (Taner vd., 2007).

Pauls ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan bir araştırmada 100 OKB hastasının 82'sinde hastalığın 18 yaşından önce başlamış olduğu ortaya çıkmıştır. OKB semptomlarına 18 yaşından önce sahip olan bireylerin akrabalarıyla, OKB semptomlarına 18 yaşından sonra sahip olan bireyler akrabaları OKB semptomları açısından karşılaştırılmış ve 18 yaşından önce OKB tanısı almış kişilerin akrabalarında semptom bulunma oranının iki kat yüksek olduğu belirtilmiştir.

## **1.5. Yaygın Obsesyon Türleri**

### **1.5.1. Kirlilik ve Bulaşma Obsesyonları**

En sık görülen obsesyonlardan biridir. Hastalığın %32.9 da kirlilik bulaşma alt tipi olarak görülür (Clark, 2004). Kişide bulaşma obsesyonuna temizlenme kompulsiyonu eşlik etmekte ve bulaşmayı önleyici kaçınmalar görülmektedir. Kirlenme ve bulaşma obsesyonlarına sahip bireyler idrar veya dışkı, mikrop kapma veya hastalık bulaşmasından korkmaktadır. Bu takıntılara bağlı olarak saatlerce süren kişisel ve\ veya çevre temizliği yapmakta, ortak kullanım alanlarından (toplu taşıma araçları, kendi evinin haricindeki tuvaletleri kullanmama, ortak alan eşyalarını kullanmamak) kaçınmak, insanlarla tokalaşmamak ya da sık sık kıyafet değiştirmek gibi davranışlar sergilemektedir.

### **1.5.2. Saldırganlık Obsesyonları**

Saldırganlık obsesyonları, kişinin kendisine, yakınlarına veya diğer insanlara zarar verme düşünceleri şeklinde görülmektedir. Bu bireyler zarar vermeyeceklerini bilseler dahi zarar verme korkularını yenemez ve kontrol edemezler. Kişiler bu düşüncelerini gerçekleştireceklerinden korkarak evdeki bıçak, makas gibi kesici aletleri ortadan kaldırırlar ve ya insanlarla beraberken bu nesnelere yalnız kalmazlar böylece insanları tehlikeden koruduklarını düşünürler.

### **1.5.3. Şüphe Obsesyonları**

Şüphe ya da diğer anlamı ile kuşku obsesyonuna sahip kişiler yaptıkları şeylerden hiçbir zaman emin olamaz, şüphe duyarlar bu nedenle yaptıkları şeyleri sürekli kontrol ederler. Bu kişiler şüphe duydukları zaman kontrol etmezler ise mutlaka kötü birşey olacağı inancı geliştirmiş ve korkulan sonucu engellemek için kontrol etme davranışları sergilemektedirler (Tan, 2004).



#### **1.5.4. Simetri & Düzen Obsesyonları**

Bir eylemin belirli sırada veya sayıda yapılması gereken ya da nesne, olay ve eşyaların bir düzen ve simetri içinde olması gerektiğiyle karakterize obsesyon türüdür. Bu obsesyona sahip kişiler yaptıkları herşeyi belirli bir yapılanma ile düzenlerler. Kişi bu ritüellerin sonucunda oldukça fazla zaman kaybetmektedir (Tan, 2004).

#### **1.5.5. Dini Obsesyonlar**

Dindar bir kişinin rahatsızlık olduğu halde kendini düşünmekten alıkoyamadığı dinen günah sayılacak düşünce, dürtü ve imgelerdir (görüntüler) olarak tanımlanmaktadır. Bu obsesyonun çok yaygın bir türü 'Tanrı'ya küfür etme' şeklinde görülmektedir. Kişi bu eylemi gerçekleştirmez fakat aklından kötü sözlerin geçmesine engel olamaz. Dini obsesyonların bir diğer yaygın türü ise varlığına kuvvetle inanmalarına rağmen Tanrı var mı yok mu? Sorusunu düşünmekten kendilerini alıkoyamazlar. Özellikle ibadet sırasında zihnine bu tip düşünceler takılır dolayısıyla sık sık tövbe ederek saatlerce ibadet etmeye çalışırlar (Koroğlu, 2007).

#### **1.5.6. Cinsel Obsesyonlar**

Cinsel obsesyona sahip bireyler toplum tarafından kabul edilemez, ayıp ve utanç verici cinsel düşünce, dürtü ve erotik imgeler şeklinde ortaya çıkan obsesyona sahiptir (Tan, 2004, s.83). Bu kişiler yakınları ile ilgili cinsel düşünce ve imgelere sahiptir. Kişi bu düşünce ve imgelerin ortaya çıkmasına engel olmak için büyük çaba gösterir. Bu obsesyon türünün bir diğer yaygın şekli kişinin çevresindeki insanların eş cinsel organına baktığını düşünmesinden ve eş cinsel olmaya dair korkulara sahip olmasıdır. Cinsel obsesyona sahip kişiler genellikle dinen ve ahlaken cinsel birliktelik yaşamaması doğru olmayan kişilere karşı cinsel düşünce ve dürtülere sahiptirler.

#### **1.5.7. Somatik Obsesyonlar**

Kişinin yaşamını tehdit eden bir hastalığa sahip olacağına yönelik aşırı inanç ve korku obsesyonu olarak karakterize edilir. Somatik obsesyonlar, AIDS, kanser gibi

hastalıklarla ilgili olabilir. Kişi tahlil sonucu temiz çıktığı halde, sık sık tahlil yaptırmayı ve doktora görünmeyi sürdürür fakat yinede bu hastalıklara yakalanma korkuları devam etmektedir (Tan, 2004, s.83).

## **1.6. Yaygın Kompulsiyon Türleri**

### **1.6.1. Temizlik Kompulsiyonları**

Kişinin kendisini yapmaktan alıkoyamadığı yineleyen ve törensel el yıkama, vücut temizliği, ev/eşya temizliği ve diğer nesnelere temizliği ile aşırı zaman harcamasıdır. Kişi temizlik yapma davranışıyla kendisine sıkıntı veren kirlilik hissinden kurtulmak için sürekli çabalar, ancak saatlerce süren temizlik davranışına rağmen kendini temizlenmiş hissedemez ve bu davranışı tekrarlarlar.

### **1.6.2. Sıralama ve Simetri Kompulsiyonları**

Kişi belirli bir düzen sağlamak için eşyalarını hep bir sıralama ve simetri sağlayacak şekilde biçimlendirir. Örneğin, Duvarda yamuk duran bir tabloyu, ya da kitaplıktaki kitapları boy sıralamasına göre düzenlemek gibi. Kişi eğer bu düzeni sağlayamaz ise gerginlik yaşar, bu gerginlik duygusundan kurtulmak için ise kompulsiyonlarını devam ettirmektedirler (Foa and Kozak, 1995).

### **1.6.3. Kontrol Etme Kompulsiyonları**

Genellikle kişi tehlikeli durumların ortaya çıkmasını önlemek için tekrar tekrar kontrol davranışı geliştirmiştir. Örneğin, kapıyı kilitleyip kilitlemediğini, ütünün fişini çekip çekmediğini, ocağı veya tüpü kapatıp kapatmadığını sürekli kontrol ederler (Tan, 2004).

#### **1.6.4. Sayma Kompulsiyonlari**

Kişinin belirli bir sayı saymadan hiçbirşey yapamaması ya da sayı sayarak birşey yapması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Örneğin, yolda giderken arabaların plakalarını okumak, yerdeki çizgilerin üzerine basmadan yürümeye çalışmak, işleri belli sayılarda yapmak (dolabın kapağını 4 kere açıp kapatmak, üç kere aynaya bakmak) şeklinde sayma davranışı gelişmiştir (Mercan, 2017). Sayma kompulsiyonları zihinsel kompulsiyonlar grubuna girmektedir.

#### **1.6.5. Biriktirme Kompulsiyonları**

Kişinin ihtiyacı olmadığı halde eşyalarını biriktirmesi ve kullanmamasına rağmen sahip olduğu hiçbir nesneyi atamaması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Kompulsif biriktirme, kişinin yaşam kalitesinde ciddi bozulmalara sebep olmaktadır (Frost and Hartl, 1996).

#### **1.6.6. Dini Kompulsiyonlar**

Dini obsesyonların verdiği sıkıntıları ortadan kaldırmak için kişinin dini içerikli bir takım ritüeller yapmasıyla ortaya çıkmaktadır. Bunlar, sürekli tövbe etme, dua ve ibadet etme şeklinde görülmektedir (Armaner, 1973, s.114). Dini obsesyonlara sahip olan dindar insanlar bu obsesyonları yüzünden sürekli sıkıntı çekmekte bu düşünceleri yüzünden kendilerini suçlamaktadır. Bu dünya da çektikleri sıkıntının yanında ahiret hayatınıda kaybettiklerini, cehennete layık olmadıklarını düşünürler. Bu nedenle sürekli tövbe ve ibadet ederler. Fakat bu düşüncülerden kurtulmak için yaptıkları ibadet değil, kompulsiyonlardır (Mercan, 2017).

### **1.7. Biyolojik Etkenler**

#### **1.7.1. Genetik Çalışmalar**

OKB'nin genetik boyutu hakkındaki çalışmalara son elli yılda ilgi duyulmuş, bu

çalışmalarla genetik bir yatkınlığın olduğu ortaya çıkmış ancak bu bozukluğa sebep olan bir gen ortaya çıkmamıştır (Kaplan ve Sadock, 2004). Yapılan çeşitli çalışmaların sonucunda OKB hastalarının yakınlarının kontrollere göre daha fazla OKB yatkınlığı olduğu ve daha sık görüldüğü saptanmıştır. Fakat elde edilen bu bilgiler OKB'nin genetik faktörlerle ilişkisini açıklamak için yeterli olmamakta, OKB ile alakalı gen ve DNA çalışmaları hala sürdürülmektedir (Swinson et al., 1998).

OKB tanısı almış aynı aile üyelerinde farklı semptomlar görülebilmektedir. Örneğin, annede temizlik kompulsiyonları görülürken, kızında simetri kompulsiyonları olabilir. Bu tip çalışmalar OKB ile ailesel bir yatkınlığı gösterse de ikiz çalışmalarının katılım ve genetik katkıyı belirlemek için daha büyük bir öneme sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Herhangi bir hastalığın eş hastalanma etkisinden söz edilmesi için, tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek orana sahip olması gerekir.

Son dönemlerde OKB'nin ikiz çalışmaları ele alındığında konkordans düzeyinin, tek yumurta ikizlerinde (%87), çift yumurta ikizlerinde ise (%47) oranla daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir (Tükel, 2004, s.87). Bu sonuç OKB'de genetik katkının önemini sergilemektedir (Koroğlu, 1996).

### **1.8. Psikososyal Etkenler**

OKB'nin ortaya çıkmasında toplumsal faktörlerin rolü kesin olarak açıklanmamış olsa bile, bir bağ olabileceğine dair veriler elde edilmiştir. Aşırı kuralcı /koruyucu, aşırı disiplinli ve mükemmelliyetçi aile yapısında büyüyen çocukların diğer çocuklara göre daha fazla temizliğe ve düzene önem veren özelliklere sahip oldukları saptanmıştır (Bayar ve Yavuz, 2008).

### **1.9. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Komorbidite**

Komorbidite kavramı belirli bir zaman dilimi içinde, kişinin birden çok hastalığa aynı anda sahip olması anlamına gelir. OKB, sıklıkla farklı psikiyatrik bozukluklarla

beraber görülmektedir. OKB hastalarıyla yapılan klinik çalışmalarda %50-70 oranında en az bir tane farklı hastalığa sahip oldukları saptanmıştır ( Antony, et al.,1998). OKB'nin yaşam boyu komorbidite çalışmalarında ise, % 15 'den daha azının saf OKB' ye sahip olduğu belirlenmiştir (Cambell et al.,2001). Elde edilen bu sonuçlara göre OKB'nin diğer psikiyatrik hastalıklarla komorbid biçimi önemli bir şekilde ele alınmalıdır. OKB'nin komorbiditesi hastalığın gidişatını ve tedavinin seyrini önemli bir şekilde etkilemektedir. OKB ile en yaygın görülen psikiyatrik hastalık major depresyon ve distimi olarak belirlenmiş ve %30-50 oranında saptanmıştır (Bellodi.,1992 ; Lensi et al.,1996). Bu komorbid durum daha ağır bir OKB tablosu ortaya çıkarmakta ve kronikleşmeye yol açmaktadır. Erişkin bireylerde, çocuk ve ergenlere göre komorbid bozukluklar daha yüksek oranda görülmektedir fakat hem erişkin hem de çocuk ve ergen bireylerde en sık görülen komorbid tanının depresyon olduğu tespit edilmiştir (Türkbay vd., 2000).

Nestadt ve arkadaşları'nın (2001) yaptığı bir çalışmada OKB'nin yaşam boyunca en az bir anksiyete bozukluğu ile beraber görülme oranı %80 olarak tespit edilmiştir (Karamustafalıoğlu vd.,2009). OKB hastaları ile yapılan bir araştırmada en yaygın görülen eş tanı %48,3 ile anksiyete bozuklukları olduğu tespit edilmiştir. Bunu öncelikli olarak %33.3 ile yaygın anksiyete bozukluğu, %28 ile sosyal anksiyete bozukluğu, %10 ile agorafobi ve % 5 ile travma sonrası stres bozukluğu takip etmektedir (Tamam, vd.,2003). OKB'nin komorbid olduğu bir diğer hastalık ise dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğudur. Son zamanlarda OKB ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu( DEHB) arasında güçlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir (Abromovitch et al .,2016).

Anholt ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir çalışmada DEHB ve OKB eş tanısına sahip bireylerde sosyal beceri sorunu ve dikkat dağınıklığı, okul başarısızlığı ve depresyon oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

### **1.10. OKB ve DEHB ilişkisi**

Önceleri OKB ve DEHB'nin tanı ölçütleri dikkate alındığında iki bozukluğun aynı kişide görülme ihtimalinin olmadığı düşünülmüştür. OKB 'nin aşırı kontrol, düzen, mükemmeliyetçilik ve titizlikle karakterize olması, DEHB'nin ise unutkan, karmaşık, dürtüsel davranışlar gibi özelliklere sahip olması iki bozukluğu zıt kategorilere

ayırmaktadır. Fakat son zamanlarda DEHB ve OKB ilişkisinin incelendiği çalışmalarda DEHB belirtilerine sahip kişiler için OKB riskinin arttığı saptanmıştır. DEHB ve OKB'nin komorbid olduğu durumlarda ise işlevsellik kaybı artmaktadır (Semerci, 2017).

OKB ve DEHB arasında kuvvetli bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Her iki bozuklukta sıkıntı ve işlev bozukluğu ile ilişkili yaygın gelişimsel nöropsikiyatrik bozukluklardır (Abromovitch et al., 2016).

Obsesif Kompulsif bozukluğu (OKB) tanısı almış bireylerle yapılan çalışmalar sonucunda semptomların dörtte üçüyle yarısı arasında değişen kesimde ilk bulguların 15 yaşından önce ortaya çıktığı tespit edilmiştir (Pauls et al., 1995).

Çocuklukluk çağında DEHB, yetişkinlik çağında OKB riskini arttırabilir (Tan vd., 2016). Metin ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir çalışmada daha önce DEHB tanısı almayan 83 OKB hastasında çocukluk çağı DEHB semptomlarının OKB riskini arttırıp arttırmadığını ve onun fenomenolojisine etkide bulunup bulunmadığını incelemiştir. Yetişkinlik öncesi dönemde DEHB belirtileri görülme oranı %40,9 (n=34), Yetişkinlik döneminde ise %16,9 (n=14) oranında görülmüştür. Araştırma sonucuna göre dikkat eksikliği semptomu olan hastalar daha şiddetli ve daha erken yaşlarda OKB tanısı aldıkları belirlenmiştir.

Bilgiç (2012) tarafından yapılan bir çalışmada yaşları 6 ile 18 arasında değişen 66 çocukta DEHB ve anksiyete bozukluklarının beraber görülme oranı araştırılmıştır. Bu sonuca göre görülme sıklığı en çok sosyal anksiyete bozukluğu ve ayrılma anksiyetesi olarak bildirilmiştir. DEHB'in alt tipi olan hiperaktivite vakalarında OKB görülme sıklığının DEHB bileşik tip ve dikkat eksikliği tiplerine oranla daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Geller ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir çalışmada DEHB ve OKB komorbiditesinin genetik geçişle alakalı ayrı bir bozukluk olabileceği belirtilmiştir. Her iki bozuklukta birincil ve anksiyeteye bağlı ikincil olarak dikkatsizlik ya da dikkatin sürdürülememesi gibi belirtilerin ortaya çıkması DEHB, OKB ve tik bozukluğunun benzer genetik eğilimlerinin ve ailesel kümelenmelerinin belirtilmesi her iki bozukluğun ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (Pinto, vd., 2016). Ergenlik dönemindeki DEHB semptomlarının yetişkinlik döneminde OKB semptomları, OKB semptomlarının ise

DEHB semptomları için bir işaret olabileceği düşünölmektedir( Peterson et al., 2001).



## **BÖLÜM 2-DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU**

### **2.1.Tanım**

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), zaman zaman ‘fark edilemeyen bozukluklar’ olarak tanımlanmaktadır (McHugh, 2003). Bunun nedeni DEHB’li çocukların genellikle çok yaramaz olarak düşünülmesidir. Tanı konmamasını etkileyen bu düşünceler ebeveynlerin yanlış inanç sistemlerinden kaynaklanmaktadır. Örneğin, ‘Erkek çocuk hareketli olur, enerjisi fazladır’ gibi düşünceler DEHB belirtilerinin göz ardı edilmesine sebep olmaktadır (Biederman et al., 2008).

DEHB kalıcı ve süreğen bir şekilde uzun süre dikkat verememe, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik kontrol etme zorluğu nedeniyle davranış ve bilişte huzursuzluklar ortaya çıkmaktadır (Özcan vd., 1998).

Weiss’ göre DEHB’li çocuk, olağandışı hareketli, dikkat süresi kısa, düşünmeden davranan, unutkan ve huzursuz belirtilere sahip bir tablo sergiler. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu genellikle üç yaş civarında belirtileri göstermesine rağmen, tam anlamıyla tanı konulan dönem ayrıntılara dikkat verme ve sürdürme yeteneğinin daha çok geliştiği ilkokul yıllarında konulur (Kovacs et al, 1998).

#### **2.1.1. Tanı Ölçütleri**

##### **DSM – V’e Göre DEHB Tanı Ölçütleri:**

DEHB belirtileri DSM-V’te dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik alt başlıklarında değerlendirilmektedir. DEHB tanısı konulabilmesi için, gelişimsel düzeye uygun olmayan toplumsal ve okul/iş ile ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen aşağıdaki altı (yada daha çok) belirtinin en az altı aydır sürüyor olması gerekir.



A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2)'si vardır.

(1) Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altısı ya da daha fazlası en az altı ayuyumsuzluk doğurucu ya da ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

(a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.

(b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık.

(c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemediği gibi görünür.

(d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).

(e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevi ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.

(f) Çoğu zaman sürekli mental aktivite gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.

(g) Çoğu zaman üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder.

(h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolayca dağınık.

(i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkan.

(2) Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

(a) Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.

(b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.

(c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuturup durur ya da tırmanır.

(d) Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.

(e) oğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından srlyormuş gibi davranır.

(f) oğu zaman çok konuşur.

(g) oğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır.

(h) oğu zaman sırasını beklemede güclüğü vardır.

(i) oğu zaman başkalarının sözünü keser ya da başkalarının yaptıklarının arasına girer.

B. Bozulmaya yol açmış olan dikkatsizlik ve hiperaktif-impulsif belirtilerin çoğu 12 yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır.

D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bozulma olduğunun açık kanıtları olmalıdır.

E. Bu belirtiler sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

## 2.2. Tarihçe

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tıp literatüründe ilk olarak 1902 yılında George Still tarafından davranış problemlerine sahip huzursuz, dikkati sürdürmekte zorlanan ve öğrenme güclüğü bir grup çocuktan bahsederken kullanılmıştır (Farrow, 2006). 1997 yılında ABD’de ortaya çıkan ensefalit sonrası semptomların benzerliği (dikkatsiz davranışlar, dürtüsellik ve hiperaktivite) nedeniyle DEHB’e olan ilgi artmış, bu bozukluğun beyindeki bir hasar sonucu kaynaklandığı düşünülmüştür. 1922 yılında Hoffman ise ‘Organik dürtüsellik’ olarak tanımlamıştır. 1940 yılında ise Straouss, DEHB semptomlarının herhangi bir beyin hasarına bağlı olmadığı durumlarda da bu davranışların görüldüğünü vurgulamış ve ‘Minimal beyin hasarı sendromu’ adı verilmiştir (Contwell, 1996). 1960’lı yılların başlarında ise ‘Minimal beyin hasarı’ terimi nörolojik bozukluklar, öğrenme güclüğü ve çeşitli davranış semptomları dahil edilerek

genişletilmiş ve ‘minimal beyin disfonksiyonu’ kavramı kullanılmıştır. 1960’lı yılların sonlarında hastalığın temel semptomunun aşırı hareketlilik olarak ortaya çıktığı düşünülerek ‘Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-9’ da (International Classification of Disease ICD-9) ve DSM-II’de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-II) “Hiperkinetik Sendrom” olarak isimlendirilmiştir. 1970’li yıllarda yapılan çalışmalarla temel sorunun dikkatsizlik ve dürtüsellikle ilgili olduğu, hiperaktivitenin sekonder olarak oluştuğu tespit edilmiş ve 1980 yılında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olarak DSM-III’ de yerini almıştır (APA, 1980). DSM-IV’ de hastalığın adı değiştirilmemiş DSM-III’ e önemli katkılar yapılmıştır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna üç alt tip belirlenmiş, Dikkat eksikliği tipi (DEHB-DE), Hiperaktif tip (DEHB-HA) ve Bileşik alt tip (DEHB-B) olmak üzere DSM-IV’de yerini almıştır.

### **2.3.Yaygınlığı**

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) dünya çapında çocuklara en sık tanı konulan hastalıklardan birisidir (National Institutes of Health, 2012). Toplumdaki yaygınlık oranı çocukluk dönemde ortalama %8, ergenlik dönemde %6 ve yetişkinlik döneminde ise %4 oranında bildirilmiştir. Ülkemizde DEHB sıklığı, toplum çalışmalarında %8,6 ile %8,1, ruh sağlığı merkezlerinde yapılan çalışmalarda ise %8,6 ile %29,4 olarak bildirilmiştir ( Özcan, 2013). DEHB alt tiplerinin çocukluk döneminde görölme sıklığı incelendiğinde, hiperaktif ve bileşik alt tipinin diğer bir alt tipi olan dikkat eksikliğine göre daha sık görüldüğu saptanmıştır (Biederman, 2005). Hiperaktif ve bileşik alt tipinin erkeklerde görüldüğu sıklığı kızlara oranla 4 kat fazla iken, dikkat eksikliğinin alt tipinin görölme oranı erkeklere oranla kızlarda 2 kat fazla olduğu saptanmıştır (Öner vd., 2003).

Çocukluk ağı DEHB ile ilgili yapılan klinik ve toplum çalışmalarında DEHB belirtilerinin erkeklerde daha yüksek düzeyde görüldüğu belirtilmiştir (şenol ve İşeri, 2004). Erişkinlik dönemi DEHB hakkında yapılan çalışmalar ise yeterli değildir. Bunun nedeni çocukluk ağı DEHB oranının yetişkinlikte döneminde de devam etme oranları gözetilerek yapılmasıdır. Uzun dönem takip çalışmalarında, çocukluk çağında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı yetişkinlerin %40 - %60’ıda bu belirtilerin

yetişkinlik döneminde de devam ettiği saptanmıştır (McGough, 2005). Ülkemizde DEHB'nin sıklığı, diğer psikolojik problemlerin araştırıldığı esnada elde edilen verilerden çıkarıldığı için, DEHB'nin yaygınlığının kesin sonucu bilinmemektedir fakat yine yaygınlığı ile ilgili çalışmalar incelendiğinde en sık rastlanan bozukluklardan biri olduğu ortaya çıkmıştır. Ülkemizde çocukluk ve ergenlik çağında görülen psikiyatrik hastalarla ilgili yapılan bir çalışmada ailelerden elde edilen verilere göre görülme sıklığı %11,3 olduğu saptanmıştır (Erol ve Şimşek, 1998).

## **2.4. Etiyolojisi**

DEHB'nin etiolojisi halen kesin olarak aydınlatılmamış, bu bozukluğun ne derece çevresel ya da biyolojik kökenli olduğu tam olarak bilinmemektedir (Carr et al., 2006). Bir çok araştırmacı tarafından DEHB'nin etiolojisinde kalıtım gibi biyolojik etkenler ön planda tutulmuştur (Cantwell,1996).

Günümüzde DEHB'nin birden fazla nedeni ve etkisi olduğu düşünülmektedir (Hinshow et al., 1997). DEHB'nin etiolojisinin diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi biyopsikososyal bir biçimde değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir (Goldstein, 2002).

DEHB'nin etiolojisinde genetik ve çevresel etmenlerin önemli etkisi olduğu düşünülmektedir.

### **2.4.1.Genetik Etmenler**

DEHB'na neden olan en önemli faktörlerden biri genetik yatkınlıktır (Biederman et al.,1990). DEHB tanısı alan çocukların aile üyeleriyle yapılan çalışmalar, genetik etkenlerin varlığını kesin olarak ortaya koymuştur ( Tannock, 1998). DEHB hastalarının ailelerinde DEHB görülme sıklığı %20 - %50 arasındadır. Bu sonuca göre DEHB tanısı alan bireylerin birinci dereceden akrabalarının DEHB görülme riski normal topluluğa kıyasla 4-10 kat fazladır (Barkley, 2006). İkizlerle yapılan çalışmalar sonucunda, DEHB görülme ihtimali tek yumurta ikizlerinde %50- %84 oranında, çift yumurta ikizlerinde ise %30 ile %40 oranında bildirilmiştir (Nelson and Israel, 2003). DEHB ve evlat edinme

çalışmaları, DEHB'nin yalnızca biyolojik akrabalara aktarıldığını göstermiştir, bu araştırma sonucunda ailesel riskin genetik etkenlerin oluşturduğu tespit edilmiştir (Franke et al.,2011).

Yapılan çalışmalarla genetik etkilerin var olduğu saptanmış olsa da, genetik geçişin biçimiyle ilgili kesin bir veriye ulaşılamamıştır. DEHB'li erişkinlerin en az üçte birinin minimum DEHB'li bir çocuğa, DEHB tanısı almış çocuklarında üçte birinin DEHB'li anne veya babalarının olduğu tespit edilmiştir(Tuğlu ve Şahin,2010). DEHB hakkında yapılan genetik araştırmalar, DEHB'nin, D2, D3, D4 ve D5 reseptörleri dopamin taşıyıcısı geni (DAT) ve dopamin beta-hidroksiloz geni (DBH) ile ilgili ortaya çıkarmıştır. Yapılan bir çalışmada, sinoptozomol ilişkili protein geni (SNAP-25), DEHB ile anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur.

DEHB' nin etiyolojisi ile ilgili yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında, frontal lob hasarı olan hastalarda aşırı hareketlilik, dikkatsizlik ve impulsif davranışlar görülmektedir buna bağlı olarak yürütücü işlevlerin merkezi olan frontal loblar ile DEHB arasında bir bağlantı olduğu düşünülmektedir (Doyle 2006). Hasarlı frontol lob nedeniyle yürütücü işlevlerin iyi yürütülememesi frontol disinhibisyonuna sebep olmaktadır (Cabrol, 2006).

DEHB'li ve kontrollerle yapılan çalışmalar sonucu, beyin manyetik rezonans (MRI) ve bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleri izlendiğinde bir takım farklılıklar tespit edilmiştir. DEHB'li çocuklarda kontrol grubunda göre serebellum, bazal ganliyonlar ve korpus kallaosunun iki bölgesi olan rostral cisim ve rostrumun belirgin şekilde küçük olduğu gösterilmiştir ( Cherkasova and Hechtman, 2009).

#### **2.4.2.Çevresel Etmenler**

DEHB'nin gelişiminde bazı çevresel etmenlerinde, rolü olduğu düşünülmektedir. Bu etmenler, prenatal, perinatal ve postnatal sorunlar, iyot eksikliği, DEHB'li çocuklarda artmış vitamin ve besin gereksinimi, sigara, alkol ve uyuşturucuya maruz kalmak gibi etmenleri içermektedir(Cantwell, 1996). Bazi toksinlerin varlığının DEHB semptomlarının ortaya çıkmasıyla bir ilişkisi olabileceği tespit edilmiştir. Kurşun zehirlenmesi durumunda dikkat eksikliği, hiperaktivite ve huzursuzluk vb. Bulgular

ortaya çıkmaktadır fakat, DEHB'li bir çok çocuk hayatları boyunca kurşunla temas etmediği gibi, çok sıklıkla temas eden çocuklarda ise bu bulgular görülmemektedir ( Minder et al.,1994).

Zapitelli ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan bir metaanalizde DEHB tanısı alan çocukların DEHB tanısı almamış çocuklara göre prenatal, perinatal ve postnatal strese daha fazla sahip olduğu saptanmıştır. DEHB ile bağlantılı olabilecek gebelik ve doğum problemleri şöyle sıralanabilir, annenin sağlığının bozuk olması, doğum yaş, annedeki anemi, doğum öncesi kanamalar, beslenme bozuklukları, viral enfeksiyon ve parazitler, tiroid hastalıkları, menenjit ve metabolik hastalıklarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Faraone and Biederman, 1998). Annenin gebelik öncesi ve/ veya gebelik sırasındaki sağlık durumunun ve doğum sırasında oluşan başka patolojik olayların çocuktaki hiperaktivite için tehlike oluşturduğu belirtilmiştir ( McIntosh et al., 1995).

Szatmani ve arkadaşları (1990) tarafından yapılan bir çalışmada bin gramdan daha düşük doğum kilosu ve psikiyatrik bozukluğun ilişkisi incelenmiş ve kontrol grubunda %6,9, araştırma grubunda ise %16 oranında DEHB tespit edilmiştir.

## **2.5. DEHB'nin alt tipleri**

### **2.5.1. DEHB-Bileşik Tip**

En sık rastlanan tiptir. Dikkat eksikliği, hiperaktivite- dürtüsellik belirtilerinin üçüde aynı anda gözlenir. DEHB tanısı almış çocuk ve ergenler büyük sıklıkla bu grupta yer almaktadır. Yetişkin grup için bu durum net olarak bilinmemektedir. Bu tanıya sahip kişiler aşırı hareketlilik ve dikkat dağınıklıkları yüzünden hem sosyal alanlarda uyum sorunu hem de öğrenme problemleri yaşamaktadırlar. Bu belirtiler sıklıkla erişkinlik döneminde de devam etmektedir (Weis and Weis,2002).

### **2.5.2. DEHB-Dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip**

Dikkat eksikliği belirtileri ön planda, diğer iki belirti olan hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ise tam olarak karşılanmamaktadır. Bu alt tip belirtilere sahip olan

çocuklarda dikkatin sağlanması, sürdürülmesi ve düzenlenmesi açısından problemler yaşanmaktadır. Aile yaşamı ve sosyal ilişkilerinde de güçlükler meydana gelebilir fakat temel problem eğitim hayatında ortaya çıkmaktadır. Ödevlerini tamamlamayan, iletişim halindeyken dinlemiyormuş gibi ya da rüyada gibi gözükken, devamlı geç kalan, unutkan olarak tanımlanan çocuklardır. Diğer belirtilere göre DEHB ‘nin bu alt tipi, okula başlayana kadar fark edilemeyebilir ve çoğunlukla ilkokul döneminde tanı almaktadır (Aras vd., 2007).

### **2.5.3. DEHB-Hiperaktivite ve dürtüselliğin ön planda olduğu tip**

Hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ön planda, dikkat eksikliği ölçütleri ise tam olarak karşılanmamaktadır. Çoğu kez dikkat eksikliği alt tipine göre daha erken yaşta tanı alırlar. Tanı koymak için yapılan muayenede hiperaktif davranışlar gözlenmeyebilir, genellikle yalnızca okul ve evdeki durum gözlemlenerek tanı konulmaktadır. Erkeklerde görülme sıklığı daha fazladır (Aras vd, 2007). DSM-V kriterlerine göre DEHB’ nin tüm alt tiplerinin en az 6’sının, en az 6 aydır aynı anda görüldüğü durumlarda tanı konulmaktadır (Elmalı ve Doğan, 2014).

## **2.6. ANNE BABA TUTUMLARI**

Latince “harekete hazır” anlamında kullanılan tutum sözcüğü, günümüzde kişilerin doğrudan gözlemlenemeyen davranışlarından önce var olan ve davranışlarına rehberlik eden tüm değerlendirmeleri olarak görülmektedir (Arkonaç, 2005). Bireyler tutumları aracılığı ile duygu, düşünce ve davranışlarının yönünü belirler.

Bireylerin çocuk yaşlarından itibaren tutumlarını meydana getirmesinde öncelikle aile fertleri, daha sonra akrabaları ve arkadaşları rol oynamaktadır (Yavuzer, 2003). Bunun nedeni, bireylerin küçük yaşlarında karakterinin oluşmaya başladığı dönemlerde çevrelerindeki kişilerden etkilenip rol model almasından kaynaklanmaktadır.

“Tutumlar nasıl oluşur?” Sorusunun cevabını açıklayan pek çok kuram mevcuttur. Bunlardan en popüler olanı Freud ve Erikson’un gelişim kuramıdır. Freud’a göre kişilik yaşamın ilk evrelerinde başlayan temel güvenin oluştuğu birinci evre olan oral dönemle

başlar, özerklik duygusunun kazanıldığı anal dönem, girişimcilik duygusunun olduğu latent dönem ve üretkenliğin olduğu genital dönem ile tamamlanır. Bu dönemlerin herhangi birinde meydana gelen olumsuz tecrübeler, kişilerin anormal davranış şekline sahip olmalarına neden olabilir. Bu 5 ana gelişim döneminin problemsiz tamamlanması anne baba tutumlarına ve onlarla olan etkileşimine bağlıdır. Erikson'a göre kişilik gelişimi 8 evre halindedir, bunlar temel güvene karşı güvensizlik, özerkliğe karşı utanç ve kuşku, girişimciliğe karşı suçluluk, başarıya karşı aşağılık/ yeterliliğe karşı yetersizlik, kimliğe karşı rol karmaşası, yakınlığa karşı uzaklık, üretkenliğe karşı durgunluk, benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk aşamalarıdır. Erikson'a göre 8 aşama birbiriyle bağlantılıdır ve herhangi bir evrede çözümlenemeyen kriz sonraki evreleride olumsuz etkiler. İki kuram arasındaki en önemli ayrım, Freud'a göre kişi olumsuz deneyimlediği gelişim döneminde takılı kalır, Erikson'a göre ise çocuk diğer gelişim evrelerine sürdürür ancak çözümlenemeyen kriz kendinden sonraki evrelere aktarılır (Akt. Börekçi, 2007). İki kuram arasında en önemli benzerlik ise bireylerin kişilik gelişimlerinin yaşamın ilk yıllarında ve ebeveynleri ile sahip olduğu ilişkinin etkileşiminden oluştuğunu belirtmesidir.

Ebeveyn tutumları çocuğun gelişim, karakter ve kişiliğinin oluşması için en önemli faktördür. Çocukların hayattaki ilk deneyimlerine ebeveynleri rehberlik eder ve çocuğun hayatının devamında çevresindeki kişilerle sağlıklı ve iyi ilişkiler kurabilmesi ve sürdürebilmesi ebeveyn tutum ve davranışları ile biçimlenir dolayısıyla anne baba tutumu çocuğun kişiliğini önemli derecede etkilemektedir (Yavuzer 2003).

Çocuğun bazı davranışları anne ve baba tarafından onaylanır, bazı davranışları ise engellenebilir. Bu sayede çocuk kabul edilen ya da edilemeyen davranış şekillerini algılamaya başlar. Çocuğun çevre ile ilk etkileşimi anne baba aracılığıyla oluşur. Çocuğun istekleri ve çevrenin istekleri arasında bir denge sağlanırsa, çevre ile uyum sağlayabilen bir çocuk olabilir (Yörükoğlu, 1997). Çocuk yetiştirme konusunda her aile farklı bir anlayışa sahiptir. Anne ve babanın bile kendi arasında farklılık göstermesi çocuğun gelişimini olumsuz etkilediği ve uyum bozukluğuna yol açtığı düşünülmektedir (Yavuzer 2003).

Anne baba tutumları bir çok araştırmacının ilgi odağı olmuş ve farklı biçimlerde ele alınmıştır. Baumrind (1960), Anne baba tutumları üzerine çalışmalar yapmış, ebeveyn



tutumlarını izin verici (aşırı hoşgörölü), baskıcı (otoriter) ve demokratik (ılımlı otoriter) tutum olarak üç gruba ayırmıştır. Steinberg ve arkadaşları (1994) tarafından yapılan çalışma sonucu ebeveyn tutumları, otoriter (baskıcı), demokratik, hoşgörölü ve ihmalkar olarak dört ana başlığa ayrılmıştır (Hale, 2008). Yörüköğlü (1978) ebeveyn tutum ve davranışlarını; sıkı tutum, tutarsız tutum ve demokratik tutum olarak sınıflandırmıştır (Yörüköğlü, 1978).

Tüm araştırmaların ışığında farklı sınıflandırmalar kullanılmış olsa da genel anlamda ebeveyn tutumları benzerlik göstermekte ve anne baba tutumlarını aşırı hoşgörölü, baskıcı, demokratik, aşırı koruyucu, reddedici ve tutarsız tutum olarak adlandırılabilir.

### **2.6.1. Aşırı Hoşgörölü Ebeveyn Tutumu**

Aşırı hoşgörölü ebeveyn tutumuna sahip aileler çocuklarına hiçbir koşulda ceza vermeyen, her istek ve davranışlarına sınır koymadan doğrudan kabul eden pozitif bir anlayış sistemine sahip bireylerdir. Çocuklar hayatlarıyla ilgili kararları ebeveynlerine sormaksızın kendileri alırlar. Aile içinde kurallar belirlenirken bunun sebebini çocuklarına açıklar hatta onlardan yardım alırlar. Bu tutuma sahip ebeveynler çoğu zaman çocuklarına göre hareket eden bireyler olarak adlandırılmaktadır. Aşırı hoşgörölü tutuma sahip ebeveynler çocuklarına sınırsız haklar tanımaktadır. Sınırsız haklara sahip olan çocuk evde kendi istekleri doğrultusunda davranışlarını sergilerler. Bu durumda ise ebeveynler hoşgörölü ile boş vermeyi birbirinden ayırmakta sorunlar yaşamaktadır. Bu ebeveynler bazen otoriter davranışlarda bulunmaya çalışsalar bile tam anlamıyla otoriter tutum sergilemedikleri için çocuğu etkilememektedir (Yörüköğlü, 1978). Ev yaşamında her beklentisi karşılanan çocuk, ev yaşamı dışındaki alanlarda da her istediğinin gerçekleşmesini beklerken sosyal çevresi tarafından bencil olarak nitelendirilebilir (Baumrind, 1966). Aile yaşamı içinde kural ve sınırların olmaması genellikle çocukları belirsizliğe iter ve güvensiz hissetmelerine neden olur. Aşırı hoşgörölü ebeveyn tutumu, çocuğun düşünce davranış ve isteklerini denetleyebilme becerisinin gelişimini negatif etkiler ve çocuğun agrasif davranışlarının artmasına sebep olur.

### **2.6.2.Baskıcı (Otoriter) Ebeveyn Tutumu**

Otoriter ebeveyn tutumu, çocuklar üzerinde kontrolün yüksek, ilgi, şevkat ve hoşgörünün düşük olduğu tutum şeklidir. Çocuk sadece ebeveynlerinin kararlarına göre hareket eder, çoğu kez kendi duygu, düşünce ve isteklerini dile getiremez, yok sayarlar. Çocuğun hayatı ile ilgili kararlar ebeveynleri tarafından belirlenir ve özerklik kazanılması engellenir. Çocuklar sürekli anne ve babanın kararıyla hareket ettikleri için düşük özgüvene sahip olurlar (Baumrind, 1966). Otoriter tutuma sahip ebeveynler için itaat etmek erdem olarak kabul edilir. Çocuk ebeveynlerinin kararları doğrultusunda hareket etmezler ise ağır cezalar alırlar hatta ebeveynleri tarafından fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kalabilir. Bu aileler fiziksel cezayı en iyi disiplin aracı olarak görürler. Sözlü saldırganlığı da sık sık uygularlar. Bu ebeveynlerin kullandıkları bir diğer ceza yöntemi ise sevgiyi kısıtlamaktır. Olumsuz eleştirilerin çocuğu daha iyiye götürdüğünü düşünürler. Baskı altında yetişen çocukların diğer çocuklara göre yüksek düzeyde kaygılı, depresif ve sosyal ilişkileri başlatma ve sürdürme becerilerinin eksik olduğu görülmüştür (Yavuzer 2004).

### **2.6.3. Aşırı Koruyucu Ebeveyn Tutumu**

Aşırı koruyucu tutum, ebeveynlerin çocukların ihtiyacından fazla kontrol, ilgi ve özen gösterdiği ebeveynler şeklidir (Baumrind, 1996). Bu ebeveynler tarafından çocuğun her çeşit ihtiyacı karşılanarak çocuğun kendi ihtiyaçlarını karşılama becerisinin gelişmesine fırsat verilmez. Çocuklarının başına devamlı kötü birşey geleceğini varsayarak abartılı bir biçimde koruma davranışı sergilerler. Ebeveynlerin aşırı koruyucu tutumu çocuğu kendilerine bağımlı hale getirir. Bu durum çocuğun özgüven problemi yaşamasına ve hayatının her döneminde başka bir bireye bağlanma ihtiyacının oluşmasına neden olur (Demirez ve Öğretir, 2007).

Ebeveynin aşırı koruyucu tutumuyla yetişen çocuk, ebeveynlerine karşı oluşan bağımlılıklarından dolayı okula başlamakta ve öz bakımını sağlamakta güçlük çeker (Yavuzer 2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite tanısı alan bir çocuk davranışlarının sonuçlarını düşünmekte ve kendini korumakta zorlanır, bu durum anne ve babanın aşırı koruyucu bir tutum göstermesine neden olabilir (Börekçi, 2017). Aşırı koruyucu

ebeveynlerin çocuklarına karşı olağanüstü müdahale etmelerinin bir çok nedeni olabilir. Çocuğun daha önce tehlikeli bir hastalık veya ölüm tehlikesi geçirmiş olması, ebeveynlerin kendi çocukluk yaşamlarında otoriter ya da ilgisiz tutum işe yetişmeleri sebep olabilmektedir (Şendil, 2003).

#### **2.6.4. Demokratik ebeveyn tutumu**

Demokratik tutuma sahip aileler çocuklarını ayrı bir birey olarak kabul edip değer vermekte ve çocuklarına özerklik kazanması için teşvik eden bir yapıya sahiptir. Demokratik ebeveyn tutumu, çocukların hem denetlenmesine hem de onların kendi ihtiyaçlarını gidermesine fırsat vermektedir. Bu tutuma sahip ebeveynler belirli sınırlar içinde çocukların isteklerinin karşılanmasına izin verir bu sayede çocuğun sorumluluk duygusu kazanmasına izin verirler (Hale, 2008). Ebeveynler çocuklarının aile içindeki kurallar hakkında konuşmasına izin verir ve bu kuralların nedenlerini çocuklarına açıklarlar. Çocuğun sözel olarak kendini ifade etme becerisinin gelişmesine yardım ederler (Öztürk, 1990). Demokratik aile ortamında büyüyen çocuklar, özgüveni yüksek, girişken, çevresine karşı saygılı, fikirlerine rahatça ifade eden ve sosyal becerilerinin iyi düzeyde olduğu çocuklardır (Olcay, 2008).

#### **2.6.5. Reddedici ebeveyn tutumu**

Reddedici ebeveyn tutumunda aile çocuğun ruhsal ve fiziksel ihtiyaçlarını görmezden gelerek, çocuklarına sevgisiz ve reddedici davranan tutumlar sergilerler. Bu ebeveynler çocuğa düşmanca davranışlar göstererek onun başaramadıkları konular üzerine durur ve çocuğa karşı eleştirel bir tavır takınırlar.

Reddedici aile tutumunda yetişen çocuklar sevgisiz bir ortamda yaşadığı ve sürekli horlandığı için çeşitli psikolojik bozukluklara ve intihara eğilimlidirler. Duygusal kırıklıklar yaşayan çocuklar düşük özgüvenli agresif ve saldırgan bir kişilik geliştirirler. Ebeveynleri tarafından kötü muameleye maruz kalmamak için onlara karşı itaatkâr ve edilgen (sessiz) olurlar. Ancak ebeveynlerine karşı içten içe öfke ve nefret duyguları beslerler. Bu çocuklar aile yaşamlarında kendilerini ifade etmemeyi ve duygularını bastırmayı benimsedikleri için kendilerine ve çevresinde insanlara zarar verme

eğilimindedirler (Yılmaz, 2007).

### **2.6.6. Tutarsız ebeveyn tutumu**

Tutarsız tutuma sahip ebeveynler, çocuk yetiştirirken aşırı hoşgörü ve sert cezalandırma şeklinde tutarsız bir tutum sergilerler. Anne ve babalar aynı davranışı zaman zaman normal karşılarken, bazen de olağanüstü tepkilerle cezalandırabilir. Bu durumun nedeni anne ve baba arasındaki fikir ayrılığından ortaya çıkabileceği gibi ebeveynlerin şahsi olarak değişen davranışlarındanda kaynaklanabilir. Böyle bir tutum içinde büyüyen çocuk ne zaman ve nerede nasıl davranacağını ayırt edemez. Anne ve babanın tutarsız (dengesiz) davranış kalıplarına sahip olması, çocukların özgüveni düşük, kararsız çekingen ya da tam tersi olarak başkaldıran, agresif davranışlar geliştirmesine sebep olabilir (Yılmaz, 2007).

### **2.7. Anne baba tutumlarını etkileyen faktörler**

Anne baba tutumlarının çeşitlilik göstermesinin bir takım nedenleri vardır bunlar, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi, anne babanın kendi yetiştirilme biçimi, anne babanın eğitim düzeyi, çocuğun cinsiyeti ve çocuğun mizaç özellikleridir.

**Ailenin sosyo-ekonomik düzeyi**, tutum ve davranışlar üzerinde etkili bir faktördür. Bornstein ve Zlotnik (2008) tarafından yapılan araştırmada, aynı sosyo-ekonomik düzeyde olan ailenin benzer tutum sergiledikleri tespit edilmiştir. Orta sosyoekonomik düzeydeki ailelerde genellikle demokratik, çocuk merkezli tutum, alt sosyoekonomik düzeydeki ailelerde çoğunlukla otoriter, emir ve itaat odaklı, yüksek sosyoekonomik düzeydeki ailelerde ise aşırı hoşgörülü tutum hakimdir.

**Ailenin kendi yetiştirilme biçimi**, çocuğa karşı tutumların oluşumunda önemli rol oynamaktadır. Anne babalar kendi çocukluk döneminde aileler tarafından otoriter, baskıcı bir ortamda aşırı korunarak yetiştirilmiş ise, kendi çocukları için risk oluşturabilir. Çocuklar, ebeveynleri ile özdeşleşir ve onları kendisine model alırlar. Anne ve babalar çocuklarına nasıl ebeveyn olacağına dair yol göstermiş olurlar. Ebeveynler çocukları ile ilgili bir problemle karşılaştıklarında, kendi anne babalarının sergiledikleri tutumu

benimsemekte ve bu sebeple ebeveynlerinin hatalı davranışlarını sergilemektedirler (Yılmaz, 2001).

**Anne babanın eğitim düzeyi**, tutumlar üzerinde önemli bir faktördür. Eğitim düzeyi yüksek olan ebeveyn ile düşük eğitim düzeyi olan ailelerin çocuk yetiştirme tutumlarında farklılık gözlenmektedir. Ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça daha demokratik tutum sergiledikleri, düşük eğitim seviyesinde olanların ise daha otoriter ve fiziksel ceza odaklı tutum sergiledikleri söylenebilir (Bornstein and Zlotnik 2008).

Anne baba tutumu kendi özellikleri dışında çocuğun cinsiyeti ve mizacındanda etkilenmektedir bu sebeple ebeveynlerin çocuklarına karşı tutumlarını değiştirmedeği görülebilir (Hale, 2008). Yapılan araştırmalarda, çocuğun bireysel özelliklerinin ebeveyn davranışlarını etkilediği saptanmıştır. Yaramaz olarak nitelendirilen çocukların, ebeveynlerin kontrol ve kurallarına daha çok ihtiyacı olduğu ve bu durumda ebeveyn ve çocuk arasında çatışma yaşanmasına sebep olduğu görülmektedir (Turhan, 2016).

## **2.8. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Ebeveyn Tutumları**

DEHB'li çocukların ebeveynleri ile yapılan çalışmalarda kontrol gruplarına göre daha düşük oranda anababa şevkati ve daha yüksek oranda depresif, kaygılı ve stresli anababalık tutumu tespit edilmiştir (Durukan vd., 2009). Bu ebeveynlerin aile içi kuralları belirlemede ve sorun çözme becerilerinde zayıf oldukları belirlenmiştir (İmren vd .,2013). Çocukları DEHB'li olan aileler diğer ailelere göre, daha fazla kontrol eder ve uyarıda bulunurlar.

DEHB'li çocuklar diğer çocuklara göre daha atılgan sürekli hareket halinde dikkatsiz ve sabırsız olduğu için ailelerinin kontrolüne daha fazla ihtiyaçları vardır. Bu durum zaman zaman ailelerinin anksiyete düzeylerinin yükselmesine neden olabilir. DEHB'li çocuklar diğer çocuklara göre aşırı hareket halinde oldukları için daha fazla fiziksel yaralanma ve kazalar geçirirler bu durum ebeveynlerin çocuklarına karşı olan kaygılarını devam ettirmektedir. Çocukları DEHB'li olan aileler zamanlarını ve enerjilerinin çoğunluğunu çocuğa vermekte ve devamlı uyarılarda bulunmaktadır. Ancak bu uyarılar DEHB'li bir çocuk için çok etkili olmamaktadır. Çünkü DEHB'li çocuk

dikkati sürdürmekte ve yönergelere uymakta zorluk yaşamaktadır. Ebeveynler bu duruma çözüm olarak, komutları sürekli tekrarlamakta ve uyarılarda bulunmaktadır. Bu durum çocuğu DEHB'li olan anne babalarda aşırı koruyucu, otoriter ya da aşırı hoşgörölü tutum ortaya çıkabilir (Börekçi, 2017). Ebeveynlerin çocuğu disipline etmek için gösterdikleri bu tutumlar amacına ulaşmamakta ve anne babayı daha çok strese sokmaktadır (Sürücü, 2003).

Ertuğrul ve Toros (2010) tarafından yapılan bir araştırmada DEHB'li çocukların anababalık tutumu ve evlilik doyumu arasındaki ilişkiyi incelemiş, aşırı hoşgörölü, ihmalkâr ya da otoriter olarak tanımlanan annelerin evlilik doyumlarının düşük olduğu saptanmıştır. DEHB tanısı almış çocukların olumsuz tutum ve davranışları ebeveynlerinin kontrollere göre daha fazla psikiyatrik başvuru yapmalarına neden olmaktadır (Durukan vd., 2008).

Çöp ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir çalışmada anne baba tutumu ve DEHB belirtileri arasındaki ilişki incelenmiş, çocukları DEHB'li olan anababaların daha ilgisiz, masafeli ve reddedici bir tutum göstererek çocuğa karşı katı kuralcı, daha az demokratik tutum içinde oldukları bildirilmiştir.

## **2.9. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Ebeveyn Tutumu**

Yapılan araştırmalar sonucu anne baba tutumlarının çocukların gelişimi üzerinde çok önemli bir etken olduğu belirlenmiştir. Özellikle ebeveynlerin işlevsel olmayan belli özellikli tutumlarının OKB'nin ortaya çıkmasında büyük bir rolü oynadığı araştırmalar ile saptanmıştır. Çocukluk çağı başlangıçlı OKB'li bireylerin ebeveynlerinin aşırı mükemmeliyetçi, aşırı koruyucu/kollayıcı, mesafeli anne baba tutumlarının OKB semptomlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (Waters and Barrett, 2000). Ebeveynlerin olaylar hakkında sahip oldukları aşırı tehlike algısı ve aşırı koruyucu tutumunun çocuklarda sorumluluk davranışlarını arttırarak, OKB semptomlarına ortam hazırlamaktadır. Aşırı kollayıcı ve mükemmeliyetçi anne baba tutumu çocuğun dış dünyayı tehlikeli olarak, algılanmasına ancak kendini bu tür tehlikelerle baş edecek güçte olmadığı düşüncesine neden olabilmektedir. Yetişkin OKB'li bireylerin ebeveyn tutumları ile yapılan araştırmaların sonucunda, OKB ile aşırı koruyucu anne baba tutumu

ve otoriter ebeveynlik biçimi arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir(Merkel et al., 1993).

OKB ve aşırı koruyucu anne baba tutumunun araştırıldığı bir çalışmada OKB olan hastaların koruyucu tutum puanının kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Fakat Alanso ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir çalışmada OKB hastalarının babalarının kontrollere göre daha fazla reddedici, aşırı koruyucu tutum düzeylerinin ise bir fark oluşturmadığı saptanmıştır. Bir başka çalışmada OKB ve panik bozukluk hastalarının algılanan ebeveyn tutumlarından aşırı koruyucu ve sıcaklık düzeylerinde anlamlı bir fark belirlenmemiştir (Chambless et al.,1996).

Yashida ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan başka bir çalışmada, aşırı koruyucu ebeveyn tutumu, yüksek obsesyon semptomları olan depresyon hastaları, düşük obsesyon semptomları olan depresyon hastaları, OKB hastaları ve kontrol grubu karşılaştırılmış, bu araştırmanın sonuçlarına göre OKB'li ve yüksek obsesyon semptomları olan depresyon hastalarının ebeveynlerinin aşırı koruyucu/kollayıcı bir tutum sergiledikleri bildirilmiştir. Yoshida ve arkadaşları (2005) aşırı koruyucu/kollayıcı anne baba tutumunun yalnızca depresyon oluşumuna değil OKB ve OKB semptomları olan depresyonun oluşumunda zemin hazırladığı belirlenmiştir.

Bilişsel davranışçı terapiler OKB'nin gelişiminde sosyal öğrenmenin önemli bir faktor olduğunu vurgulamaktadır. Araştırmalar, aşırı kontrolcü, mükemmeliyetçi ve eleştirel anne baba tutumlarının OKB semptomları ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca OKB'li bireylerin sağlıklı kontrollere göre yüksek düzeyde mükemmeliyetçi ve suçluluk duygularına sahip olduğu saptanmıştır ( Frost ve ark., 1994).

Hacıömeroğlu (2008) tarafından Türkiye'de ebeveyn tutumu ve OKB semptomları arasındaki ilişkileri inceleyen bir çalışmada aşırı koruyucu anne baba tutumunun OKB'ye özgü olduğunu depresyon hastalarının ebeveynlerinin yüksek oranda reddedici tutumu benimsediği kaygı bozukluğu hastalarının ailelerinin ise düşük duygusal sıcaklık gösterdiği gözlenmiştir.

Ebeveyn tutumları OKB'nin yanı sıra OKB semptom türlerini de etkileyebilmektedir. OKB'nin simetri ve düzen boyutunun ailelerin düşük duygusal sıcaklık tutumuyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar ilişkili işlevsel olmayan anne

baba tutumlarının OKB'nin gelişiminde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Lehnerts et al., 2010).

### **2.10.Araştırmanın Amacı**

Araştırmanın Amacı Obsesif Kompulsif bozukluğu tanısı almış hastalarda çocukluk çağı dikkat eksikliği hiperaktivitesini belirlemek ve Anne baba tutumları arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda temel hipotez, çocukluk çağında DEHB semptomları olan OKB hastalarının ebeveynlerinin, çocukluk çağında DEHB semptomları olmayanlara göre ebeveynlerinin aşırı koruyucu veya otoriter anne baba tutumuna sahip olduğu beklenmektedir.

Bu çalışma ile aşağıdaki soruların cevapları sorgulanmaktadır;

- 1) Çocukluk çağında DEHB, OKB ve Anne baba tutumları arasında ilişki var mıdır?
- 2) Çocukluk çağında DEHB belirtileri gösteren OKB'li bireylerin ebeveyn tutumları nasıldır?
- 3) Çocukluk çağında DEHB belirtileri gösteren OKB'li bireylerin, bu belirtileri göstermeyen OKB'li bireylere göre ebeveyn tutumları açısından fark var mıdır?
- 4) Yalnızca yetişkinlik çağında DEHB belirtileri gösteren bireylerin, çocukluk çağında DEHB belirtileri gösteren bireylere göre ebeveyn tutumları arasından fark var mıdır?

### **2.11. Araştırmanın Önemi**

OKB, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre en yaygın görülen psikiyatrik hastalıklar içinde dördüncü sırayı almaktadır. OKB'nin gelişimi üzerine yapılan çalışmalarda anne baba tutumunun önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Bu durum OKB ve ebeveyn tutumu hakkında daha fazla araştırma yapılmasına yol açmaktadır. Ne var ki, OKB'li hastaların sahip olduğu başka psikiyatrik hastalıkların ebeveyn tutumları açısından ilişkisi yeterince araştırılmamıştır. Yetişkinlerde anne baba tutumları geçmiş yaşantılara göre belirlenmekte bu durum bireyin çocukluk dönemini ön



plana çıkarmaktadır. OKB'li bireylerin birincil veya kaygı düzeylerine bağlı ikincil olarak dikkatsizlik ya da dikkatin çabuk dağılması gibi belirtilerin ortaya çıkması DEHB semptomlarını akıllara getirmektedir. DEHB dünya çapında çocuklara en sık tanı konulan hastalıktır (National Institutes of Health, 2012). Araştırmalarla ocukluk dönemi DEHB belirtileri ileriki yaşlarda OKB için risk taşındığı belirlenmiştir. Bu araştırmanın çocukluk çağını kapsayan yetişkinlere uygulanmasının sebebi, DEHB'nin en sık tanı konulan bozukluklardan biri olması, aile ilişkilerine olumsuz etki etmesi ve semptomların başka psikolojik bozukluklara sebep olmasıdır. OKB'nin DEHB ve Anne baba tutumları hakkında çok fazla çalışma yapılmamıştır. Bu alışma ile bu ihtiyacın giderilmesine katkı sağlanacağı ve alanda bundan sonra yapılacak çalışmalara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

## **BÖLÜM 3 - YÖNTEM**

### **3.1. Araştırmanın Modeli**

Araştırma ile Obsesif Kompulsif bozukluğu tanısı almış bireylerin çocukluk çağında sahip olduğu DEHB belirti düzeyi ile Anne baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile ilişkisel karşılaştırma çalışması yapılmıştır.

### **3.2. Evren ve Örneklem**

Bu araştırmanın evreni, NP nörobeyin hastanesine bağlı feneryolu kliniğinin 18-55 yaş arası OKB hastalarından oluşmaktadır. Araştırma bulguları örneklem grubunda yer alan 23 kadın ve 20 erkek olmak üzere toplam 43 kişiden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan OKB hastalarının, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, iş durumu ve anne babalarının eğitim düzeyleri esas alınarak ölçekler uygulanmıştır. Araştırmayı etik çerçeveler içerisinde yürütebilmek için Üsküdar Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınmıştır. Ardından NP İstanbul beyin hastanesinden izin çıktıktan sonra örneklem grubunda yer alan OKB'li bireylere araştırmada kullanılacak bilgilendirilmiş onam formu ile birlikte veri araç gereçleri uygulanmıştır.

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplamak amacıyla katılımcılara Sosyodemografik Bilgi Formu, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, Yetişkinlerde DEHB için tanısal görüşme ölçeği(DIVA), Beck Depresyon ölçeği, Beck Anksiyete ölçeği ve Anne Baba tutum ölçeği uygulanmıştır.

#### **3.3.1. Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından oluşturulan kişisel bilgi formu; katılımcıların ve

ebeveynlerinin sosyo-demografik özellikleri hakkında bilgi elde edilmesi amacı ile hazırlanmıştır. Bu formda katılımcıların, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, iş ve eğitim bilgilerini elde etmeye yönelik sorular bulunmaktadır.

### **3.3.2.Yetişkinlerde DEHB için tanısıl görüşme(DIVA) ölçeği**

DIVA ölçeği Koaj ve Francken(2010) tarafından DEHB tanısı için gerekli olan ana belirtileri sorgulamaktadır. DSM V'e göre yetişkinlerin DEHB tanı ölçütlerini karşılaması için, çocukluk ve yetişkinlik döneminde DEHB belirtilerinin görülmesi gerekir. Bu belirtiler bireyin hayatında iki ya da daha fazla alanda klinik veya sosyal bozulmalara neden olmalıdır. DIVA ölçeği, Dikkat eksikliğine dair ölçütler, hiperaktivite-dürtüselliğe dair ölçütler ve belirtilere bağlı işlev bozukluğu olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. DEHB tanısı için belirlenen 18 ölçütün her biri sorgulanmaktadır.Öncelikle erişkinlik dönemi daha sonra Kişinin çocukluk dönemi DEHB tanısı alması için en az 6 kriteri, erişkinlik dönemi DEHB tanısı için ise en az 5 DSM kriterini karşılamış olması gerekmektedir.DIVA ölçeği yetişkinler için düzenlenmiş ilk yapılandırılmış tanı görüşmesidir.

### **3.3.3.Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği(Y-BOCS)**

Goodman ve arkadaşları tarafından 1989 yılında obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek için geliştirilmiştir. Toplam 19 maddeden oluşur ve beşli likert tipi değerlendirme yapılıır. Y-BOCS ölçeğinin 1-5. soruları obsesyonların, 6-10. soruları ise kompulsiyonların şiddetini değerlendirmektedir. Y-BOCS toplam puanı, her iki puanın toplamıyla saptanmaktadır. Türkçe uyarlaması ve geçerlilik güvenirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır.

### **3.3.4. Beck Depresyon Envanteri ( BDE)**

Beck depresyon envanteri, 1961 yılında Aron T.Beck tarafından geliştirilmiştir.Bireylerin kendilerine özgü tutum ve depresyon belirtilerini değerlendirmek amacı ile bireyin kendisi tarafından uygulanmaktadır. Toplam 21 maddeden oluşan ölçek 0 ve 3 arasında değerlendirilen cevap yanıtlarından oluşmaktadır.

Bireyler hangi cevabı kendisine yakın hissederse onu işaretlemektedir ve bu cevapların sayıları toplanarak değerlendirilir.

### **3.3.5. Beck Anksiyete Envanteri(BAE)**

Beck ve arkadaşları (1988) tarafından anksiyeteyi depresyondan ayırt etmek amacı ile geliştirilmiştir. Bireylerin anksiyete şiddetini ölçmek için kullanılan ölçek için kullanılan ölçek 21 maddeden oluşan, 0-3 arası likert tipi puanına sahiptir. Hastanın kendisi tarafından doldurulan ölçek hiç, hafif, orta ve ciddi olmak üzere 4 sıklıktan birini işaretlemektedir. Bu puanlar toplanarak çıkan sonuca göre anksiyete düzeyi belirlenir.

### **3.3.6. Anne Baba Tutum Ölçeği**

1972 yılında Yıldız Kuzgun tarafından anne baba tutumlarını belirlemek için geliştirilmiştir. Ölçek 40 sorudan oluşmaktadır. Demokratik, Otoriter ve Koruyucu/İstekçi anne baba tutumu olmak üzere 3 alt boyutu vardır.

Ölçekte;

1, 2, 6, 7, 13, 14, 15, 20, 21, 22, 29, 30, 36, 37, 39 numaralı sorular demokratik tutumu,

4, 9, 10, 11, 17, 18, 19, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 33, 34 numaralı sorular koruyucu/İstekçi tutumu,

3, 5, 8, 12, 16, 23, 31, 35, 38, 40, numaralı sorular otoriter tutumu belirlemektedir.

Cevapların yanıtları ise ‘Çok uygun, Biraz uygun, Pek uygun değil, Hiç uygun değil, Tamamen uygun’ olmak üzere 5 seçenekten oluşmaktadır.

## **3.4.İşlem**

Veri toplama işlemi başlamadan önce uygulamanın yapılacağı Üsküdar Üniversitesi NP Feneryolu kliniğine bağlı NP beyin hastanesi etik kurulundan izin alınmıştır. Katılımın gönüllülük esasına bağlı olduğu çalışmada, uygulamalar başlamadan

önce katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve katılımcılardan gönüllü onam formu alınmıştır.

Araştırmada, katılımcıların OKB belirti düzeylerini ölçmek amacı ile Y-BOCS, anksiyete ve depresyon düzeylerini ölçmek için Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Envanteri kullanılmıştır. Katılımcıların çocukluk ve yetişkinlik döneminde sahip olduğu belirtileri ise DIVA ölçeği uygulanarak tespit edilmiştir. Son olarak katılımcıların ebeveyn tutumlarını ölçmek amacıyla Anne baba tutum ölçeği OKB'li katılımcılara uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin SSPS 20.0 programı ile yapılmıştır. Katılımcılardan elde edilen kişisel bilgi formuna ait verilerin frekans ve yüzdeler dağılımları analiz edilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin alt boyutları ve toplam puanları saptanmıştır. Bağımsız değişkenlere göre ölçeklerde elde edilen puanlar t testi ile  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyine göre karşılaştırılmıştır. İki'den fazla grubun anlamlılık düzeyinin karşılaştırılmasında “tek yönlü varyans analizi(ANOVA)” kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren veriler için Pearson Korelasyon testi yapılmıştır.

## BÖLÜM 4 - BULGULAR

Araştırmadan elde edilen demografik değişkenlerle ilgili genel bilgiler aşağıdaki gibidir:

**Tablo 4.1. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı**

Cinsiyet	N	%
Kadın	23	53,5
Erkek	20	46,5
<b>Toplam</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

Çalışmaya katılan kişilerin %53,5'ini kadınlar, %46,5'ini erkekler oluşturmaktadır.

**Tablo 4.2. Katılımcıların Cinsiyete Göre Yaş Ortalamaları**

	cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma
Yaş	erkek	25	29,565	7,692
	kadın	18	30,700	8,603
	<b>Toplam</b>	<b>43</b>	<b>30,093</b>	<b>8,0499</b>

Erkek katılımcıların yaş ortalaması  $29,6 \pm 7,69$  bulunurken, kadın katılımcıların yaş ortalamasının ise  $30,7 \pm 8,60$  olduğu görülmüştür. Toplamda tüm katılımcıların yaş ortalaması  $30,09 \pm 8,05$  olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.3. Katılımcıların Cinsiyete Göre Medeni Durumlarının Dağılımı**

		<b>Erkek</b>	<b>Kadın</b>	<b>Toplam</b>
<b>Bekar</b>	<b>N</b>	16	10	26
	<b>%</b>	69,6	50,0	60,5
<b>Evli</b>	<b>N</b>	7	8	15
	<b>%</b>	30,4	40,0	34,9
<b>Dul</b>	<b>N</b>	0	2	2
	<b>%</b>	0,0	10,0	4,7
<b>Toplam</b>	<b>N</b>	23	20	43
	<b>%</b>	100,0	100,0	100,0

Çalışmaya katılan kişilerin %60,5'inin evli, %34,9'unun bekar, %4,7'sinin ise dul olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.4. Katılımcıların Gösterdiği Obsesyon Durumlarının Dağılımı**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Saldırganlık</b>	8	<b>18,6</b>
<b>Dini</b>	6	<b>14,0</b>
<b>Cinsel</b>	8	<b>18,6</b>
<b>Temizlik</b>	9	<b>20,9</b>
<b>Primary</b>	1	2,3
<b>obsession</b>	3	7,0
<b>Simetri</b>	2	4,7
<b>Bulaşma</b>	3	7,0
<b>Sayma</b>	3	7,0
<b>Diğer</b>	3	7,0
<b>Toplam</b>	43	100,0

Katılımcıların %20,9'unda başlangıçta “temizlik” takıntısı, %18,6'sında “saldırganlık” takıntısı, yine %18,6'sında “cinsellik” takıntısı ve %14'ünde “dini” takıntıların olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.5 Katılımcıların Anne Eğitim Düzeylerinin Dağılımı**

			Erkek	Kadın	Toplam
<b>Okur yazar değil</b>	N		0	5	5
	%		<b>0,0</b>	<b>25,0</b>	11,6
<b>İlkokul</b>	N		5	3	8
	%		21,7	15,0	18,6
<b>Orta okul</b>	N		4	4	8
	%		17,4	20,0	18,6
<b>Lise</b>	N		8	5	13
	%		<b>34,8</b>	<b>25,0</b>	<b>30,3</b>
<b>Üniversite</b>	N		4	1	5
	%		17,4	5,0	11,6
<b>Yüksek Lisans</b>	N		2	2	4
	%		8,7	10,0	9,3
<b>Toplam</b>	N		23	20	43
	%		100,0	100,0	100,0

Cinsiyete göre anne eğitim düzeyine bakıldığında OKB'li katılımcı erkeklerin %34,8'inin annesinin lise mezunu olduğu ve tüm erkeklerin annelerinin en az ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. OKB'li katılımcı kadınların ise %25'inin annesi okuma yazma bilmezken %25'inin annesinin lise mezunu olduğu görülmüştür. Toplamda bakıldığında ise katılımcıların %30,3'ünün anne eğitim düzeyinin lise seviyesinde olduğu görülmüştür.



**Tablo 4.6: Katılımcıların Baba Eğitim Düzeylerinin Dağılımı**

			<b>Erkek</b>	<b>Kadın</b>	<b>Toplam</b>
<b>Okur yazar değil</b>	<b>N</b>		0	0	0
	<b>%</b>		<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	0,0
<b>İlkokul</b>	<b>N</b>		0	3	3
	<b>%</b>		0,0	15,0	7,0
<b>Orta okul</b>	<b>N</b>		2	4	6
	<b>%</b>		8,7	20,0	14,0
<b>Lise</b>	<b>N</b>		14	8	22
	<b>%</b>		<b>60,9</b>	<b>40,0</b>	<b>51,2</b>
<b>Üniversite</b>	<b>N</b>		7	2	9
	<b>%</b>		30,4	10,0	20,9
<b>Yüksek Lisans</b>	<b>N</b>		0	3	3
	<b>%</b>		0,0	15,0	7,0
<b>Toplam</b>	<b>N</b>		23	20	43
	<b>%</b>		100,0	100,0	100,0

Cinsiyete göre baba eğitim düzeyine bakıldığında OKB'li katılımcı erkeklerin %60,9'unun babasının lise mezunu olduğu ve tüm erkeklerin babalarının en az orta okul mezunu olduğu belirlenmiştir. OKB'li katılımcı kadınların %40'ının babası lise mezunu olduğu görülmüştür ve tüm kadınların babalarının en az ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Toplamda bakıldığında ise katılımcıların %51,2'sinin baba eğitim düzeyinin lise seviyesinde olduğu görülmüştür.



Araştırmada elde edilen ölçeklerden alınan puanların değerlendirilmesi aşağıdaki gibidir.

**Tablo 4.7.Cinsiyete göre Anne Baba Tutum Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları**

	cinsiyet	N	Ortalama	Std.Sapma	t	P
<b>Demokratik tutum</b>	<b>erkek</b>	23	46,5652	12,16861	0,591	0,558
	<b>kadın</b>	20	44,3500	12,35985		
<b>Koruyucu/istekçi tutum</b>	<b>erkek</b>	23	33,5217	11,50837	0,306	0,761
	<b>kadın</b>	20	32,5000	10,20578		
<b>Otoriter tutum</b>	<b>erkek</b>	23	20,4783	7,94795	-0,537	0,594
	<b>kadın</b>	20	21,9000	9,40828		

Cinsiyete göre Anne Baba Tutumları alt ölçekleri ortalama puanları arasında anlamlı fark olup olmadığı Bağımsız Örneklem için t-Tesi kullanılarak kontrol edilmiştir.Buna göre tüm ölçeklerde cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmadığı %5 yanılma düzeyinde söylenebilir. Tüm alt ölçeklerin ortalama puanlarına bakıldığında erkeklerin **Koruyucu/istekçi Anne Baba Tutumu** ortalama puanları (=33,52) kadınların **Koruyucu/istekçi Anne Baba Tutumu** ortalama puanlarından (=32,50) yüksek bulunmuştur fakat bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (p=0,761>0,05). Benzer şekilde kadınların **Otoriter Anne Baba Tutumu** ortalama puanları (=21,9) erkeklerin **Otoriter Anne Baba Tutumu** ortalama puanlarından daha yüksek olduğu görülmüş fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı %5 yanılma düzeyinde söylenebilir(p=0,594>0,05)

**Tablo 4.8. Cinsiyete göre Anne Baba Tutumları frekans dağılımları, yüzdeleri ve ki-kare bulguları**

		<b>Erkek</b>	<b>Kadın</b>	<b>Toplam</b>	$\chi^2$	<b>P</b>
<b>Demokratik tutum</b>	<b>N</b>	18	16	34		
	<b>%</b>	78,3	80,0	79,1		
<b>Koruyucu/istekçi tutum</b>	<b>N</b>	5	4	9		
	<b>%</b>	21,7	20,0	20,9	0,020	0,889
<b>Otoriter tutum</b>	<b>N</b>	0	0	0		
	<b>%</b>	0,0	0,0	0,0		
<b>Toplam</b>	<b>N</b>	23	20	43		
	<b>%</b>	100,0	100,0	100,00		

Cinsiyete göre anne baba tutumu frekans dağılımları, yüzdeleri ve ki-kare bulguları yukarıdaki tabloda verilmiştir. Kadınların %80'inin anne baba tutumlarının demokratik, %20'sinin koruyucu / istekçi olduğu, erkeklerin ise %78,3'ünün anne baba tutumlarının demokratik, %21,7'sinin koruyucu / istekçi olduğu belirlenmiştir. Anne baba tutumu otoriter olan katılımcının olmadığı görülmüştür. Ki-kare analizi sonucunda kadın ve erkeklerin anne baba tutumlarına göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [ $\chi^2=0,020$ ;  $p=0,889>0,05$ ].

**Tablo 4.9. DIVA Ölçeğinden Elde Edilen Bulguların Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri-Dikkat Eksikliği**

		N	%
<b>Çocukluk Dönemi</b>	<b>DEHB var</b>	17	23,3
	<b>DEHB yok</b>	26	76,7
	<b>Toplam</b>	43	100,0

  

		N	%
<b>Erişkinlik Dönemi</b>	<b>DEHB var</b>	26	60,5
	<b>DEHB yok</b>	17	39,5
	<b>Toplam</b>	43	100,0

  

		N	%
<b>Çocukluk- Erişkinlik Dönemi</b>	<b>DEHB var</b>	22	51,2
	<b>DEHB yok</b>	21	48,8
	<b>Toplam</b>	43	100,0

OKB tanısı koyulmuş kişilerin %23,3'ünde sadece çocukluk çağında dikkat eksikliği görülürken, %60,5'inde yalnızca erişkinlik çağında dikkat eksikliği görülmüştür. Her iki dönem birlikte ele alındığında katılımcıların %51,2'sinde hem çocukluk hem de erişkinlik çağında dikkat eksikliği belirlenmiştir.

**Tablo 4.10. Dikkat Eksikliği Durumunun Görülme Süresi**

		N	%
<b>Dikkat eksikliği</b>	<b>DEHB var</b>	13	30,2
	<b>DEHB yok</b>	30	69,8
	<b>Toplam</b>	43	100,0

Katılımcıların %30,2'sinde dikkat eksikliğinin çocukluk çağından itibaren görüldüğü, %69,8'inin ise daha sonradan bu semptomları göstermeye başladığını belirlenmiştir.

**Tablo 4.11. DIVA Ölçeğinden Elde Edilen Bulguların Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri-Hiperaktivite**

		Hiperaktivite	N	%
<b>Çocukluk Dönemi</b>	<b>DEHB var</b>		10	23,3
	<b>DEHB yok</b>		33	76,7
	<b>Toplam</b>		43	100,0

		Hiperaktivite	N	%
<b>Erişkinlik Dönemi</b>	<b>DEHB var</b>		12	27,9
	<b>DEHB yok</b>		31	72,1
	<b>Toplam</b>		43	100,0

		Hiperaktivite	N	%
<b>Çocukluk- Erişkinlik Dönemi</b>	<b>DEHB var</b>		10	23,3
	<b>DEHB yok</b>		33	76,7
	<b>Toplam</b>		43	100,0

OKB'li katılımcıların %23,3'ünde çocukluk döneminde hiperaktivite bozukluğu olduğu %27,9'sinde ise erişkinlik döneminde hiperaktivite bozukluğu saptanmıştır. Toplamda ise katılımcıların %76,7'ünde hiperaktivite bozukluğuna her iki dönemde de rastlanmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.12. DIVA Ölçeğinden Elde Edilen Bulguların Frekans Dağılımları ve Yüzelikleri-Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite**

	<b>DEHB</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Çocukluk</b>	<b>DEHB var</b>	16	37,2
<b>Dönemi</b>	<b>DEHB yok</b>	27	62,8
	<b>Toplam</b>	43	100,0

  

	<b>DEHB</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Erişkinlik</b>	<b>DEHB var</b>	29	67,4
<b>Dönemi</b>	<b>DEHB yok</b>	14	32,6
	<b>Toplam</b>	43	100,0

  

	<b>DEHB</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Çocukluk-</b>	<b>DEHB var</b>	14	32,6
<b>Erişkinlik</b>	<b>DEHB yok</b>	29	67,4
<b>Dönemi</b>	<b>Toplam</b>	43	100,0

Araştırmaya katılan OKB'li kişilerin %37,2'sinde çocukluk çağında %67,4'ünde erişkinlik döneminde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu görülmüştür. Toplamda ise %32,6'sında her iki dönemde de dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu saptanmıştır.

**Tablo 4.13. Anne Eğitim Düzeyine Göre DEHB Gösterme Durumu İçin Frekans Dağılımları, Yüzdeler ve Ki-kare Bulguları**

Anne eğitim düzeyi			DEHB	DEHB var	DEHB yok	Toplam
<b>Okur yazar değil</b>	N		3	2	5	
	%		16,7	8,0	11,6	
<b>İlkokul</b>	N		3	5	8	
	%		16,7	20,0	18,6	
<b>Orta okul</b>	N		3	5	8	
	%		16,7	20,0	18,6	
<b>Lise</b>	N		8	5	13	
	%		<b>44,4</b>	20,0	<b>30,3</b>	
<b>Üniversite</b>	N		1	5	5	
	%		5,6	16,0	11,6	
<b>Yüksek Lisans</b>	N		0	4	4	
	%		0,0	16,0	9,3	
<b>Toplam</b>	N		18	25	43	
	%		100,0	100,0	100,0	

DEHB olan kişilerin %44,4'ünün anne eğitim düzeyinin lise seviyesinde olduğu ve hiç birinin anne eğitim düzeyinin lisansüstü seviyede olmadığı görülmüştür. Aynı şekilde DEHB olmayan kişilerin %20'sinin anne eğitim seviyelerinin de "lise" düzeyinde olduğu görülmüştür. Buna göre DEHB kriterlerinin karşılanıp karşılanmama durumunun anne eğitim düzeyleri ile ilişkisi olmadığı %5 yanılma düzeyinde söylenebilir. [ $\chi^2=6,731$ ;  $p=0,241>0,05$  ]



**Tablo 4.14. Baba Eğitim Düzeyine Göre DEHB Gösterme Durumu İçin Frekans Dağılımları, Yüzdeler ve Ki-kare Bulguları**

	DEHB	DEHB var	DEHB yok	Toplam
<b>Okur yazar değil</b>	N	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0
<b>İlkokul</b>	N	1	2	3
	%	5,6	8,0	7,0
<b>Orta okul</b>	N	3	3	6
	%	16,7	12,0	14,0
<b>Lise</b>	N	11	11	22
	%	<b>60,1</b>	<b>44,0</b>	<b>51,2</b>
<b>Üniversite</b>	N	3	6	9
	%	16,7	24,0	20,9
<b>Yüksek Lisans</b>	N	0	3	3
	%	0,0	12,0	7
<b>Toplam</b>	N	18	25	43
	%	100,0	100,0	100,0

DEHB kişilerin %60,1'inin baba eğitim düzeyinin lise seviyesinde olduğu ve hiç birinin baba eğitim düzeyinin lisansüstü seviyede olmadığı görülmüştür. DEHB olmayan kişilerin %44,0'unun baba eğitim seviyelerinin de "lise" düzeyinde olduğu görülmüştür. Buna göre DEHB'li olma ve olmama durumunun anne eğitim düzeyleri ile ilişkisi olmadığı %5 yanılma düzeyinde söylenebilir. [ $\chi^2=3,281$ ;  $p=0,512>0,05$ ]

**Tablo 4.15. Anne Baba Tutum Ölçeğinden Alınan Puanlara Göre DEHB Gösterme Durumu İçin Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem t-Testi Bulguları**

	DEHB	N	Ortalama	Std.Sapma	t	P
<b>Demokratik tutum</b>	<b>DEHB var</b>	13	48,2143	11,93688	-0,660	0,513
	<b>DEHB yok</b>	30	45,6897	11,66222		
<b>Koruyucu/istekçi tutum</b>	<b>DEHB var</b>	13	37,0000	9,55332	-1,490	0,144
	<b>DEHB yok</b>	30	32,1379	10,97550		
<b>Otoriter tutum</b>	<b>DEHB var</b>	13	23,0000	9,86836	-0,584	0,563
	<b>DEHB yok</b>	30	21,4138	7,53808		

Ailenin tutumu açısından çocukluk döneminde dikkat eksikliği ve hiperaktif bozukluğu gösterip göstermeme durumu Bağımsız Örneklem t-Testi ile test edilmiştir. Buna göre çocukluk ve erişkinlik döneminde dikkat eksikliği ve hiperaktif bozukluğu gösterip göstermeme durumunun ailenin tutumu açısından farklılık göstermediği %5 yanılma düzeyinde söylenebilir. Çocukluk ve Erişkinlik döneminde dikkat eksikliği ve hiperaktif bozukluğu gösterenlerin koruyucu/istekçi aile tutumu ortalamaları dikkat eksikliği hiperaktivite göstermeyenlerden daha yüksek bulunmuştur. Fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı %5 yanılma düzeyinde söylenebilir.

**4.16. Demokratik, Koruyucu / İstekçi ve Otoriter Anne Baba Tutumu ortalamaları ve eşleştirilmiş örneklem t testi bulguları**

		Ortalama	Std.Sapma	t	p
<b>Kadın</b>	<b>Demokratik</b>	44,3500	12,35985	2,622	<b>0,017**</b>
	<b>Koruyucu/istekçi</b>	32,5000	10,20578		
	<b>Demokratik</b>	44,3500	12,35985	5,232	<b>0,000**</b>
	<b>Otoriter</b>	21,9000	9,40828		
	<b>Koruyucu/istekçi</b>	32,5000	10,20578	5,573	<b>0,000**</b>
	<b>Otoriter</b>	21,9000	9,40828		
	DEHB	Ortalama	Std.Sapma	t	p
<b>Erkek</b>	<b>Demokratik</b>	46,5652	12,16861	3,010	<b>0,006**</b>
	<b>Koruyucu/istekçi</b>	33,5217	11,50837		
	<b>Demokratik</b>	46,5652	12,16861	6,699	<b>0,000**</b>
	<b>Otoriter</b>	20,4783	7,94795		
	<b>Koruyucu/istekçi</b>	33,5217	11,50837	10,973	<b>0,000**</b>
	<b>Otoriter</b>	20,4783	7,94795		

Kadınların Demokratik anne baba tutumu ortalamaları (=44,35) Koruyucu anne baba tutumu ortalamalarından (=32,50) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [ $p<0,05$ ]. Kadınların Demokratik anne baba tutumu ortalamaları (=44,35) Otoriter anne baba tutumu ortalamalarından (=21,90) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [ $p<0,05$ ]. Kadınların Koruyucu anne baba tutumu ortalamaları (=32,50) Otoriter anne baba tutumu ortalamalarından (=21,90) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [ $p<0,05$ ].

Erkeklerin Demokratik anne baba tutumu ortalamaları (=46,56) Koruyucu anne baba tutumu ortalamalarından (=33,52) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [ $p<0,05$ ]. Erkeklerin Demokratik anne baba tutumu ortalamaları (=46,56) Otoriter anne baba tutumu ortalamalarından (=20,47) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [ $p<0,05$ ]. Erkeklerin Koruyucu anne baba tutumu ortalamaları (=33,52) Otoriter anne baba tutumu ortalamalarından (=20,47) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [ $p<0,05$ ].

Anne baba eğitim durumlarına göre anne baba tutumlarından alınan puanlar istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**4.17. Cinsiyete Göre Ybocs, BAÖ ve BDÖ Ölçeklerinden Alınan Puanların Ortalama, Standart Sapma ve Bağımsız Örneklem t-Testi Bulguları**

	cinsiyet	N	Ortalama	Std.Sapma	t	P
Y_Bocs	Erkek	23	22,6957	6,68400	-1,995	0,053
	Kadın	20	26,7000	6,42446		
BAÖ	Erkek	23	21,5217	16,65934	-1,569	0,124
	Kadın	20	29,0500	14,50399		
BDÖ	Erkek	23	19,3043	11,52245	-2,102	<b>0,042**</b>
	Kadın	20	27,5000	14,30417		

\*\*p<0,05

Cinsiyete göre üç ölçekten elde edilen puanların ortalaması dikkate alındığında kadınların Y\_BOCS ölçeği puanı ortalaması (=26,7) ve BAÖ(29,05) ölçeği puanı ortalaması erkeklerin bu ölçeklerdeki puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı %5 yanılma düzeyinde söylenebilir. ( $p_{ybocs}>0,05$  ve  $p_{baö}=0,124$ ). Depresyon ölçeğine gelindiğinde ise yine kadınların BDÖ ölçeği toplam puanları ortalamasının (=27,5) erkeklerin BDÖ ölçeği toplam puanları ortalamasından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüştür. ( $p_{bdö}<0,05$ ).

**4.18. Anne Baba Tutum Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarına Göre Y-BOCS Belirtisi Gösterme Durumu için Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem t-testi Bulguları**

**Y-BOCS**

	Anne baba tutum ortalaması	N	Ortalama	Std.Sapma	T	p
<b>Demokratik tutum</b>	<b>Ortalama altında</b>	20	27,7000	6,33370	3,105	0,003
	<b>Ortalama üstünde</b>	23	21,8261	6,05769		
<b>Koruyucu/istekçi tutum</b>	<b>Ortalama altında</b>	25	22,8800	6,91207	-1,974	0,055
	<b>Ortalama üstünde</b>	18	26,8889	6,05746		
<b>Otoriter tutum</b>	<b>Ortalama altında</b>	24	22,7917	7,04630	-1,982	0,054
	<b>Ortalama üstünde</b>	19	26,7895	5,90272		

YBOCS ölçeğine göre üç alt ölçekten elde edilen puanların ortalaması dikkate alındığında demokratik tutum alt ölçeğinin ortalamasının altında olanların YBOCS ölçeği puan ortalaması (27,7) ortalama üstünde olanların YBOCS ölçeği puan ortalamasından (21,8) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ( $p_{yboCS} < 0,05$ ). Ortalama üstünde puan alan Koruyucu/ istekçi Anne Baba Tutumu YBOCS ortalama puanı (26,8) Ortalama altında puan alanların YBOCS puan ortalamalarından (22,8) yüksek bulunmuştur fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p=0,055 > 0,05$ ). Benzer şekilde otoriter tutum ortalama puanının üstünde olanların YBOCS ortalama puanı (26,7), ortalama altında olanların YBOCS puan ortalamalarından (22,7) daha yüksek olduğu görülmüştür fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı %5 yanılma düzeyinde söylenebilir ( $p=0,054 > 0,05$ ).

**4.19. Anne Baba Tutum Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarına Göre BAÖ Belirtisi Gösterme Durumu için Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem t-testi Bulguları**

**Anksiyete**

	Anne baba tutum ortalaması	N	Ortalama	Std.Sapma	T	p
<b>Demokratik tutum</b>	<b>Ortalama altında</b>	20	31,1000	15,79107	2,463	0,018
	<b>Ortalama üstünde</b>	23	19,7391	14,44493		
<b>Koruyucu/istekçi tutum</b>	<b>Ortalama altında</b>	25	21,3600	14,55988	-1,821	0,76
	<b>Ortalama üstünde</b>	18	30,1111	16,83794		
<b>Otoriter tutum</b>	<b>Ortalama altında</b>	24	21,4167	14,64334	-1,725	0,96
	<b>Ortalama üstünde</b>	19	29,5789	16,78397		

Beck Anksiyete ölçeğine göre üç ölçekten elde edilen puanların ortalaması dikkate alındığında demokratik tutum alt ölçeğinin ortalamasının altında olanların BAÖ ölçeği puan ortalaması (31,1) ortalama üstünde olanların BAÖ ölçeği puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı şekilde (19,7) yüksek bulunmuştur. (( $p_{ybocs} < 0,05$ ). Ortalama üstünde puan alan Koruyucu/ istekçi Anne Baba Tutumu BAÖ ortalama puanı (30,1) Ortalama altında puan alanların BAÖ puan ortalamalarından (21,3) yüksek bulunmuştur fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür( $p=0,506 > 0,05$ ). Benzer şekilde otoriter tutum ortalama puanının üstünde olanların BAÖ ortalama puanı (29,5) ortalama altında olanların BAÖ puan ortalamalarından (21,4) daha yüksek olduğu görülmüştür fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı %5 yanılma düzeyinde söylenebilir( $p=0,395 > 0,05$ ).

**4.20. Anne Baba Tutum Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarına Göre BDÖ Belirtisi Gösterme Durumu için Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem t-testi Bulguları**

**Beck Depresyon**

	Anne baba tutum ortalaması	N	Ortalama	Std.Sapma	t	p
<b>Demokratik tutum</b>	<b>Ortalama altında</b>	20	27,2000	14,59488	1,944	0,059
	<b>Ortalama üstünde</b>	23	19,5652	11,11030		
<b>Koruyucu/istekçi tutum</b>	<b>Ortalama altında</b>	25	21,8400	13,01499	-0,740	0,464
	<b>Ortalama üstünde</b>	18	24,8889	13,77077		
<b>Otoriter tutum</b>	<b>Ortalama altında</b>	24	20,0833	11,21690	-1,725	0,092
	<b>Ortalama üstünde</b>	19	26,9474	14,89397		

Beck Depresyon ölçeğine göre üç alt ölçekten elde edilen puanların ortalaması dikkate alındığında demokratik tutum alt ölçeğinin ortalamasının altında olanların BDÖ ölçeği puan ortalaması (27,2) ortalama üstünde olanların BDÖ ölçeği puan ortalamasından (19,5) daha yüksek bulunmuştur. Fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı %5 yanılma düzeyinde söylenebilir ( $p_{yboes} > 0,05$ ). Ortalama üstünde puan alan Koruyucu/ istekçi Anne Baba Tutumu BDÖ ortalama puanı (24,8) Ortalama altında puan alanların BAÖ puan ortalamalarından (21,8) yüksek bulunmuştur fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p=0,506 > 0,05$ ). Benzer şekilde otoriter tutum ortalama puanının üstünde olanların BDÖ ortalama puanı (26,9) ortalama altında olanların BDÖ puan

ortalamalarından (20,0) daha yüksek olduğu görülmüştür fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı %5 yanılma düzeyinde söylenebilir( $p=0,086>0,05$ ).

#### **4.21. YBOCS, BDÖ ve BAÖ Ölçeklerinden Alınan Puanların Ailenin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması ve Tek Yönlü ANOVA Bulguları**

	<b>Ölçekler</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Baba Eğitim Durumu</b>	Y_BOCS	0,530	0,714
	BAÖ	0,758	0,559
	BDÖ	0,883	0,483
<b>Anne Eğitim Durumu</b>	Y_BOCS	0,611	0,692
	BAÖ	0,509	0,768
	BDÖ	0,730	0,606

Ailenin eğitim durumuna göre ölçeklerden alınan puanların ortalaması arasında fark olup olmadığı Tek Yönlü ANOVA ile test edilmiştir. Buna göre ailenin eğitim durumuna göre ölçeklerden alınan puanların ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı %5 yanılma düzeyinde söylenebilir.



**4.22. Anne Baba Tutum Ölçeğinden Alınan Puanların Ailenin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması ve Tek Yönlü ANOVA Bulguları**

		<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Baba Eğitim Durumu</b>	<b>Demokratik</b>	0,652	0,595
	<b>Koruyucu/İstekçi</b>	1,055	0,399
	<b>Otoriter</b>	2,510	0,101
<b>Anne Eğitim Durumu</b>	<b>Demokratik</b>	0,878	0,504
	<b>Koruyucu/İstekçi</b>	2,593	0,086
	<b>Otoriter</b>	1,492	0,261

Ailenin eğitim durumuna göre tutum ölçeği puanları ortalamaları arasında fark olup olmadığı Tek Yönlü ANOVA ile test edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

**4.23. DEHB Gösterme Durumuna Göre Ybocs, BAÖ ve BDÖ Ölçeklerinden Alınan Puanların Ortalama, Standart Sapma ve Bağımsız Örneklem t-Testi Bulguları**

	DEHB	N	Ortalama	Std.Sapma	t	p
<b>Y_Bocs</b>	<b>DEHB var</b>	18	22,3571	5,82577	1,498	0,142
	<b>DEHB yok</b>	25	24,8000	7,25328		
<b>BAÖ</b>	<b>DEHB var</b>	18	27,2857	17,78383	-0,641	0,525
	<b>DEHB yok</b>	25	23,9310	14,01190		
<b>BDÖ</b>	<b>DEHB var</b>	18	24,2857	13,33837	-0,398	0,693
	<b>DEHB yok</b>	25	22,5517	13,42329		

DEHB'li olanlar ve olmayanlar arasında YBOCS ölçeği puanı ortalaması, BAÖ ölçeği puanı ortalaması ve BDÖ ölçeği puanı ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı %5 yanılma düzeyinde söylenebilir.

**Tablo 4.24. Çocukluk ve Erişkinlik Döneminde DEHB gösterip göstermeme durumuna göre BAÖ Ölçeklerinden Alınan Puanların Ortalama, Standart Sapma ve Bağımsız Örneklem t-Testi Bulguları**

**Beck Anksiyete**

	DEHB	N	Ortalama	Std.Sapma	t	P
Erişkinlik Çağı	DEHB var	29	30,1379	17,71840	-3,377	0,02
	DEHB yok	14	14,4286	8,66216		
Çocukluk Çağı	DEHB var	16	25,7500	16,96036	-0,227	0,821
	DEHB yok	27	24,5926	15,77154		

Çocukluk ve Erişkinlik Dönemi DEHB olan ve olmayanların BAÖ ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı fark olup olmadığı Bağımsız Örneklem için t-Testi kullanılarak kontrol edilmiştir. BAÖ ölçeğine göre Erişkinlik çağında DEHB olanların Anksiyete Ortalaması (30,1) DEHB olmayanların Anksiyete Ortalamasından (14,4) anlamlı şekilde daha yüksektir( $p=0,02 < 0,05$ ). Ancak Çocukluk çağı DEHB ve BAÖ ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p=0,821 > 0,05$ ).

**Tablo 4.25. Çocukluk ve Erişkinlik Döneminde DEHB gösterip göstermeme durumuna göre BDÖ Ölçeklerinden Alınan Puanların Ortalama, Standart Sapma ve Bağımsız Örneklem t-Testi Bulguları**

**Beck Depresyon**

	DEHB	N	Ortalama	Std.Sapma	t	P
Erişkinlik Çağı	DEHB var	29	27,4138	13,76465	-3,427	0,01
	DEHB yok	14	14,2143	5,79361		
Çocukluk Çağı	DEHB Var	16	22,3750	13,47034	0,279	0,782
	DEHB Yok	27	23,5556	13,37430		

BDÖ ölçeğine göre Erişkinlik çağı DEHB dikkate alındığında, DEHB olanların BDÖ puan ortalaması (27,4) DEHB olmayanların BDÖ puan ortalamasından (14,4) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ( $p=0,01 < 0,05$ ). Ancak Çocukluk çağı DEHB ve BDÖ ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p=0,782 > 0,05$ ).

Araştırmada ölçekler arası korelasyonlar aşağıdaki gibidir;

**Tablo 4.26. Cinsiyete Göre Anne Baba Tutumları Ölçeği ve YBOCS, BAÖ ve BDÖ Ölçeklerinden Alınan Puanlara İlişkin Pearson Korelasyon Matrisi**

			YBOCS	BAÖ	BDÖ
Kadın	Demokratik	R	-0,117	-0,169	-0,069
	Tutum	P	0,622	0,477	0,774
	Koruyucu/İstekçi	R	0,104	0,031	0,041
		P	0,664	0,896	0,862
	Otoriter	R	0,006	0,142	0,021
		P	0,978	0,549	0,930

\*\* p< 0.05

			YBOCS	BAÖ	BDÖ
Erkek	Demokratik	r	-0,211	-0,210	-0,199
	Tutum	p	0,333	0,336	0,363
	Koruyucu/İstekçi	r	0,362	<b>0,491*</b>	0,409
		p	0,090	<b>0,017</b>	0,053
	Otoriter	r	0,323	<b>0,451*</b>	<b>0,523*</b>
		p	0,133	<b>0,031</b>	<b>0,010</b>

\*\* p< 0.05

Kadınlarda ailenin tutumu ile YBOCS, BAÖ ve BDÖ ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak erkeklerde ailenin Koruyucu/İstekçi tutumlu olması ile BAÖ arasında pozitif yönlü orta dereceli anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. ( $r=0,491$ ,  $p<0,05$ ) Yani ailenin koruyucu/istekçi tutumu arttıkça anksiyete ölçeği puanının arttığı görülmektedir. Bunun yanı sıra erkeklerin ailesinin otoriter tutumlu olması ile BAÖ ve BDÖ ölçek puanları arasında pozitif yönlü orta dereceli anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.  $r=0,451$ ;  $p<0,05$  ( $r=0,523$ ;  $p<0,05$ ). Erkeklerde ailenin tutumunun demokratik olması ile ölçeklerden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

## BÖLÜM 5 - TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmada, Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı almış bireylerin çocukluk çağı dikkat eksikliği hiperaktivitesi ve Anne baba tutumları arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmada elde edilen veriler analiz edilmiş ve bulgular yorumlanmıştır. Araştırmada çocukluk ve ergenlik döneminde DEHB belirtilerini incelemek amacıyla DSM-V kriterlerine göre hazırlanan yetişkinlerde DEHB için tanısız görüşme(DIVA) ölçeği, OKB belirtilerini ölçmek amacıyla Y-BOCS ölçeği, Ebeveyn tutumlarını ölçmek için Anne baba tutum ölçeğinin alt boyutları korelasyon analizi kullanılmıştır.

Günümüzde DEHB'nin yaygınlığı ile ilgili çalışmalar yapılsa da genellikle başka hastalıklar araştırılırken tanı konulduğu için DEHB'nin belkide ilerde OKB semptomları için bir işaret olabileceği atlanmaktadır. DEHB ve OKB'nin görülme sıklığının araştırıldığı otuzbeş çalışmanın sonucuna göre OKB tanısı almış erişkin ve çocuklarda DEHB belirtileri araştırılmış, çocukların %21'nde ve erişkinlerin %8,5'in de DEHB görüldüğü tespit edilmiştir.

Araştırmada OKB'li katılımcıların DEHB belirtileri görülme oranı tespit edilmiş buna göre, çocukluk çağı, yetişkinlik çağı ve her iki dönem ele alındığında, DEHB belirtilerinin çocukluk çağında görülme düzeyi iki dönemde de görülme düzeyinden daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte DEHB belirtilerinin erişkinlik çağında görülme oranının çocukluk çağına oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Peterson ve ark (2001) Ergenlik dönemindeki DEHB semptomlarının yetişkinlik döneminde OKB semptomları, OKB semptomlarının ise DEHB semptomları için bir işaret olabileceği düşünülmektedir. Metin ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir çalışmada daha önce DEHB tanısı almayan 83 OKB hastasında çocukluk çağı DEHB semptomlarının OKB riskini arttırıp arttırmadığını ve onun fenomenolojisine etkide bulunup bulunmadığını incelemişlerdir. Yetişkinlik öncesi dönemde DEHB belirtileri görülme oranı %40,9 (n=34), Yetişkinlik döneminde ise %16,9 (n=14) oranında görülmüştür. Araştırma sonucuna göre dikkat eksikliği semptomu olan hastalar daha şiddetli ve daha erken yaşlarda OKB tanısı aldıkları belirlenmiştir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre OKB'li katılımcıların yüksek oranda

belirli dönemlerde DEHB gösterdiği bulunmuştur. Fakat katılımcılar kendilerinde dikkatle ilgili bir sorun olduğunu kabul etse de hiçbiri daha önce DEHB tanısı almamıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen bir diğer bulgu, erişkin DEHB bulgularının OKB de artmış depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğudur. DEHB'li bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin, DEHB'li olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. DEHB kriterlerine sahip iki grup incelendiğinde BAÖ puan ortalamalarının daha yüksek olması DEHB'nin anksiyete skorlarını belirlediğini göstermektedir. Erişkinlik dönemi DEHB kişinin sosyal ilişkilerini, iş yaşamını veya okul performansı olumsuz etkilemektedir. Bu durum belki de kişinin kendine olan güveninin azalmasına ve dolayısıyla kişinin anksiyete ve depresyon seviyesinin artmasına sebep olmaktadır. Erişkinlik dönemi daha fazla organizasyon gerektirmekte, DEHB'li bireyler için dikkati sürdürmenin zor olması daha fazla işlevsellik kaybına neden olmaktadır. Kişinin planlama alanında yaşadığı zorluklar kişiyi kolayca yormakta ve organizasyon kaybindan dolayı işleri yaparken zorlanmaktadır. Kişinin DEHB yüzünden geçmiş olumsuz deneyimleri, zaman zaman işten kaytarmaya, zamanında bitirememesine ve endişelenmesine bunlara bağlı olarak anksiyete ve yetersizlik duygularının oluşmasına neden olmaktadır (Tuğlu ve Şahin, 2010).

Araştırmanın başında çocukluk çağı DEHB tanısına sahip olanların, anne babaların daha katı kuralcı otoriter tutum sergiledikleri ve bu durumun çocuğun ilerleyen yaşlarda OKB belirtilerine sahip olmasıyla sonuçlanabileceği düşünülmüştü. Ancak çalışmada çocukluk DEHB'si ile OKB bulguları arasında ilişki saptanmamıştır. Bu durum araştırmanın hipotezini desteklememektedir. Ancak bunun yanında çalışmada genel olarak pozitif anne-baba tutumlarının baskın olduğu bulunmuş ve bu durumda hipotezin desteklenmeme sebebi olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada çocukluk çağı DEHB tanılı grup içindeki dağılımlar incelendiğinde, DEHB'li bireyler ile DEHB'li olmayan bireylerin anne baba tutumlarının farklılık göstermediği saptanmıştır. Çocukluk döneminde, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gösterenlerin, koruyucu\istekçi aile tutumu ortalamaları dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu göstermeyenlerden daha yüksek bulunmuştur. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yazın alanda, ebeveyn

tutumları ve DEHB arasında ilişki saptanmayan çalışmalar bulunmakla birlikte Çöp ve ark (2017) DEHB'li çocukların ebeveyn tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada DEHB'li çocukların annelerinin daha fazla disiplin uygulayan ve daha az demokratik tutum sergilediği saptanmıştır.

Araştırmada DEHB'li katılımcıların grup içindeki anne baba tutumları incelendiğinde, demokratik tutumunun koruyucu\istekçi ve otoriter anne baba tutumuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Fakat DEHB ve anne baba tutumlarının araştırıldığı farklı çalışmalar incelendiğinde, DEHB'li bireylerin ailelerinin genellikle otoriter ya da aşırı hoşgörülü tutuma sahip olduklarını göstermektedir. Chambless ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan bir çalışmada ise OKB ve panik bozukluk hastalarının algılanan ebeveyn tutumlarından aşırı koruyucu ve sıcaklık düzeylerinde anlamlı bir fark belirlenmemiştir.

Yousefia ve arkadaşları (2011) yaşı 5-12 aralığında DEHB belirtileri gösteren çocukların anne baba tutumlarını araştırmış, DEHB belirtilerinin ebeveynlerde çocuklarına karşı kontrol duygusunun geliştiğini göstermiş, çocuklarda görülen hiperaktif ve dürtüsel davranışları engellemek amacı ile ceza yönteminin çok sık uygulanmasına neden olmaktadır. DEHB belirtileri gösteren çocukların anne babalarının otoriter tutum sergilediklerini tespit etmişlerdir.

Azevedo ve arkadaşları tarafından yine benzer olarak DEHB belirtileri gösteren çocukların ebeveynlerinin, belirti göstermeyen çocukların ebeveynlerine göre daha fazla otoriter ve aşırı hoşgörülü tutum sergiledikleri saptanmıştır. DEHB ve anne baba tutumlarının incelendiği benzer çalışmalarda genellikle DEHB'li çocukların ailelerinin otoriter tutum gösterdiği herkeze kabul görmüş bir sonuçtur. Araştırmada katılımcıların ebeveynlerinin demokratik tutumu daha fazla sergilemelerinin sebebi katılımcıların, belki de uygulama sırasında savunmacı bir davranış geliştirmesinden kaynaklanmış olabilir.

Bu araştırmanın bir boyutu da OKB ve Anne baba tutumları arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Araştırma sonucuna göre, OKB'li katılımcıların anne ve baba tutumları incelendiğinde, demokratik anne baba tutumunun, koruyucu/istekçi ve otoriter anne baba tutumuna göre daha yüksek oranlarda görüldüğü tespit edilmiştir. Ayrıca araştırma sonucuna göre, katılımcıların hiçbirinin Otoriter ebeveyn tutumuna sahip



olmadığı söylenebilir. OKB ve ebeveyn tutumlarının araştırıldığı çalışmalarda genellikle, OKB olan ve OKB tanısı almamış fakat obsesif- kompulsif belirtilere sahip bireylerin ebeveynlerinin aşırı koruyucu\kollayıcı, mükemmeliyetçi, katı kuralcı, ve otoriter ebeveyn tutumlarının olduğu tespit edilmiştir (Hacıömeroğlu & Karancı, 2014). Fakat Connor ve arkadaşları (2002) panik bozukluğu sahip OKB hastaları ve anksiyetesi olmayan OKB hastalarının, anne baba tutumları karşılaştırılan araştırmalarda, anne baba tutumlarının iki grup açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Fakat kontroller göre kaygı seviyeleri yüksek olan bireyler ebeveynlerinin daha fazla koruyucu olduğunu bildirmişlerdir. Turgeon ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan bir çalışmada da anne baba tutumları ve OKB ilişkisi incelenmiş OKB belirtisi olan ve olmayan grupların anne baba tutumları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Araştırmanın bir boyutu olan OKB ve Anne Baba tutumları üç alt boyutuda kendi içinde incelenmiştir. Demokratik tutum, Koruyucu/İstekçi tutum ve Otoriter tutum alt boyutlarının ortalama puanlarının OKB ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu üç alt boyut puan ortalamalarının altında ve üstünde puan alanlar iki farklı gruba ayrılmıştır ve OKB açısından incelenmiştir. Buna göre araştırmada OKB ve Demokratik anne baba tutumu arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur. Demokratik anne baba tutumu ortalama puanın üstünde puan alan bireylerin daha düşük şiddetli OKB düzeylerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Ersin (2017) tarafından OKB belirtilerinin şiddeti ve ebeveyn tutumunun araştırıldığı bir çalışmada da bu çalışmadaki gibi benzer sonuçlar elde edilmiştir. Ebeveynlerin demokratik tutumu ve OKB şiddeti arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Anne babanın demokratik tutumu puanın arttıkça OKB puanının azaldığını göstermiştir.

Araştırmanın diğer iki alt boyutu ve OKB ilişkisine bakıldığında ailesi koruyucu/İstekçi ve otoriter tutum sergileyen bireylerin ise daha yüksek OKB belirtisine sahip olduğu saptanmıştır. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır.

Katılımcıların, Anne Baba Tutumları alt boyutlarının puan ortalaması ele alınarak gruplara ayrılmış (ort.üstü- ort.altı) ebeveyn tutumları ve anksiyete seviyeleri incelendiğinde Anne Baba tutumları puan ortalaması ve BAÖ ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak

Ebeveynlerin Koruyucu/İstekçi tutum ve otoriter tutumu arttıkça katılımcıların anksiyete seviyelerinde arttığı saptanmıştır.Ebeveynleri demokratik tutum sergileyenlerin ise anksiyete seviyelerinin düştüğü saptanmıştır.Yapılan çeşitli araştırmaların sonucuna göre, ebeveyn tutumu ile anksiyete ve stres arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmiş ve otoriter ve reddedici ebeveyn tutumunun anksiyete düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Üstün ve Bayar, 2015).

Erözkan (2012) tarafından yapılan bir çalışmada bu araştırmada benzer sonuç bulunmuş anne baba tutumu ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve anne baba tutumlarının ergenlerin anksiyete düzeyini arttıran önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir.Araştırmada anne baba tutumları ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş, demokratik ebeveyn tutumu ve anksiyete düzeyi arasında negatif yönde bir ilişki bulunurken, koruyucu/istekçi ebeveyn tutumu ve otoriter ebeveyn tutumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Aşırı koruyucu ve otoriter ebeveyn tutumları anksiyetenin oluşumunda önemli bir faktördür. Aşırı müdahaleci ve koruyucu ebeveyn tutumu çocuğun özerklik becerisinin gelişmemesine sebep olmaktadır. Bu ebeveyn tutumu ile büyüyen çocuklar ebeveynlerine bağımlı hale gelmektedir(Demirez ve Öğretir, 2007).Ebeveynlerine bağımlı olan çocukların ileriki yaşamlarında da birilerine bağlı olma ihtiyacı doğabilir. Eğer bu ihtiyaçlarını karşılayamazsalar kendilerini güvensiz hissedebilir bu durumda anksiyete düzeylerinin artmasına neden olabilir.

Araştırmada Anne Baba tutumları alt boyut puan ortalamaları ve BDÖ arasındaki ilişki incelendiğinde ise Koruyucu/İstekçi ve Otoriter puan ortalamasının üstünde puan alan ebeveynlere sahip katılımcıların BDÖ puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna göre ailenin baskıcı ve koruyucu tavrının bireyin depresyon seviyesi ile ilişkili olacağı bulunmuştur. Düzgün (1995) tarafından lise öğrencilerinin psikolojik belirtileri ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada demokratik ebeveyn tutumu ve depresyon seviyesi arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Otoriter ebeveyn tutumunun ise öğrencilerin depresyon seviyeleri arasında pozitif yönde daha anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak, otoriter anne baba tutumunun çocuğu olumsuz etkileyerek depresyona tetiklediği, demokratik ebeveyn tutumunun ise bu durumu engelleyici bir etkiye sahip

olduğu bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen bu sonuçlar bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Bu çalışma ile elde edilen verilerin sonucunun demokratik ebeveyn tutumunun koruyucu tutum ve otoriter tutuma göre anlamlı şekilde yüksek çıkması ailelerin ekonomik düzeyiyle de ilgili olabileceğini düşündürmektedir. Çalışma özel bir hastanede yapılmakta ve bu hastanenin hastalarının minimum olarak orta ekonomik düzeye sahip bireyler olduğu bilinmektedir. Ebeveyn tutumu ve ekonomik düzey arasında bir ilişki olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Bonstein ve Ztotrik (2008) Alt sosyoekonomik düzeydeki ailelerde çoğunlukla otoriter, Orta sosyoekonomik düzeydeki ailelerde ise çoğunlukla demokratik tutum sergilediklerini tespit etmişlerdir. Bonstein ve arkadaşlarının yaptığı araştırmanın sonucu burdaki araştırmada tahmin edilen düşünceleri desteklemektedir.

Cinsiyete göre anne baba tutumları incelendiğinde, kadınlarda ailenin tutumu ile YBOCS, BAÖ ve BDÖ ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak erkeklerde ailenin Koruyucu/İstekçi tutumlu olması ile BAÖ arasında orta dereceli anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Yani ailenin koruyucu/istekçi tutumu arttıkça anksiyete seviyesinin arttığı görülmektedir. Buna göre, ailelerin çocukları üzerinde koruyucu tutum sergilemeleri çocukların anksiyete düzeylerini arttırmaktadır. Bunun yanı sıra, erkeklerin ailesinin otoriter tutumlu olması ile BAÖ ve BDÖ ölçek puanları arasında pozitif yönlü orta dereceli anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Erkeklerde ailenin tutumunun demokratik olması ile ölçeklerden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Cinsiyete göre Y-BOCS ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması dikkate alındığında kadınların OKB düzeyleri erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Çalışmada kadın ve erkek katılımcıların Beck anksiyete puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Beck Depresyon ölçeğinin (BDÖ) sonuçlarına göre ise kadınların BDÖ ölçeği toplam puan ortalamasının erkeklerin BDÖ ölçeği toplam puanları ortalamasından anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Kadınların Y-BOCS puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olmasının kadınların depresyon

düzeyleriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. OKB şiddetinin artması OKB'li bireyleri umutsuzluk ve depresyona teşvik ettiği düşünülmektedir. Bu sonucu Kamath ve arkadaşları(2003) yapmış olduğu bir çalışmada Y-BOKÖ (Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği) obsesyon alt ölçek puanlarının intihar ve depresif düşünceleri bulunan OKB'li bireylerde daha yüksek olduğunu belirtmesi bulguyu destekler niteliktedir.

Araştırmada DEHB durumuna göre Y-BOCS, BAÖ ve BDÖ ölçeklerinden alınan puanların ortalama sonucuna göre DEHB'li olan ve olmayanlar arasında YBOCS ölçeği puanı ortalaması, BAÖ ölçeği puanı ortalaması ve BDÖ ölçeği puanı ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Ailenin eğitim durumuna göre YBOCS, BDÖ ve BAÖ Ölçeklerinden Alınan Puanların karşılaştırıldığında, ailenin eğitim durumuna göre ölçeklerden alınan puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ailenin eğitim durumuna göre tutum ölçeği arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Anne baba tutumu ve ailenin eğitim düzeyi hakkında yapılan başka çalışmalarda ters sonuçlarda bulunmuştur. Mesela Bornstein ve Zlotrik (2008) eğitim düzeyi yüksek olan ebeveyn ile düşük eğitim düzeyi olan ailelerinin çocuk yetiştirme tutumları arasında farklılık olduğu tespit edilmiştir. Ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça daha demokratik tutum sergiledikleri, düşük eğitim seviyesinde olanların ise daha otoriter ve fiziksel ceza odaklı tutum sergiledikleri bildirilmiştir.

Baykan(2004)'e göre eğitim seviyesi yüksek ebeveynler, düşük eğitim seviyeli ebeveynlere göre çocuklarına karşı daha bilinçli yaklaşmaktadır ve eğitim seviyesi yüksek aileler genellikle demokratik bir tutum sergilemektedir.

Araştırmada katılımcıların ebeveynlerinin eğitim düzeyleri incelendiğinde katılımcıların annelerinin %11,6'sının ilkokul mezunu, %30,3'ünün anne eğitim düzeyinin lise seviyesinde olduğu görülmüştür. Katılımcıların babalarının en az ortaokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %51,2 sinin baba eğitim düzeyinin lise seviyesinde olduğu bulunmuştur.

Araştırmanın sonucuna göre katılımcıların anne babalarının yüksek oranda demokratik tutum sergiledikleri tespit edilmiştir. Anne babanın eğitim düzeyleri göz

önüne alındığında eğitim seviyesi düşük(ilkokul) ailelerin sayısı küçük bir azınlığı oluşturmaktadır. Geri kalan ailelerin eğitim durumu yüksek seviyededir. Yapılan araştırmalar sonucunda ilkokul mezunu ebeveynlerin, yüksek eğitilmiş ebeveynlere göre aşırı koruyucu ve otoriter bir tutum sergilediği belirlenmiştir (Yavuzer, 2001). Eğitim düzeyi yüksek aileler çocuklarına olan yaklaşımlarında daha bilinçli hareket etmekte ve genellikle demokratik tutum sergilemektedirler (Baykan,2004). Bu araştırmada anne ve babaların tutumları incelendiğinde yüksek seviyede gösterdikleri demokratik tutumun eğitim düzeyleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

### **5.1. Sınırlılıklar**

Araştırmanın en önemli sınırlılıklarından biri, örneklem grubunun yalnızca NİSTANBUL Beyin Hastanesi Feneryolu kliniği hastalarından oluşması, araştırma sonuçlarının genellenmesi bakımından sınırlılık oluşturmaktadır. Bir sonraki çalışmalarda farklı hastanelerden örneklem grubu seçilebilir, karşılaştırma yapılması önerilebilir. Bir diğer önemli nokta, araştırma yapılan örneklem grubunun sayı bakımından az olmasıdır. Katılımcı sayısı artırılarak daha farklı sonuçlar elde edilebilir.

Araştırma sonucuna göre örneklem grubunun ebeveynlerinin büyük çoğunluğunun ailesinin demokratik ebeveyn tutumunu sergilediği bulunmuştur. Araştırma özel bir hastanede yapıldığı için buraya gelen hastaların genellikle ekonomik düzeyi devlet hastanesini tercih eden bireylere göre daha yüksek olduğundan dolayı, bu durumun araştırmada incelenen ebeveyn tutumlarını etkilediği düşünülebilir.

Araştırmada OKB'li katılımcılarda DEHB belirtileri incelenmek amacıyla DIVA ölçeği kullanılmıştır. DIVA ölçeği 3 ayrı bölümden oluşan bir ölçek olduğu için araştırmadaki diğer ölçeklere göre daha fazla dikkat ve zaman almaktadır. Bu durum ölçek uygulanırken bazı katılımcıların yorulmasına veya aceleci davranmasına neden olarak belkide cevapları etkilemiş olabileceği bakımından sınırlılık oluşturmıştır.

DIVA ölçeği uygulanırken örneklem grubunun çocukluk dönemine ait yaşantısının hatırlanması bazı katılımcılar için fazlasıyla zor olmuştur yine bu durumda belki sonuçları etkileyebileceği düşüncesi araştırmanın bir başka sınırlılığını oluşturmaktadır.

Ebeveyn tutumlarını araştırmak amacı ile uygulanan Anne baba tutum ölçeği anne ve babanın ortak tutumu baz alınarak cevaplandığı için bazı katılımcıların cevap verirken anne ve babalarının farklı davranış şekillerinden dolayı ölçeği cevaplarırken çelişkiye düşmesine sebep olmuştur.

## 5.2.ÖNERİLER

Ülkemizde DEHB ve OKB ile ilgili çalışmalar yapılmış olsa da bu iki bozukluğun ilişkisi hakkında yapılan çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Özellikle çocukluk döneminde DEHB ve yetişkinlik döneminde OKB ilişkisinin belirlenmesi ve önlemler alınabilmesi için daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir.

Araştırmanın örneklem grubunun genellikle benzer ekonomik statüde olması sebebiyle bundan sonra bu alanda yapılacak çalışmaların farklı ekonomik statüde olmasına dikkat edilmesi önerilmektedir.

Araştırmada incelen bir diğer temel konu olan anne baba tutumları araştırlırken kullanılan Anne baba tutum ölçeği uygulama sırasında katılımcıların çelişkiye düşmesinden dolayı bundan sonra bu alanda yapılacak çalışmalarda anne baba tutum ölçeği daha fazla genişletilerek anne baba tutumlarının ayrı ayrı değerlendirilmesi önerilmektedir.

Çalışma çocukluk çağındaki demokratik tutumun daha düşük OKB semptomları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Buna dayanarak anne baba tutumunun çocuğun psikolojik gelişimi açısından çok önemli olduğunu söylenebilir. Anne ve babanın çocuklarına karşı göstermiş olduğu davranış stilleri, tutum ve iletişim tarzları çocuğun ilerki yaşamında sağlıklı bir birey olarak yetişmesine etki etmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda ailelerin bazı işlevsiz davranış şekillerinin, OKB oluşumuna zemin hazırladığı bildirilmiştir. Ailenin aşırı koruyucu/kollayıcı

tutumunun OKB oluşumu ile İlgisiz tutumunda Anksiyete Bozuklukları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. OKB de DEHB bulguları artmış anksiyete ve depresyonla ilişkilidir. Bu durum klinisyenlerin OKB ye eşlik eden DEHB konusunda uyanık olmaları gerektiğini dūřündürmektedir.



## KAYNAKÇA

- Altıntaş, S., & Öztapak, M. (2016). Ortaokul Öğrencilerinin Problemlı İnternet Kullanımları ile Anne Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.
- Akgün, G. M., Tufan, E., Yurteri, N., & Erdoğan, A. (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun genetik boyutu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1).
- Arnsten, A.F., (2006). Stimulants: Therapeutic actions in ADHD *Neuropsychopharmacology* ; 31(11):2376-83.
- Aslan, F. (2013). Farklı Sosyodemografik Özelliklere Sahip Olan Ailelerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (Dehb) Olan Çocuklara İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi.
- Aydın, H., Diler, R. S., Yurdagül, E., Uğuz, Ş., & Şeydaoğlu, G. (2006). DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB oranı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 70-74.
- Aydın, P. Ç., & Öyekçin, D. G. (2013). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel İşlevler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(4).
- Azevedo, A., F., Santos, M. J., Gaspar, M. F., and Homem, T. (2014). A parent-based intervention programme involving preschoolers with ADHD behaviours: are children's and mothers' effects sustained over time?. *Eur Child Adoles Psychiatry*, 23,437-450.
- Bayar, R., & Yavuz, M. (2008). Obsesif kompulsif bozukluk. *Türkiye'de Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 62-185.
- Bayraktar, E., & Kala, Y. (2000). Obsesif-Kompulsif bozukluğun etyopatogenezinde yeni bir boyut: PANDAS. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 10(3), 144-152.
- Bayraktar, E. (1997). Obsesif Kompulsif bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 25-32.
- Beşiroğlu, L., Uğuz, F., Yılmaz, E., Ağargün, M. Y., Aşkın, R., & Aydın, A. (2008). Obsesif kompulsif bozuklukta psikofarmakolojik tedavinin yaşam kalitesine etkisi. *Türk Psikiyatri Derg*, 19, 38-45.
- Beşiroğlu, L., Ağargün, M. Y., Boysan, M., Eryonucu, B., Güleç, M., & Selvi, Y. (2005). Obsesif-kompulsif belirtilerin değerlendirilmesi: Padua Envanteri'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*, 16, 179-89.
- Biederman, J., & Faraone, S.V. (2005). *Attention-deficit hyperactivity disorder*. *Lancet*



;366(9481):237-48.

Börekçi, B. (2017). *Okul öncesi çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin, davranışsal, sosyal problemler, aile işlevselliği ve ebeveyn tutumları ile ilişkilerinin değerlendirilmesi* (Master's thesis, Işık Üniversitesi).

Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. Guilford Press.

Çöp, E., Kültür, S., & Dinç, G. Ş. (2016) Anababalık Tutumları ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişki.

Demiriz, S., & Öğretir, A.D. (2007). Alt ve üst sosyo-ekonomik düzeydeki 10 yaş çocuklarının anne tutumlarının incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 15(1):105- 122.

Demikaya, S. K., Aksu, H., Yılmaz, N., Özgür, B. G., Eren, E., & Avcil, S. N. (2015). Bir üniversite hastanesi çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran olguların tanıları ve sosyodemografik özellikleri.

Derman, M. T., & Başal, H. A. (2013). Okulöncesi çocuklarında gözlenen davranış problemleri ile ailelerinin anne-baba tutumları arasındaki ilişki. *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(1), 115-144.

Doğan, T., & Çoban, A. E. (2009). Eğitim fakültesi öğrencilerinin öğretmenlik mesleğine yönelik tutumları ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 34(153).

Dogangun, B., & Yavuz, M. (2011). Attention deficit hyperactivity disorder/Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Turkish Pediatrics Archive*, S25-S25.

Durukan, İ., Erdem, M., Tufan, A. E., Cöngöloğlu, A., YORBIK, Ö., & TÜRK BAY, T. (2008). DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: Bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 217-223.

Durukan, İ., Karaman, D., Kara, K., Türker, T., (2011). Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24:113-120.

Düzgün, Ş. (1995). Lise öğrencilerinin psikolojik belirtileri ile ana-baba tutumları arasındaki ilişkiler. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Doktora Tezi*.

Ekinci, S., Öncü, B., & Canan, S. (2011). Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: Eş tanı ve işlevsellik. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(3), 185-91.

Ercan, E.S., Köse, S., Kutlu, A., (2012). Treatment duration is associated with functioning and prognosis in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 22:148-60.

Ercan, E. S., Amado, S., Somer, O., & Çıkoğlu, S. (2001). Development of a test battery for the assessment of attention deficit hyperactivity disorder. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi/Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 8(3), 132-144.

Erkan, Z. (2002). Sosyal kaygı düzeyi yüksek ve düşük ergenlerin ana baba tutumlarına ilişkin nitel bir çalışma. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(10).

Erkan, Z., Güçray, S., & Sabahattin, Ç. A. M. (2002). Ergenlerin sosyal kaygı düzeylerinin ana baba tutumları ve cinsiyet açısından incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(10).

Erözkan, A. (2012). Ergenlerde Kaygı Duyarlılığı ve Ebeveyn Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 12: Sayı: 43-57.

Ersin, A. (2017). *OKB Tanısı Olan Çocuk ve Ergenlerde Belirti Dağılımının Ebeveynlerindeki Obsesif Kompulsif Belirti Dağılımı ve Ebeveyn Tutumları ile Olan İlişkisi* (Master's thesis, Işık Üniversitesi).

Ertuğrul, K. (2005) *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2005

Ersin, A. (2017). *OKB tanısı olan çocuk ve ergenlerde belirti dağılımının ebeveynlerdeki Obsesif Kompulsif Belirti dağılımı ve ebeveyn tutumları ile olan ilişkisi* (Master's thesis, Işık Üniversitesi).

Evinç, Ş. G., & Foto-Özdemir, D. (2015). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Risk ve Sonuçları Açısından Çocuk İstismarına Bir Bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(2), 166-177.

Eryılmaz, T. E., & Tosun, A. (2013). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Kontrol İhtiyacı. *Anadolu University Journal of Social Sciences*, 13(1).

Faraone, S.V., Biederman, J. (1998). Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Biological Psychiatry*, 44:951-958.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1995). DSM-IV field trail: Obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 90-96.

Fontenelle, L. F., & Hasler, G. (2008). The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: risk factors and correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(1), 1-15.

Frost, R. O., & Hartl, T. L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour research and therapy*, 34(4), 341-350.

Görker, I., Korkmazlar, Ü., Durukan, M., & Aydoğdu, A. (2004). Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 103-110.

Güçlü, O., & Erkıran, M. (2004). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinde psikiyatrik yüküklük. *Klinik Psikiyatri*, 7, 32-41.

Güleç, G., Güneş, E., & Yenilmez, Ç. (2008). Obsesif Kompulsif Belirtileri Olan Şizofreni Hastalarının Şizofreni ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastaları İle Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3).

Günalp, A. (2007). *Farklı anne baba tutumlarının okul öncesi eğitim çağındaki çocukların*

özgüven duygusunun gelişimine etkisi (Aksaray ili örneği) (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Hale, R. (2008). Baumrind parenting styles and their relationship to the parent developmental theory. *Doctoral Dissertation, Pace University*.

Herguner, S., & Herguner, A. (2012). Psychiatric comorbidity in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder/Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde eşlik eden psikiyatrik bozukluklar. *Archives of Neuropsychiatry*, 49(2), 114-119.

İkiz, F. E., Totan, T., & Karaca, R. (2013). Sorumluluk İnançlarını Arttıran Faktörleri Belirleme Ölçeğinin Uyarlanması. In *Yeni Symposium Journal*(Vol. 51, No. 2, pp. 105-115).

Kandır, A., & Alpan, U. Y. (2008). Okul öncesi dönemde sosyal-duygusal gelişime anne-baba davranışlarının etkisi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 14(14).

Karabekiroğlu, K., Memik, N., Özcan, O., (2009). DEHB ve Otizm ile ilgili bilgi düzeyleri ve damgalama: sınıf öğretmenleri ve ana-babalarla çok merkezli bir çalışma, *Klinik Psikiyatri*, 12:79-89

Karakaş, S., Erdoğan Bakar, E., & Işık Taner, Y. (2013). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olgularındaki zeka puanında dikkatin rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 28, 62-82.

Karamustafalıoğlu, K. O., & Karamustafalıoğlu, N. (2000). Obsesif kompulsif bozukluk ve depresyon. *Bull Clin Psychopharmacol*, 10, 26-31.

Karaman, D., Durukan, İ., & Kara, K. (2012). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Aile İşlevleri ile Annelerinin Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(6).

Karaman, D., Türker, T., Kara, K., Durukan, İ., & Fidancı, M. K. (2013). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Gulhane Med J*, 55, 36-41.

Kayaalp, L. (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62, 147-152.

Kendall, J. (1999), "Sibling accounts of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)". *Family Process*, 38(1):117-136.

Kuzgun, Y. & Eldeleklioğlu, J. (2005), Anne Baba Tutumları Ölçeği, Editör: Kuzgun ve F. Bacanlı, PDR'de Kullanılan Ölçekler, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), (1999)

Köroğlu, E. (2007). *Psikiyatride kullanılan klinik değerlendirme ölçekleri*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Labad, J., Menchon, J. M., Alonso, P., Segalas, C., Jimenez, S., Jaurrieta, N., ... & Vallejo, J. (2008). Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depression and*

*anxiety*, 25(10), 832-838.

Lensi, P., Cassano, G. B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J. L., & Akiskal, H. S. (1996). Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *The British Journal of Psychiatry*, 169(1), 101-107.

Öncü, B., & Ölmez, Ş. (2004). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan erişkinlerde nöropsikolojik bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 41-46.

Öner, P., & Aysev, A. (2001). Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 10(11), 409-411.

Öner, P., Öner, Ö., Aysev, A., Küçük, Ö., & İbiş, E. (2008). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Serebral Kan Akımlarının Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1).

Öztürk, O. (2004). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Özyurt, G., & Öztürk, Y. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Zihinsel Yetersizlik Tanılarında Aile İşlevselliği ve Annelerinin Ruh Sağlığı ve Baş Etme Becerileri.

Palut, B. (2010). Düşünme stilleri ve anne-baba tutumları arasındaki ilişki. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (24).

Peterson, B. S., Pine, D. S., Cohen, P., & Brook, J. S. (2001). Prospective, longitudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention-deficit/hyperactivity disorders in an epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(6), 685-695.

Pigott, T. A. (1998). Obsessive compulsive disorder: Symptom overview and epidemiology. *Bulletin of the Menninger clinic*, 62(4).

Uğuz, F., Karababa, F., & Aşkın, R. (2007). Obsesif kompulsif bozukluk için yardım aramada ilk başvuru yerlerinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 17(1), 29-33.

Ünalın, T., (1988). "Türkiye'de Çekirdek Aileler" *Nüfus Bilim Dergisi* 10:51

Sayar, K., Uğurad, I. K., & Acar, B. (1999). Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9, 142-147.

Selvi, Y., Beşiroğlu, L., Akbaba, A. T., Aydın, A., Özbebit, Ö., Atli, A., & Özdemir, O. (2010). Van II Merkezi Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığı.

Sevinç, E., Şengül, C., Çakalöz, B., & Herken, H. (2010). Psikiyatri Polikliniğinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Hastalarda Eştanı. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 47(2).

- Sezer, Ö., & Oğuz, V. (2010). Üniversite Öğrencilerinde Kendilerini Değerlendirmelerinin Ana-Baba Tutumları ve Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 18(3), 743-758
- Sümer, N., Gündoğdu Aktürk, E., & Helvacı, E. (2010). Anne-baba tutum ve davranışlarının psikolojik etkileri: Türkiye’de yapılan çalışmalara toplu bakış. *Türk Psikoloji Yazıları*, 13(25), 42-59.
- Steketee, G. (1993). Social support and treatment outcome of obsessive compulsive disorder at 9-month follow-up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21(2), 81-95.
- Şanlı, D., & Öztürk C. (2012) Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 32:31-48.
- Tan, O., Metin, B., & Metin, S. (2016) Obsessive-compulsive adults with and without childhood ADHD symptoms. *Atten Defic Hyperact Disord* 8(3):131-8
- Tınaz, D. (2004). Ergen ve yetişkinde ADHD-Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. *Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(1).
- Toros, F. (2010). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerin Algıladıkları Ebeveyn Tutumu Ve Ebeveynlerinin Evlilik Uyumları Arasındaki İlişki. In *Yeni Symposium* (Vol. 48, No. 3).
- Tuglu, C., & ÖÖ, Ş. (2010). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2, 75-116.
- Tuğlu, C., & Şahin, Ö. Ö. (2010). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 2(1).
- Tükel, R. (2010). Obsesif kompulsif bozukluk. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 3(4), 70-80.
- Tükel, R., (1998). Obsesif Kompulsif Bozukluk, Beden Dismorfik Bozukluğu ve Hipokandriyazis: Spektrum Bozuklukları Kavramı ve Fenomenoljik Açından Bir Yaklaşım. *Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı*, 34: 96-97 .
- Türkbay, T., Doruk, A., Erman, H., & Söhmen, T. (2000). Obsesif kompulsif bozukluğun belirti dağılımının ve komorbiditesinin çocuk ve ergenler ile erişkinler arasında karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 3, 86-91.
- Türksoy, N., Tükel, R., & Özdemir, Ö. (2000). Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan ve olmayan obsesif kompulsif bozukluk hastalarında klinik özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 3, 92-8.
- Yaluğ, İ., Kocabaşoğlu, N., Aydoğan, G., & GÜNEL, B. (2003). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozuklukta Depresyon ve Kişilik Bozukluğu Komorbiditesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 16, 28-34.
- Vardar, E. (2000). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Genetiği. *Bull Clin Psychopharmacol*, 10, 153-159.

Yaşar, M. C., & Aral, N. (2011). Altı Yaş Çocuklarının Yaratıcı Düşünme Becerilerine Sosyo-Ekonomik Düzey ve Anne Baba Öğrenim Düzeyinin Etkisinin İncelenmesi. *KURAMSAL EĞİTİMBİLİM DERGİSİ*, 4(1).

Yavuzer, H. (2004). *Ana-Baba ve Çocuk*. (17.Baskı). İstanbul: Remzi Kitapevi.

Yavuzer, H. (2008). *Çocuk Psikolojisi*, Remzi Kitabevi Yayınları, İstanbul.

Yıldız, E., & Behice, E. R. C. İ. (2011). Anne baba tutumları ile adölesan saldırganlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(3), 6-11.

Yıldız, Ö., Çakın, N., & Ağaoğlu, B. (2010). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 47(4).

Yılmaz, A. (2000). Eşler arasındaki uyum ve çocuğun algıladığı anne-baba tutumu ile çocukların, ergenlerin ve gençlerin akademik başarıları ve benlik algıları arasındaki ilişkiler. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*.

Yücel, Y. (2013). *Ortaokul Öğrencilerinin Algıladıkları Anne Baba Tutumlarının, Benlik Saygısı ve Öğrenilmiş Çaresizlik İle İlişkisi*. Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Yörükoğlu, A. (1978). *Çocuk Ruh Sağlığı*. Ankara: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

Zapitelli U., Pinto M., Grizenko N., (2001). Pre-, Peri- and Postnatal trauma in subjects with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Can J. Psychiatry*, 46:542- 548.

## EKLER

### Ek-1:

#### Sosyodemografik Form

1)Cinsiyet: a)Kadın b)Erkek

Yaş\_\_\_\_\_

Medeni durum\_\_\_\_\_

İş durumu\_\_\_\_\_

OKB'nin türü ve başlangıç Yaşı \_\_\_\_\_

2) Annenizin Eğitim Durumu Nedir?

a) Okur-yazar yok b)İlkokul c).Ortaokul d)Lise e)Üniversite f)Yüksek Lisans ve üstü

3)Babanızın Eğitim Durumu Nedir?

a) Okur-yazar yok b)İlkokul c).Ortaokul d)Lise e)Üniversite f)Yüksek Lisans ve üstü

## **Ek-2:Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği**

### **1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN**

Soru : Takıntılar ne kadar zamanınızı alıyor? (Obsesyonlar kısa ve gelip geçici olarak oluşuyorsa saat olarak zamanı belirtmek olanaklı olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. İstenmeyen düşüncelerin hangi sıklıkla görüldüğünü ve bir günün ne kadarını işgal ettiğini göz önüne alın. Şöyle sorun) : Takıntılı düşünceler ne sıklıkla aklınıza geliyor? (Aşırı olsa bile düşünceye dalma gibi ego ile uyumlu ve mantıklı düşünceleri göz önüne almayın).

0: Yok1: Hafif (günde 1 saatten az) , veya kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden az)

2: Orta (günde 1 – 3 saat) , veya sık sık kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden fazladır, ancak hasta günün büyük kısmında obsesyonlardan uzaktır).

3: Ağır (günde 3 – 8 saat) , veya çok sık bir şekilde kısa süreli gelip giden (günde 8 kereden fazladır ve hastanın gününün büyük bir bölümünü işgal eder)

4: Çok ağır (Günde 8 saatten fazla) , veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden obsesif düşünceler (sayılamayacak kadar çoktur ve obsesyonlar arası süre nadiren bir saati bulur).

### **2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ**

Soru : Takıntılarınız sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkiliyor? Bu düşünceler nedeniyle yapmak isteyipte yapamadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında performansın ne kadar etkilenebileceğini, ev hanımıysa ev işlerini ne kadar aksattığını göz önünde tutunuz).

0: Hiç

1: Hafif , sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan derecelerde etki

2: Orta , sosyal ve mesleki etkinlikleri etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki

3: Ağır , sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum

4: Çok ağır, iş göremez durum

### **3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ**

Soru : Takıntılarınız, bu düşünceleriniz sizi ne derece rahatsız ediyor? (Birçok vakada rahatsızlık anksiyete ile eşdeğerdir. Buna rağmen hastaların çoğu obsesyonlarının “rahatsız edici” olduğunu kabul etmelerine karşın ‘anksiyete’ yi reddederler. Burada sadece obsesyonların doğurduğu anksiyeteden bahsedilmektedir. Yaygın anksiyete ve diğer semtomlarla birlikte görülen anksiyeteyi bu bölümün kapsamı içine almamak gerekir).

0: hiç1: hafif, arasıra olan ve fazla rahatsız edici olmayan



- 2: Orta derecede, sık olarak çok rahatsızlık veren ancak halen başedilebilir durumda olan
- 3: Ağır, çok sık olarak çok rahatsızlık veren
- 4: Çok ağır, neredeyse sürekli olan ve iş göremez duruma getiren rahatsızlık
- 4: Çok ağır, neredeyse sürekli olan ve iş göremez duruma getiren rahatsızlık

#### **4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME**

Soru : Takıntılara direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?

Bu düşünceler aklınıza gelince ne kadar sıklıkla onları kovmaya ya da dikkatinizi başka şeylere vermeye çalışıyorsunuz? (Sadece bu düşünceleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın obsesif düşüncelere direnç sıklığı, bu düşünceleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi bu bölümde istenmeyen düşüncelerin şiddetinden çok kişinin sağlık derecesi sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Obsesyonlar çok azsa hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda '0' puanı veririz).

0: Her zaman takıntılara karşı direnmek için bir çaba harcamaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1. : Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.
2. : Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.
3. : Tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır. Ancak bu durumdan hoşnut değildir .
4. : Tam ve gönüllü olarak tüm obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.

#### **5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ**

Soru : Takıntılarınız üzerinde ne kadar kontrolünüz var?

Takıntılı düşünceleri durdurmada ya da dikkatinizi başka şeye yöneltmede ne kadar başarılısınız? (bir önceki bölümdeki direncin aksine hastanın obsesyonları kontrol edebilmesi daha çok istenmeyen düşüncelerin şiddeti ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

- 1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Genellikle bir miktar çaba ve konsantrasyon ile obsesyonları durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.
- 2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Obsesyonları bazen durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.
- 3: Az miktarda kontrol edebiliyor. Obsesyonları durdurmada nadiren başarılı olabiliyor. Sadece zorlukla dikkatini başka şeylere yöneltebiliyor.
- 4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Çok nadir olarak düşüncesini bu konudan uzaklaştırabiliyor.

## 6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE

Soru : Tekrarlanan hareketleriniz için ne kadar zaman harcıyorsunuz? (Günlük yaşamsal faaliyetleri törensel davranışlarla yürütme varsa şu soru sorulmalıdır) : Çoğu kişinin günlük faaliyetler için harcadığı süreden (hastanın ritüeli örnek verilebilir; örneğin giyinmek için ne kadar fazla süre harcıyorsunuz / (kompulsiyonlar kısa ve gelip geçici ise, zamanı saat olarak belirtmek mümkün olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. Kompulsiyonların bir günde ne sıklıkta olduğu ve bir günün ne kadarını işgal ettiğinin birlikte değerlendirilmesi gerekir. Kompulsif davranışların bir kerede kaç defa tekrarlandığı değil, bir günde ne sıklıkla oluştuğu dikkate alınmalıdır. Örneğin, hasta bir günde 20 kere banyoya gidip ellerini 5 defa hızla yıkıyorsa, bu olayın görülmesi günde 5 kez veya (5x20) 100 kez değil, 20 keredir. Şu soruyu sorun Tekrarlanan hareketleri ne sıklıkla yapıyorsunuz? (Bir çok durumda kompulsiyonlar gözle görülebilir davranışlardır [örn. el yıkama], ancak bazen dışarıdan görülmeyen kompulsif davranışlar da vardır [örn. içten kontrol etme]).

0: Hiç

1: Hafif (günde 1 saatten az zaman harcıyor) , veya kompulsif davranışın sıklığı az (günde 8 kereden az)

2: Orta derecede (günde 1-3 saat) veya sık kompulsif davranışlar (günde 8 kereden fazla olmasına karşın, günün büyük kısmı kompulsiyonlardan uzak geçiyor).

3: Ağır (3-8 saat arası süre kompulsiyonlarla geçiyor) veya çok sık kompulsif davranış gösteriyor (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bir kısmı kompulsiyonlarla geçiyor).

4: Çok ağır (günde 8 saatten fazla zaman kompulsiyonlarla geçiyor) veya neredeyse sürekli olan kompulsif davranışlar (sayılamayacak sıklıkta, kompulsif davranışların arasında nadiren bir saat boşluk olur).

## 7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru : Tekrarlanan hareketleriniz sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkilemektedir? Bu davranışlar nedeniyle yapmadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında ne kadar performans elde edileceğini hesaplayınız).

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan etki.

2: Orta, sosyal ve mesleki etkinlikleri kesin olarak etkilediği gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki.

3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum.

4: Çok ağır, iş göremez durumda.

## 8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Tekrarlanan hareketi / hareketleri yapmanız engellenseydi ne hissederdiniz? (kompulsif

davranışını durdurmaya zorlandığında hastanın duyduğu rahatsızlığın boyutunu derecelendirin. Birçok vakada, rahatsızlık kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi ile geçer. Eğer görüşmecinin yargısı oluşan anksiyete durumunun kompulsiyonların engellenmesiyle azaldığı yönüdeyse, şu soru sorulmalıdır: Tamamlandığı konusunda tatmin olana kadar tekrarlanan hareketlerinizi sürdürürken ne kadar sıkıntı duyarsınız?

0: Hiç.

1: Hafif. Kompulsiyonları engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyor; veya kompulsif davranış sırasında çok az sıkıntı duyuyor.

2: Orta derecede. Kompulsiyonları engellendiğinde sıkıntısının artabileceğini ancak halen başedilebilir durumda olduğunu belirtir; veya kompulsif hareketlere başladıktan sonra sıkıntısının artacağını ancak halen başedebildiğini belirtir.

3: Ağır. Eğer kompulsif davranışları engellenirse, belirgin ve çok rahatsız eden sıkıntılı durum veya kompulsif davranışlar gerçekleştirilirken anksiyetede belirgin ve rahatsız edici artış.

4: Çok ağır. Kompulsif davranışlarına müdahale edildiğinde, sıkıntıda ileri boyutlarda ve iş göremez duruma getiren artış; veya kişiyi kompulsif davranışları gerçekleştirilirken iş göremez duruma sokan sıkıntı.

## 9. KOMPÜLSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru : Tekrarlanan hareketlere direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? (Sadece bu hareketleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın kompulsif hareketlere direnci bu hareketleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi, bu bölümde, kompulsiyonların şiddetinden çok, kişinin sağlık durumu sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, bu işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Kompulsiyonlar çok azsa, hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda “0” puan veriniz).

0: Sorunların üstesinden gelmek için her zaman çaba harcamaktadır; veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymaz.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Kompulsif davranışlara hiç direnç göstermemektedir ve teslim olmuş durumdadır. Bu durumdan hoşnut değildir.

4: Tam ve gönüllü olarak tüm kompulsiyonlara boyun eğmiş durumdadır.

## 10. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ

Soru : Sizi tekrarlanan davranışları yapmaya zorlayan duygu ne kadar kuvvetli? (Daha sonra şu soruyu sorun): Tekrarlanan davranışlarınızı ne kadar kontrol edebiliyorsunuz? (Bir önceki bölümdeki direncin aksine, hastanın kompulsiyonları kontrol etmedeki yeteneği daha çok istenmeyen hareketlerin ciddiyet derecesi ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Davranışın yapılması için baskı hissetmesine karşın genellikle istemli olarak kontrol edebiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı hissediyor ancak güçlkle kontrol sağlayabiliyor.

3: Az miktarda kontrol. Kompulsiyonları durdurmak için çok fazla çaba harcaması gerekiyor. Sadece, zorlukla, geçiktirebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Hareketi ancak anlık olarak erteleyebiliyor.

## **11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ ACISI**

Soru : Düşünce ve davranışlarınız mantıklı mı? (Daha sonra şu soru sorulmalıdır) : Tekrarlanan hareketlerinizi yapmasaydınız ne olurdu? Gerçekten bir şeyler olabileceğinden emin misiniz? (Görüşme sırasında izlediğiniz hastanın inanışlarına dayanarak, hastanın obsesyonuna / obsesyonlarına bakış açısını değerlendirin)

0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.

1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının aşırı ve anlamsız olduğunun tam olarak farkında ancak anksiyetenin ötesinde dikkate alınacak birşey olmadığına tam ikna olmuş gözüküyor.

2: Orta derecede bir içgörü. Gönülsüzce düşünce ve davranışlarının mantıksız görüldüğünü kabul eder, ancak kararsızdır. Gerçek olmayan birtakım korkuları olabilir ancak kesin bir inancı yoktur.

3: Zayıf içgörü. Düşünce ve davranışlarının anlamsız ve aşırı olmadığını düşünür.

4: İçgörüsü kaybolmuş, sanrılı. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğunu düşünür. Tersine olan kanıtlara kayıtsızdır.

## **12. KAÇINMA**

Soru : Takıntılı düşünceleriniz veya istemeden bazı hareketler yapacağınız endişesiyle herhangi birşey yapmaktan, herhangi bir yere gitmekten veya herhangi biriyle olmaktan kaçındığınız oluyor mu? (Eğer evet yanıtını veriyorsa, şu soruyla devam edilmelidir): Bu kaçınma ne oranda oluyor? (kişinin olaylardan kasten kaçındığı durumları derecelendirin. Bazen kompulsiyonlar hastanın korktuğu şeylere dokunmaktan kaçınması şeklindedir. Örneğin, törensel bir şekilde çamaşır yıkaması kompulsiyon olarak değerlendirilir. Bu durum bir kaçınma davranışı değildir. Eğer kişi çamaşır yıkamaktan vazgeçerse, bu bir kaçınmadır).

0: Görünür bir kaçınma yok.

1: Hafif, çok az kaçınma davranışı var.

2: Orta, belirli bir miktar kaçınması var.

3: Ağır, epeyce kaçınma davranışı var ve bu durum belirgin.

4: Çok ağır, kaçınma davranışı oldukça yaygın. Hasta belirtilerini ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçınmak için hemen herşeyi yapıyor.

### **13. KARARSIZLIĞIN DERECESESİ**

Soru : Diğer kişilerin kolayca karar verebilecekleri ufak şeyler hakkında karar verirken zorluk çekiyor musunuz (örneğin sabahları ne giyeceğiniz konusunda)? (Takıntılı düşüncelere bağlı karar verme güçlüklerini ve gerçekçi sebeplere dayalı tereddütü bu değerlendirmeye katmayınız).

0: Yok.

1: Hafif, ufak şeyler hakkında karar vermekte biraz zorluk çekiyor.

2: Orta, hasta, başkalarının üzerinde bir kez daha düşünmeyecekleri önemsiz konularda bile karar vermekte güçlük çektiğini kendiliğinden belirtiyor.

3: Ağır, sürekli olarak önemsiz şeyleri zihninde ölçüp biçme.

4: Çok ağır, hiçbir karar veremez, iş göremez durumdadır.

### **14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA**

Soru : Kendi kontrolünüzde olmayan olayların sonuçlarından suçluluk duyma eğiliminiz var mı? Başkalarının başına gelen olaylarda da kendinizi sorumlu hissediyor musunuz?

0: Yok.1: Hafif, sadece sorulduğunda hastanın belli belirsiz sözünü ettiği sorumluluk duygusu.

2: Orta, hasta, kendi kontrolü dışındaki olaylarda bile aşırı sorumluluk hissettiğini kendiliğinden ifade ediyor.

3: Ağır, bu türden düşünceler ileri derecede belirgin ve yaygındır. Kendi kontrolü dışındaki olaylardan sorumlu olduğuna derinden inanmaktadır. Kendini anlamsız hatta saçma bir şekilde suçlar.

4: Çok ağır, sanrısız bir sorumluluk duygusu. (Örneğin kişinin binlerce kilometre uzağında olan bir depremin kendisi kompulsyonlarını yapmadığı için olduğuna inanması).

### **15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ**

Soru : Çok dikkatli yapmak zorunda olduğunuzu hissettiğiniz için bir işe başlamada ve bitirme zorluğunuz oluyor mu? Günlük işleriniz gereğinden çok zaman alıyor mu? (depresyona ikincil olarak gelişen psikomotor yavaşlamadan ayırınız. Özel obsesyonlar tanımlanamasa bile, olağan işler için harcanan zamanın uzamasını derecelendirin).

0: Hiç yok.1: Hafif, başlama ve bitirmede arasıra olan gecikme.

2: Orta, olağan işlerin sıklıkla uzaması ancak geç de olsa mutlaka tamamlanması. Sıklıkla geç tamamlanması.

3: Ağır, olağan işlemlere başlama ve bitirmede olan yaygın ve belirgin zorlama. Genellikle işin

uzaması.

4: Çok ağır, işlemin tümünde yardım görmeden olağan işlemlere başlayamama ve tamamlayamama.

## 16. PATALOJİK KUŞKU

Soru : Belleğinize güvenmediğiniz veya algılarınız (Örneğin gördüğünüz, işittiğiniz ve dokunduğunuz şeyler) konusunda emin olmadığınız oluyor mu? Neyi yapıp neyi yapmadığınız kuşkusu sizi ne derecede rahatsız ediyor?

0: Hiç yok.

1: Hafif, sadece sorulduğu zaman ifade edilen hafif kendine olan kuşku.

2: Orta, fikirler kendiliğinden belirtiliyor. Hasta kendisine olan kuşkuculuğundan rahatsız. performansı bir miktar etkilemesine rağmen başedilebilir boyutlarda.

3: Ciddi, algılar ve bellek konusundaki kararsızlık belirgin durumda. kuşkuculuk sık sık performansı olumsuz olarak etkiliyor.

4: İleri, algılama hakkındaki kuşkular devamlılık kazanmış. Kişi kendinden kuşkulandığından hemen tüm etkinlikleri bozulmuş durumdadır. İş göremez durumdadır. (örneğin hasta “Gördüklerime aklım güvenmiyor.” diye belirtir).

## 17. GENEL ŞİDDET

Hastanın hastalığının ağırlığı hakkında görüşmecinin edindiği kanı. 0’ dan (hastalığın olmama durumu), 6’ ya (en ciddi hastalık) kadar derecelendirilir. (Hasta tarafından belirtilen rahatsızlığı, gözlenen belirtileri ve bildirilen işlevsel yetersizlik durumlarını dikkate alın. Sizin kanınız, hem bu bilgilerden genel bir sonuca varılması bakımından hem de bilgilerin güvenilirlik ve doğruluğunu belirlemek için gereklidir. Bu kanıya görüşmeyi yaparken elde ettiğiniz bilgilerin ışığında varmalısınız).

0: Hastalık yok.

1: Hafif, kuşkulu veya geçici hastalık. İşlevsel bozukluk yok.

2: Hafif belirtiler. Az miktarda işlevsel bozukluklar.

3: Orta şiddette semptomlar. Çabayla işlevlerini yerine getirilebiliyor.

4: Orta – ağır şiddette semptomlar. İşlevler kısıtlanmış.

5: Ağır semptomlar. Büyük oranda ancak yardımla işlevlerini yerine getirebiliyor.

6: Çok ağır semptomlar. Tümüyle iş göremez durumda

## 18. GENEL DÜZELME

Kendi kanınıza göre ilaç tedavisine bağlı olsun olmasın hastanın durumunda ilk derecelendirme yapıldığı dönemden bu yana olan iyileşme.

- 0: Çok daha kötü.
- 1: Daha kötüye gidiş.
- 2: Çok az kötüye gidiş var.
- 3: Değişiklik yok.
- 4: Çok az iyileşme var.
- 5: Epeyce iyileşme var.
- 6: Çok fazla iyileşme var.

## 19. GÜVENİLİRLİK

Derecelendirme puanlarının güvenilirliğini puanlandırın. Güvenirliği etkileyen faktörler hastanın doğal iletişim yeteneği ve hasta ile işbirliğinin kurulamamasıdır. Obsesif kompulsif semptomların tipi ve ciddiyeti, hastanın düşüncesini yoğunlaştırmasını, dikkatini ve rahat konuşabilmesini etkileyebilir. (Bazı obsesyonların içeriği nedeniyle hasta konuşma sırasında kullandığı kelimeleri dikkatle seçiyor olabilir).

- 0: Mükemmel. Elde edilen bilgilerin doğruluğundan hiçbir kuşku yok.
- 1: İyi. Güvenilirliği kötü yönde etkileyen faktörler olabilir.
- 2: Orta. Bazı faktörler güvenilirliği kesin olarak etkilemiştir.
- 3: Zayıf. Çok az oranda güvenilir.

## Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Varolan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları “P” ile işaretleyiniz. (Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyaziae ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. “\*” ile işaretlenen septomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir).

## ŞİMDİ GEÇMİŞTE SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

5. Kendine zarar vereceğinden korkma
6. Başkalarına zarar vereceğinden korkma
7. Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
8. Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
9. Utanılacak birşey yapmaktan korkma\*
10. İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örneğin, arkadaşını yaralama)
11. Çalacağından korkma

12. Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örneğin, çarpma/kaçma motorlu araç kazası)

### 13. KİRLENME OBSESYONLARI

Vücut atık veya salgılarından (örneğin, idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek veya mikroplardan kaygılanmak

Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örneğin, asbestoz, radyasyon, toksit atıklar)

Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örneğin, temizlik maddeleri, çözücüler)

Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örneğin, böcekler)

Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak

Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı

Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)

Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçlarını düşünmek

Diğer

### **ŞİMDİ GEÇMİŞTE CİNSEL OBSESYONLAR**

Yasaklanmış veya sapıklık derecesinden cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler

Çocuklar veya incest ilişkiye ile ilgili

Homoseksüel ilişki ile ilgili\*

Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)\*

Diğer

### **BİRİKTİRME / SAKLAMA OBSESYONLARI**

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

**DİNİ OBSESYONLAR** Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili

Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi

### **EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR**

1. Doğaüstü düşünce ile birlikte (örneğin, eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceğini )

2. Doğaüstü düşünceler olmadan



## **DİĞER OBSESYONLAR**

Bilme veya hatırlama ihtiyacı

Belirli şeyleri söyleme korkusu

Doğru şeyi söylememe korkusu

Birşeyler kaybetme korkusu

İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler

Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma

Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma\*

Uğurlu veya uğursuz sayılar

Özel anlamı olan renkler

Batıl itikatlar

Diğer

## **SOMATİK OBSESYONLAR**

Hastalık ile ilgili\*

Vücudun bir parçası veya görünüm ile aşırı ilgili (örneğin dismorfofobi)\*

Diğer

## **ŞİMDİ GEÇMİŞTE TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI**

3. Aşırı veya törensel el yıkama

4. Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat

5. Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelere temizliği ile aşırı ilgili

6. Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler

7. Diğer

## **TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR**

Tekrar okuma veya yazma

Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi (örneğin, kapıdan girme / çıkma, sandalyeye oturma

/ kalkma)

Diğer

**SAYMA KOMPULSİYONLARISIRALAMA / DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI BİRİKTİRME / TOPLAMA KOMPULSİYONLARI** [Hobiler, maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır. (örneğin, eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek)]

## **DİĞER KOMPULSİYONLAR**

Zihinsel törenler (kontrol ve sayma dışında)

Aşırı liste hazırlama

- Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
- Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi\*
- Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları\*
- Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)
- Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları \*
- Diğer
- **Genel Bilgiler**

Bu derecelendirme ölçeği obsesif–kompulsif rahatsızlığı olan hastalarda görülen belirtilerin tipi ve ciddiyetini derecelendirmek amacıyla düzenlenmiştir. Genelde tüm bölümlerde hastanın bildirimleri esas alınmaktaysa da, sonuçtaki değerlendirme görüşmeyi yapanın klinik kararına dayanmaktadır. Görüşmenin yapılmasından bir hafta öncesinden başlayarak herbir madde için hasta gözlenmelidir. Puanlar bütün bu özelliklerin bir haftalık görülme ortalamasını yansıtmalıdır. Bu derecelendirme ölçeği yarı – yapılandırılmış bir görüşme amacıyla hazırlanmıştır. Görüşmeyi yapan kişi sırayla ekte sunulan soruları kullanarak değerlendirme yapmalıdır. Bununla birlikte görüşmeyi yapan kişi, duruma açıklık getirecek ek sorular sormakta serbesttir. Eğer hasta görüşme sırasında ek bilgi vermeye istekli olursa, bu bilgiler de değerlendirilmelidir. Derecelendirme, görüşme sırasında verilen yanıtlar ve gözlemlerle sınırlı olmalıdır. Eğer elde edilen bilgilerin büyük oranda yanlış olduğuna karar verirseniz, hastanın güvenilirliğine ilişkin bir sorun vardır ve bu durum görüşme sonundaki “güvenirlilik” bölümünde değerlendirilmelidir (19’ uncu madde). Sorulara başlamadan önce hastaya aşağıda belirtilen şekilde “obsesyonları” ve “kompulsiyonları” tanımlayınız. “Takıntılar” sürekli olarak aklınıza gelen hoş olmayan fikir, düşünce ve görüntülerdir. İstemediğiniz halde aklınıza gelirler. Size çirkin ve anlamsız gelen bu düşünceler kişiliğinize uymazlar. Çoğu zaman da size sıkıntı verirler. “Tekrarlayıcı hareketler” anlamsız ve gereksiz bulmanıza rağmen yaptığınız hareket ve davranışlardır. Zaman zaman bunları yapmamak için

direnirsiniz, ama bu çok güç olabilir. Bu hareketi yapıp bitiremezseniz sıkıntı duyarsınız. Şimdi size takıntılar ve tekrarlayan hareketlerle ilgili birkaç örnek vereyim : Takıntıya örnek: Hiçbir zaman yapmayacağınız halde “çocuğuma fiziksel olarak zarar vereceğim” düşüncesinin tekrar tekrar aklınıza gelmesi. Tekrarlayıcı hareketlere bir örnek : Evden çıkmadan önce pencerenin kapalı olup olmadığını 6 kez kontrol etmek. Çoğu zaman tekrarlayan hareketler gözle görülebilir davranışlardır. Ancak bazıları da kişinin içinden yaptığı davranışlardır. Mesela, aklına kötü bir düşünce geldiği zaman içinden ona kadar saymak gibi. “Bu söylediklerimle ilgili sorunuz var mı?” (Eğer yoksa devam edilmelidir). Testin tekrarlanması durumlarında bu tanımlayıcı açıklamaların yapılması gerekmez. Obsesyonların istenmeyen, ancak kişinin elinde olmadan itildiği düşünce ve değerlendirmeler olduğunu, kompulsiyonların ise yapmak zorunluluğunu hissettikleri davranışlar olduğunu hastaya hatırlatmak yeterli olacaktır. Hedef semptomların bir listesini oluşturabilmek için, hastanın şimdiki obsesyon ve kompulsiyonlarını tek tek anlatmasını isteyiniz. Şu an varolan semptomları tanımlabilmek için, obsesyon ve kompulsiyon listesini kullanın. Daha sonraki değerlendirmelerde tekrar ortaya çıkabilecekleri için, geçmişteki belirtileri bilmek ve tanımlamak da yararlı olur. Varolan obsesyon ve kompulsiyonları belirledikten sonra, Hedef Semptomlar Formu üzerinde klinik açıdan elverişli bölümler şeklinde düzenleyerek, liste oluşturun (örneğin, hedef kompulsiyonları kontrol etme ve yıkama olarak ayırın). İzlemeyi kolaylaştırmak açısından semptomların belirleyici özelliklerini tanımlayın (örneğin, listede “kontrol etme” şeklinde tanımlanan semptomun yanına, hastanın neyi kontrol ettiğini belirtin). Değerlendirmenin odak noktasını oluşturacağı için, en belirgin semptomların neler olduğunu belirtiniz. Buna rağmen her bölümün sonuç puanının, hastanın bütün obsesyon ve kompulsiyonlarının bileşik bir derecelendirmesini yansıtmaması gerektiğini unutmayın.

Testin tekrarlandığı durumlarda, Madde 1’i derecelendirmeden önce, hedef obsesyonları yeniden gözden geçirerek, gerekiyorsa değiştirin. Madde 6’nın derecelendirilmesinden önce de aynı işlemi kompulsiyonlar için yapın.

Ondokuz maddenin hepsi de derecelendirilmelidir. Ancak ilk on madde toplam puanı belirlemede kullanılır. Y-BOCS toplam puanı, bu ilk on maddenin toplamıdır. **Obsesyonların** toplamı ilk beş, **Kompulsiyonların** toplamı ise ikinci beş maddenin toplamıdır.

### Ek-3:Yetişkinlerde DEHB için tanısal görüşme ölçeği(DIVA)

Hasta Adı

Doğum tarihi

Cinsiyet

Test uygulama tarihi

Araştırmacı Adı

Hasta numarası

E / K

#### Bölüm 1: Dikkat eksikliği belirtileri

**Yönerge:** Yetişkinlerde belirtiler en az 6 aydır bulunuyor olmalıdır. Çocukluk dönemindeki belirtiler 5 – 12 yaşları ile ilgilidir. Herhangi bir belirtinin DEHB'ye bağlanabilmesi için kronik ve süreklilik arzeden bir seyir göstermeli ve epizodik olmamalıdır.

D1-Ayrıntılara yeterince dikkat etmek konusunda sık sık sorun yaşar veya işinizde ya da diğer etkinliklerde sık sık dikkatsizce hatalar yapar mısınız? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

#### Erişkinlik dönemi örnekleri

14. Dikkatsizce hatalar yapmak
15. Hata yapmayı engellemek için yavaş çalışmak
16. Talimatları dikkatlice okumamak
17. Ayrıntılı çalışmalar yaparken zorlanmak
18. Ayrıntılı görevleri tamamlamak için çok fazla zamana ihtiyaç duymak
19. Ayrıntılarda tıkanmak
20. Çok hızlı biçimde çalışmak ve bu nedenle hatalar yapmak
21. Diğer:
22. Belirti var mı? Evet / Hayır

#### Çocukluk dönemi örnekleri

- Okul ödevlerinde dikkatsizce hatalar yapmak
- Soruları iyi okumamaktan dolayı hatalar yapmak
- İyi okumamaktan dolayı soruları yanıtızsız bırakmak
- Sınav kâğıdının arka kısmını yanıtızsız bırakmak

- Dikkatsiz çalıştığı için başkaları tarafından eleştirilmek
- Ödevlerin yanıtlarını kontrol etmemek
- Ayrıntılı görevleri tamamlamak için çok fazla zamana ihtiyaç duymak
- Diğer:

Belirti var mı?  Evet /  Hayır

D2- Verilen görevlerde dikkatinizi sürdürmekte sık sık zorlanıyor musunuz? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

### **Erişkinlik dönemi örnekleri**

3.  Görevlere uzun süre dikkati verememek
4.  Kendi düşünceleri veya çağrışımları nedeniyle dikkatin çok çabuk dağılması
5.  Bir filmi sonuna kadar izlemekte veya kitap okumakta zorlanmak
6.  Herhangi bir şeyden çabuk sıkılmak\*
7.  Konuşulmuş olan konular hakkında sorular sormak
8.  Diğer:
9. \* Konuyu gerçekten ilgi çekici bulmadıkça (örneğin bilgisayar veya hobi) Belirti var mı?  Evet /  Hayır

### **Çocukluk dönemi örnekleri**

- Dikkati okul ödevlerine vermekte güçlük çekmek
- Dikkati oyunlara vermekte güçlük çekmek\*
- Dikkatin çabuk dağılması
- Konsantrasyon zorluğu\*
- Dikkatin dağılmasını önlemek için yapılandırmaya gereksinim duymak
- Etkinliklerden çabuk sıkılmak\*
- Diğer:

\* Konuyu gerçekten ilgi çekici bulmadıkça (örneğin bilgisayar veya hobi)

Belirti var mı?  Evet /  Hayır

D3- Sizinle doğrudan konuşulurken sık sık sanki dinlemiyormuşsunuz gibi görülüyor mu? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

### **Erişkinlik dönemi örnekleri**

- Rüya aleminde olmak veya dalgın olmak
- Karşılıklı konuşurken konsantre olmakta zorluk
- Sonradan, bir konuşmanın ne hakkında olduğunu hatırlamamak
- Konuşma sırasında konuyu sık sık değiştirmek
- İnsanların size aklınızın başka yerde olduğunu söylemesi
- Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

### **Çocukluk dönemi örnekleri**

- Anababa/öğretmenlerinin ne söylediğini bilmemek
- Rüya aleminde olmak veya dalgın olmak
- Sadece göz teması kurulduğunda ya da ses yükseltildiğinde dinlemek
- Sık sık yeniden hitap etmek gerekmesi
- Soruların tekrar edilmesinin gerekmesi
- Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

D4-Yönergelere (talimatlara) uymakta ve işleri bitirmekte sık sık başarısız olur musunuz veya işyerinde sorumluluklarınızı yerine getirmek konusunda başarısız mısınız? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

### **Erişkinlik dönemi örnekleri**

- İşleri tamamlayamadan karman çorman etmek
- Yapılan iş yeni olma özelliğini yitirdiğinde bitirmekte güçlük çekmek
- Görevleri tamamlamak için bir görev teslim tarihine ihtiyaç duymak
- İdari işleri bitirme güçlüğü
- Kullanma talimatlarını takip etme güçlüğü
- Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

### **Çocukluk dönemi örnekleri**

- Yönergelere uyma güçlüğü

- Birden çok adımdan oluşan görevlerde güçlük çekmek
- İşleri bitirememek
- Ev ödevini bitirmemek ya da teslim etmemek
- Verilen görevleri bitirmek için çok fazla yapılandırmaya gereksinim duymak
- Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

D5- Görev ve etkinlikleri düzenlemekte sık sık güçlük çekiyor musunuz? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

### **Erişkinlik dönemi örnekleri**

- Günlük işleri planlamakta güçlük çekmek
- Ev ve/veya çalışma alanının dağınık olması
- Çok sayıda iş için plan yapmak ya da verimli plan yapamamak
- Sıklıkla aynı saatte farklı işler için ya da farklı kişilere randevu vermek (çifte randevu)  Geç kalmak
- Ajanda veya günlük kullanırken süreklilik gösterememek
- Programlara sabit kalma gereksinimi nedeniyle esnek olamamak
- Zaman mefhumunun yetersiz olması
- Zaman programları yapmak ama bunları kullanmamak
- Konuları düzenlemek için başkalarına ihtiyaç duymak
- Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

### **Çocukluk dönemi örnekleri**

- Zamanında hazırlanmakta güçlük çekmek
- Odanın ya da masanın dağınık olması
- Kendi başına oynamakta güçlük çekmek
- İş ya da ev ödevlerinin planlanmasında güçlük çekmek
- İşleri karışık yapmak
- Geç kalmak

- Kötü zaman kavramı, zamanı ayarlayamamak
- Kendi kendine vakit geçirmekte güçlük çekmek
- Diğer:

Belirti var mı?  Evet /  Hayır

D6-Uzun süreli zihinsel çaba gerektiren görevlerden sıklıkla kaçır (ya da sevmez veya yapmak istemez) mısınız? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

#### **Erişkinlik dönemi örnekleri**

- Öncelikle kolay ya da eğlenceli olan şeyleri yapmak
- Sıkıcı ya da güç görevleri sıkça ertelemek
- Teslim tarihini kaçırarak şekilde görevleri ertelemek
- İdari işler gibi monoton işlerden kaçmak
- Zihinsel çaba gerektirdiği için okumayı sevmemek
- Çok konsantrasyon gerektiren işlerden kaçınmak
- Diğer:

Belirti var mı?  Evet /  Hayır

#### **Çocukluk dönemi örnekleri**

- Okul ödevlerinden kaçınmak ya da sevmemek
- Zihinsel çaba gerektirdiği için az kitap okumak ya da okumak istememek
- Çok konsantrasyon gerektiren görevlerden kaçınmak
- Okulda çok konsantrasyon gerektiren konuları sevmemek
- Sıkıcı ya da zor görevleri sıkça ertelemek
- Diğer:

Belirti var mı?  Evet /  Hayır

D7- Görev ya da etkinlikler için gerekli olan araçları sıkça kaybeder misiniz? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

#### **Erişkinlik dönemi örnekleri**

- Cüzdan, anahtar veya ajanda kaybetmek
- Sık sık eşyaları olduğu yerde bırakıp, unutmak
- İş için gerekli evrakları kaybetmek



- Eşya aramaya çok zaman harcamak
- Diğer insanlar eşyaların yerini değiştirdiğinde paniğe kapılmak
- Eşyalarını kaldırırken yanlış yerlere koymak
- Listeler, telefon numaraları veya notları kaybetmek
- Diğer:

Belirti var mı?  Evet /  Hayır

### **Çocukluk dönemi örnekleri**

- Ajanda, kalem, beden eğitimi eşyaları veya başka eşyaları kaybetmek
- Kıyafet, oyuncak veya ev ödevlerini kaybetmek
- Eşya aramaya çok zaman harcamak
- Diğer insanlar eşyaların yerini değiştirdiğinde paniğe kapılmak  Anababa/öğretmenin kaybolan eşyalarla ilgili eleştiride bulunması
- Diğer:

Belirti var mı?  Evet /  Hayır

D8-Sık sık dış uyaranlar tarafından dikkatiniz kolayca dağılır mı? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

### **Erişkinlik dönemi örnekleri**

- Dış uyaranlara kendini kapatmakta güçlük çekmek
- Dikkat dağıldıktan sonra yeniden işe odaklanmakta güçlük çekmek
- Sesler veya olaylardan dolayı dikkatin kolayca dağılması
- Başka insanların kendi aralarında konuşmalarını dinleme eğilimi
- Bilgiyi filtreleme ve/veya seçmekte güçlük çekmek
- Diğer:

Belirti var mı?  Evet /  Hayır

### **Çocukluk dönemi örnekleri**

- Sınıftayken sık sık dışarıya bakmak
- Sesler veya olaylardan dolayı dikkatin kolayca dağılması
- Dikkat dağıldıktan sonra tekrar işe dönmekte güçlük çekmek
- Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

D9-Günlük etkinliklerinizde sık sık unutkanlık yaşar mısınız? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

### **Erişkinlik dönemi örnekleri**

- Randevuları ya da başka sorumlulukları unutmak
- Anahtarları, ajandayı vb. unutmak
- Randevuların sıkça hatırlatılmasının gerekmesi
- Unutulan eşyaları almak için eve geri dönmek zorunda kalmak
- İşleri unutmadığından emin olmak için katı biçimde listeler kullanılması
- Günlük ajandaya not almayı ya da bakmayı unutmak
- Diğer: Belirti var mı? Evet / Hayır

### **Çocukluk dönemi örnekleri**

- Randevuları veya yönergeleri unutmak
- Sıkça hatırlatma yapılmasının gerekmesi
- Bir görevin yarısında ne yapılması gerektiğini unutmak
- Okul eşyalarını beraberinde götürmeyi unutmak
- Eşyaları okulda ya da arkadaşların evinde unutmak
- Diğer:

## **Ek Ölçüt A**

### **Erişkinlik dönemi**

Yukarıdaki dikkat eksikliği belirtileri sizde diğer insanlara göre daha fazla mıdır ya da onlara kıyasla daha sık yaşar mısınız? Evet / Hayır

### **Çocukluk dönemi:**

Yukarıdaki dikkat eksikliği belirtileri sizde akranınız olan çocuklara kıyasla daha fazla mıydı ya da bunları yaşitlarınıza kıyasla daha sık yaşadınız mı? Evet / Hayır

## **Bölüm 2: Hiperaktivite-dürtüsellik belirtileri**

Yönerge: Yetişkinlerde belirtiler en az 6 aydır bulunuyor olmalıdır. Çocukluk dönemindeki belirtiler 5 – 12 yaşları ile ilgilidir. Herhangi bir belirtinin DEHB'ye bağlanabilmesi için kronik ve süreklilik arz eden bir seyir göstermeli ve epizodik olmamalıdır.

H/D 1-Elleriniz ya da ayaklarınızı sık sık huzursuzca oynatır mısınız veya sandalyenizde sık sık kıpırdanır mısınız? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

### **Erişkinlik dönemi örnekleri**

- Sabit oturmakta güçlük çekmek
- Bacakların kıpır kıpır olması
- Kalem tıkırdatmak veya başka bir şeyle oynamak
- Tırnak yemek veya saçla oynamak
- Huzursuzluğu kontrol edebilmek ancak bunun sonucunda

### **Çocukluk dönemi örnekleri**

- Anababanın sık sık “sessiz otur” ve benzeri söylemleri
- Bacakların kıpır kıpır olması
- Kalem tıkırdatmak veya başka bir şeyle oynamak
- Tırnak yemek veya saçla oynamak
- Sandalyede sakince oturamamak
- Huzursuzluğu kontrol edebilmek ancak bunun sonucunda strese girmek
- Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

H/D 2-Oturmanızın beklendiği durumlarda genellikle ayağa kalkar mısınız? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

### **Erişkinlik dönemi örnekleri**

- Konferans, toplantı, cami vb. yerlere gitmekten kaçınmak
- Oturmak yerine gezinmeyi tercih etmek
- Asla uzun süre sakince oturamamak, sürekli hareket halinde olmak
- Sakince oturma güçlüğünden dolayı gergin olmak
- Yürümek için bahaneler uydurmak
- Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

### **Çocukluk dönemi örnekleri**

- Yemek yerken veya sınıfta sık sık ayağa kalkmak
- Okulda ya da yemeklerde yerinde oturmakta çok güçlük çekmek

- Oturması gerektiği konusunda uyarı almak
- Biraz yürüyebilmek için bahaneler uydurmak
- Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

H/D3-Kendinizi sıkça huzursuz hisseder misiniz? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

#### **Erişkinlik dönemi örnekleri**

- İçsel huzursuzluk ya da ajitasyon hissi
- Sürekli bir şeylerle meşgul olmak zorunda olduğu hissine sahip olmak
- Rahatlayıp gevşemek konusunda zorlanmak
- Diğer:

#### **Çocukluk dönemi örnekleri**

- Sürekli koşturmak
- Mobilyalara tırmanmak veya koltuklarda zıplamak
- Ağaçlara tırmanmak
- İçsel huzursuzluk hissi
- Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

H/D 4-Boş zamanlarda yaptığınız rahatlatıcı etkinliklerinizle sakin bir şekilde uğraşmakta zorlanırmısınız? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

#### **Erişkinlik dönemi örnekleri**

- Yürütülen faaliyetler sırasında konuşulması uygun olmayan yerlerde konuşmak
- Toplum içinde hep dikkatleri üzerine çekmeyi istemek
- Her türlü durumda sesli olmak
- Yürütülen faaliyetleri sessiz bir şekilde yapmakta zorlanmak
- Alçak sesle konuşmakta zorlanmak
- Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

#### **Çocukluk dönemi örnekleri**

- Oyun oynarken veya sınıfta yüksek sesle konuşmak
- Televizyon ya da filmleri sessizce izleyememek
- Daha sessiz ya da sakin olması gerektiği yönünde eleştiri almak
- Toplum içinde hep dikkatleri üzerine çekmeyi istemek
- Diğer:

Belirti var mı?

- Evet / Hayır

H/D 5-Genellikle hareket halinde misiniz ya da sanki bir “motor takılmış gibi” mi davranırsınız? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

#### **Erişkinlik dönemi örnekleri**

- Sürekli bir şeylerle meşgul olmak
- Çok enerjik olmak, sürekli hareket halinde olmak
- Kendi sınırlarını aşmak
- İşleri kendi haline bırakmakta zorlanmak, duramamak
- Diğer:

#### **Çocukluk dönemi örnekleri**

- Sürekli meşgul olmak
- Okulda ve evde dikkat çekici bir şekilde aktif olmak
- Çok enerjik olmak
- Sürekli hareket halinde olmak, duramamak
- Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

H/D 6-Genellikle aşırı mı konuşursunuz? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

#### **Erişkinlik dönemi örnekleri**

- İnsanları yoracak şekilde konuşmayla meşgul olmak
- Durmaksızın konuşan biri olarak tanınmak
- Konuşmayı kesmekte zorlanmak
- Çok konuşma eğilimi
- Konuşmalar sırasında başkalarına fırsat vermemek

Bir şeyi anlatmak için çok sayıda sözcüğe ihtiyaç duymak

Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

### **Çocukluk dönemi örnekleri**

Geveze olarak bilinmek

Öğretmen ve anababaların sık sık sizden sessiz olmanızı istemeleri

Karnelerde çok konuşmaya dair yorumlar bulunması

Çok konuştuğu için ceza almak

Okulda çok konuşarak başkalarını dersten alıkoymak

Konuşmalarda başkalarına fırsat vermemek

Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

H/D 7-Genellikle sorulan soru tamamlanmadan mı yanıt verirsiniz? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

### **Erişkinlik dönemi örnekleri**

Geveze olmak, aklından geçeni söylemek

Konuştuğu şeyleri öncesinde düşünmemek

İnsanlar sözlerini bitirmeden cevap vermek

Başkalarının cümlelerini tamamlamak

Patavatsız olmak

Diğer:

### **Çocukluk dönemi örnekleri**

Geveze olmak, düşünmeden konuşmak

Okulda sorulara ilk yanıt veren kişi olmayı istemek

Yanlış olsa dahi ilk önce cevap vermek

Başkaları cümlelerini bitirmeden söze girmek

Patavatsızca konuştuğu için kırıncı olmak

Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

H/D 8-Genellikle sıra beklemekte zorluk çeker misiniz? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

#### **Erişkinlik dönemi örnekleri**

- Kuyrukta beklemekte güçlük çekmek, öne geçmek
- Trafikte/trafik sıkıştığında sabırla beklemekte güçlük çekmek
- Konuşmalarda sırasını beklemekte zorluk çekmek
- Sabırsız olmak
- İlişkilere/işlere hızlı başlamak ya da sabırsızlıktan bunları çabuk bırakmak
- Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

#### **Çocukluk dönemi örnekleri**

- Grup etkinlikleri/oyunlarda sıra bekleyememek
- Sınıfta sırasını bekleyememek
- Hep ilk konuşan ya da harekete geçen olmak
- Kolayca sabrının taşması
- Sağa sola bakmadan yola atlayıp karşıdan karşıya geçmek
- Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

H/D 9-Genellikle başkalarının işlerini böler ya da onları rahatsız eder misiniz? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

#### **Erişkinlik dönemi örnekleri**

- Başkalarının işine karışmakta acele etmek
- Başkalarını bölmek
- İstenmediği halde başkalarını uğraşları sırasında rahatsız etmek
- Başkalarının işlerine karıştığı yönünde eleştirilme
- Başkalarının sınırlarına saygı duymakta güçlük
- Her konu hakkında bir fikir sahibi olmak ve bunu hemen ifade etmek
- Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

### **Çocukluk dönemi örnekleri**

- Başkalarının oyununu bölmek
- Başkalarının konuşmalarını bölmek
- Her şeye tepki vermek
- Bekleyememek
- Diğer:

Belirti var mı? Evet / Hayır

### **Ek Ölçüt A**

#### **Erişkinlik dönemi**

Yukarıdaki hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri sizde diğer insanlara göre daha fazla mıdır, ya da onlara kıyasla daha sık yaşar mısınız? Evet / Hayır

#### **Çocukluk dönemi:**

Yukarıdaki hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri sizde akranınız olan çocuklara kıyasla daha fazla mıydı, ya da bunları yaşitlarınıza kıyasla daha sık yaşadınız mı?Evet / Hayır

### **Bölüm 3: Belirtiler sonucu yaşanan Bozulma**

#### **Ölçüt B**

Yukarıda bahsedilen dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri sizde her zaman var mıydı?

Evet (bazı belirtiler yedi yaşından önce de vardı) HayırHayırsa, başlangıç yaşı

#### **Ölçüt C**

Yukarıda bahsedilen belirtilerle ilgili olarak hangi alanlarda sorunlar yaşadınız veya yaşamaktasınız?

#### **Erişkinlik dönemi**

##### **İş/Eğitim**

- İş için gerekli eğitimlerin tamamlanmaması
- İşin eğitim düzeyinin altında olması
- Bir işyerinden çabuk sıkılmak
- Çok sayıda kısa süreli işlerde çalışma, sık iş değiştirmeyi alışkanlık haline getirmek
- İdari işlerde/plan yaparken güçlük çekmek



- Bir işte terfi edememek
- İşyerinde yeterli performans gösterememek
- Kavga ederek ayrılmak ya da işten çıkarılmak
- Belirtiler sonucu hastalık yardımı/ maluliyet maaşı almak
- Zeka düzeyinin yüksek olması nedeniyle bozulmanın telafi edilerek sınırlı düzeyde kalması
- Yapılandırılmış dış ortam sonucu bozulmanın telafi edilerek sınırlı düzeyde kalması
- Diğer:

### **İlişkiler ve/veya aile**

- İlişkilerde çabuk sıkılmak
- Ani ve dürtüsel biçimde ilişkilere başlamak/bitirmek
- Belirtiler nedeniyle ilişkideki dengenin bozuk olması
- İlişki sorunları, çok tartışmak, samimiyet eksikliği
- Belirtilerden dolayı boşanma
- Belirtilerden dolayı cinsellik sorunları
- Belirtilerden dolayı çocuk yetiştirme sorunları
- Ev işleri ve/veya ev idaresinde güçlük çekmek
- Ekonomik sorunlar veya kumar
- İlişki başlatma korkusu
- Diğer:

### **Çocukluk ve ergenlik dönemi**

#### **Eğitim**

- Eğitim seviyesinin zeka ya göre beklenenin altında kalması
- Konsantrasyon sorunları nedeniyle sınıfta kalmak
- Eğitimi yarım bırakmak/okuldan atılmak
- Eğitimin tamamlanması için geçen sürenin normalden çok daha uzun olması
- Zeka düzeyine uygun eğitim almak için çok fazla emek harcamak
- Ödev yapmakta zorlanmak
- Belirtiler nedeniyle özel eğitim alınması

- Davranışlar/konsantrasyon hakkında öğretmenlerin uyarıda bulunması
- Zeka düzeyinin yüksek olması nedeniyle bozulmanın telafi edilerek sınırlı düzeyde kalması
- Yapılandırılmış dış ortam sonucu bozulmanın telafi edilerek sınırlı düzeyde kalması  Diğer:

### **Aile**

- Kardeşlerle sık sık kavga etmek
- Sık sık ceza almak veya dayak yemek
- Çatışmalardan dolayı aile ile az temas kurmak
- Anababaların yapılandırmasına/kurallarına normalde olduğundan daha uzun süre ihtiyaç duymak
- Diğer:

### **Erişkinlik dönemi (devam)**

#### **Sosyal İlişkiler**

- Sosyal ilişkilerden çabuk sıkılmak
- Sosyal ilişkileri devam ettirmekte güçlük çekmek
- İletişim sorunlarından dolayı çatışmalar
- Sosyal temaslar başlatmakta güçlük çekmek
- Olumsuz deneyimlerden dolayı iddiasız olmak, kendini ortaya koyamamak
- Özenli ve nazik olmamak (örn. kart göndermeyi/kutlama- hastalık- taziye vb. konularda empati yapmayı/telefon etmeyi unutmak vs.)
- Diğer:

#### **Boş zaman/hobi**

- Boş zamanlarda yeterince rahatlayamamak
- Rahatlayabilmek için çok fazla spor yapmak zorunda olmak
- Aşırı spor yapmaktan dolayı yaralanmalar
- Bir kitabı ya da filmi bitirememek
- Sürekli meşgul olduğu için aşırı yorgun düşmek

- Hobilerden çabuk sıkılmak
- Dikkatsizce araba kullanmaktan dolayı kazalarehliyetin alınması
- Heyecan aramak veveya çok fazla risk almak
- Karakola/adliyeye düşmek
- Yeme krizleri
- Diğer:

### **Özgüven/Kendilik algısı**

- Başkalarının olumsuz söylemlerinden dolayı kendinden emin olamamak
- Yaşadığı başarısızlıklar nedeniyle kendi hakkında olumsuz düşünmek
- Yeni işlere başlarken başarısız olmaktan korkmak
- Eleştiriye aşırı derecede tepki vermek
- Mükemmeliyetçilik
- DEHB belirtilerinden dolayı endişeli olmak
- Diğer:

### **Çocukluk ve ergenlik dönemi (devam)**

#### **Sosyal Temaslar**

- Sosyal ilişkileri devam ettirmekte güçlük çekmek
- İletişim sorunlarından dolayı çatışmalar
- Sosyal ilişkilere girmekte güçlük çekmek
- Olumsuz tecrübelerden dolayı iddialı olmamak
- Az sayıda arkadaşına sahip olmak
- Dalga geçilmesi
- Dışlanmak/gruba dahil edilmemek
- Kabadayılık yapmak
- Diğer:

#### **Boş zaman/hobi**

- Boş zamanda yeterince rahatlayamamak
- Rahatlayabilmek için çok fazla spor yapmak zorunda olmak
- Birçok spordan dolayı yaralanmalar
- Bir kitabı ya da filmi bitirememek
- Sürekli meşgul olduğu için aşırı yorgun düşmek
- Hobilerden çabuk sıkılmak
- Sansasyon aramak ve/veya çok fazla risk almak
- Karakola/adliyeye düşmek
- Başından çok sayıda kaza geçmesi
- Diğer:

### **Özgüven/Kendilik algısı**

- Başkalarının olumsuz söylemlerinden dolayı kendinden emin olamamak
- Başarısızlık tecrübeleri nedeniyle kendi hakkında olumsuz düşünmek
- Yeni işlere başlarken başarısız olmaktan korkmak
- Eleştiriye aşırı derecede tepki vermek
- Mükemmeliyetçilik
- Diğer:

### **DIVA 2.0 Yetişkinlerde DEHB İçin Tanısal Görüşme**

## EK-4:Beck Depresyon Ölçeği

**Hastanın Soyadı, Adı:**..... **Tarih:**.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dördü cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

**1)**

(0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

**2)**

(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

(1) Gelecek için karamsarım.

(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

**3)**

(0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.

(2) Geçişte baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

**4)**

(0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.

(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

(3) Herşeyden sıkılıyorum.

**5)**

(0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

**6)**

(0) Kendimden memnunum.

(1) Kendimden pek memnun değilim.

(2) Kendime kızgınım.

(3) Kendimden nefrete ediyorum.

**7)**

(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.

(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.

(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

**8)**

(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.

(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

**9)**

(0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

**10)**

(0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.

(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.

(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.

(3) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.

**11)**

(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.

(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.

(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.

**12)**

(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

**13)**

(0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.

(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.

(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

**14)**

(0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.

(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.

(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

**15)**

(0) Uykum her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

**16)**

(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.(

3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

**17)**

(0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

**18)**

(0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

**19)**

(0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

**20)**

(0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

**21)**

(0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.



(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

**Toplam BECK-D skoru:.....**



### **EK-5:Beck Anksiyete Ölçeği**

**Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....**

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	<b>Hiç</b>	<b>Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi</b>	<b>Orta düzeydeHoş değildi ama klanabildim</b>	<b>Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım</b>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın-calanma				

2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

(0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilir olduğumu düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

**Toplam BECK-D skoru:.....**



## EK-6: Anne Baba Tutum Ölçeği

Size ana babaların çocuklarını hangi yöntemlerle eğittiğini, çocuklarına toplumsal davranışlar kazandırırken nasıl davrandığını ifade eden cümlelerden oluşan bir liste verilmiştir. Sizden istenen, bu cümleleri okuyup bunların annenizin ya da babanızın sizi eğitirken genellikle benimsediği davranışlara *ne derece benzediğini, onların tutumuna ne kadar uyduğunu* düşünerek cevap kağıdındaki seçeneklerden uygun bulduğunuzu işaretlemenizdir. Eğer anne ya da babanız sizin hangi saat nerede olduğunuzu ve kimlerle ne yaptığınızı çok sıkı bir biçimde izliyorsa “Tamamen uygun” karşılığı olarak E şikkını, “Çok uygun” karşılığı olarak D şikkını, bunu çoğunlukla yapıyor ama bazen sizi serbest bırakıyorsa “Biraz uygun” karşılığı olarak C şikkını, sizi genellikle serbest bırakıyorsa “Pek uygun değil” karşılığı olarak B şikkını, sizin ne yaptığınızla ilgilenmiyorsa “Hiç uygun değil” karşılığı olarak A şikkını işaretlemeniz beklenmektedir.

A) Hiç uygun değil B) Pek uygun değil C) Biraz uygun D) Çok uygun E) Tamamen uygun

	Cevap
1) Bana her zaman güven duygusu vermiş ve beni sevdiğini hissettirmiştir.	
2) Çok yönlü gelişmem için beni olanakları ölçüsünde desteklemiştir.	
3) Her yaptığım işin olumlu yanlarını değil kusurlarını görmüş ve beni eleştirmiştir.	
4) Her zaman başıma kötü bir şey gelecekmiş gibi beni koruyup kollamaya çalışır.	

5) Aramızdaki ilişki ona içimi açmaya cesaret edemeyeceğim kadar resmidir.	
6) Arkadaşlarımı eve çağırma izin verir, geldiklerinde onlara iyi davranırdı.	
7) Elinden geldiği kadar her konuda fikrimi almaya özen gösterir.	
8) Çevremizdeki çocuklarla beni karşılaştırır, onların benden daha iyi olduklarını söylerdi.	
9) Bana hükmetmeye çalışır.	_____
10) Bugün bile alışverişe çıkacağım kadar, kandırılacağımı düşünerek benimle gelmek ister.	_____

11) Benden her zaman gücümün üstünde başarı beklemiştir.	
12) Fiziksel ve duygusal olarak kendisine yakın olmak istediğim zaman soğuk ve itici davranırdı.	_____
13) Sorunlarımı onunla rahatlıkla konuşabilirim.	_____
14) Neden bazı şeyleri yapmam ya da yapmamam gerektiğini bana açıklar.	
15) Birlikte olduğumuz zamanlar ilişkimiz çok arkadaşçadır.	
16) Kendi istediği mesleği seçmem konusunda beni zorlamıştır.	
17) Sevmediğim yemekleri, yarayacağı düşüncesiyle, zorla yedirirdi.	
18) Sınavlarda hep üstün başarı göstermemi istemiştir.	
19) Kendimi yönetebileceğim yaşlarda bile beni de götürür, evde yalnız kalmamdan kaygılanır.	_____
20) Evde bir konu tartışılırken görüşlerimi söylemem için beni teşvik eder.	
21) Küçük yaşından itibaren ders çalışma ve okuma alışkanlığı kazanmam konusunda bana yardımcı olmuştur.	
22) Küçüklüğümde bana yeterince vakit ayırır; parka, sinemaya götürmeyi ihmal etmezdi.	_____ _____
23) Benim gibi bir evladı olduğu için kendini bahtsız hissettiğini sanıyorum.	
24) Okulda başarılı olmam konusunda beni zorlar, kırık not aldığımda cezalandırırdı.	
25) Beni kendi emellerine ulaşmak için bir araç olarak kullanırdı.	
26) Beni daima yapabileceğimden fazlasını yapmaya zorlamıştır.	_____
27) Paramı nerelere harcadığımı ayrıntılı bir biçimde denetler.	
28) Her zaman, her işte kusursuz olmam gerektiği inancındadır.	
29) Ona yakınlaşmak istediğimde daima bana sıcak bir biçimde karşılık verir.	
30) Bana önemli ve değerli bir kişi olduğum inancını aşlamıştır.	
31) Cinsellik konusunda karşılaştığım sorunları kendisine anlatmak istediğimde hep ilgisiz kalmıştır.	

32) Benim iyiliğimi istediğini, benim için neyin iyi olduğunu kendisinin bileceğini söyler.	
33) Her zaman nerede olduğumu ve ne yaptığımı merak eder.	
34) İyi bir iş yaptığımda beni övmekten çok daha iyisini yapmam gerektiğini söyler.	— —
35) Cinsel konularda çok tutucu olduğu için onun yanında bu konulara ilgi gösteremem.	
36) Aile ile ilgili kararlar alınırken benim de fikrimi öğrenmek ister.	
37) Beni olduğum gibi kabul etmiştir.	
38) Başkalarına benden daha çok önem verir ve onlara daha nazik davranır.	
39) Günlük olaylar hakkında anlattıklarımı ilgi ile dinler ve bana açıklayıcı cevaplar verir.	
40) Benimle genellikle sert bir tonda ve emrederek konuşur.	

## ÖZGEÇMİŞ

### **Kişisel Bilgiler**

Adı, Soyadı: Sevcan ŞAMİLOĞLU

Doğum Tarihi/ Yeri :04.10.1991 / Ankara

### **Eğitim Bilgileri**

Doğu Akdeniz Üniversitesi Psikoloji Bölümü (İngilizce)

### **Yabancı Dil(ler) ve Düzeyi**

İngilizce- İyi

### **İş Deneyimi**

07.2015- 09.2015 Özel psikiyatrik muayene yeri