

**T.C.**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**PSİKIYATRI ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA**  
**İLAÇ TEDAVİSİNE DİRENCİN YORDAYICILARI**

**UZMANLIK TEZİ**  
**Dr. Esra ÜNVERDİ**

**SAMSUN-2016**

**T.C.**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**PSİKIYATRI ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA**  
**İLAC TEDAVİSİNE DİRENCİN YORDAYICILARI**

**UZMANLIK TEZİ**  
**Dr. Esra ÜNVERDİ**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Prof. Dr. Hatice ÖZYILDIZ GÜZ**

**SAMSUN-2016**

## TEŞEKKÜR

*Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, deneyim ve yardımlarını her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Rifat ŞAHİN'e, Prof. Dr. Ali Cezmi ARIK'a, Prof. Dr. Ömer Böke'ye, Doç. Dr. Gökhan SARISOY'a, Doç. Dr. Ozan PAZVANTOĞLU'na ve Yrd. Doç. Dr. Aytül KARABEKİROĞLU'na,*

*Tez danışmanım olarak çalışmam süresince her aşamada ve uzmanlık eğitimim boyunca bana yardımını, desteğini ve zamanını esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Hatice ÖZYILDIZ GÜZ'e,*

*Rotasyon eğitimim sırasında katkılarından dolayı Nöroloji ve Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı öğretim üyesi hocalarıma,*

*Asistanlık eğitimim boyunca her zaman desteklerini yanında hissettiğim sevgili asistan arkadaşlarıma ve tüm psikiyatri kliniği ekibine,*

*Çalışmama katılmayı kabul eden değerli hastalarıma,*

*Hayatım boyunca desteğini esirgemeyen aileme,*

*sonsuz teşekkürler...*

# İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
KISALTMALAR.....	iv
TABLO LİSTESİ .....	v
ÖZET.....	vii
SUMMARY.....	viii
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER .....	2
2.1. Tanım.....	2
2.2. Epidemiyoloji.....	2
2.3. Etiyoloji .....	2
2.3.1. Psikososyal Kuramlar .....	2
2.3.2. Biyolojik Kuramlar .....	3
2.4. Tanı ve Klinik Özellikler .....	4
2.5. Eş Tanılar .....	7
2.6. Obsesif Kompulsif Bozuklukta İlgörü .....	8
2.7. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Duygu Dışavurumu.....	9
2.8. Çocukluk Çağı Travması, Travmatik Yaşam Olayları ve OKB .....	10
2.9. Dissosiyasyon ve OKB.....	11
2.10. Seyir ve Prognoz .....	12
2.11. Tedavi .....	12
2.11.1. İlaç Tedavisi .....	12
2.11.2. Bilişsel Davranışçı Tedavi.....	13
2.12. Dirençli Olgularda Tedavi Yaklaşımı.....	13
2.13. İlaç Tedavisine Yanıt İle İlişkili Etmenler .....	13
3.AMAÇ .....	15
3.1.Amaç .....	15
3.2.Temel Hipotezler .....	15
4.YÖNTEM VE GEREÇLER .....	16
4.1. Uygulama ve Yöntem .....	16
4.1.1. Uygulanan Prosedür: .....	16
4.1.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	16

4.1.3. Çalışma Dışı Tutulma Kriterleri.....	17
4.2. Veri Toplama Araçları.....	17
4.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	17
4.2.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I).....	17
4.2.3.DSM-III-R Eksen II Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II) ..	17
4.2.4.Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği ve Belirti Kontrol Listesi	17
4.2.5.Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI).....	18
4.2.6.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ).....	18
4.2.7.Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ).....	18
4.2.8.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ).....	18
4.2.9.Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES).....	19
4.2.10.Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (ADDÖ).....	19
4.2.11.Duygu Dışavurum Ölçeği (DDÖ).....	19
4.2.12.Duygu Dışavurum Düzeyi Ölçeği (DDDÖ).....	20
4.3.Verilerin İstatiksel Analizi.....	20
5.BULGULAR.....	21
5.1. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Sosyodemografik Verileri ve Klinik Özellikleri.....	21
5.2.Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Başlangıçtaki Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği ile Hamilton Depresyon ve Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....	23
5.3.Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Tedavi Sonrasındaki Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği Puanları, Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	23
5.4.Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Obsesyon ve Kompulsiyonlarının Karşılaştırılması.....	25
5.5.Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Eksen I ve II Eş Tanıları Açısından Karşılaştırılması.....	26
5.6.Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Duygu Dışavurum Düzeyi Açısından Karşılaştırılması.....	27
5.7.Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	28
5.8.Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Çocukluk Çağı Travmaları ve Dissosiyatif Semptomların Hastalık Şiddeti ile İlişkisi.....	29
5.9.Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Hastalık Şiddeti ve Duygu Dışavurumu Arasındaki İlişki.....	30
5.10.Lojistik Regresyon Analizinin Sonuçları.....	32

<b>6.TARTIŞMA</b> .....	35
<b>6.1. Sosyodemografik Veriler ve Klinik Özellikler</b> .....	35
<b>6.2.Eksen I ve II Eş Tanılar</b> .....	38
<b>6.3.Duygu Dışavurumu Düzeyi</b> .....	39
<b>6.4.Çocukluk Çağı Travması ve Dissosiyasyon</b> .....	40
<b>6.5.Çalışmanın Kısıtlılıkları</b> .....	41
<b>7.SONUÇLAR VE ÖNERİLER</b> .....	42
<b>8.KAYNAKLAR</b> .....	43
<b>9.EKLER</b> .....	56



## KISALTMALAR

**ADDÖ:** Aşırı Değerlendirilmiş Düşünce Ölçeği

**CGI:** Klinik Global İzlenim Ölçeği

**ÇÇTÖ:** Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

**DD:** Duygu Dışavurumu

**DDÖ:** Duygu Dışavurumu Ölçeği

**DDDÖ:** Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği

**DES:** Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

**HADÖ:** Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

**HDDÖ:** Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

**OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk

**SGİ:** Serotonin Gerilim İnhibitörü

**SSGİ:** Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörü

**YBOKÖ:** Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması.....	21
<b>Tablo 2.</b> Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	22
<b>Tablo 3.</b> Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Başlangıçtaki Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği, Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği ile Hamilton Depresyon ve Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması .....	23
<b>Tablo 4.</b> Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Tedavi Sonrasındaki Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	24
<b>Tablo 5.</b> Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarında Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	24
<b>Tablo 6.</b> Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Obsesyon ve Kompulsiyonların Karşılaştırılması.....	25
<b>Tablo 7.</b> Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Eksen-I Eş tanılarının Karşılaştırılması.....	26
<b>Tablo 8.</b> Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Eksen-II Eş tanılarının Karşılaştırılması.....	27
<b>Tablo 9.</b> Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Duygu Dışavurum Ölçeği ve Duygu Dışavurum Düzeyi Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	28
<b>Tablo 10.</b> Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	29
<b>Tablo 11.</b> Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ve Dissosiyatif Düşünceler Ölçeğinin Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği ile Arasındaki İlişki .....	30
<b>Tablo 12.</b> Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği ile Duygu Dışavurum Ölçeği ve Duygu Dışavurum Düzeyi Ölçeği Arasındaki İlişki.....	31
<b>Tablo 13.</b> Tedaviye Direnci Öngörmede Sosyodemografik Yordayıcıların Bağımsız Etkisini Değerlendirmek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi.....	33
<b>Tablo 14.</b> Tedaviye Direnci Öngörmede Klinik Yordayıcıların Bağımsız Etkisini Değerlendirmek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi.....	33
<b>Tablo 15.</b> Tedaviye Direnci Öngörmede Bazı Yordayıcıların Bağımsız Etkisini Değerlendirmek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi .....	34



## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanılı bireylerde ilaç tedavisine direnci yordayıcı faktörleri araştırmaktır.

**Gereç ve yöntem:** Çalışmaya, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, DSM-5 tanı kriterlerine göre obsesif kompulsif bozukluk tanısını karşılayan, tedavi başlangıcında Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeği (YBOKÖ), Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ) ve Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği (HADÖ) puanları kaydedilmiş ve düzenli poliklinik kayıtları tutulmuş hastalar dahil edildi. YBOKÖ puanlarında %25'den az düşme gözlenenler ve CGI-I  $\geq$  4 olanlar "dirençli", %35'den fazla azalma gözlenen ve CGI-I 1-2 olanlar ise "dirençli olmayan" grup olarak belirlendi. Her iki gruptaki hasta sayıları 30 olacak şekilde hasta alındı. Tüm hastalar, DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I), DSM-III-R Eksen II Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II), Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Belirti Kontrol Listesi, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ), Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI), Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (ADDÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) ve Duygu Dışavurum Düzeyi Ölçeği (DDDÖ) ile değerlendirildi. Hasta yakınlarına Duygu Dışavurum ölçeği (DDÖ) uygulandı.

**Bulgular:** Tedaviye dirençli OKB hastalarının daha çok il merkezi dışında yaşadığı, hastalık başlangıç yaşlarının daha erken, hastalık sürelerinin daha uzun, ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün daha sık, içgörülerinin daha az olduğu saptandı. Tedaviye dirençli OKB hastalarının, dirençli olmayan gruba kıyasla hastalık şiddetinin, depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu. Gruplar arasında obsesyon ve kompulsiyon alt tipleri açısından farklılık saptanmadı. Tedaviye dirençli grupta majör depresyon ve A kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı daha sık bulundu. Gruplar arasında eksen-I ve II eş tanısının varlığı açısından farklılık yoktu. Tedaviye dirençli OKB hastalarının daha fazla cinsel istismara maruz kaldığı saptandı. Gruplar arasında dissosiyatif semptomlar ve algılanan duygu dışavurum düzeyi açısından farklılık olmadığı görüldü. Tedaviye dirençli grupta hasta yakınlarının ifade ettiği duygu dışavurumu daha yüksek olarak saptandı. Lojistik regresyon analizi sonucunda yüksek YBOKÖ toplam puanının ve ailede ruhsal hastalık (Eksen-I) varlığının ilaç tedavisine direnci yordamada etkili olduğu belirlendi.

**Sonuç:** Çalışmamızın sonucunda, hastalık şiddetinin fazla olmasının ve ailede psikiyatrik hastalık varlığının bağımsız bir şekilde tedavi yanıtını olumsuz etkilediği, tedaviye direnç riskini arttırdığı görülmüştür. İl merkezi dışında yaşamak, erken başlangıç yaşı, hastalık süresinin uzun olması, içgörünün az olması, A kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı, çocukluk çağında cinsel istismar varlığı ve aşırı koruyucu kollayıcı aile tutumunun da tedaviye kötü yanıtla ilişkili olduğu saptanmıştır. OKB tanılı bireylerin, kişilik örgütlenmesinin değerlendirilmesi, ailede ruhsal hastalık öyküsünün sorgulanması tedavi yanıtları ile ilgili fikir verebilir. Tedaviye dirençli hastalarda cinsel travmanın araştırılması ve buna yönelik tedavi girişimlerinde bulunulması tedavi yanıtını arttırabilir. Özellikle tedavi sürecine ailelerin de dahil edilmesinin tedaviye yanıtta olumlu etkisi olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Obsesif kompulsif bozukluk, ilaç tedavisi, direnç, yordayıcılar

## SUMMARY

**Aim:** The aim of this study is to investigate the predictive factors related to pharmacotherapy resistance in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD).

**Material and Methods:** Sixty OCD patients who have to applied Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry OCD according to DSM-5 diagnosis criterias were included in the study. The patients who are on treatment and who have applied Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) in the begining of the treatment were included in the study. The group who has showed less than 25% decrease in YBOCS score and CGI-I  $\geq 4$  was defined as treatment resistant. The group who has showed more than 35% decrease in YBOCS score and CGI-I 1-2 is was defined as treatment responder. Thirty patients were included in each groups. All of the patients were evaluated by Structured Clinical Interview *for* DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Structured Clinical Interview *for* DSM-III-R Axis II Disorders (SCID-II), Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Yale-Brown obsessive compulsion symptoms checklist, Hamilton Depression Rating Scale, Hamilton Anxiety Rating Scale, Clinical Global Impressions Scale, Childhood Trauma Questionnaire, Dissociative Experiences Scale, Level of Expressed Emotion. Expressed Emotion Scale were applied to the relatives of patients.

**Results:** It was found from the study that treatment resistant OCD patients usually live out of city center. Their duration of disease was longer, the age of onset of the disease was earlier and their insight were poorer than the other group. Family history of psychiatric disorders were seen more often in treatment resistant OCD patients. Severity of disease, depression and anxiety levels were higher in treatment resistant OCD patients than the responders. There were no differences between subtypes of obsessions and compulsions in two groups. Comorbidity of major depression and cluster A personality disorder were found more in treatment resistant OCD group. No difference was found between two groups according to Axis I and II comorbidity. We found higher rates of sexual abuse in treatment resistant OCD patients. There were no differences between in two groups in terms of dissociative symptoms and level of patient's expressed emotions. In contrary, expressed emotions of patients relatives were found higher in treatment resistant OCD patient group. We applied logistic regression analysis higher YBOCS total score and psychiatric disease (Axis-I) comorbidity in family members were found as predictors of medical treatment resistance OCD.

**Conclusion:** We showed that the severity of disease and psychiatric disease comorbidity in family members independently effects the treatment response negatively. We showed that living out of city center, duration of disease, family history of psychiatric disorders, severity of disease, poor insight, cluster A personality disorder, comorbidity, history of sexual abuse and emotional over involvement of family were associated with poor response to treatment. Evaluation of personality organization and asking for family history of psychiatric disorder could give us knowledge about treatment response in OCD patients. Asking of sexual trauma history in treatment resistant patients and working with trauma during the treatment may increase the treatment response. Working with the family members during the therapy may increase the treatment response in OCD patients.

**Key words:** Obsessive compulsive disorder, pharmacotherapy, resistant, predictor

## 1. GİRİŞ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süregelen ve kişinin işlevselliğinde belirgin bir bozulmaya neden olan psikiyatrik bir bozukluktur (Sadock 2007). OKB hastaları serotonin geri alım inhibitörü (SGİ) tedavisine, kullanılan doza ve tedaviye yanıt ölçütündeki farklılıklara bağlı olarak, %40-60 arasında değişen oranlarda yanıt vermektedir (Tükel ve Demet 2006a). Ancak yapılan çalışmalarda ilk basamak tedavileri sonunda hastaların %20-30'unun tedaviye yanıt vermedikleri görülmektedir (Rasmussen ve ark. 1993; Jenike ve ark. 1994).

OKB tanılı hastaların ilk basamak tedavisine yanıtızsızlık oranlarının yüksek olması, OKB'de yeni tedavi arayışlarını ve alternatif tedavi stratejileri oluşturma yönünde çabaları gündeme getirmiştir (Tükel ve Demet 2006a). Ancak hangi hasta ve/veya hastalık özelliklerinin ilaç tedavisine cevabı etkilediği sorusu, tedaviyi yönlendirebilecek kadar açıklığa kavuşturulamamıştır. Tedaviye yanıt vermeyen hastalarda, tedavi yordayıcılarını belirlemek için yapılan çalışmalar ise net öneriler sunamamıştır (Pallanti ve ark. 2012).

Bu çalışmada, tedaviye yanıt vermeyen Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanılı hastalarda, tedavi direncini yordayıcı faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

#### 2.1. Tanım

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonlar ile karakterize ruhsal bir bozukluktur. Obsesyon, istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemlerdir. Kompulsiyon, kişinin obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulaması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

#### 2.2. Epidemiyoloji

OKB'nin sıklık ve yaygınlığını saptamak son derece güçtür. Hastaların bir kısmının semptomlarını gizlemesi, ağır işlev bozukluğu ortaya çıkıncaya kadar sağaltım için başvurmamaları, bozukluğun ortaya çıkarılmasını güçleştirmekte ve gizli kalmasına neden olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin 2008). 1988 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan alan tarama çalışmasının sonuçlarına göre, OKB'nin genel toplumda yaşam boyu prevalansı %2,5 olarak bulunmuştur. Sonuçlar OKB'nin major depresyon, fobiler, alkol/ilaç kötüye kullanımından sonra dördüncü sıklıkta görülen ruhsal bozukluk olduğunu, şizofreni ve panik bozukluktan iki kat daha sık görüldüğünü göstermiştir (Flament ve ark.1988).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre, 12 aylık bir sürede genel toplumda OKB oranı %0,5 olarak tespit edilmiştir (Kılıç 1998). Ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalarda yaşam boyu yaygınlığı %2,5-6,2 arasında, 12 aylık yaygınlığı %0,5-5,6 arasında tespit edilmiştir (Doğan 1995; Kırpınar ve ark. 1997; Çilli ve ark. 2004).

#### 2.3. Etiyoloji

##### 2.3.1. Psikososyal Kuramlar

##### Psikanalitik Yaklaşım:

Freud'a göre OKB, nörozların prototipi ve psikanalizin en ilgi çekici ve verimli alanlarından biridir. "Hastanın, ödipal dönemin çatışmaları ile baş edemediği, anksiyete duyduğu ve daha önceki bir psikoseksüel gelişim dönemine -anal sadistik döneme- gerilediği kabul edilir. Anal döneme gerilemenin ise ön koşulu anal döneme fiksasyondur. Cinsel ve

saldırgan dürtülerini yalıtma (izolasyon), karşıt tepki kurma (reaksiyon formasyon) ve yapma bozma (doing-undoing) savunma mekanizmaları yardımı ile bilinçdışında tutmaya çalışır” (Topçuoğlu 2003).

Nesne ilişkileri yaklaşımı OKB'nin kökenlerini kişilerarası ilişki yaşantılarında görür. Bu yaklaşıma göre çocuk ve bakım veren arasındaki ilişki, bu ilişki sırasında yaşanan duygular ve tüm bu bağlamın ayrı ayrı ama birbirleriyle bağlantılı temsilleri önemlidir. OKB'de temel sorun erken yaşlarda içselleştirilen “diğeri” temsilinin, “aşırı kontrol edici, eleştirel ve kuralcı” olmasıdır. Leib (2001), bu hastaların çoğunda omnipotan ve aşırı koruyucu olarak içselleştirilmiş anne tasarımları ile kurulan ilişkinin, hastalığın gelişiminde rol oynadığını ileri sürmüştür.

### **Bilişsel Davranışçı Yaklaşım:**

Mowrer'in “iki basamaklı öğrenme kuramı” OKB'nin oluşumu ve devamını açıklamak için kullanılmıştır. Bu kurama göre klasik koşullanmayla öğrenilen korku, edimsel koşullanmayla artarak pekişir. Öğrenme ilkelerine göre obsesyonlar koşullanmış uyaranlardır ve anksiyeteye neden olurlar. Birey anksiyeteden korunmak için kaçma, kaçınma veya tekrarlayıcı (kompulsiyon) davranışlar geliştirir. Bireyin anksiyetesini azaltan bu davranışlar pozitif pekiştireç görevi görür ve aynı davranışların artmasını sağlar. Anksiyetesi arttıkça kaçma-kaçınma, tekrarlayıcı davranışları daha fazla kullanır ve böylelikle bir kısır döngü içine girmektedir (Sungur 2006).

Clark, OKB'de kognitif bileşenin davranışçı terapiye eklenmesinin gerektiğini belirtmiştir. Modele göre; inatçı tekrarlayıcı düşünce/imge ya da dürtü ancak kişinin oluşturabileceği olası zarardan kendisini sorumlu tutacak şekilde değerlendirilirse artmış anksiyete ve huzursuzluğa neden olur. Bunun sonucunda da kişi algıladığı sorumluluğu azaltmaya yönelik yansızlaştırma yanıtlarına başvurur. Yansızlaştırma çabaları ritüeller, kaçınma davranışları, ruminasyonlar, kompulsiyonlar, sorumluluğu paylaşırma çabaları gibi çok çeşitli olabilir (Şenormancı ve ark. 2012).

### **2.3.2. Biyolojik Kuramlar**

İkiz, aile ve moleküler genetik çalışmaları OKB'de genetik geçişin rolü olduğunu göstermektedir. Erken başlangıçlı ve tik bozukluğunun eşlik ettiği OKB olgularında genetik geçişi destekleyen sonuçlar elde edilmiştir (Pauls ve ark.1991). Aile çalışmalarında OKB'si olan bireylerin ailelerinde OKB görülme sıklığı %3,4-25 olarak saptanmıştır (Tükel ve ark.

2006d). İkiz çalışmalarında eş hastalanma oranının %47-87 arasında olduğu belirtilmiştir (Carey ve Gottesman 1981).

OKB’de serotonin gerilim inhibitörlerinin (SGİ) obsesif kompulsif belirtileri azaltması ile OKB patogenezinde serotoninin rolü olduğu ileri sürülmüştür. Serotonerjik sistemde anormallik, özellikle presinaptik serotonin reseptörlerinin aşırı duyarlılığının (5HT-1D) OKB etiyojisinde rolü olduğu düşünülmüştür (Zohar ve ark. 2004).

OKB oluşumunda dopamin düzenlenmesinde bozukluk olabileceği düşünülmüştür (Laplane ve ark. 1989). SGİ tedavisine dirençli olgularda antipsikotik tedavinin eklenmesi ile tedaviye yanıt oranlarında artış olması, OKB’nin artmış dopamin nörotransmisyonuyla ilişkili olabileceği izlenimini vermiştir.

Beyin görüntüleme çalışmalarında, orbitofrontal korteks ve bazal gangliyonlarda, kontrollere göre metabolizma artışı olduğu sonucu elde edilmiştir (Hosier ve Wald 1989; Sawle ve ark. 1991). OKB patogenezinde orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks ve bazal gangliyonlar başta olmak üzere frontal subkortikal devrelerde işlev bozukluğu olduğu düşünülmektedir (Tükel ve ark. 2006c).

OKB patogenezinde immun mekanizmaların rol oynayabileceği düşünülmüştür. Streptokok enfeksiyonu sonrasında bazal ganglionlarda otoimmün reaksiyon sonucu obsesif kompulsif belirtiler açığa çıkabilmektedir. A grubu streptokok enfeksiyonlarıyla ilişkili, çocukluk çağına ait OKB ve tik bozukluklarına “pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik hastalıklar (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Diseases Associated to Streptococcal Infections: PANDAS)” ismi verilmiştir (Tükel ve ark. 2006c).

#### **2.4. Tanı ve Klinik Özellikler**

Obsesif kompulsif bozukluk, yapılandırılmış sınıflandırma sistemlerine ilk kez 1980’de yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-III) ile girmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği 1980). DSM-IV-TR’de anksiyete bozuklukları içinde sınıflandırılmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2005). DSM-5’te ise obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar başlığı altında aşağıdaki gibi tanımlanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

A. Obsesyonlar ve /veya kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

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



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

Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

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

(2) Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır. Ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar 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. Obsesif kompulsif belirtiler, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

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

**Varsa belirtiniz:**

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımındadır.

İçgörüsü kötü: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

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

### **Varsa belirtiniz:**

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

OKB, yineleyici obsesyonlar ve/veya kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süregelen, kimi zaman epizodik gidiş gösteren, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir hastalıktır. OKB tipik olarak geç ergenlikte ya da erken erişkinlikte başlamaktadır (Tükel ve ark. 2006d). Büyük çoğunlukta başlangıç 18-25 yaşları arasındadır (Öztürk ve Uluşahin 2008). Ancak OKB'li erişkin hastaların üçte ikisi belirtilerin 15 yaşından önce başladığını bildirmişlerdir (Rapoport 1990). Erken başlangıcın, OKB'de ayırt edici bir özellik olduğu belirtilmektedir. Erken ve geç başlangıçlı hastalar arasında obsesif kompulsif belirtilerin sayısı, dağılımı ve şiddeti açısından farklılıkların olduğu bildirilmiştir. Araştırmalara göre erken başlangıçlı OKB hastalarında, kompulsiyonların obsesyonlardan daha önce ortaya çıktığı, obsesyon ve kompulsiyonların sayısının daha fazla ve belirti şiddetinin daha yüksek olduğu, tik bozukluklarının ve öğrenme güçlüğü'nün daha sık olduğu, tedaviye yanıtın daha kötü olduğu ve kalıtsal etmenlerin daha yüksek oranda bulunduğu belirlenmiştir (Goodman ve ark. 1995; Rosario-Campos ve ark. 2001).

Erişkin hastalarda kadın erkek eşit bir dağılım gösterirken, çocuk ve ergen hastalarda erkeklerin oranı kadınlara kıyasla 1,5-2,5 kat daha fazladır. Çocukluk çağı başlangıçlı OKB'lerin %70'inin erkek olduğu bildirilmiştir (Swedo ve ark. 1989).

Hastaların %25-65'inde ise, hastalık, doğum, gebelik ya da aile üyelerinden birinin ölümü gibi bazı olaylar ortaya çıkarıcı rol oynamaktadır (Lensi ve ark. 1996).

Hiç evlenmemiş OKB hastalarının oranı %48 olarak bildirilmiştir (Eisen ve Rasmussen 2002). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, OKB'li hastalarda bekar olanların oranı %68 bulunmuştur. Evli olmanın ise OKB'nin remisyona girme oranını arttırdığı bildirilmiştir (Tükel ve Demet 2006a). Erkeklerin özellikle bekar olanların tedaviye daha kötü yanıt verdikleri ve işlevselliklerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (Matsunaga ve ark. 2000).

Obsesif kompulsif bozuklukta en sık görülen obsesyon, kirlenme obsesyonudur. Bu hastaların yaklaşık % 50'sini etkiler. İkinci sık görülen patolojik kuşkulardır ve %40 oranında görülür. Diğer obsesyonların görülme oranları ise somatik %30, simetri %30, agresif %30, cinsel %25 ve dinsel obsesyonlar %10 şeklindedir. Olguların %70'inde iki ya da daha fazla obsesyon bir aradadır. Kompulsiyonlar ise kontrol etme %60, yıkama %50, sayma %35, sorma-anlatma ya da dua etme %35, simetri ve düzen %30, biriktirme %20 oranlarında görülmektedir (Şahin ve Böke 2007).

OKB'li hastaların yaklaşık %40'ında sadece obsesyon, %30'unda sadece kompulsiyon, %30 kadarında da hem obsesyon hem kompulsiyon bulunmaktadır (Şahin ve Böke 2007). Kompulsiyonların eşlik etmediği saf obsesyonlar, daha çok saldırganlık, cinsellik, somatik ve dini obsesyonlardır (Şahin ve Böke 2007; Tükel ve ark. 2006d). Bu grubun tedaviye yanıtının kötü olduğu bildirilmiştir (Şahin ve Böke 2007).

Simetri ve biriktirme obsesyonları alt tipinde, global işlevsellikte azalma ve OKB şiddeti daha yüksek bulunmuştur. Biriktirme obsesyonu olanlarda hastalık süresi daha uzun, hastalık başlangıç yaşı diğer alt tiplere oranla daha erken, evlenme oranı daha düşük, içgörü zayıf ve SGI tedavisine yanıt zayıf olarak bulunmuştur (Matsunaga ve ark. 2010).

## **2.5. Eş Tanılar**

OKB'li hastaların %55-92'sinde bulunan eş tanılar, olumsuz tedavi sonuçları ile ilişkilendirilmiştir (Hofmeijer-Sevink ve ark. 2013; Pigott ve ark. 1994). Eşlik eden bozukluk sayısı arttıkça, belirti şiddetinin arttığı gözlenmiştir (Tükel ve ark. 2002). En sık komorbid bozukluk majör depresif bozukluktur. Hasler ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışmada depresyon eş tanısının, saldırganlık ve cinsel temalı obsesyonlar ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Quarantini ve arkadaşları (2011) ise depresyon eş tanısının yalnızca OKB'nin şiddeti ile ilişkili olduğunu, herhangi bir belirti alt boyutu ile ilişkisinin olmadığını bildirmiştir. İçgörüsü olan ve olmayan OKB'li hastaların karşılaştırıldıkları bir çalışmada, içgörüsü az olan grupta komorbid psikiyatrik hastalıkların daha fazla olduğu bildirilmiş, depresyon (%72) en sık olmak üzere, kronik tik boz %20, panik bozukluk %12, yaygın anksiyete bozukluğu %8, sosyal fobi %8 oranlarında saptanmıştır (Kishore ve ark. 2004).

Çocuklukta tik bozukluğu olan hastaların %41'i erişkin yaşamda OKB tanısı almaktadır (Kenneth ve Mark 2007). Çocukluk çağında başlayan OKB'nin bu bozukluğun ayrı bir alt tipi olduğu öne sürülmüştür. Puberte öncesi başlangıç, erkek baskınlığı, aile öyküsü, yüksek oranda tik ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DHEB) komorbiditesi ile erişkin OKB'den farklılık göstermektedir (Leckman ve ark. 1994). Tik bozukluğu ve OKB

komorbid olan hastalarda, hastalık başlangıç yaşı daha erken, simetri, cinsel, saldırganlık obsesyonları daha fazla bulunmaktadır (Ferrão ve ark. 2009). Erken başlangıç yaşı, tik bozukluğu komorbiditesinin olması, tedavi sonuçlarının olumsuz olması ile ilişkili bulunmakla birlikte (Stewart ve ark. 2004), çocukluk döneminde başlayan OKB'nin prognozunun yetişkinlik döneminde başlayana göre daha iyi olduğu ve tik bozukluğu birlikteliğinin iyi prognoz ile ilişkili olduğu da bildirilmiştir (Bloch ve ark. 2009).

Japonya'da yapılan çalışmada OKB tanısına sahip hastaların yaklaşık %53'ünün en az bir kişilik bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı belirtilmiş ve en sık C kümesi kişilik bozukluğu (obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, çekingen kişilik bozukluğu), ikinci sıklıkta A kümesi kişilik bozukluğu (paranoid kişilik bozukluğu, şizotipal kişilik bozukluğu) saptandığı bildirilmiştir (Matsunaga ve ark. 1998). Erkeklerde A kümesi, özellikle şizotipal kişilik özellikleri, kadınlarda ise bağımlı ve borderline kişilik özelliklerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (Matsunaga ve ark. 2000). Aynı araştırmacılar içgörüsü zayıf olan OKB hastalarında, A kümesi kişilik bozukluğu komorbiditesini anlamlı oranda yüksek bulunurken, şizotipal kişilik bozukluğu komorbiditesinin kötü prognoz ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir (Matsunaga ve ark. 2002). Bellino ve arkadaşları (2005) obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun içgörü kaybına karşı koruyucu olabileceğini ileri sürmüşlerdir.

## **2.6. Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü**

İçgörü; genel olarak hastalığının farkında olma şeklinde tanımlanır. OKB'de içgörü, obsesyonların ve kompulsiyonların mantıksız olduklarını, akla yatkın olmadıklarını değerlendirebilmek, bunlara karşı koyma çabası içinde olmak ve karşı koyma girişiminde bulunabilmektir (Bulut ve ark. 2014). OKB hastalarının bir kısmında belirtilerine yönelik içgörülerinin değişken derecelerde bozulduğu, obsesyon ve kompulsiyonlarının mantıksız olduğunu kabul etmedikleri gözlenmektedir. DSM tanı sınıflamasında OKB hastalarının belirtilerine yönelik içgörülerinin eksiksiz olması gerekliliği ölçütü çıkarılmış ve DSM-5 ile birlikte hastaların belirtilerine yönelik içgörülerini, içgörü iyi/kötü/yok-sanrısız şeklinde bir yelpaze içinde değerlendirilmiştir. Obsesyonların bir uçta, sanrıların bir uçta bulunduğu bu modelde, 'aşırı değer verilmiş düşünceler (*Overvalued Ideas*)' orta noktadadır (Kozak ve Foa 1994).

Çeşitli çalışmalarda, OKB hastaları arasında "içgörünün az olduğu OKB" oranı % 15-36 arasında bildirilmiştir (Catapano ve ark. 2001; Matsunaga ve ark. 2002; Kishore ve ark. 2004).

OKB'li hastalarda, içgörünün az olması ile hastalığın klinik özellikleri ve tedavi prognozunu değerlendiren çalışmalar yapılmıştır. OKB'de içgörü azlığının; hastalık şiddetinin fazla olması (Catapano ve ark. 2001; Kishore ve ark. 2004; Alonso ve ark. 2008), hastalık başlangıç yaşının daha erken olması, hastalık süresinin uzun olması (Kishore ve ark. 2004), eğitim süresinin daha az olması ( Catapano ve ark. 2001; Alonso ve ark. 2008), ailede OKB öyküsünün daha fazla olması (Catapano ve ark. 2001; Bellino ve ark. 2005), biriktirme obsesyon ve kompulsiyonlarının, somatik obsesyonların (Kishore ve ark. 2004; Matsunaga ve ark. 2010) ve kontrol kompulsiyonlarının daha sık olması (Elvish ve ark. 2010), eşlik eden depresif semptom şiddetinin daha fazla olması (Alonso ve ark. 2008) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

İçgörüsü az olan OKB hastalarında, çocukluk çağı psikiyatrik hastalığı ve birinci derece yakınlarında şizofreni spektrum bozukluğu tanısının daha yüksek oranda olduğu (Catapano ve ark. 2001), eş tanıların ( Kishore ve ark. 2004; Elvish ve ark. 2010) ve şizotipal kişilik bozukluğunun daha sık olduğu bildirilmiştir (Matsunaga ve ark. 2002). Yapılan çalışmalarda içgörü azlığının ilaç tedavisine kötü yanıt ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Catapano ve ark. 2010; Vyskocilova ve ark. 2016).

## **2.7. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Duygu Dışavurumu**

Tarihsel olarak duygu dışavurumu (DD) kavramı, Brown ve arkadaşlarının 1950'lerde Londra'da başlatmış oldukları bir seri çalışmaya dayanır. Bu çalışmada, taburcu sonrası ailesinin yanında yaşayan şizofreni hastalarının, bir kurumda yaşayanlara göre kötü bir gidiş gösterdikleri saptanmıştır (Brown ve ark. 1958). Benzer çalışmayı 1 yıl izlem sonrası nüks oranlarını tespit etmek amacıyla yapmışlar ve ailesinin yanında yaşayan hastalarda nüks oranlarının bir kurumda yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmalarla, hasta yakınlarından hastaya yönelen duyguların önemli olduğu bildirilmiştir (Brown ve ark. 1962).

DD, genel olarak aile tutumlarının bir ölçüsü olup; hasta hakkında aile üyeleri tarafından yapılan eleştirelilik, düşmancıl tutumlar, aşırı müdahalecilik ve duygusal aşırı ilginin düzeyini yansıtır. Yani DD, hastanın değil, aile üyelerinin bir özelliğidir. Yüksek DD, hastaya karşı yüksek şiddette “eleştirelilik”, “düşmancıl oluş”, “aşırı müdahalecilik” ya da “duygusal aşırı ilgi”yi kapsar (Kavanagh 1992).

Duygu dışavurum düzeyinin şizofreni, duygudurum bozuklukları ve yeme bozukluklarında relapslarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Butzlaff ve Hooley 1998).

OKB’de DD’nun rolü üzerine az çalışma bulunmaktadır. OKB semptomları gösteren 49 çocuğun annelerinin %76’sında, babalarının %46’sında yüksek DD bulunduğu, bu oranların psikiyatrik bozukluğu olmayan kontrol grubu çocukların ailelerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Hibbs ve ark. 1991).

Aile içi “eleştirelilik”, bir aile üyesinin diğer aile üyeleri tarafından eleştirildiği, küçük düşürüldüğü, reddedildiği yahut onaylanmadığı, kınandığı ile ilgili kavramlara işaret eder. De Berardis ve arkadaşları (2008) içgörüsü zayıf/yok olan OKB hastalarında, algılanan DD düzeyi ve hastalık şiddetinin içgörüsü iyi olan hastalara kıyasla önemli derecede yüksek olduğunu saptamışlardır. Yanı sıra algılanan ailesel eleştiri düzeyinin (eleştirelilik) OKB’de belirti şiddeti ve depresif semptomların şiddetli olması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (De Berardis ve ark. 2008).

OKB’de, ailelerin ifade ettiği ve hastanın algıladığı duygu dışavurum düzeyleri ile hastaların içgörü düzeyi ilişkili bulunmuştur. İçgörüsü az olan OKB’de DD, içgörüsü iyi olan OKB hastalarına göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Özkiris ve ark. 2015).

OKB’de tedavi sonuçları üzerine DD etkisini inceleyen bir çalışmada DD parametresi olan “düşmancıl oluş”un, anksiyete bozukluklarında olumsuz tedavi sonucunun ve tedavinin yarım bırakılmasının en önemli belirleyicisi olduğu bildirilmiştir (Chambless ve ark. 1999). DD parametrelerinin OKB ve agorafobide davranışçı tedavi sonuçları üzerine etkisini inceleyen bir başka çalışmada, 60 OKB hastası ve ailesi incelenmiş, “düşmancıl oluş”un tedavi cevabının düşük olmasının bir belirteci olduğu tespit edilmiştir (Chambless ve ark. 2007).

Literatürde OKB’de tedavi sonuçları üzerine DD’nun etkisini inceleyen başka çalışma bulunamamıştır.

## **2.8. Çocukluk Çağı Travması, Travmatik Yaşam Olayları ve OKB**

Çocukluk çağı travması, geçici olarak kişiyi yardımsız bırakan, dayanma ve savunma gücünü azaltan, ani darbe ya da darbelerin zihinsel bir sonucu olarak tanımlanmaktadır (Terr 1991). Dünya Sağlık Örgütü raporunda aile içinde gelişen travma ile ilgili olarak bir sınıflama yer almaktadır. Buna göre, çocuğun bakımı ile ilgilenen kişiler tarafından yapılan istismar dört grupta incelenebilir; fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal (Turhan ve ark. 2006).

Çocukluğunda cinsel istismara maruz kalanlarda, travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar, majör depresyon, psikotik bozukluklar, somatizasyon bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı, sınır kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, kaçınan

kişilik bozukluğu gibi bir çok psikiyatrik hastalık ile çocukluk çağı travma öyküsünün varlığı arasındaki pozitif ilişki bulunmuştur (Ellason ve Ross 1997; Schäfer ve ark. 2000; Güz ve ark. 2003). OKB'si olan hastalarda kontrollere kıyasla daha fazla çocukluk çağı travması olduğu (Lochner ve ark. 2002), OKB'de olumsuz çocukluk çağı yaşantısı ile psikiyatrik ek tanılar arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Visser ve ark. 2014). Cinsel, dini, saldırganlık ve istifleme obsesyonları, çocukluk çağı travması ile ilişkili bulunmuştur (Akpınar ve ark. 2013).

Bireysel, fiziksel, duygusal veya psikolojik sıkıntıya neden herhangi bir olay, travmatik olayı tanımlar. Bu olaylar kişilerarası çatışma, mal kaybı, eleştiri ya da alay, hastalık, sevilen birinin ölümü, savaş, doğal afetler, kazalar, boşanma ya da sevdiklerinden ayrılma olabilir. Travmatik yaşantılar birçok psikiyatrik bozukluğun gelişiminde etken olabilmektedir. OKB'li hastaların sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında daha fazla travmatik yaşam olayı olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Travmatik olaydan sonra OKB sıklığı % 30 den % 82 arasında değişen sıklıkta bulunmuştur (Cromer ve ark. 2007; Gershuny ve ark. 2008; Fontenelle ve ark. 2012).

Tedaviye dirençli grupta hastaların yaklaşık dörtte biri OKB semptomları başlamadan önce travmatik olay veya stresli yaşam olayı bildirmişlerdir (Bystritsky 2004). Tedaviye dirençli OKB hastaları ile yapılan bir çalışmada hastaların %82'si travma öyküsü bildirmiş ve %39'unun postravmatik stres bozukluğu (PTSB) tanı kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir. Tedaviye dirençli OKB hastalarında PTSB komorbiditesinin tedavi direnciyle ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Gershuny ve ark. 2008). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise tedaviye dirençli OKB hastalarında tedaviye yanıt veren gruba göre travma, dissosiyasyon, depresyon, anksiyete skorları daha yüksek bulunmuştur. Tedaviye dirençli grupta lojistik regresyon analizi sonucunda içgörü azlığı, hastalık süresinin uzun olması ve dissosiyasyon derecesi, tedavi direnci için yordayıcı faktörler olarak bulunurken, travmanın yordayıcı olmadığı bulunmuştur (Semiz ve ark. 2014).

## **2.9. Dissosiyasyon ve OKB**

Dissosiyasyonun kelime anlamı; ayrılma, bölünme, çözülmedir. Benliğin savunma mekanizmalarından birisi olan dissosiyasyon, normalde bütünlük içinde işlev gören düşünce, bellek, duygu ve kimlik gibi süreçlerde ayrılma ya da değişmedir. Başlangıçta normal olarak travmatik yaşantının üstesinden gelme çabası ile kullanılan dissosiyasyon, zamanla patolojik bir sürece dönüşmektedir (Şar 1997). Dissosiyatif belirtiler birçok ruhsal hastalığın seyri sırasında ortaya çıkabilmektedir.

Obsesif-kompulsif bozukluk ile dissosiyasyon ilişkisini inceleyen araştırmaların son yıllarda arttığı söylenebilir. Bu konuda yapılmış çalışmaların en eski tarihli olanı Shorvon'a (1946) aittir ve aynı çalışmada depersonalizasyon tanılı hastaların %88'inin obsesif kişilik özelliklerine sahip olduğu bulunmuştur (Pica ve ark. 1997). OKB hastalarında DES ile elde edilen puanlara göre dissosiyasyon belirtilerinin yaygınlığı iki ayrı çalışmada %20 (Goff ve ark. 1992) ve %15,9 (Lochner ve ark. 2004) olarak bildirilmiş ve OKB hastalarında dissosiyasyon belirtilerinin oldukça yaygın olduğu sonucuna varılmıştır. OKB hastalarında kontrol grubunda yer alan bireylerden daha yüksek düzeyde dissosiyasyon saptanmıştır (Merckelbach ve Wessel 2000). Hastalık şiddeti ile dissosiyatif belirtilerin ilişkili olduğu belirtilmiştir (Belli ve ark. 2012). Çalışmalarda yaygın bir sonuç olarak kontrol kompulsiyonları ile dissosiyasyon ilişkisi de ortaya çıkmaktadır (Grabe ve ark. 1999; Rufer ve ark. 2006). Semiz ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada, tedaviye dirençli OKB hastalarında tedaviye yanıt veren gruba kıyasla dissosiyatif yaşantılar ölçeği (DES) puanları daha yüksek bulunmuş ve dissosiyasyonun tedaviye direnç için yordayıcı bir faktör olduğu belirtilmiştir.

## **2.10. Seyir ve Prognoz**

OKB'de belirtiler genellikle yavaş bir başlangıç göstermekle birlikte, bazı hastalarda ani başlangıç gösterebilir. Belirtiler zaman içinde şiddet ve biçim değiştirebilir. Belirtilerin tamamen düzelmesi ya da tam remisyonun görölmesinin nadir bir durum olduğu düşünölmektedir. İzlem çalışmalarında; en yüksek tedaviye yanıt verme ve iyileşme oranı %20, hastalığın ilerlemesi ve kötüye gidiş oranı %5-14 olduğu saptanmıştır (Skoog ve Skoog 1999). Yeterli doz ve sürede uygulanan tedavi sonrasında yanıt oranları %40-60 arasında değişmektedir (Tükel ve Demet 2006a).

## **2.11. Tedavi**

### **2.11.1. İlaç Tedavisi**

OKB'de serotonin gerialım inhibitörleri (SGİ) ve bilişsel davranışçı terapi ilk basamak tedavileri oluşturmaktadır (Pallanti ve ark. 2002). OKB'nin farmakoterapisinde ilk seçenek ilaçlar, çeşitli çalışmalarda etkinlikleri gösterilen seçici serotonin gerialım inhibitörleri (SSGİ) ve klomipramindir. SGİ'leri için optimal doz, tam terapötik etkinin göröldüğu dozdur. Etki görölmediğinde doz kademeli olarak arttırılmalıdır (Tükel ve Demet 2006a). Bir SGİ tedavisine yanıtın olmadığına karar vermek için, tedavinin, o ilaç için kabul edilebilir en



yüksek dozda, en az 12 hafta sürdürülmüş olmalıdır (Tükel 2014). SGI tedavisi ile iyileşme görüldüğünde, ilaç tedavisinin kesilmesinden sonra ortaya çıkan yüksek orandaki nöksler nedeni ile tedavinin etkili dozda ortalama 2 yıl sürdürülmesi gerekmektedir (Tükel ve Demet 2006a).

### **2.11.2. Bilişsel Davranışçı Tedavi**

Obsesif-kompulsif bozuklukta davranışçı terapi oldukça etkili bir tedavi yöntemidir. Tedavinin iki elemanı vardır; obsesyonlarla ilişkili anksiyeteyi azaltmaya yönelik alıştırmaya (exposure), obsesyonel düşünce ya da ritüellerin sıklığını azaltmaya yönelik tepki engelleme (response prevention). Tedavide esas, önce anksiyete oluşturacak durumları uyarmak (exposure) ve daha sonra ardından gelecek yanıtı önlemektir. Bilişsel terapide ise, bilişsel formülasyon yapılır ve obsesif temalardaki algılara odaklanılır. İlgili temanın tehlike algısı, yaşantıyla ilgili katastrofik tahminler, anksiyete beklentisi ve sonuçları, aşırı sorumluluk, düşünce-hareket füzyonu arasındaki ilişki ve mantık dışı çıkarımlar üzerine odaklanmış bilişsel düzeyde bir çalışma yapılır (Tükel ve ark. 2006b; Şahin ve Böke 2007).

### **2.12. Dirençli Olgularda Tedavi Yaklaşımı**

OKB’de genellikle tedaviye yanıt oranları azdır. İlk basamak tedavileri sonunda hastaların %20-30’unun tedaviye yanıt vermedikleri görülmektedir (Rasmussen ve ark. 1993; Jenike ve ark. 1994). OKB’de tedavi yanıtı, başlangıçtaki Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) puanlarında %35 ya da daha fazla azalma olarak tanımlanmaktadır (Pallanti ve ark. 2002). İlaç tedavisine direnç; ilk basamak tedavisi olan SGI’leri ile tedavide başarısız olunmasını ifade eder. Tedaviye yanıtı; biri klomipramin olmak üzere üç farklı SGI tedavisi, antipsikotikle güçlendirme tedavisi ve BDT’den sonuç alınmadığı durumlar için kullanılır (Pallanti ve ark. 2012).

İlk basamak tedavisine dirençli olan olgularda; güçlendirme tedavileri, alternatif tek ilaç tedavileri, damar içi SGI uygulamaları ve ilaç dışı biyolojik tedavi uygulamaları gündeme gelmektedir (Tükel ve Demet 2006a).

### **2.13. İlaç Tedavisine Yanıt İle İlişkili Etmenler**

OKB hastalarının SGI tedavilerine yanıt oranını araştıran çalışmaların sonuçlarına göre %40-60 arasında tedavi yanıtı olduğu gösterilmiştir (Tükel 2014). Tedaviye yetersiz yanıt, tedavi girişimlerinin uygun olmamasıyla, hastanın belirtileriyle, bozukluğun

özellikleriyle, komorbid durumlarla ilgili olabileceği bildirilmiştir (Aronowitz ve Hollander 1997).

Dirençli OKB hastalarının özellikleri incelendiğinde, tedaviye yanıt verenlerden bazı özelliklerle ayrıldığı bulunmuştur. Bu grupta obsesyon ve kompulsiyon sayısı, işlevsel bozulma, intihar girişimi, hastanede yatış sayısı ve travma öyküsü daha çok olduğu gösterilmiş, şizotipal kişilik bozukluğunun eşlik ettiği, genetik yüklülüğünün olduğu ve hastalığa karşı iç görünümün az olduğu belirtilmiştir (Baer ve ark. 1992; Hantouche ve Demonfaucon 2008). Tedaviye yanıt vermeyen OKB hastalarında zayıf içgörü, erken başlangıç yaşı ve istifçilik alt tipinin olumsuz tedavi yanıtının yordayıcıları olduğu tanımlanmakla birlikte, tedavi yordayıcılarını belirlemek için yapılan çalışmalar net öneriler sunamamıştır (Erzegovesi ve ark. 2001; Pallanti ve ark. 2012).

OKB’de sosyodemografik faktörlerin ilaç tedavisine yanıt ile ilişkisini araştıran çalışmalarda, erkeklerin özellikle bekar olanların tedaviye daha kötü yanıt verdikleri, erken başlangıçlı OKB hastalarının geç başlangıçlılara göre kompulsiyonların obsesyonlardan daha önce açığa çıktığı, obsesyon-kompulsiyon şiddetinin daha yüksek olduğu, tedavi yanıtının kötü olduğu bildirilmiştir (Matsunaga ve ark. 2000; Rosario-Campos ve ark. 2001). Ancak ülkemizde yapılan bir çalışmada göçmen olmak dışında herhangi bir sosyodemografik veri, OKB’de tedavi yanıtı ile ilişkili bulunamamıştır (Kutaniş ve ark. 2003b).

Obsesyon ve kompulsiyon alt tiplerinin tedavi yanıtını etkileyebileceği bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda dini, cinsel, simetri, sıralama ve istifleme alt tipleri düşük tedavi yanıtı ile ilişkili bulunmuştur (Alonso ve ark. 2001, Erzegovesi ve ark. 2001, Abramowitz ve ark. 2003, Stein ve ark. 2007). Ancak cinsel, dini ve saldırganlık alt tiplerinin remisyona girme oranlarının daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Besiroglu ve ark. 2007). Hastalık süresinin kısa olması, hastalık şiddetinin düşük olması remisyon için yordayıcı faktör bulunurken (Eisen ve ark. 2013), Dell’Osso ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada hastalık süresinin tedavi yanıtı için yordayıcı bir faktör olduğuna dair kanıt bulunamamıştır. Birçok çalışmada içgörü azlığının tedavi yanıtını olumsuz etkilediği bildirilmiştir. Eş tanılarının OKB’li hastalarda daha kötü işlevsellik ve daha düşük yaşam kalitesi, daha şiddetli OKB belirtileri, intihar davranışı, tedavinin erken dönemde kesilmesi, tedavi arama davranışında artış ve daha düşük tedavi yanıtı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Tükel 2014). OKB hastalarında şizotipal, borderline, çekingen ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun tedaviyi olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Baer ve ark. 1992; Alonso ve ark. 2008).

### 3. AMAÇ

#### 3.1. Amaç

Bu çalışmada OKB tanılı bireylerde ilaç tedavisine direnci yordayıcı faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

#### 3.2. Temel Hipotezler

Tedaviye dirençli OKB tanılı hastalarda tedaviye dirençli olmayan gruba kıyasla;

- Sosyodemografik ve klinik özellikler açısından farklılık vardır,
- Hastalık bulgularına karşı içgöruları azdır,
- Obsesyon ve kompulsiyon alt tipleri farklıdır,
- Daha fazla psikiyatrik hastalık komorbiditesi vardır,
- Çocukluk çağı travması ve dissosiyatif yaşantılar daha sıktır,
- Aile içi duygu dışavurumu yüksektir.

## 4. YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu çalışmanın örneklemini, Ocak 2016 ve Mart 2016 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, DSM-5'e göre obsesif kompulsif bozukluk tanısı konan, tedavi başlangıcında YBOKÖ, HDDÖ ve HADÖ uygulanmış, düzenli poliklinik kayıtları olan ve çalışmayı kabul eden toplam 60 kişiden oluşmaktadır. Tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Çalışma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 24.12.2015 tarih ve 2015/468 sayılı onam alınmış ve ardından veri toplanmaya başlanmıştır.

### 4.1. Uygulama ve Yöntem

#### 4.1.1. Uygulanan Prosedür:

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğinde obsesif-kompulsif bozukluk tanı ölçütlerini karşılayan 18-65 yaş arası hastalar dahil edilme ve dışlanma kriterleri açısından değerlendirildi. Dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar araştırma hakkında bilgilendirildi ve bilgilendirilmiş onam imzası alındı.

Veri toplanması aşamasında, araştırmaya katılan OKB hastalarına, Sosyodemografik Veri Formu, DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID-I), DSM-III-R Eksen II Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID-II), Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği Belirti Kontrol Listesi, Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ), Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (ADDÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Duygu Dışavurum Düzeyi Ölçeği (DDDÖ) uygulanmış olup, hastanın aile üyesine Duygu Dışavurum Ölçeği (DDÖ) uygulanmıştır.

Hasta takiplerinde en az 12 haftadır ilaç tedavisi kullananlar, en az üç farklı SGİ (biri klomipramin olmak üzere) tedavisine yeterli yanıtı olmayanlar, YBOKÖ %25'den az düşme gözlenenler ve CGI-I  $\geq 4$  olan ardışık 30 hasta, tedaviye dirençli grup olarak alındı. SGİ tedavisi ile YBOKÖ %35'den fazla azalma gözlenen ve CGI-I 1-2 olan ardışık 30 hasta tedaviye dirençli olmayan grup olarak alındı.

#### 4.1.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- DSM-5 kriterlerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış olmak
- 18-65 yaş arasında olmak

- 12 haftadır OKB tedavisi için ilaç kullanıyor olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Okuma yazma bilmek

#### **4.1.3. Çalışma Dışı Tutulma Kriterleri**

- Primer nörolojik bozukluk veya mental retardasyonu bulunması
- Geçirilmiş kafa travması veya operasyonu bulunması
- Kognitif mental bozukluk (demans, deliryum) bulunması
- Psikotik bozukluk tanısına sahip olmak
- Bipolar bozukluk tanısına sahip olmak

## **4.2. Veri Toplama Araçları**

### **4.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu**

Sosyodemografik ve klinik özelliklere ilişkin bilgilerin kaydedilmesi amacıyla form hazırlanmıştır (Ek-1).

### **4.2.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I):**

SCID I, 1997 yılında DSM-IV'e göre eksen I bozukluklarının değerlendirilmesi ve tanı konulması amacıyla First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş, şu anda ve yaşam boyu birinci eksen tanısı koymaya yönelik yarı yapılandırılmış görüşme formudur. Özkürkçügil ve arkadaşları (1999) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır.

### **4.2.3. DSM-III-R Eksen II Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II):**

Spitzer ve Williams tarafından 1985'te geliştirilmiştir. Türkçe'ye çevirisi Sorias ve arkadaşları tarafından (1990), geçerlik güvenirlik çalışması ise Coşkunol ve arkadaşları (1994) tarafından yapılmıştır

### **4.2.4. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği ve Belirti Kontrol Listesi:**

OKB tanılı hastada obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla, psikopatolojiyi bilen görüşmeci tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır, ancak semptom şiddetini ölçmek amacıyla yalnızca ilk 10 madde (1b [obsesiyonsuz geçen süre] ve 6b [kompulsiyonsuz geçen süre] dışında) kullanılmaktadır

(Goodman ve ark. 1989). Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması; Karamustafalıoğlu ve arkadaşları (1993) ve Tek ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır (Ek-2). Ölçeğin yanında, geçmişteki ve şu andaki semptomların tanınmasına yardımcı olan Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Belirti Kontrol Listesi bulunmaktadır (Ek-3).

#### **4.2.5. Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI):**

Guy (1976) tarafından, her yaşta tüm psikiyatrik bozuklukların klinik araştırma amaçlı olarak seyirini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. CGI, üç boyutlu bir ölçektir ve psikiyatrik bozuklukları olan kişilerin sağaltıma yanıtlarını değerlendirmek amacıyla yarı yapılandırılmış görüşme sırasında doldurulur. Hastalığın şiddetini ya da düzelmeyen derecesini 0 (hasta değil) ile 7 (çok ağır) arasında derecelendirir (Ek-4).

#### **4.2.6. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ):**

Hastalarda depresif belirtilerin şiddetini ölçmek üzere Hamilton tarafından geliştirilmiş ve Williams tarafından yapılandırılmış hale dönüştürülmüştür (Hamilton 1960; Williams 1988). Tanı koydurucu olarak kullanılmaz, hastalarda depresyonun düzeyini ve semptom şiddet değişimini ölçmek ve gruplar arasında karşılaştırma yapmak için kullanılır. Sorular yapılandırılmıştır ve görüşmeci tarafından uygulanmaktadır. Türkçe'ye geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır (Ek-5).

#### **4.2.7. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ):**

Anksiyete düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek, belirti dağılımını belirlemek amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış ve görüşmeci tarafından uygulanan beşli likert tipi bir ölçektir (Hamilton 1959). Ruhsal ve bedensel belirtileri sorgulayan toplam 14 soru içermektedir. Her soru 0-4 arasında puanlandırılır ve en yüksek toplam puan 56'dır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmış olup, Türkçe formunda kesme puanı hesaplanmamıştır (Ek-6).

#### **4.2.8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ):**

Çocukluk çağındaki duygusal, fiziksel, cinsel kötüye kullanım, fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren 28 soruluk, beşli likert tipi, öz bildirim ölçeğidir (Bernstein ve ark. 1994). Her çocukluk çağı travması tipi için olası puanlar 5 ile 25 arasında değişir. Toplam puan ise 25 ile 125 arasında değişir. Ayrıca travmanın inkarı (minimizasyon) üç soru ile değerlendirilmektedir. Kişinin bu sorulardan kaç tanesine 5 puan verdiği hesaplanarak elde edilen travmanın minimizasyonu puanı, toplam puanı etkilememektedir. Türkiye'de ölçek

puanlarının kesim noktaları ile ilgili herhangi bir düzey bildirilmemiştir. Ancak Şar ve arkadaşları (2012) cinsel ve fiziksel istismar için beş puanın aşılmasının, fiziksel ve duygusal istismar için yedi puanın aşılmasının, duygusal ihmal için 12 puanın aşılmasının, toplam puanın 35 puanı aşmasının pozitif bildirim olarak kabul edilebileceğini önermişlerdir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır (Ek-7).

#### **4.2.9. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES):**

Bernstein ve Putnam (1986) tarafından geliştirilen 28 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin her maddesi için katılımcılar 0-100 arasında puanlama yapmakta, alınan toplam puanların ortalaması hesaplanarak sonuç elde edilmektedir. Ölçekten alınan 30'un üzerindeki puanlar dissosiyatif bozukluğun varlığına işaret etmektedir. Ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması Yargıç ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır (Ek-8).

#### **4.2.10. Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (ADDÖ):**

OKB'de içgörü düzeyinin kantitatif olarak değerlendirilebilmesini sağlamak amacıyla Neziroğlu ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiştir. Psikometrik veriler, ölçeğin iç tutarlılığa, test-yeniden test güvenilirliğine sahip olduğunu ve YBOKÖ'nin 11. maddesi ile  $r=0.67$  düzeyinde korelasyon taşıdığını göstermiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmış hali, Tümkaya ve arkadaşları (2009) tarafından OKB'si olan hasta popülasyonunda kullanılmış ve sonuçları yayınlanmıştır. Ölçeğin geliştirilmesinden sonraki literatürde, "Aşırı Değer Verilmiş Düşünce" OKB'de içgörü azlığının güvenilir bir göstergesi olarak kabul edilmektedir ve ADDÖ puanı 6 ve üzerinde olan hastalar "içgörüsü az olan OKB" olarak kabul edilmiştir. Ölçeğin son şeklinde inancın şiddeti, kesinliği, akla uygunluğu, geçen hafta inancın en düşük ve en yüksek şiddeti, başkalarının aynı inancı paylaşma boyutu ve neden paylaşıp paylaşmadıkları, inancın yarattığı olumsuz sonuçları önlemede kompulsyonların etkililiği, inanca direnme düzeyi ve içgörüyü ölçen 11 madde vardır. Maddeler 1-10 arasında puanlanır. ADDÖ puanı, her bir maddeden alınan puanların ortalamasından elde edilir (Ek-9).

#### **4.2.11. Duygu Dışavurum Ölçeği (DDÖ):**

Berksun (1992) tarafından yapılan bir tez çalışmasında Türkçe'ye çevrilmiş ve geliştirilmiş bir ölçektir. İlişkilerde etkileşime eşlik eden duygusal tonu nitelemek ve ölçmek için, DD kuram ve kavramlarından yola çıkarak hazırlanmış olan DDÖ, hasta yakınlarının, hastasını ve kendilerini algılayışlarını tespit etmeyi amaçlar. En son formunda, doğru – yanlış

seçeneklerinden birinin hasta yakını tarafından işaretlendiği 41 madde bulunmaktadır ve her bir madde 0-1 puan arasında puanlanmaktadır. En yüksek toplam puan, ölçek soru sayısı kadar olup, puan yükseldikçe DD düzeyi yükselmektedir. 29 madde “Eleştirel Oluş (Critisizm) ve Düşmanlık Oluş (Hostility)’u, 12 madde ise “Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı-Müdahalecilik (Emotional Over involvement)’i göstermektedir (Ek-10).

#### **4.2.12. Duygu Dışavurum Düzeyi Ölçeği (DDDÖ):**

Hasta için önemli olan bir kişi ile hasta arasındaki duygusal ilişkinin bazı özelliklerini derecelemek üzere, Kanada’da Cole ve Kazarian (1988) tarafından geliştirilmiş olan bir özdeğerlendirme ölçeğidir. Hastaya uygulanmaktadır. 60 itemden oluşan maddeler, doğru – yanlış biçiminde, anahtar akraba konumunda olan bir kişi ile son bir yıl içindeki ilişkiler göz önüne alınarak işaretlenmektedir ve 0-1 arasında puanlanmaktadır. En yüksek toplam puan, ölçek soru sayısı kadar olup, puan yükseldikçe DD düzeyi yükselmektedir. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması ve geliştirilmesi Berksun (1993) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin her biri 15 maddeden oluşan “Dalıcılık-Müdahalecilik (İntrusiveness)”, “Duygusal Tepki (Emotional response)”, “Hastalığa karşı tutum (Attitude toward illness)”, “Hoşgörü / Beklentiler (Tolerance / Expectation)” olmak üzere 4 alt ölçeği vardır (Ek-11).

#### **4.3. Verilerin İstatistiksel Analizi:**

Araştırma verisi “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklendi ve değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi ve Fisher’in Kesin Testi (Fisher’s Exact Test) uygulandı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Shapiro-Wilk Testi) kullanılarak incelendi. Normal dağılıma uyduğu saptanan değişkenler için iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Student’s T Testi, normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için ise Mann-Whitney U Testi istatistiksel yöntem olarak kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Testi ile değerlendirildi. Çok değişkenli analizde daha önceki analizlerde belirlenen olası faktörler kullanılarak tedaviye yanıtı öngörmedeki bağımsız yordayıcıları lojistik regresyon analizi kullanılarak incelendi. Model uyumu için Hosmer-Lemeshow Testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.



## 5. BULGULAR

Araştırma kapsamında toplam 60 obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanılı hasta incelendi. Çalışmaya katılan OKB tanılı hastaların yaş ortalaması 33,03±11,88 yıl ve %50'si (n=30) erkekti.

### 5.1. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Sosyodemografik Verileri ve Klinik Özellikleri

Çalışma gruplarının sosyodemografik verileri ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması tablo 1-2'de sunulmuştur.

**Tablo 1. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması**

	Direnç (+) (n=30)	Direnç (-) (n=30)	X <sup>2</sup> /Z*	P
<b>Yaş (yıl)</b>	33,40±11,58	32,66±12,36	-0,73*	0,464*
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	13 (43,3)	17 (56,7)	0,60	0,439
Erkek	17 (56,7)	13 (43,3)		
<b>Medeni Durum</b>				
Evli değil	18 (60,0)	19 (63,3)	0,00	1,00
Evli	12 (40,0)	11 (36,7)		
<b>Öğrenim Durumu</b>				
İlköğretim mezunu	10 (33,3)	10 (33,3)	5,23	0,073
Lise mezunu	9 (30,0)	16 (53,3)		
Üniversite mezunu	11 (36,7)	4 (13,3)		
<b>Aktif Çalışma Durumu</b>				
Çalışmıyor	22 (73,3)	25 (83,3)	0,39	0,531
Çalışıyor	8 (26,7)	5 (16,7)		
<b>Yerleşim Yeri</b>				
İl	13 (43,3)	24 (80,0)	7,05	<b>0,008</b>
İlçe/Kasaba/Köy	17 (56,7)	6 (20,0)		

Sürekli değişkenler "ortalama±standart sapma", kategorik değişkenler "sayı (yüzdesi)" şeklinde sunulmuştur.  
\*Mann-Whitney U Testi

Tedaviye dirençli OKB hastaları içinde, il merkezinde yaşayanların yüzdesi, tedaviye dirençli olmayan OKB hastalarından anlamlı olarak düşük saptandı. Diğer taraftan iki grup arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, aktif olarak çalışma durumu açısından anlamlı fark saptanmadı( $p>0,05$ ) (Tablo 1).

**Tablo 2. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması**

	Direnç (+) (n=30)	Direnç (-) (n=30)	X <sup>2</sup> /Z*	P
Hastalığın Başlangıç Yaşı (yıl)	18,73±7,09	23,86±9,81	-2,09*	<b>0,037*</b>
Tedavisiz Geçen Süre (ay)	56,60±74,84	57,53±95,72	-0,42*	0,672*
Toplam Hastalık Süresi (yıl)	14,70±10,35	8,70±9,77	-2,85*	<b>0,004*</b>
Ortaya Çıkarıcı Olay Varlığı	11 (36,7)	10 (33,3)	0,00	1,000
İntihar Girişimi Varlığı	3 (10,0)	3 (10,0)	0,00	1,000
Alkol Kullanımı Varlığı	3 (10,0)	3 (10,0)	0,00	1,000
Çocukluk Çağı Psikiyatrik Hastalığı	9 (30,0)	8 (26,7)	0,00	1,000
Ailede Psikiyatrik Hastalık Varlığı	17 (56,7)	4 (13,3)	10,55	<b>0,001</b>
Ailede OKB Varlığı	17 (56,7)	12 (40,0)	1,07	0,301

Sürekli değişkenler "ortalama±standart sapma", kategorik değişkenler "sayı (yüzdesi)" şeklinde sunulmuştur. \*Mann-Whitney U Testi

Çalışmaya dahil edilen OKB tanılı hastaların ailelerinde OKB görülme oranı %48,3 (n=29) olarak bulundu. Ailelerinde OKB olan hastaların annelerinde OKB görülme oranı %62,2 (n=18), babalarında % 10,3 (n=3), diğer akrabalarında ise % 27,5 (n=8) olarak saptandı. Tedaviye dirençli OKB hastalarının hastalık başlama yaşı, dirençli olmayan OKB hastalarından anlamlı olarak düşükken, toplam hastalık süreleri anlamlı olarak yüksekti. Ailede psikiyatrik hastalık durumu açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Tedaviye dirençli olan ve olmayan OKB hastalarının, tedavisiz geçen hastalık süreleri, ortaya çıkarıcı yaşam olayı ve intihar girişimi varlığı ile çocukluk çağı psikiyatrik hastalık ve ailede OKB varlığı benzerdi ( $p>0,05$ ) (Tablo 2).

## 5.2. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Başlangıçtaki Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği ile Hamilton Depresyon ve Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

Tedaviye dirençli olan ve olmayan OKB hastalarının başlangıçtaki Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon değerlendirme ölçeği (YBOKÖ), Hamilton depresyon (HDDÖ) ve anksiyete (HADÖ) ölçeği puanları ile Aşırı değer verilmiş düşünce ölçeği (ADDÖ) puanlarının karşılaştırılması tablo 3’de sunulmuştur.

**Tablo 3. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Başlangıçtaki Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği, Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği ile Hamilton Depresyon ve Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması**

	Direnç (+)	Direnç (-)	t/Z	P
	(n=30)	(n=30)		
	$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$		
<b>YBOKÖ-Toplam</b>	30,40±4,90	18,00±5,43	9,29	<0,001*
<b>YBOKÖ-Obsesyon</b>	15,43±2,18	9,73±2,96	8,50	<0,001*
<b>YBOKÖ-Kompulsiyon</b>	14,97±3,85	8,27±3,66	6,91	<0,001*
<b>HDDÖ</b>	8,93±7,65	3,03±3,83	-3,57	<0,001**
<b>HADÖ</b>	6,50±6,06	2,83±3,70	-2,83	0,006**
<b>ADDÖ</b>	5,86±1,77	3,40±1,47	-5,86	<0,001**

$\bar{X}$ : Ortalama; S: Standart sapma; YBOKÖ: Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon değerlendirme ölçeği; HDDÖ: Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği; HADÖ: Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği; ADDÖ: Aşırı değer verilmiş düşünce ölçeği \*Student T Testi; \*\*Mann-Whitney U Testi

Tedaviye dirençli OKB hastalarının YBOKÖ toplam puanı ile obsesyon ve kompulsiyon alt ölçek puanları, tedaviye dirençli olmayan OKB hastalarından anlamlı olarak yüksekti. Gruplar arasında HDDÖ, HADÖ ve ADDÖ puanları açısından anlamlı fark saptandı. (Tablo 3).

## 5.3. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Tedavi Sonrasındaki Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği Puanları, Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tedaviye dirençli olan ve olmayan OKB hastalarının tedavi sonrasındaki Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon değerlendirme ölçeği (YBOKÖ) puanları ve tedavi öncesi ve sonrası YBOKÖ puanlarının karşılaştırılması tablo 4-5’de sunulmuştur.

**Tablo 4. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Tedavi Sonrasındaki Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Direnç (+) (n=30)	Direnç (-) (n=30)	z	p*
	$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$		
<b>YBOKÖ-Toplam</b>	29,50±5,44	9,03±4,28	-6,64	<b>&lt;0,001</b>
<b>YBOKÖ-Obsesyon</b>	15,20±2,64	4,80±2,11	-6,66	<b>&lt;0,001</b>
<b>YBOKÖ-Kompulsiyon</b>	14,27±3,81	4,30±2,76	-6,15	<b>&lt;0,001</b>

$\bar{X}$ : Ortalama; S: Standart sapma; YBOKÖ: Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon değerlendirme ölçeği;  
\*Mann-Whitney U Testi

Tedaviye dirençli OKB hastalarının tedavi sonrasındaki YBOKÖ toplam puanı ile obsesyon ve kompulsiyon alt ölçek puanları, tedaviye dirençli olmayan OKB hastalarından anlamlı olarak yüksekti (Tablo 4).

**Tablo 5. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarında Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Direnç (+) (n=30)	Direnç (-) (n=30)
		$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$
<b>YBOKÖ-Toplam</b>	Tedavi Öncesi	30,40±4,90	18,00±5,43
	Tedavi Sonrası	29,50±5,44	9,03±4,28
	<b>z</b>	-2,19	-4,79
	<b>p*</b>	<b>0,029</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>YBOKÖ-Obsesyon</b>	Tedavi Öncesi	15,43±2,18	9,73±2,96
	Tedavi Sonrası	15,20±2,64	4,80±2,11
	<b>z</b>	-0,92	-4,79
	<b>p*</b>	0,356	<b>&lt;0,001</b>
<b>YBOKÖ-Kompulsiyon</b>	Tedavi Öncesi	14,97±3,85	8,27±3,66
	Tedavi Sonrası	14,27±3,81	4,30±2,76
	<b>z</b>	-2,67	-4,67
	<b>p*</b>	<b>0,008</b>	<b>&lt;0,001</b>

$\bar{X}$ : Ortalama; S: Standart sapma; YBOKÖ: Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon değerlendirme ölçeği; TÖ: Tedavi öncesi; TS: Tedavi sonrası \*Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi

Tedaviye dirençli olmayan OKB hastalarında tedavi başlangıcına göre tedavi sonrası YBOKÖ toplam puanı ile obsesyon ve kompulsiyon alt ölçek puanları anlamlı olarak düşmüştü (Tablo 5).

Tedaviye dirençli OKB hastalarında ise tedavi başlangıcına göre tedavi sonrası YBOKÖ toplam puanı ile kompulsiyon alt ölçek puanları anlamlı olarak düşmüşken kompulsiyon alt ölçek puanındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 5).

#### 5.4. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Obsesyon ve Kompulsiyonlarının Karşılaştırılması

Tedaviye dirençli olan ve olmayan OKB hastalarının obsesyon ve kompulsiyonlarının karşılaştırılması tablo 6’da sunulmuştur.

**Tablo 6. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Obsesyon ve Kompulsiyonların Karşılaştırılması**

	Direnç (+) (n=30) Sayı (%*)	Direnç (-) (n=30) Sayı (%*)	X <sup>2</sup>	P
<b>Obsesyonlar</b>				
Temizlik	20 (66,7)	21 (70,0)	0,00	1,000
Kuşku	20 (66,7)	17 (56,7)	0,28	0,595
Saldırganlık	13 (56,7)	7 (23,3)	1,88	0,171
Cinsel	9 (30,0)	6 (20,0)	0,36	0,551
Dini	9 (30,0)	5 (16,7)	0,84	0,360
Somatik	8 (26,7)	3 (10,0)	1,78	0,182
Simetri/Düzen	6 (20,0)	9 (30,0)	0,36	0,551
Biriktirme	4 (13,3)	1 (3,3)		0,353 <sup>a</sup>
Diğer	4 (13,3)	4 (13,3)	0,00	1,000
<b>Kompulsiyonlar</b>				
Temizleme/Yıkama	20 (66,7)	16 (53,3)	0,62	0,429
Kontrol	18 (60,0)	14 (46,7)	0,60	0,438
Tekrarlayıcı/Törenselle	16 (53,3)	11 (36,7)	1,08	0,299
Sayma	8 (26,7)	5 (16,7)	0,39	0,531
Sıralama/Düzenleme	3 (10,0)	7 (23,3)	1,08	0,299
Biriktirme/Toplama	3 (10,0)	2 (6,7)		0,998 <sup>a</sup>
Diğer	8 (26,7)	6 (20,0)	0,09	0,760

\*Sütun yüzdesi; <sup>a</sup> Fisher’in Kesin Testi

Araştırma kapsamında incelenen tedaviye dirençli olan ve olmayan OKB hastaları arasında obsesyon ve kompulsiyon alt tipleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 6).

### 5.5. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Eksen I ve II Eş Tanıları Açısından Karşılaştırılması

Çalışma gruplarına göre eksen-I ve eksen-II eş tanılarının dağılımı tablo 7-8'de sunulmuştur.

**Tablo 7. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Eksen-I Eş tanılarının Karşılaştırılması**

	Direnç (+) (n=30) Sayı (%*)	Direnç (-) (n=30) Sayı (%*)	X <sup>2</sup>	P
<b>Eksen-I Eş tanı Durumu</b>				
Yok	9 (30,0)	15 (50,0)	1,74	0,188
Var	21 (70,0)	15 (50,0)		
<b>Eksen-I Tanılar</b>				
Majör depresif bozukluk	13 (43,3)	3 (10,0)	6,90	<b>0,009</b>
Özgül fobi	6 (20,0)	6 (20,0)	0,00	1,000
Sosyal fobi	5 (16,7)	1 (3,3)		0,195 <sup>a</sup>
Posttravmatik stres bozukluğu	3 (10,0)	3 (10,0)	0,00	1,000
Somatoform bozukluk	2 (6,7)	1 (3,3)		0,998 <sup>a</sup>
Yaygın anksiyete bozukluğu	1 (3,3)	3 (10,0)		0,612 <sup>a</sup>
Panik bozukluk	1 (3,3)	1 (3,3)	0,00	1,000
Agorofobi	0	1 (3,3)	0,00	0,998

\*Sütun yüzdesi; <sup>a</sup> Fisher'in Kesin Testi

Tedaviye dirençli OKB hastalarında majör depresif bozukluk eş tanısı, tedaviye dirençli olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti. Gruplar arasında eksen-I eş tanısı bulunma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 7).

**Tablo 8. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Eksen-II Eş tanılarının Karşılaştırılması**

	<b>Direnç (+)</b> <b>(n=30)</b> <b>Sayı (%*)</b>	<b>Direnç (-)</b> <b>(n=30)</b> <b>Sayı (%*)</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p**</b>
<b>Eksen-II Eş tanı Durumu</b>				
Yok	1 (3,3)	3 (10,0)		0,612 <sup>a</sup>
Var	29 (96,7)	27 (90,0)		
<b>Eksen-II Tanılar</b>				
<b>A kümesi Kişilik Bozukluğu</b>				
Paranoid Kişilik Bozukluğu	7 (23,3)	0		<b>0,011<sup>a</sup></b>
Şizoid Kişilik Bozukluğu	6(20,0)	0		<b>0,024<sup>a</sup></b>
Şizotipal Kişilik Bozukluğu	3(10,0)	0		0,237 <sup>a</sup>
	2(6,7)	0		0,492 <sup>a</sup>
<b>B kümesi Kişilik Bozuklukları</b>				
Histiryonik Kişilik Bozukluğu	8 (26,7)	9 (30,0)	0,00	1,000
Borderline Kişilik Bozukluğu	5 (16,7)	7 (23,3)	0,10	0,747
Narsistik Kişilik Bozukluğu	3 (10,0)	2 (6,7)		1,000 <sup>a</sup>
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	0	0		
	0	0		
<b>C kümesi Kişilik Bozuklukları</b>				
Çekingen Kişilik Bozukluğu	18 (60,0)	20 (66,7)	0,07	0,789
Bağımlı Kişilik Bozukluğu	10 (33,3)	6 (20,0)	0,77	0,381
Obsesif Kişilik Bozukluğu	1 (3,3)	4 (13,3)		0,353 <sup>a</sup>
	14 (46,7)	13(43,3)	0,00	1,000

\*Sütun yüzdesi; \*\*Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi; <sup>a</sup> Fisher'in Kesin Testi

Çalışma grupları arasında A kümesi kişilik bozukluğu bulunma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,011). A kümesi kişilik bozuklukları içinden Paranoid kişilik bozukluğu tedaviye dirençli OKB hastalarının %20'sinde (n=6) saptandı ve tedaviye dirençli olmayan gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Diğer taraftan çalışma grupları arasında eksen-II eş tanısı bulunma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 8).

Ayrıca hastaların hiçbirinde eksen-I eş tanısı olarak alkol bağımlılığı, yeme bozukluğu, uyum bozukluğu ve distimi ile eksen-II eş tanılarında antisosyal kişilik bozukluğu, Self-defeating ve narsistik kişilik bozukluğu yoktu.

## **5.6. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Duygu Dışavurum Düzeyi Açısından Karşılaştırılması**

Çalışma gruplarına göre duygu dışavurum ölçeği (DDÖ) ve duygu dışavurum düzeyi ölçeği (DDDÖ) puanlarının dağılımı tablo 9’da sunulmuştur.

**Tablo 9. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Duygu Dışavurum Ölçeği ve Duygu Dışavurum Düzeyi Ölçeği Puanlarının Dağılımı**

	Direnç (+)	Direnç (-)	Z	p*
	(n=30)	(n=30)		
	$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$		
<b>Duygu Dışavurum Ölçeği</b>				
Eleştirel/Düşmanlı olma	8,50±5,24	6,53±3,24	-1,58	0,114
Aşırı ilgi/Koruyucu kollayıcı müdahalecilik	7,67±2,84	5,47±2,94	<b>-2,65</b>	<b>0,008</b>
TOPLAM	16,17±5,89	12,03±4,60	<b>-2,89</b>	<b>0,004</b>
<b>Duygu Dışavurum Düzeyi Ölçeği</b>				
Müdahalecilik	5,83±3,59	5,80±3,28	-0,10	0,923
Duygusal tepki	4,70±3,28	4,80±2,35	-0,54	0,587
Hastalığa karşı tutum	3,77±2,97	3,63±2,48	-0,08	0,934
Hoşgörü/Beklenti	4,23±3,70	3,57±2,78	-0,41	0,682
TOPLAM	18,53±10,90	17,63±8,12	-0,02	0,982
$\bar{X}$ : Ortalama; S: Standart sapma *Mann-Whitney U Testi				

Tedaviye dirençli OKB hastalarının DDÖ toplam puanı ile aşırı ilgi/koruyucu-kollayıcı müdahalecilik alt ölçek puanları tedaviye dirençli olmayan OKB hastalarından anlamlı olarak yüksekti (Tablo 9).

Diğer taraftan çalışma grupları arasında DDÖ eleştirel/düşmanlı olma alt ölçek puanı ile DDDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

### 5.7. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması

Çalışma gruplarına göre çocukluk çağı travmaları ölçeği (ÇÇTÖ) ve dissosiyatif yaşantılar ölçeği (DES) puanlarının dağılımı tablo 10’da sunulmuştur.



**Tablo 10. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanlarının Dağılımı**

ÇÇTÖ	Direnç (+)	Direnç (-)	Z	p*
	(n=30)	(n=30)		
	$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$		
Duygusal İhmal	11,93±4,53	10,90±3,53	-0,61	0,543
Duygusal İstismar	7,63±3,43	7,60±2,44	-0,63	0,558
Cinsel İstismar	6,73±4,10	5,27±0,98	-2,23	<b>0,025</b>
Fiziksel İhmal	7,43±2,62	7,07±2,35	-0,67	0,501
Fiziksel İstismar	6,20±3,27	5,73±2,13	-0,81	0,419
Minimizasyon	0,23±0,50	0,20±0,48	-0,32	0,750
<b>TOPLAM</b>	39,77±12,64	36,20±7,80	-0,97	0,332
<b>DES</b>	15,57±11,46	12,16±10,26	-0,92	0,355

\*Mann-Whitney U Testi  $\bar{X}$ : Ortalama; S: Standart sapma; ÇÇTÖ: Çocukluk çağı travmaları ölçeği; DES: Dissosiyatif yaşantılar ölçeği

Tedaviye dirençli OKB hastalarının ÇÇTÖ cinsel istismar alt ölçek puanı tedaviye dirençli olmayan OKB hastalarından anlamlı olarak yüksekti. Diğer taraftan her iki grubun ÇÇTÖ toplam puanı ile duygusal ihmal ve istismar, fiziksel ihmal ve istismar ve minimizasyon alt ölçek puanları benzerdi ( $p>0,05$ ) (Tablo 10).

Çalışma grupları arasında DES puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 10).

### **5.8. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Çocukluk Çağı Travmaları ve Dissosiyatif Semptomların Hastalık Şiddeti ile İlişkisi**

Çalışma gruplarına göre ÇÇTÖ ve DES'in YBOKÖ ile arasındaki ilişki tablo 11'de sunulmuştur.

**Tablo 11. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ve Dissosiyatif Düşünceler Ölçeğinin Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği ile Arasındaki İlişki**

	Direnç (+) (n=30)			Direnç (-) (n=30)		
	YBOKÖ			YBOKÖ		
	Obsesyon	Kompulsiyon	Toplam	Obsesyon	Kompulsiyon	Toplam
Duygusal İhmal	0,051	0,170	0,198	-0,085	0,005	0,041
Duygusal İstismar	-0,109	0,009	0,002	-0,175	0,121	0,011
Cinsel İstismar	-0,201	0,089	0,014	-0,165	-0,220	-0,209
Fiziksel İhmal	-0,111	-0,010	-0,079	0,032	0,226	0,240
Fiziksel İstismar	0,228	0,100	0,218	0,015	0,130	0,129
Minimizasyon	0,032	0,049	0,065	-0,242	0,290	0,061
TOPLAM	-0,215	0,110	0,031	-0,065	0,037	0,069
DES	0,017	0,066	0,096	-0,265	-0,053	-0,157

ÇÇTÖ: Çocukluk çağı travmaları ölçeği; DES: Dissosiyatif düşünceler ölçeği; YBOKÖ: Yale-Brown obsesyon kompulsiyon değerlendirme ölçeği

Tedaviye dirençli olan ve olmayan OKB hastalarında YBOKÖ toplam puanları ile DES ve ÇÇTÖ ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 11).

### **5.9. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Hastalık Şiddeti ve Duygu Dışavurumu Arasındaki İlişki**

Çalışma gruplarına göre YBOKÖ ile DDÖ ve DDDÖ arasındaki ilişki tablo 12’de sunulmuştur.

**Tablo 12. Tedaviye Dirençli Olan ve Olmayan OKB Hastalarının Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği ile Duygu Dışavurum Ölçeği ve Duygu Dışavurum Düzeyi Ölçeği Arasındaki İlişki**

	Direnç (+) (n=30)			Direnç (-) (n=30)		
	YBOKÖ- Toplam	YBOKÖ- Obsesyon	YBOKÖ- Kompulsiyon	YBOKÖ- Toplam	YBOKÖ- Obsesyon	YBOKÖ- Kompulsiyon
<b>Duygu Dışavurum Ölçeği</b>						
Eleştirel/Düşmancıl olma	0,452*	0,520**	0,278	-0,311	-0,311	-0,247
Aşırı ilgi/Koruyucu kollayıcı müdahalecilik	0,160	0,222	0,159	0,289	0,118	0,343
TOPLAM	0,405*	0,486**	0,285	-0,026	-0,176	0,076
<b>Duygu Dışavurum Düzeyi Ölçeği</b>						
Müdahalecilik	-0,317	-0,262	-0,279	0,146	0,057	0,188
Duygusal tepki	0,095	0,232	-0,054	-0,080	-0,082	-0,055
Hastalığa karşı tutum	0,277	0,261	0,193	0,233	0,038	0,323
Hoşgörü/Beklenti	0,086	0,234	-0,038	-0,026	-0,110	0,075
TOPLAM	0,026	0,122	-0,051	0,149	0,000	0,239
YBOKÖ: Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon değerlendirme ölçeği *p<0,05; **p<0,01						

Tedaviye dirençli OKB hastalarında; YBOKÖ toplam puanı ile DDÖ toplam puanı ( $r=0,405$ ) ve eleştirel/düşmancıl olma puanı ( $r=0,452$ ) arasında ve YBOKÖ obsesyon alt ölçek puanı ile DDÖ toplam puanı ( $r=0,486$ ) ve eleştirel/düşmancıl olma puanı ( $r=0,520$ ) arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken ( $p<0,05$ ), diğer DDÖ ve tüm DDDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 12).

Tedaviye dirençli olmayan OKB hastalarında ise YBOKÖ toplam puanı, obsesyon ve kompulsiyon alt ölçek puanları ile tüm DDÖ ve tüm DDDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ) Tablo 12).

## 5.10. Lojistik Regresyon Analizinin Sonuçları

Önceki tek değişkenli analizler sonucu tahmin edilen bazı olası yordayıcıların tedaviye yanıtı öngörmedeki etkisini değerlendirmek üzere üç farklı lojistik regresyon analizi yapıldı. Buna göre; yapılan ilk analizde yerleşim yeri, hastalığın başlama yaşı, toplam hastalık süresi ve ailede psikiyatrik hastalık varlığı (sosyodemografik değişkenler) bağımsız değişkenler olarak, tedaviye direnç durumu ise bağımlı değişken olarak analize dahil edildi. Analiz sonucuna göre tedaviye direnci yordamada yerleşim yerinin ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü durumunun etkili olduğu, hastalık başlangıç yaşının ve toplam hastalık süresinin ise etkili olmadığı görüldü (Tablo 13).

Yapılan ikinci lojistik regresyon analizinde; YBOKÖ toplam puanı, ADDÖ puanı, HDDÖ puanı, ÇÇTÖ cinsel istismar puanı, DDÖ puanı ve majör depresif bozukluk komorbiditesi varlığı (klinik değişkenler) bağımsız değişkenler olarak, tedaviye direnç durumu ise bağımlı değişken olarak analize dahil edildi. Analiz sonucuna göre tedaviye direnci yordamada YBOKÖ toplam puanının etkili olduğu diğer bağımsız değişkenlerin ise etkili olmadığı görüldü (Tablo 14).

Yukarda bahsedilen her iki lojistik regresyon analizinde tedaviye direnci yordamada etkili olan yerleşim yeri, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü durumu ve YBOKÖ puanı bağımsız değişkenler olarak, tedaviye direnç durumu ise bağımlı değişkenler olarak alınarak üçüncü bir lojistik regresyon analizi yapıldı. Buna göre YBOKÖ puanının ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün tedaviye direnci yordamada etkili olduğu, yerleşim yerinin ise etkisiz olduğu görüldü. YBOKÖ puanının yüksek oluşu ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı tedaviye direnç riskini artırıyordu (Tablo 15).

**Tablo 13. Tedaviye Direnci Öngörmede Sosyodemografik Yordayıcıların Bağımsız Etkisini Değerlendirmek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi**

	B	SH	Wald $\chi^2$	Sd	OR (%95 GA)	p
<b>Yerleşim Yeri</b>						
İlçe/Kasaba/Köy					<i>Referans kategori</i>	
İl	2,281	0,765	8,883	1	9,78 (2,18-43,85)	<b>0,003</b>
<b>Hastalık Başlangıç Yaşı</b>	-0,062	0,044	1,994	1	0,94 (0,86-1,02)	0,158
<b>Toplam Hastalık Süresi</b>	0,036	0,038	0,900	1	1,04 (0,96-1,12)	0,343
<b>Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü</b>						
Yok					<i>Referans kategori</i>	
Var	2,542	0,831	9,354	1	12,70 (2,49-64,78)	<b>0,002</b>

B: Regresyon katsayısı; SH: Standart hata; sd: Serbestlik derecesi; OR: Odds ratio; GA: Güven aralığı  
Bağımlı Değişken: Tedaviye direnç durumu

**Tablo 14. Tedaviye Direnci Öngörmede Klinik Yordayıcıların Bağımsız Etkisini Değerlendirmek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi**

	B	SH	Wald $\chi^2$	sd	OR (%95 GA)	p
<b>YBOKÖ-Toplam</b>	0,543	0,261	4,333	1	1,72 (1,03-2,87)	<b>0,037</b>
<b>HDDÖ</b>	0,299	0,155	3,731	1	1,35 (0,99-1,83)	0,053
<b>ADDÖ</b>	0,057	0,584	0,010	1	1,06 (0,34-3,33)	0,922
<b>Major Depresif Bozukluk</b>						
Yok					<i>Referans kategori</i>	
Var	-4,057	2,923	1,926	1	0,02 (0-5,33)	0,165
<b>DDÖ-Toplam</b>	0,252	0,206	1,495	1	1,29 (0,86-1,93)	0,221
<b>ÇÇTÖ-Cinsel İstismar</b>	0,698	0,510	1,875	1	2,01 (0,74-5,46)	0,171

B: Regresyon katsayısı; SH: Standart hata; sd: Serbestlik derecesi; OR: Odds ratio; GA: Güven aralığı  
Bağımlı Değişken: Tedaviye direnç durumu

**Tablo 15. Tedaviye Direnci Öngörmede Bazı Yordayıcıların Bağımsız Etkisini Değerlendirmek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi**

	<b>B</b>	<b>SH</b>	<b>Wald <math>\chi^2</math></b>	<b>sd</b>	<b>OR (%95 GA)</b>	<b>P</b>
<b>YBOKÖ-Toplam</b>	0,438	0,131	11,204	1	1,55 (1,20-2,00)	<b>0,001</b>
<b>Yerleşim Yeri</b>						
İlçe/Kasaba/Köy					<i>Referans kategori</i>	
İl	-1,899	1,213	2,453	1	0,15 (0,01-1,61)	0,117
<b>Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü</b>						
Yok					<i>Referans kategori</i>	
Var	3,523	1,469	5,753	1	33,87 (1,90-602,54)	<b>0,016</b>

B: Regresyon katsayısı; SH: Standart hata; sd: Serbestlik derecesi; OR: Odds ratio; GA: Güven aralığı  
Bağımlı Değişken: Tedaviye direnç durumu

## 6. TARTIŞMA

Bu çalışmada OKB hastalarında tedaviye direnci yordayıcı faktörlerin araştırılması amacı ile tedaviye dirençli olan ve olmayan OKB hastalarının, sosyodemografik verileri, klinik özellikleri, hastalığa karşı içgörülerini, depresyon ve anksiyete düzeyleri, komorbid psikiyatrik hastalıkları, çocukluk çağı travmatik yaşantıları, dissosiyatif yaşantıları ve aile duygu dışavurum düzeyleri incelenmiştir.

### 6.1. Sosyodemografik Veriler ve Klinik Özellikler

OKB, erişkin hastalarda kadın ve erkekte eşit oranda görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2008). Çalışmamızda, kadın erkek oranları arasında anlamlı bir fark bulunmaması literatür bilgisi ile uyumludur. OKB’de tedaviye yanıtı inceleyen araştırmalar, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim süresi, çalışma durumu ve gelir düzeyi gibi etmenlerin tedaviye yanıtı etkilemediğini bildirmişlerdir. Bizim çalışmamız da, önceki çalışma sonuçları ile örtüşmektedir ( Haan ve ark. 1997; Ackerman ve ark. 1998; Erzegovesi ve ark. 2001).

Çalışmamızda sosyodemografik verilerden yalnızca tedaviye dirençli grupta tedaviye dirençli olmayan gruba kıyasla il merkezi dışında yaşama oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Literatürde yerleşim yeri ile OKB’de tedavi yanıtı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Stein ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada tedavi süresinin, yanıt için öngörücü olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda hastaların önceki tedavi süreleri ile ilgili geriye dönük bilgi net olarak alınmadığı için istatistiksel analize dahil edilmemiştir. Ancak il merkezinde yaşamamak, sağlık hizmeti ve psikiyatrik hizmetlerden daha az yararlanmaya ve tedaviyi devam ettirememeye dolayısıyla tedaviye direnç oluşmasına neden olabilir.

Erken başlangıçlı OKB’de tedavi yanıtının kötü olduğu ve erken başlangıç yaşının tedaviye yanıtı için yordayıcı faktör olduğunu bildiren çalışmaların yanı sıra (Rosario-Campos ve ark. 2001; Pallanti ve ark. 2012), hastalığın başlangıç yaşının tedavi yanıtını etkilemediği, yanıtın bir öngörücüsü olmadığını bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (Erzegovesi ve ark. 2001; Fontenelle ve ark. 2003; Boschen ve ark. 2010). Bizim çalışmamızda tedaviye dirençli OKB hastalarında hastalık başlangıç yaşı anlamlı olarak düşük saptanırken, tedavi direncinin öngörücü faktörü olarak saptanmamıştır. Şimdiye kadar yapılan araştırma sonuçlarına bakıldığında, OKB’de hastalığın başlama yaşı ile tedaviye yanıt arasındaki ilişki hala çok açık değildir. Sonuçların çelişkili olmasında, yöntem farklılıklarının olması ve hastalığın başlangıç yaşının hastalar tarafından yanlış hatırlanmasının rolü olabilir.

Tedaviye geç başlamanın tedavi direncine neden olabileceği bildirilmiştir (Doğan 2010). OKB’de tedaviye başlangıç süresinin tedavi yanıtına olan ilişkisini araştıran çalışma sayısı sınırlıdır. Dell’Osso (2010) ve Vyskocilova (2016) yaptıkları çalışmalar sonucunda, OKB’de tedavisiz geçen süre tedavi yanıtını öngören bir faktör olarak bulunmamıştır. Çalışmamızda tedaviye dirençli ve yanıt veren OKB hastaları arasında, tedavisiz geçen süre açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. OKB’de tedavisiz geçen süre, tedavi yanıtını etkilememektedir.

Hastalık süresinin OKB’de yanıt üzerine etkisini araştıran çalışma sonuçlarına bakıldığında, hastalık süresinin uzun olmasının ilaç tedavisine zayıf cevapla ilişkili olduğunu bulan çalışmaların yanı sıra (Hood ve ark. 2001; Stein ve ark. 2001), anlamlı bir ilişki gösterilemeyen çalışmalar da bulunmaktadır (Ackerman ve ark. 1998; Erzegovesi ve ark. 2001; Uğuz ve ark. 2006). Bizim çalışmamızda uzun hastalık süresi, her ne kadar tedavi direncini yordayıcı olarak bulunmasa da, tedaviye dirençli OKB hastalarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

OKB’li kişilerde normal kontrollere göre stresli yaşam olayları miktarının daha fazla olduğu görülmektedir (McKeon ve ark. 1984). Kişide ya da yakınlarındaki ciddi hastalıklar, doğum yapmak, ciddi tehlikeler, aile üyeleri ya da arkadaşların hastalıkları ya da ölümleri, sağlık ve ekonomik güvence ile ilgili problemler en sık ifade edilen olaylar olarak bulunmuştur (McKeon ve ark. 1984; Franklin ve Andrews 1989; Valleni-Basile ve ark. 1996; Horesh ve ark. 1997;). Bununla birlikte OKB’ye yatkınlığı olan bireylerde iş değiştirme, evlilik, çocuk sahibi olma gibi sorumlulukta artışa neden olabilen olaylar OKB’yi tetikleyebilmektedir (Salkovskis ve ark. 1999). Tedaviye dirençli OKB hastalarının yaklaşık dörtte biri hastalık başlamadan önce stresli veya travmatik yaşam olayı bildirmişlerdir (Bystritsky 2004).

Çalışmamızda hastaların %35’inde hastalık öncesi stresli yaşam olayı olduğu bulunmuştur. Tedaviye dirençli ve yanıt veren gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Stresli yaşam olaylarının OKB’nin ortaya çıkmasında etkili olduğu, ancak tedavi yanıtını etkilemediği düşünülmüştür.

Yapılan çalışmalarda OKB hastalarının ailelerinde OKB görülme sıklığı %25-68 oranında bildirilmiştir (Tükel ve ark. 2006d; Coskun ve ark. 2012). Çalışmamızda OKB hastalarının ailelerinde OKB görülme oranı %48,3 olarak saptanmış ve ailelerinde OKB olan hastaların annelerinin OKB olma oranı %62,2 olarak bulunmuştur. Pardue ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada OKB olan hastaların annelerinde daha sık OKB tanısı olduğu bildirilmiştir. Aile öyküsünün tedavi yanıtı ile ilişkisini değerlendiren az sayıda çalışma



vardır. Erzegovesi ve arkadaşları (2001) ailede OKB tanısının olmasının olumlu seyrin güçlü öngörücüsü olduğunu bulurken, Alarcon ve arkadaşları (1993) tedaviye yanıtın iyi ve kötü olduğu gruplar arasında aile öyküsü yönünden anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmişlerdir. Çalışmamızda iki grupta ailede OKB görülme oranları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ailede OKB varlığı, OKB'nin genetik kalıtılabilirliği ile ilişkili olabilir ancak tedavi yanıtını etkilememektedir.

OKB tanılı hastaların birinci derece yakınlarında, kontrol grubuna göre anksiyete bozuklukları daha sık saptanmaktadır (Nestadt ve ark. 2001). İç görüşü az olan OKB hastalarının ailelerinde şizofreni spektrum bozukluğu tanısının daha sık olduğu bildirilmiştir (Catapano ve ark. 2010). Çalışmamızda hasta yakınlarında en sık anksiyete bozukluğu tanısının olduğu saptanmıştır. Psikotik bozukluk (n=6) ve anksiyete bozuklukları (n=7) tedaviye dirençli hasta grubunun ailelerinde de daha sık saptanmıştır. Literatürde ailede ruhsal hastalık (Eksen-I) öyküsü ile OKB'de tedavi yanıtı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda ailede ruhsal hastalık (Eksen-I) olmasının tedavi direncini yordamada etkili olduğu bulunmuştur. Ancak aile öyküsünün, yapılandırılmış bir görüşme ile değil de hastadan alınan bilgilerle belirlenmesi yöntemsel bir sorun olarak düşünülebilir.

Obsesyon ve kompulsiyonların türü ile tedaviye yanıt arasında anlamlı ilişki olmadığını bildiren yazarların (Ackerman ve ark. 1994; Rosario-Campos ve ark. 2001) yanı sıra, başta biriktirme obsesyon ve kompulsiyonu olmak üzere (Matsunaga ve ark. 2002), somatik (Erzegovesi ve ark. 2001), cinsel, dinsel obsesyonlar (Alonso ve ark. 2001) ve temizleme ritüellerinin (Alarcon ve ark. 1993) gidişi olumsuz etkilediğini ileri sürenler de vardır. Uğuz ve arkadaşları (2006) tedaviye dirençli OKB'de, obsesif kompulsif belirti türünün tedavi yanıtı ile ilişkili olmadığını bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da obsesif kompulsif belirtilerin türü ve sayısı, tedaviye yanıtla ilişkili bulunmamıştır.

YBOKÖ ile yapılan değerlendirmelerde, belirti şiddetinin tedaviye kötü yanıt ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Ravizza ve ark. 1995; Ackerman ve ark. 1998; Stein ve ark. 2001; Denys ve ark. 2003; Boschen ve ark. 2010). Tedaviye geç yanıt verenlerin başlangıçta daha yüksek total YBOKÖ puanlarına sahip olduğu bildirilmektedir (Haan ve ark. 1997). Bunların yanı sıra Erzegovesi ve arkadaşları (2001) serotonerjik ajanlara yanıt veren ve vermeyenler arasında tedavi öncesi total YBOKÖ puanları açısından anlamlı fark olmadığını bildirmiştir. Daha önceki çalışmalarla uyumlu olarak, çalışmamızda da başlangıçtaki YBOKÖ obsesyon, kompulsiyon ve total puanları tedaviye dirençli grupta anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Araştırılan klinik değişkenler içerisinde tedavi yanıtını öngören tek değişkenin başlangıçtaki

YBOKÖ toplam puanı olduğu bulunmuştur. Tedaviye başlangıçta hastalık şiddetinin yüksek olması tedavi yanıtının kötü olabileceğini göstermektedir.

Zayıf içgörünün tedavi yanıtını olumsuz etkilediği, tedaviye kötü yanıtın öngörücüsü olduğu ileri sürülmektedir (Kishore ve ark. 2004; Catapano ve ark. 2010). Alonso ve arkadaşları (2008) iç görüşü az ve iyi olan OKB hastaları ile yaptıkları bir çalışmada, iç görüş düzeyinin tedavi yanıtını etkilemediğini bildirmişlerdir. Çalışmamızda tedaviye dirençli OKB hastalarında içgörünün anlamlı derecede az olduğu saptanmış olmasına rağmen, tedavi yanıtını yordayıcı bir faktör olarak saptanmamıştır. ADDÖ puanlarının tedaviye dirençli OKB hastalarında anlamlı olarak yüksek bulunması ancak ikinci bir analiz sonucunda tedaviyi yordayıcı bir etken olarak bulunmaması, çalışmamızda hasta sayımızın az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

## 6.2. Eksen I ve II Eş Tanılar

OKB hastalarının yarısından fazlasında ikinci bir psikiyatrik bozukluk eşlik etmektedir. En sık görülen eş tanı ise major depresyondur (Tükel ve ark. 2002). Çalışmamızda OKB hastalarının %61,6'sında ikinci bir eksen-I psikiyatrik bozukluk saptanmış ve en sık olarak major depresyon olduğu bulunmuştur.

OKB'de eş tanı varlığının tedavi yanıtını olumsuz etkilediği düşünülmektedir (Hofmeijer-Sevink ve ark. 2013). Major depresyonun, OKB'de tedavi üzerine etkisini araştıran çalışmalar farklı sonuçlar vermiştir. Depresyon eş tanısının cinsel, saldırganlık ve dini obsesyonlarla ilişkili olduğunu, tedavi yanıtını olumsuz etkilediğini bildiren çalışmaların (Hasler ve ark. 2005; Quarantini ve ark. 2011) yanı sıra, hastalık şiddeti ile ilişkili olması dışında herhangi bir belirti boyutu ile ilişkili olmadığını, tedavi yanıtını etkilemediğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Erzegovesi ve ark. 2001; Eisen ve ark. 2013). Kishore ve arkadaşları (2004) OKB'de hastalık şiddetinin yüksek olmasının depresyona neden olduğunu ileri sürmüşlerdir. Çalışmamızda tedaviye dirençli grupta HDDÖ ve HADÖ puanları ve major depresyon eş tanısı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Tedaviye dirençli OKB hastalarının YBOKÖ toplam puanlarının yüksek ve depresyon eş tanısının olması, hastalık şiddetinin depresyona neden olabileceğini düşündürmüştür.

OKB'de tik veya DEHB eş tanısı olan hastaların, hastalık başlangıç yaşlarının daha erken olduğu, ilaç tedavisine cevaplarının düşük olduğu bulunmuştur (Stewart ve ark. 2004). Bloch ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışma sonucuna göre, tik bozukluğu eş tanısı olan OKB tanılı hastalar kısa dönemde ilaç tedavisine kötü yanıt vermekte, ancak uzun süreli izlemde tik bozukluğu eş tanısı daha iyi tedavi yanıtı ile ilişkili bulunmamaktadır.

Çalışmamızda OKB hastalarının %28,3'ünde çocukluk çağı psikiyatrik hastalığı (Tik/DEHB) olduğu saptanmıştır. Tedaviye dirençli OKB hasta grubu ile yanıt veren grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Birçok hastada ergenliğin sonlarına doğru tik şiddetinde belirgin bir azalma olmaktadır. Gelişimsel süreçle birlikte OKB, tiklerin seyrine benzer bir klinik gidiş gösteriyor olabilir.

OKB'de en sık görülen kişilik bozuklukları C Kümesi kişilik bozuklarıdır (Matsunaga ve ark. 1998; Samuels ve ark. 2000). Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) ile OKB eş tanısı %4-54 aralığında değişen oranlarda saptanmaktadır (Bayar ve Yavuz 2008). Çalışmamızda beklenildiği gibi OKB'ye en sık eşlik eden kişilik bozukluklarının C kümesine ait olduğu, OKKB eş tanı oranının %48,2 olduğu bulunmuştur.

Kişilik bozuklukları toplam sayısının fazla olmasının tedaviye kötü yanıtta ilişkili olduğu bildirilmiştir (Baer ve ark. 1992). A kümesi kişilik bozukluğu eş tanısının tedavi yanıtını olumsuz etkilediğini öngören çalışmaların (Haan ve ark. 1997; Matsunaga ve ark. 2002) yanı sıra tedavi yanıtını etkilemediğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Erzegovesi ve ark. 2001; Denys ve ark. 2003). Paranoid ve şizotipal kişilik bozukluğu tedaviye dirençli OKB tanılı hastalarda daha fazla bulunmuştur (Kutaniş ve ark. 2003a). Çalışmamızda A kümesi kişilik bozukluğu (paranoid kişilik bozukluğu) eş tanısı tedaviye dirençli grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Kişilik bozukluğu eş tanısına sahip olmanın tedavi direncinin öngörücüsü olmadığı, kişilik bozukluğu toplam sayısı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. A kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan OKB hastalarının tedavi bırakma oranlarının yüksek, tedavi motivasyonlarının düşük olması tedavi direncini arttırıyor olabilir. Tedaviye dirençli OKB'de içgörünün az olması, A kümesi kişilik bozukluğu eş tanısının ve ailede psikotik bozukluk tanısının fazla olması, tedaviye dirençli OKB'nin OKB-psikoz ekseninde psikoza daha yakın bir alt tip olduğunu düşündürmektedir.

### **6.3. Duygu Dışavurumu Düzeyi**

Bireyler tarafından algılanan, özellikle annenin aşırı koruyucu tutumunun obsesif kompulsif semptomların gelişmesinde etkili olduğu bildirilmiştir (Haciomeroglu ve Karanci 2014). Aile bireylerinin tedaviye yaklaşım biçimlerinde hastanın obsesyon ve kompulsiyonlarına uyumlu davranmaları tedaviye direnci arttırabilir (Mehta 1990). Yakınlarının, kendi yaşam biçimlerini değiştirerek hastanın semptomlarına uyum sağladıkları hastalarda, davranışçı tedavilere cevabın daha kötü olduğu bildirilmiştir (Amir ve ark. 2000). OKB'de duygu dışavurumunu araştıran çalışma sonuçlarında “düşmanlık olma/eleştirel olma”

ile ilgili duygu dışavurumunun, içgörü ve hastalık şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur ancak tedaviye olan etkisi ile ilgili çalışmalar sınırlıdır (Chambless ve ark. 1999; De Berardis ve ark. 2008; Ozkiris ve ark. 2015).

Çalışmamızda tedaviye dirençli OKB'li hasta yakınlarının tedaviye dirençli olmayan OKB'li hasta yakınlarına kıyasla DD'lerinin ve aşırı ilgi/koruyucu kollayıcı müdahalecilik alt ölçek puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Düşmancıl olma/eleştirel olma alt ölçek puanları tedaviye dirençli grupta daha yüksek saptanmasına rağmen istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Tedaviye dirençli OKB'li hastalarda YBOKÖ ile DDÖ toplam puanı ve düşmancıl oluş/eleştirel oluş alt ölçek puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Chambless ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada algılanan eleştireliliğin daha kötü tedavi sonuçlarını öngördüğü, hasta yakınının ifade ettiği eleştirel yorumun daha iyi tedavi sonuçları ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Hasta yakınlarının aşırı uyumlu olması da, hastanın kendini kontrol etme etkinliğinde azalma yaratarak OKB'nin seyri üzerinde olumsuz bir etki yapıyor olabilir. OKB'de hastalık semptomlarının aile tarafından pekiştirilmesinin, ailenin aşırı koruyucu olmasının, hastalığın gelişmesinde etkili olabileceği, tedavinin sürdürülmesini ve tedavi yanıtını olumsuz etkilediği düşünülmüştür. Eleştirel olma hastalık şiddeti ile ilişkiliyken aşırı ilgi koruyucu kollayıcı olma tedavi sürecini olumsuz etkiliyor olabilir.

#### **6.4. Çocukluk Çağı Travması ve Dissosiyasyon**

Çocukluk çağında travmatik yaşantılara maruz kalan kişilerde, maruz kalmamış kişilere göre, daha fazla OKB görüldüğü ve bu yaşantılarının OKB gelişimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Saunders ve ark. 1992; de Silva ve Marks 1999; Mathews ve ark. 2008).

Mathews ve arkadaşları (2008) çocukluk çağı travmaları arasında, en çok duygusal kötüye kullanım ve fiziksel ihmalin obsesif kompulsif semptomlar ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Vidal-Ribas ve arkadaşları (2015) cinsel kötüye kullanımın, obsesif kompulsif semptom şiddeti ile ilişkili olduğunu saptanmıştır.

Çalışmamızda tedaviye dirençli OKB hastalarında cinsel kötüye kullanımının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur. Tedaviye dirençli OKB hastalarında duygusal ihmal, tedaviye dirençli olmayan gruba kıyasla yüksek bulunmuş olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır. Yine de travma ile ilgili istenmeyen, girici düşüncelerin bir süre sonra obsesyona dönüşebileceğini düşünmekteyiz.

OKB ve dissosiyatif semptomların ilişkisine bakıldığında hastalık şiddeti ile dissosiyatif semptomların düzeyi arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmaların (Belli ve ark. 2012; Belli

ve ark. 2013) yanı sıra OKB'li hastalarda dissosiyatif yaşantıların daha sık olduğu ancak hastalık şiddeti ile ilişkisinin olmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur (Grabe ve ark. 1999; Rufer ve ark. 2006). OKB'de dissosiyatif semptomların tedavi yanıtına etkisini araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bilişsel davranışçı terapiye yanıtın, dissosiyatif semptomlar ile ilişkili olduğu, bilişsel davranışçı terapiye yanıt vermeyen hastaların DES puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Rufer ve ark. 2006). Semiz ve arkadaşları (2014) tedaviye dirençli ve yanıt veren OKB hastaları ile yaptıkları çalışmada, tedaviye dirençli grupta çocukluk çağı travmatik yaşantıların ve dissosiyatif yaşantıların daha fazla olduğunu, travmanın tedaviyi yordayıcı bir faktör olmadığını ancak dissosiyasyonun tedaviye yanıt üzerinde etkisi olduğunu bildirmişlerdir. Vyskocilova ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada, tedaviye dirençli OKB hastalarında DES skorlarının yüksek olduğu ancak tedavi yanıtı ile ilişkisi olmadığı gösterilmiştir.

Dissosiyasyonun OKB'de tedavi üzerine etkisini araştıran çalışma sayısı sınırlıdır ve sonuçlar farklıdır. Dissosiyasyonun OKB'de ilaç tedavisine yanıtta etkisi olmadığı düşünülmüştür. Çalışmamız sonucunda çocukluk çağı travmalarından sadece cinsel istismarın tedaviye yanıtı olumsuz etkilediği ancak yordayıcı etkisi olmadığı saptanmıştır.

## **6.5. Çalışmanın Kısıtlılıkları**

Çalışmamızın yöntemsel kısıtlılığı, araştırma sonuçlarının geriye dönük hatırlama yanılığına açık olmasıdır. Hastalık özellikleri (hastalık başlangıç yaşı, ortaya çıkarıcı yaşam olayı, tedavisiz geçen hastalık süresi) ve çocukluk çağı travmaları geriye dönük olarak sorgulanmıştır. Ailede psikiyatrik hastalık varlığı öz bildirime dayalı olarak yapılmıştır. Bu nedenle gerçeği yansıtmıyor olabilir.

Çocukluk çağı travmalarının varlığı öz bildirime dayalı bir ölçek kullanılarak ve klinik görüşme yapılarak değerlendirilmiştir. Ancak travmanın gelişimin hangi basamağında ortaya çıktığı sorgulanmamıştır. OKB'de çocukluk çağı travmasının hastalığa ve tedaviye olan etkisi, travma öyküsü olan hastaların çocukluk çağından itibaren izlendiği uzun süreli izlem çalışmaları ile daha net ortaya çıkarılacaktır.

Çalışmamızın başka bir kısıtlılığı ise, araştırma örnekleminin bazı çalışmalara göre düşük sayıda hasta içermesidir. Daha geniş örneklem grubu olan çalışmalar yapılması bu tür sorunların aşılması için gereklidir.

## 7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda OKB’de tedaviye kötü yanıt ile ilişkili etmenler incelenmiştir. Hastalık şiddetinin fazla olması ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı bağımsız bir şekilde tedavi yanıtını olumsuz etkilemekte, tedaviye direnç riskini arttırmaktadır. İl merkezi dışında yaşamak, erken başlangıç yaşı, hastalık süresinin uzun olması, içgörünün az olması, A kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı, çocukluk çağında cinsel istismar varlığı ve aşırı koruyucu kollayıcı aile tutumunun da tedaviye kötü yanıtla ilişkili olduğu saptanmıştır.

OKB tanılı bireylerin, kişilik örgütlenmesinin değerlendirilmesi, ailede ruhsal hastalık (Eksen-I) öyküsünün sorgulanması tedavi yanıtları ile ilgili fikir verebilir. Tedaviye dirençli hastalarda cinsel travmanın araştırılması ve buna yönelik tedavi girişimlerinde bulunulması tedavi yanıtını arttırabilir. Özellikle tedavi sürecine ailelerin de dahil edilmesinin tedaviye yanıtta olumlu etkisi olabilir.

Bu çalışmanın sonucuna göre, kliniğe başvuran OKB tanılı hastalarda belirtilerin şiddetli olması ve ailede ruhsal hastalık bulunması ilaç tedavisine direncin yordayıcılarıdır.

## 8. KAYNAKLAR

- Abramowitz JS, Franklin ME, Schwartz SA, Furr JM. Symptom presentation and outcome of cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003;71:1049-57.
- Ackerman DL, Greenland S, Bystritsky A. Clinical characteristics of response to fluoxetine treatment of obsessive-compulsive disorder, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 1998; 18: 185-92.
- Ackerman DL, Greenland S, Bystritsky A, Morgenstern H, Katz RJ. Predictors of treatment response in obsessive-compulsive disorder: multivariate analyses from a multicenter trial of clomipramine, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 1994; 14: 247-54.
- Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı, *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 1996;4: 251-9
- Akpınar A, Bakım B, Alpak G, Çevik M, Yavuz B, Karamustafalıoğlu O. Childhood trauma, sexual functions, psychiatric comorbidity and socio-demographic data in obsessive-compulsive disorders with sexual obsessions, *Dicle Medical Journal*, 2013;40: 183-91.
- Alarcon RD, Libb JW, Spitzer D. A predictive study of obsessive-compulsive disorder response to clomipramine, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 1993;13: 210-3.
- Alonso P, Menchon JM, Pifarre J, Mataix-Cols D, Torres L, Salgado P, Vallejo J. Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2001;62:535-40.
- Alonso P, Menchon JM, Segalàs C, Jaurrieta N, Jiménez-Murcia S, Cardoner N, Labad J, Real E, Pertusa A, Vallejo J. Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 2008;49: 305-12.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Üçüncü Baskı (DSM-III)*, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC. 1980.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR)*, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2005.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Beşinci Baskı (DSM-5)*, Çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2013.

- Amir N, Freshman M, Foa EB. Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients, *Journal of Anxiety Disorders*, 2000;14: 209-17.
- Aronowitz BR, Hollander E. Treating the treatment resistant patient. JA den Boer, HGM Westenberg (Ed.), *Focus on Obsessive Compulsive Spectrum Disorders*, Amsterdam, Syn-thesis Pub., 1997;151-168.
- Baer L, Jenike MA, Black DW, Treece C, Rosenfeld R, Greist J. Effect of axis II diagnoses on treatment outcome with clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder, *Archives of General Psychiatry*, 1992;49: 862-6.
- Bayar R, Yavuz M. Obsesif Kompulsif Bozukluk, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 2008;62: 185-92.
- Belli H, Ural C, Yeşilyurt S, Vardar MK, Akbudak M, Oncu F. Childhood trauma and dissociation in patients with obsessive compulsive disorder, *West Indian Medical Journal*, 2013;62: 39-44.
- Belli H, Ural C, Vardar MK, Yeşilyurt S, Oncu F. Dissociative symptoms and dissociative disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 2012;53: 975-80.
- Bellino S, Patria L, Ziero S, Bogetto F. Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a regression model, *Psychiatry Research*, 2005;136: 223-31.
- Berksun OE. Şizofrenide aile faktörü: Expressed emotion (EE) ölçek geliştirme ve uyarlama denemesi, Ankara Üniversitesi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, 1992.
- Berksun, OE, Soykan Ç, Soykan A. Dışavurulan duygulanım ölçeği: Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma, *Türk Psikoloji Dergisi*, 1993;29: 10-5.
- Bernstein, DP , Fink L, Handelsman L , Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect , *Am J Psychiatry*, 1994;151: 1132-6.
- Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1986;174: 727-35.
- Beşiroğlu L, Uğuz F, Özbebit Ö, Güler Ö, CilliÇilli AS , Aşkın R. Longitudinal assessment of symptom and subtype categories in obsessive compulsive disorder, *Depression and Anxiety*, 2007;24: 461-6.
- Bloch MH, Craiglow BG, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski PA, Panza KE, Peterson BS, Leckman JF. Predictors of early adult outcomes in pediatric-onset obsessive-compulsive disorder, *Pediatrics*, 2009;124: 1085-93.



Boschen MJ, Drummond LM, Pillay A, Morton K. Predicting outcome of treatment for severe, treatment resistant OCD in inpatient and community settings, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2010;41: 90-5.

Brown GW, Carstairs GM, Topping G. Post-hospital adjustment of chronic mental patients, *The Lancet*, 1958;272: 685-9.

Brown GW, Monck EM, Carstairs GM, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic illness, *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 1962;16: 55-68.

Bulut S, Fıstıkçı N, Topçuoğlu V. Obsessive Compulsive Disorder with Poor Insight, *Current Approaches in Psychiatry*, 2014;6: 126-41.

Butzlaff RL, M Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis, *Archives of General Psychiatry*, 1998;55: 547-52.

Bystritsky A. Current pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder, *Essential Psychopharmacology*, 2004;5:4: 251-72.

Carey G, Gottesman I. Twin and family studies of anxiety, phobic and obsessive disorders, *Anxiety*, 1981;117-36.

Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, Cioffi V, Giacco D, De Santis V, Maj M. Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2010;34: 323-30.

Catapano F, Sperandeo R, Perris F, Lanzaro M, Maj M. Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder, *Psychopathology*, 2001;34: 62-8.

Chambless DL, Floyd FJ, Rodebaugh TL, Steketee GS. Expressed emotion and familial interaction: A study with agoraphobic and obsessive-compulsive patients and their relatives, *Journal of Abnormal Psychology*, 2007;116: 754-761

Chambless DL, Steketee G. Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999;67: 658-665

Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey, *Comprehensive Psychiatry*, 2004;45: 367-74.

Cole JD, Kazarian SS. The level of Expressed Emotion Scale: A new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology*. 1988; 44(3): 392-7

Coşkun M, Zoroğlu S, Öztürk M. Phenomenology, psychiatric comorbidity and family history in referred preschool children with obsessive-compulsive disorder, *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2012;6: 36

Coşkunol H, Bağdiken I, Sorias S, Saygılı R. The reliability and validity of the SCID-II Turkish Version, *Turk J Psychol*, 1994;9: 26-9.

Cromer KR, Schmidt NB, Dennis ML. An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 2007;45: 1683-91.

De Berardis D, Campanella D, Serront N, Gambi F, Carano A, Rovere RL, Nardella E, Pizzorno AM, Cotellassa C, Salerno RM. Insight and perceived expressed emotion among adult outpatients with obsessive-compulsive disorder, *Journal of Psychiatric Practice*, 2008;14: 154-9.

De Silva P, Marks M. The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive compulsive disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 1999;37: 941-51.

Dell’Osso B, Buoli M, Hollander E, Altamura AC. Duration of untreated illness as a predictor of treatment response and remission in obsessive compulsive disorder, *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2010;11: 59-65.

Denys D, Burger H, Megen H, Geus F, Westenberg H. A score for predicting response to pharmacotherapy in obsessive compulsive disorder, *International Clinical Psychopharmacology*, 2003;18: 315-22.

Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C. Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi. 1. Baskı, Sivas. Dilek Matbaası, 1995;50-2

Doğan O. Dirençli obsesif kompulsif bozukluk ve tedavi seçenekleri, *Anadolu Psikiyatrisi*, 2010;11: 269-78.

Eisen JL, Rasmussen SA. Phenomenology of obsessive compulsive disorder. In *Textbook of Anxiety Disorders*, Stein DJ, Eric Hollander E (Eds.), American Psychiatric Pub., Washington, 2002;173-89

Eisen JL, Sibrava NJ, Boisseau CL, Mancebo MC, Stout RL, Pinto A, Rasmussen SA. Five year course of obsessive compulsive disorder: Predictors of remission and relapse, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2013;74(3):233-9.

Ellason JW, Ross CA. Childhood trauma and psychiatric symptoms, *Psychological Reports*, 1997;80: 447-50.

Elvish J, Simpson J, Ball LJ. Which clinical and demographic factors predict poor insight in individuals with obsessions and/or compulsions?, *Journal of Anxiety Disorders*, 2010;24: 231-7.

Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, Diaferia G, Locatelli M, Bellodi L. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2001;21: 488-92.

Ferrão YA, Miguel E, Stein DJ. Tourette's syndrome, trichotillomania, and obsessive-compulsive disorder: How closely are they related?, *Psychiatry Research*, 2009;170: 32-42.

First MB, Spitzer RL, Gibbon MWJB, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV Axis I (SCID-I), clinician version, Washington, DC: American Psychiatric Association. 1997.

Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, Davies M, Berg CZ, Kalikow K, Sceery W, Shaffer D. Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1988;27: 764-71.

Fontenelle LF, Cocchi L, Harrison BJ, Shavitt RG, Rosário MC, Ferrão YA, Mathis MA, Cordioli AV, Yücel M, Christos Pantelis C. Towards a post-traumatic subtype of obsessive compulsive disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 2012;26: 377-83.

Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Early-and late-onset obsessive compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study, *Journal of Psychiatric Research*, 2003;37: 127-33.

Franklin JA, Andrews G. Stress and the onset of agoraphobia, *Australian Psychologist*, 1989;24: 203-19.

Gershuny BS, Baer L, Parker H, Gentes EL, Infield AL, Jenike MA. Trauma and posttraumatic stress disorder in treatment-resistant obsessive compulsive disorder, *Depression and Anxiety*, 2008;25: 69-71.

Goff DC, Olin JA, Jenike MA, Baer L, Buttolph ML. Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1992;180: 332-7.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability, *Archives of General psychiatry*, 1989;46: 1006-11.

Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder, *Am J Psychiatry*, 1995;152: 76-84.

Grabe HJ, Goldschmidt F, Lehmkuhl L, Gänsicke M, Spitzer C, Freyberger HJ. Dissociative symptoms in obsessive-compulsive dimensions, *Psychopathology*, 1999;32: 319-24.

Guy W. Clinical global impression scale, ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, National Institute of Mental Health, 1976;76: 218-22.

Güz H, Doğanay Z, Çolak E, Tomaç A, Sarısoy G, Özkan A. Konversiyon Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travma Öyküsünün Psikiyatrik Belirtilere Etkisi Var mı?, *Klinik Psikiyatri* 2003;6: 80-6.

Haan E, Oppen P, Balkom AJLM, Spinhoven P, Hoogduin KAL, Dyck R. Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1997;96: 354-61.

Haciomeroglu B, Karanci AN. Perceived parental rearing behaviours, responsibility attitudes and life events as predictors of obsessive compulsive symptomatology: Test of a cognitive model, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2014;42: 641-52.

Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating, *British Journal of Medical Psychology*, 1959;32: 50-5.

Hamilton, M. A rating scale for depression, *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 1960;23: 56.

Hantouche EG, Demonfaucon C. Resistant obsessive compulsive disorder (ROC): Clinical picture, predictive factors and influence of affective temperaments, *L'Encephale*, 2008;34: 611-7.

Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquillo JG, Crawley SA, Cochran LW, Kazuba D, Greenberg BD, Murphy DL. Obsessive compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity, *Psychiatry Research*, 2005;135: 121-32.

Hibbs ED, Hamburger SD, Lenane M, Rapoport JL, Kruesi MJP, Keysor CS, Goldstein MJ. Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1991;32: 757-70.

Hofmeijer-Sevink MK, van Oppen P, van Megen HJ, Batelaan NM, Cath DC, van der Wee NJ, van den Hout MA, van Balkom AJ. Clinical relevance of comorbidity in obsessive compulsive disorder: the Netherlands OCD Association study, *Journal of Affective Disorders*, 2013;150: 847-54.

Hood S, Alderton D, Castle D. Obsessive compulsive disorder: treatment and treatment resistance, *Austral Psychiatry*, 2001;9: 118-27.

Horesh N, Amir M, Kedem P, Goldberger Y, Kotler M. Life events in childhood, adolescence and adulthood and the relationship to panic disorder, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1997;96: 373-8.

Hosier DM, Wald ER. High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham's chorea, *American Journal of Psychiatry*, 1989;146: 246-9.

Jenike MA, Rauch SL. Managing the patient with treatment-resistant obsessive compulsive disorder: current strategies, *Journal of Clinical Psychiatry*. 1994;55:11-7

Karamustafalıoğlu O, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı. Savaş Ofset, Bursa; 1993:86.

Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia, *The British Journal of Psychiatry*, 1992;160: 601-20.

Kenneth E, Towbin Mark A Obsessive-Compulsive Disorder. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, Martin A, Volkmar FR, Lewis M. (Eds.), 2007;548-65

Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili-Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları, Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1998;77-98.

Kırpınar İ, Özer H, Coşkun İ. Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI (DSM-III-R) ruhsal bozuklukların yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı, *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 1997;4: 253-65.

Kishore VR, Samar R, Janardhan Reddy YC, Chandrasekhar CR, Thennarasu K. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive compulsive disorder, *European Psychiatry*, 2004;19: 202-8.

Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive compulsive disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 1994;32: 343-53.

Kutaniş R, Özer ÖA, Eryonucu BT. Obsesif kompulsif bozuklukta semptom tiplerinin ve kişilik bozukluklarının tedaviye direnç açısından karşılaştırılması, *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2003a;1:11-4

Kutaniş R, Özer ÖA, Eryonucu BT. Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik verilerin tedaviye direnç açısından karşılaştırılması, *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2003b;1:15-20

Laplane D, Levasseur M, Pillon B, Dubois B, Baulac M, Mazoyer B, Tran Dinh S, Sette G, Danze F, Baron JC. Obsessive-compulsive and other behavioural changes with bilateral basal ganglia lesions, *Brain*, 1989;112: 699-725.

Leckman JF, Grice DE, Barr LC, Vries ALC, Martin C, Cohen DJ, McDougle CJ, Goodman WK, Rasmussen SA. Tic-related vs. non-tic-related obsessive compulsive disorder, *Anxiety*, 1994;1(5): 208-15.

Leib PT. Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive-compulsive disorder: a case study, *Psychoanalytic Inquiry*, 2001;21: 222-41.

Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences, *The British Journal of Psychiatry*, 1996;169: 101-7.

Lochner C, Toit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A, van Kradenburg J, Seedat S, Niehaus DJH, Stein DJ. Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls, *Depression and Anxiety*, 2002;15: 66-8.

Lochner C, Seedat S, Hemmings SMJ, Kinnear CJ, Corfield VA, Niehaus DJH, Moolman-Smook JC, Stein DJ. Dissociative experiences in obsessive compulsive disorder and trichotillomania: Clinical and genetic findings, *Comprehensive Psychiatry*, 2004;45: 384-91.

Mathews CA, Kaur N, Stein MB. Childhood trauma and obsessive compulsive symptoms, *Depression and Anxiety*, 2008;25: 742-51.

Matsunaga H, Kiriike N, Miyata A, Iwasaki Y, Matsui T, Nagata T, Takei Y, Yamagami S. Personality disorders in patients with obsessive-compulsive disorder in Japan, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998;98: 128-34.

Matsunaga H, Hayashida K, Kiriike N, Maebayashi K, Stein DJ. The clinical utility of symptom dimensions in obsessive compulsive disorder, *Psychiatry Research*, 2010;180: 25-9.

Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Iwasaki Y, Koshimune K, Miyata A, Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder with poor insight, *Comprehensive Psychiatry*, 2002;43: 150-7.

Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Miyata A, Iwasaki Y, Fujimoto K, Kasai S, Kojima M. Gender differences in social and interpersonal features and personality disorders among Japanese patients with obsessive compulsive disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 2000;41: 266-72.

McKeon J, Roa B, Mann A. Life events and personality traits in obsessive-compulsive neurosis, *The British Journal of Psychiatry*, 1984;144: 185-9.

Mehta M. 'A comparative study of family-based and patient-based behavioural management in obsessive-compulsive disorder', *The British Journal of Psychiatry*, 1990;157: 133-5.

Merckelbach H, Wessel I. Memory for actions and dissociation in obsessive-compulsive disorder, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2000;188: 846-8.

Nestadt G, Samuels J, Riddle MA, Liang KY, Bienvenu OJ, Hoehn-Saric R, Grados M, Cullen B. The relationship between obsessive compulsive disorder and anxiety and affective disorders: results from the Johns Hopkins OCD Family Study, *Psychological Medicine*, 2001; 31: 481-7.

Neziroglu F, McKay D, Yaryura-Tobias JA, Stevens KP, Todaro J. The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive compulsive disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 1999;37: 881-902.

Özkiris A, Eşşizoğlu A, Güleç G, Aksaray G. The relationship between insight and the level of expressed emotion in patients with obsessive compulsive disorder, *Nordic Journal of Psychiatry*, 2015;69: 204-9.

Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması, *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 1999;233-6.

Öztürk O, Uluşahin A. Nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar, Saplantı zorlantı bozukluğu, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları'nda*, Ankara, 2008;11: 480-96.

Pallanti S, Grassi G, Cantisani A. Approaches to Treatment Resistance, *Obsessive Compulsive Disorder: Current Science and Clinical Practice*, Zohar J (Ed.), John Wiley & Sons, 2012;99-131

Pallanti S, Hollander E, Bienstock C, Koran L, Leckman J, Marazziti D, Pato M, Stein D, Zohar J. Treatment non-response in OCD: methodological issues and operational definitions', *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 2002;5: 181-91.

Pardue CM, Sibrava NJ, Boisseau CL, Mancebo MC, Eisen JL, Rasmussen SA. Differential parental influence in the familial aggregation of obsessive compulsive disorder, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2014;3: 215-9.

Pauls DL, Raymond CL, Stevenson JM, Leckman JF. A family study of Gilles de la Tourette syndrome, *American Journal of Human Genetics*, 1991;48: 154-63

Pica M, Beere D, Maurer L. The overlap between dissociative and obsessive-compulsive disorders: a theoretical link, *Dissociation*, 1997;10: 38-43.

Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL. Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 1994;55: 15-27.

Quarantini LC, Torres AR, Sampaio AS, Fossaluzza V, Mathis MA, Rosário MC, Fontenelle LF, Ferrão YA, Cordioli AV, Petribu K. Comorbid major depression in obsessive compulsive disorder patients, *Comprehensive Psychiatry*, 2011;52: 386-93.

Rapoport JL. The waking nightmare: An overview of obsessive compulsive disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*. 1990;51:25-8.

Rasmussen SA, Eisen JL, Pato MT. Current issues in the pharmacologic management of obsessive compulsive disorder, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 1993;54: 4-9.

Ravizza L, Barzega G, Bellino S, Bogetto F, Maina G. Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, 1995; 56(8):368-73.

Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HS, Sada P, Denis Z, Miguel EC. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder, *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(11):1899-903.

Rufer M, Fricke S, Held D, Cremer J, Hand I. Dissociation and symptom dimensions of obsessive compulsive disorder, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2006;256: 146-50.

Sadock BJ. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, *Anksiyete Bozuklukları* , Bölüm 14, Çeviri Editörleri: Hamdullah Aydın, Ali Bozkurt, Güneş Kitabevi, İstanbul, 8. Baskı, 2. Cilt, 2007;1718-88.

Salkovskis P, Shafran R, Rachman S, Freeston MH. Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research, *Behaviour Research and Therapy*, 1999;37: 1055-72.

Samuels J, Nestadt G, Bienvenu OJ, Costa PT, Riddle MA, Liang KY, Hoehn-Saric R, Grados MA, Cullen BAM. Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive compulsive disorder, *The British Journal of Psychiatry*, 2000;177: 457-62.

Saunders BE, Villepontoux LA, Lipovsky JA, Kilpatrick DG, Veronen LJ. Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women a community survey, *Journal of Interpersonal Violence*, 1992;7: 189-204.

Sawle GV, Hymas NF, Lees AJ, Frackowiak RSJ. Obsessional slowness, *Brain*, 1991;114: 2191-202.

Schäfer M, Schnack B, Soyka M. Sexual and physical abuse during early childhood or adolescence and later drug addiction, *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 2000;50: 38-50.

Semiz UB, Inanc L, Bezgin C. Are trauma and dissociation related to treatment resistance in patients with obsessive-compulsive disorder?, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2014;49: 1287-96.

Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder, *Archives of General psychiatry*, 1999;56: 121-7.

Sorias S, Saygılı R, Elbi H, Vahip S, Mete L, Nifirne Z, Örnek I, Aydın C, Aktener E. DSM-III-R kişilik bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID II), Ege Üniversitesi, İzmir, 1990.



- Stein DJ, Andersen EW, Overo KF. Response of symptom dimensions in obsessive compulsive disorder to treatment with citalopram or placebo. *Rev Bras Psiquiatria*, 2007;29: 303-7.
- Stein DJ, Montgomery SA, Kasper S, Tanghoj P. Predictors of response to pharmacotherapy with citalopram in obsessive-compulsive disorder, *International Clinical Psychopharmacology*, 2001;16: 357-61.
- Stewart SE, Geller DA, Jenike M, Pauls D, Shaw D, Mullin B, Faraone SV. Long-term outcome of pediatric obsessive compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004;110: 4-13.
- Sungur MZ. OKB'nin anlaşılması ve tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşımlar, *Anksiyete bozukluklarında son gelişmeler'de*, Dilbaz N (Ed.), Pozitif Matbaacılık, Ankara, 2006.
- Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases, *Archives of General psychiatry*, 1989;46: 335-41.
- Şahin AR, Böke Ö. Obsesif Kompulsif Bozukluk, *Psikiyatri Temel Kitabı 2. Cilt*, Köroğlu E, Güleç C (Ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007;343-52.
- Şar V. Dissosiyatif Bozukluklar, *Psikiyatri Temel Kitabı'nda 2. Cilt*, Köroğlu E, Güleç C (Ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997;393-402
- Şar V, Öztürk PE, İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği, *Türkiye Klinikler*, 2012;32: 1054-63.
- Şenormancı Ö, Konkan R, Gönüllü Güçlü O, Sungur MZ. Obsesif kompulsif bozukluğun metakognitif modeli, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012;4: 335-49.
- Tek C, Uluğ B, Gürsoy Rezaki B, Tanriverdi N, Mercan S, Demir B, Vargel S. Yale-Brown obsessive compulsive scale and US national institute of mental health global obsessive compulsive scale in Turkish: reliability and validity, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1995;91: 410-3.
- Terr LC. Childhood traumas: An outline and overview, *American Journal of Psychiatry*, 1991;148: 10-20.
- Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler, *Klinik Psikiyatri*, 2003;6: 46-50.
- Tumkaya S, Karadağ F, Oguzhanoglu NK, Tekkanat C, Varma G, Ozdel O, Ateşçi F. Schizophrenia with obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive disorder with poor insight: a neuropsychological comparison, *Psychiatry Research*, 2009;165: 38-46.

- Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2006;15: 153-7.
- Tükel R. Dirençli obsesif kompulsif bozukluğun tedavisi, Psikiyatride Guncel Yaklasimler, 2014;4: 249-59.
- Tükel, R, Demet MM. Obsesif-kompulsif bozukluğun farmakoterapisi, Anksiyete Bozuklukları'nda. Tükel R, Alkın T (Ed.), Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2006a;339-61
- Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM. Obsesif-kompulsif Bozukluğun Psikoterapisi, Anksiyete Bozuklukları'nda. Tükel R, Alkın T (Ed.), Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları: Ankara, 2006b;363-82
- Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Patogenezi, Anksiyete Bozuklukları'nda. Tükel R, Alkın T (Ed.), Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2006c;299-338
- Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Fenomenolojisi, Anksiyete Bozuklukları'nda. Tükel R, Alkın T (Ed.), Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2006d;227-98
- Tükel R, Polat A, Özdemir Ö, Aksüt D, Türksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder, Comprehensive Psychiatry, 2002;43: 204-9.
- Uğuz F, Aşkin R, Çilli AS. Obsesif kompulsif bozuklukta ilaç tedavisine yanıtın öngörücüleri, Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7(1):5-12
- Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Waller JL, Addy CL, McKeown RE, Jackson KL, Cuffe SP. Incidence of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996;35: 898-906.
- Vidal-Ribas P, Stringaris A, C Rück C, E Serlachius E, P Lichtenstein P, and D Mataix-Cols D. Are stressful life events causally related to the severity of obsessive-compulsive symptoms? A monozygotic twin difference study, European Psychiatry, 2015;30: 309-16.
- Visser HA, van Oppen P, van Megen HJ, Eikelenboom M, van Balkom AJ. Obsessive-compulsive disorder; chronic versus non-chronic symptoms, Journal of Affective Disorders, 2014;152: 169-74.
- Vyskocilova J, Prasko J, Sipek J. Cognitive behavioral therapy in pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2016;12: 625-39.
- Williams JBW. 'A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale', Archives of General psychiatry, 1988;45: 742-47.

Yargic LI, Tutkun H, Sar V. Reliability and validity of the Turkish version of the Dissociative Experiences Scale, *Dissociation*,1995;8:10-3

Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1998;114-7.

Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2004;65(14):18-21.



## 9. EKLER

### Ek-1 Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

#### **Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarda İlaç Tedavisine Direnci Yordayıcı Faktörlerin Araştırılması**

Bu çalışma ile Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış hastalarda tedaviye direnci öngörücü faktörler araştırılacaktır. Çalışmamıza katılmayı kabul ederseniz sizinle öncelikle yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılacak ve bazı ölçekler doldurmanız istenecektir. Herhangi bir yan etki, risk söz konusu değildir. Bu formu imzalayarak doktorunuzun ve onun kadrosunun çalışma için kişisel bilgilerinizi toplamasına ve kullanmalarına onay vermiş olacaksınız. Doktorunuzdan toplanan çalışma verileriniz hakkında detaylı bilgi isteme hakkına sahipsiniz. Çalışmanın sonuçları tıbbi yayınlarda yayınlanabilir, ancak sizin kimlik bilgileriniz bu yayınlarda açıklanmayacaktır.

Araştırma süresince 24 saat ulaşılabilir kişiler;

Prof. Dr. Hatice ÖZYILDIZ GÜZ  
OMÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.  
0 362 312 19 19-3165

Dr. Esra ÜNVERDİ  
OMÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.  
0 362 312 19 19-2422

Bu formu imzalayarak çalışma verilerinizin bu formada tanımlandığı şekilde kullanımına onay veriyorum.

Gönüllünün Adı/Soyadı/İmzası/Tarih

Gönüllü Yakını Adı/Soyadı/İmzası/Tarih

#### **SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

Formun Doldurulduğu tarih :..../..../20.... (gün/ay/yıl)

<b>Adı, Soyadı :</b>	<b>Cinsiyeti :</b> (1) Erkek (2) Kız
<b>Yaşı: .....</b>	<b>Ev telefonu :</b> 0 (.....) ..... <b>Cep telefonu :</b> 0 (.....) .....
<b>Eğitim durumu / süresi:</b>	<b>Medeni Durumu:</b> (1) Evli (2) bekar (3) boşanmış/dul (4) Yalnız yaşıyor
<b>İş Durumu:</b> (1)Öğrenci (2) Ev hanımı (3) Düzenli işi var (4) Düzensiz bir işi var (5) İşsiz (6) Emekli	
<b>Tüm hanenin ortalama aylık geliri :</b> (1) Alt (0-1000YTL) (2) Orta (1000-2000 YTL) (3) İyi (2000-3000YTL) (4) Çok iyi (3000 YTL'den çok)	
<b>Bölgedeki konumu:</b> (1) Göçmen (2) Yerli	
<b>Yaşadığı yer:</b> (1) İl (2) İlçe (3) Kırsal	
<b>Hastalığın Başlama Yaşı :</b>	
<b>İlk tedavi aldığı yıl:</b>	
<b>Tedavisiz geçen hastalık süresi:</b>	
<b>Hastalık süresi:</b>	
<b>Ortaya çıkarıcı yaşam olayı:</b> 1. Yok 2. Var(.....)	
<b>Kullandığı ilaçlar:</b>	
<b>İntihar girişimi:</b> 1. Yok 2. Var (sayısı.....)	
<b>Kronik hastalık öyküsü:</b> 1. Yok 2. Var (.....)	
<b>Alkol- madde kullanımı:</b> 1. Yok 2. Var (.....)	
<b>Çocukluk çağı psikiyatrik hastalık:</b> 1. Yok 2. Var (tik-DEHB.....)	
<b>Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü :</b> 1. Yok 2. Varsa belirtiniz... (Yakınlık Derecesi..)	
<b>Ailede OKB Öyküsü:</b> 1. Yok 2. Var (yakınlık derecesi.....)	

## YALE-BROWN OBSESYON KOMPÜLSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS)

		Puan
1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN	(0-4)	<input type="checkbox"/>
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	<input type="checkbox"/>
5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEŚİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
6. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE	(0-4)	<input type="checkbox"/>
7. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
8. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
9. KOMPÜLSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	<input type="checkbox"/>
10. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEŚİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPÜLSİYONLARINA BAKIŞ AÇISI	(0-4)	<input type="checkbox"/>
12. KAÇINMA	(0-4)	<input type="checkbox"/>
13. KARARSIZLIĞIN DERECEŚİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA	(0-4)	<input type="checkbox"/>
15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
16. PATALOJİK KUŞKU	(0-4)	<input type="checkbox"/>
17. GENEL ŞİDDET	(0-6)	<input type="checkbox"/>
18. GENEL DÜZELME	(0-6)	<input type="checkbox"/>
19. GÜVENİLİRLİK	(0-3)	<input type="checkbox"/>
<b>TOPLAM PUAN</b>		.....

## Y-BOKÖ BELİRTİ KONTROL LİSTESİ

Şimdi	Geçmişte	SALDIRGANLIK OBSESYONLARI	Şimdi	Geçmişte	DİĞER OBSESYONLAR
_____	_____	Kendine zarar vereceğinden korkma	_____	_____	Bilme veya hatırlama ihtiyacı
_____	_____	Başkalarına zarar vereceğinden korkma	_____	_____	Belirli şeyleri söyleme korkusu
_____	_____	Şiddet içeren veya korkutucu imgeler	_____	_____	Doğru şeyi söyleme korkusu
_____	_____	Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu	_____	_____	Birşeyler kaybetme korkusu
_____	_____	Utandırılacak bir şey yapmaktan korkma*	_____	_____	İstenmeyen ( <i>dehşet içermeyen</i> ) görüntüler
_____	_____	İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma	_____	_____	Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma
_____	_____	( <i>örn. arkadaşını yaralama</i> )	_____	_____	Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma*
_____	_____	Çalacağından korkma	_____	_____	Uğurlu veya uğursuz sayılar
_____	_____	Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme	_____	_____	Özel anlamı olan renkler
_____	_____	korkusu ( <i>örn. çarpma/kaçma motorlu araç kazası</i> )	_____	_____	Batıl itikatlar
_____	_____	Vücut atık veya salgılarından ( <i>örn. idrar, dışkı, tükürük</i> ) kaygılanmak veya iğrenmek	_____	_____	<b>SOMATİK OBSESYONLAR</b>
_____	_____	Kir veya mikroplardan kaygılanmak	_____	_____	Hastalık ile ilgili
_____	_____		_____	_____	Vücudun bir parçası veya görünüm ile aşırı ilgili
_____	_____		_____	_____	Diğer

	(örn. asbestoz, radyasyon, toksik atıklar)			<b>TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI</b>
—	Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak	—	—	Aşırı veya törensel el yıkama
—	Hayvanlardan aşırı derecede korkmak	—	—	Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat
—	Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı	—	—	Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
	Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı			<b>TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR</b>
—	Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden	—	—	Tekrar okuma veya yazma
—	kaygılanmak, sonuçlarını düşünmek	—	—	Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi
	<b>CİNSEL OBSESYONLAR</b>			<b>SAYMA KOMPULSİYONLARI</b>
—	Yasaklanmış veya sapıklık derecesinden cinsel	—	—	<b>KONTROL KOMPULSİYONLARI</b>
—	düşünce, görüntü veya dürtüler	—	—	<b>SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI</b>
—	Homoseksüel ilişki ile ilgili*	—	—	<b>BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI</b>
—	Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*	—	—	[Hobilerden, maddi veya manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır.
	<b>BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI</b>			(örn. eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek)]
	(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır)			<b>DİĞER KOMPULSİYONLAR</b>
	<b>DİNİ OBSESYONLAR</b>			Zihinsel törenler (kontrol ve sayma dışında)
—	Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili doğru/yanlış kavramları ile aşırı ilgi	—	—	Aşırı liste hazırlama
	<b>EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ ve DÜZENİ</b>			Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
	<b>İLE İLGİLİ OBSESYONLAR</b>			Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*
—	Doğüstü düşünce ile birlikte (örn. eşyaların)	—	—	Göz kırpmaya veya gözlerinin dikine törensel davranışları*
—	Doğüstü düşünceler olmadan	—	—	Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları*

## KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

### HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

### DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi
2. Oldukça düzeldi
3. Biraz düzeldi
4. Hiç değişiklik yok
5. Biraz kötüleşti
6. Oldukça kötüleşti
7. Çok kötüleşti

### YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini gözönüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor



## Ek-5

**HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ**  
(HDDÖ)

Hastanın Adı :	Hasta No :			
Doktorun Adı :	Doğum Tarihi :			
Her maddede, hastayı en iyi tanımlayan cevabı belirleyen numarayı seçin.		1	2	3
<b>1. DEPRESİF RUH HALİ</b> (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik) 0 = Yok 1 = Bu duygularımı ancak sorduğunda gösteriyor 2 = Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor 3 = Bu duygularımı sözleriyle değil, yüz ifadesi, duruşu, sesi ve ağlama eğilimi ile gösteriyor 4 = Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor				
<b>2. SUÇLULUK DUYGUSU</b> 0 = Yok 1 = Kendini suçlu bularak, insanları üzdüğünü sanıyor 2 = Eski yaptıklarından veya hatalarından dolayı suçluluk hissediyor 3 = O anki hastalığını bir ceza olarak kabul ediyor ve suçluluk delüzyonları gösteriyor 4 = Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor				
<b>3. İNTİHAR</b> 0 = Yok 1 = Hayatı yaşamaya değer bulmuyor 2 = Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor 3 = İntiharını düşünüyor yada bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor 4 = İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim, 4 puan)				
<b>4. UYKUYA DALAMAMAK</b> 0 = Uykuya dalmada herhangi bir güçlük çekmiyor 1 = Bazen yatığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor 2 = Her gece uyuma güçlüğü çekiyor				
<b>5. GECEYARISI UYANMAK</b> 0 = Herhangi bir sorunu yok 1 = Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan yakınıyor 2 = Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak, 2 puanla değerlendirilir. (Herhangi bir neden olmaksızın)				
<b>6. SABAH ERKEN UYANMAK</b> 0 = Herhangi bir sorunu yok 1 = Sabah erkenden uyanıyor fakat tekrar uykuya d alıyor 2 = Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor				
<b>7. İŞ VE AKTİVİTELER</b> 0 = Herhangi bir sorunu yok 1 = Aktiviteleriyle, işiyle yada boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor 2 = Aktivite, hobi veya işe duyulan ilginin kaybolması; 3 = Aktivitelere ayrılan zamanda veya üretkenlikte azalma. 4 = Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış.				
<b>8. RETARDASYON</b> (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma) 0 = Normal konuşma ve düşünce 1 = Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor 2 = Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor 3 = Görüşme yapmakta güçlük çekiyor 4 = Tam stupor				

	I	2	3
<b>9. AJİTASYON</b> 0 = Yok 1 = Yerinde duramama 2 = Eller, saçlar vb. ile oynama 3 = Ayakta dolaşma, sakin oturamama 4 = ellerini ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak yeme			
<b>10. PSİŞİK ANKSİYETE</b> 0 = Güçlük yok 1 = Subjektif gerilim ve irritabilite 2 = Küçük şeylerden kaygı duyma 3 = Yüzünden ve konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor 4 = Korkularını, daha sorulmadan anlatıyor			
<b>11. SOMATİK ANKSİYETE</b> 0 = Yok 1 = Hafif 2 = Orta 3 = Şiddetli 4 = Çok şiddetli Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik belirtiler; Gastrointestinal : Ağız kuruluğu, gaz çıkarma, sindirim bozukluğu, kramp Kardiyovasküler : Palpitasyon, baş ağrısı Solunumla İlgili : Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme			
<b>12. SOMATİK SEMPTOMLAR-Gastrointestinal</b> 0 = Yok 1 = İştahsız, ama hastane personelinin ısrarıyla yiyor. 2 = Hastane personeli zorlamadan yemekte güçlük çekiyor.			
<b>13. SOMATİK SEMPTOMLAR-Genel</b> 0 = Yok 1 = Ekstremitelerinde, sırtında yada başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda ağrı. Enerji kaybı ve yorgunluk hissi. 2 = Herhangi bir kesin şikayet, 2 puanla değerlendirilir.			
<b>14. GENİTAL SEMPTOMLAR</b> (libido kaybı, menstrüel bozukluklar gibi semptomlar) 0 = Yok 1 = Hafif 2 = Şiddetli			
<b>15. HIPOKONDRIASIS</b> 0 = Yok 1 = Evhamlılık 2 = Sağlıkla ilgili evhamlar 3 = Sık sık yakınmalar, yardım isteği vb. 4 = Hipokondriak delüzyonlar			
<b>16. ZAYIFLAMA (A yada B' yi işaretleyiniz)</b> A. Anamneze göre değerlendirirken: 0 = Kilo kaybı yok 1 = Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı 2 = Kesin (hastaya göre) kilo kaybı B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan, hastanın tartıldığı kontrollerde 0 = Haftada 0,5 kg' dan daha az kilo kaybı 1 = Haftada 0,5 kg' dan daha fazla kilo kaybı 2 = Haftada 1 kg' dan daha fazla kilo kaybı			
<b>17. DURUMU HAKKINDA GÖRÜŞÜ</b> 0 = Hasta ve depresyonda olduğunu farkında 1 = Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahata ihtiyacı olduğuna bağlıyor 2 = Hasta olduğunu kabul etmiyor			
Bütün maddelerin tamamen cevaplandırıldığını kontrol ediniz. Toplam Puan : Düşünceler :			

**Ek-6**

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

**HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)**

*Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin*

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
2. GERİLİM	<input type="checkbox"/>
3. KORKULAR	<input type="checkbox"/>
4. UYKUSUZLUK	<input type="checkbox"/>
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	<input type="checkbox"/>
6. DEPRESİF MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
7. SOMATİK (muskuler)	<input type="checkbox"/>
8. SOMATİK (duygusal)	<input type="checkbox"/>
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	<input type="checkbox"/>
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ	<input type="checkbox"/>
TOPLAM PUAN:	.....
PSİŞİK (1,2,3,5,6)	.....
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)	.....

**Ek-7****ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ****Sorulara nasıl yanıt verilecek?**

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
<b>Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...</b>					
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3. Ailemdelikiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
6. Yırtık, sökülük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7. Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11. Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum. Ailemdelikiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13. Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14. Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma( dövülme, itilip, kakılma..vb) inanıyorum Ailemdelikiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17. Bana o kadar kötü vuruluyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailemdelikiler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi.	1	2	3	4	5

20.Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi. .	1	2	3	4	5
21.Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı	1	2	3	4	5
22.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma(hakaret, aşağılama..vb) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26.İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28.Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5



## Ek-8

### DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES) Bernstein & Putnam,1986,1993

Türkçe'ye uyarlayanlar: Vedat Şar, L.İlhan Yargıç, Hamdi Tutkun

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

Örnek:

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

#### SORULAR

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yambaşında duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları ( örneğin nikah ya da mezuniyet töreni ) hiç hatırlamadıklarını farkederler. Yaşamımızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyredirken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19. Bazı insanlar, ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiç bir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi ( örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb. ) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100



24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş mi olduklarını ( örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü ) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içersinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

## Ek-9

### AŞIRI DEĞER VERİLMİŞ DÜŞÜNCE ÖLÇEĞİ (ADDÖ)

Hastanın bugün de dahil olmak üzere geçen hafta içinde var olduğunu ifade ettiği obsesyon ve/veya kompulsiyonları için aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

Hastada geçen hafta mevcut olan temel inancı belirtiniz. Bu, puanlamacı tarafından yapılan değerlendirmeye göre, hastada en yoğun sıkıntı ya da sosyal ve mesleki işlevsellikte en ciddi bozulmaya yol açmış olan bir inanç olmalıdır (örn; hastaneyi ziyaret ettikten sonra uygun biçimde yıkanmazsam AIDS olurum; evden çıkarken sobayı kontrol etmezsem evim yanabilir; topladıklarımı atarsam önemli bilgileri kaybedebilirim; çekici değilim; burnum şekilsiz; benim kompleksim sivilcelerdir, vb.). Puanlar hastanın inançlarını yansıtmalıdır (örn; hasta inancını ne kadar mantıklı buluyor; korkulan sonuçları önlemede kompulsiyonlar ne kadar etkili, vb.). **Yalnız obsesif kompulsif bozuklukla ilgili olan inancı belirtiniz. Bütün maddeleri hastanın inancını değerlendirmenize göre puanlayınız. İnancın, şiddeti, mantıklı olup olmadığı gibi çeşitli yönlerini değerlendirmek için her kategorinin altında yer alan üç sorudan yararlanabilirsiniz.**

Aşağıda, temel inancı belirtiniz:

---

---

---

---

Hastayı her bir madde için puanlarken, hastanın özgül inancını gözönüne alın. Örn; hastaneye giderseniz, AIDS olacağımıza dair inancınız ne kadar güçlü?

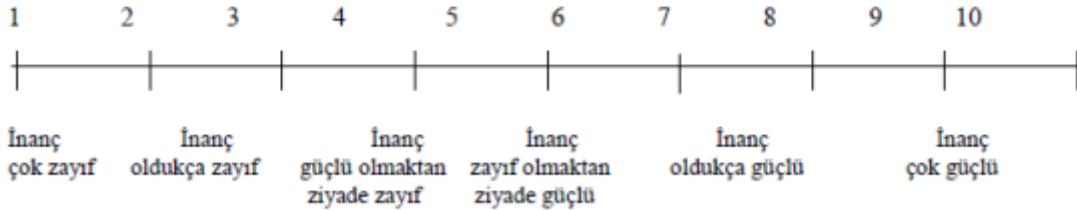
#### 1) İNANCIN ŞİDDETİ

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

Bu inancın doğru olduğuna ne kadar kuvvetle inanıyorsunuz?

Bu inancın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz?

İnancınız siz ya da başka birisi tarafından sarsılabilir mi?



(Çok zayıftan çok güçlüye doğru giden derecelendirme, inancın doğru olma olasılığına işaret etmektedir. Örn., çok zayıf düşük bir olasılığa; çok güçlü yüksek bir olasılığa karşılık gelir.)

Puanlama maddesi 1: \_\_\_\_\_

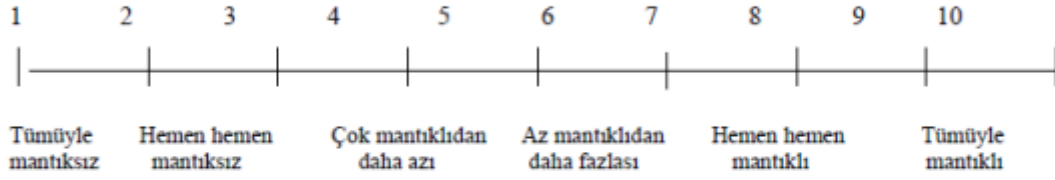
## 2) İNANCIN AKLA UYGUNLUĞU

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

İnancınız ne kadar akla uygun?

İnancınız doğrulanabilir ya da makul görülebilir mi?

İnancınız mantıklı ya da akla uygun görünüyor mu?



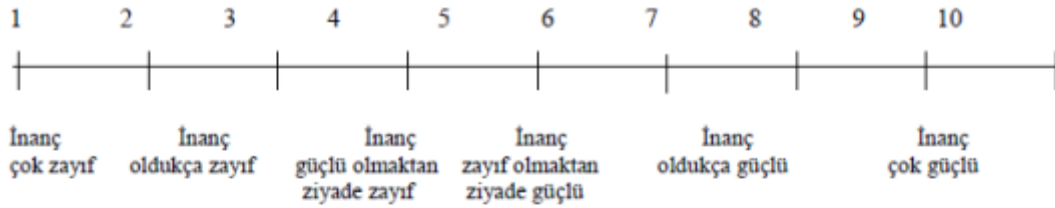
Puanlama maddesi 2: \_\_\_\_\_

## 3) GEÇEN HAFTA İNANCIN EN DÜŞÜK ŞİDDETİ

Geçen hafta için, bu inancın şiddetine vereceğiniz en düşük puan nedir?

Geçen hafta inancınız ne kadar zayıfladı?

Geçen hafta bir an için bile olsa, bu inancın doğru olup olmadığı konusunda kuşku duyduğunuz zamanlar oldu mu? Eğer öyleyse, bu konuda biraz daha fazla konuşun.



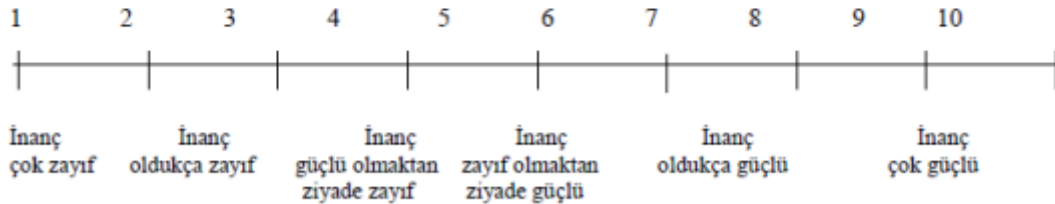
Puanlama maddesi 3: \_\_\_\_\_

## 4) GEÇEN HAFTA İNANCIN EN YÜKSEK ŞİDDETİ

Geçen hafta için, bu inancın şiddetine vereceğiniz en yüksek puan nedir?

Geçen hafta inancınız ne kadar kuvvetlendi?

Geçen hafta inancınızdan ne kadar emindiniz?



Puanlama maddesi 4: \_\_\_\_\_

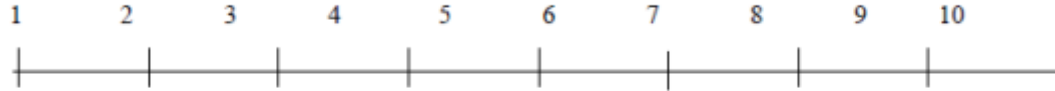
### 5) İNANCIN DOĞRULUĞU

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

İnancınız ne kadar kesin?

İnancınız ne kadar doğru?

İnancınız ne oranda yanlış?



Tümüyle doğru değil    Hemen hemen doğru değil    Çok doğrudan daha azı    Az doğrudan daha fazlası    Hemen hemen doğru    Tümüyle doğru

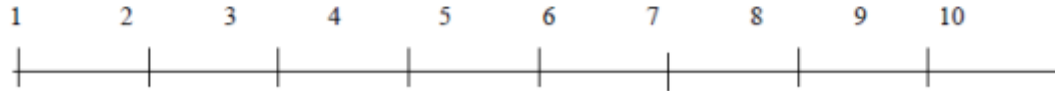
Puanlama maddesi 5: \_\_\_\_\_

### 6) İNANCIN BAŞKALARI TARAFINDAN PAYLAŞILMASININ BOYUTU

Toplumdaki diğer insanların sizinle aynı inanca sahip olmaları ne kadar mümkündür?

Başkaları inancınıza ne oranda katılmaktalar?

Başkaları inancınızı ne boyutta paylaşıyorlar?



Tümüyle uyuşmama    Hemen hemen uyuşmama    Çok uyuşmadan daha azı    Az uyuşmadan daha fazlası    Hemen hemen uyuşma    Tümüyle uyuşma

Puanlama maddesi 6: \_\_\_\_\_

### 7) BAŞKALARININ BENZER YA DA FARKLI BİR İNANCA SAHİP OLMALARI

Başkaları sizinle aynı inancı paylaşıyor mu? Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

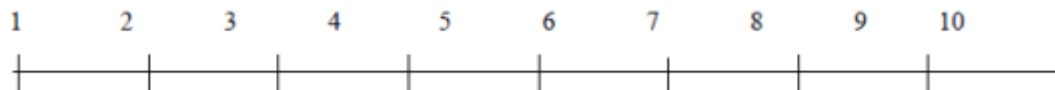
Hasta evet yanıtı vermişse 7a'ya, hayır yanıtı vermişse 7b'ye geçiniz.

#### 7a) BAŞKALARININ AYNI İNANCA SAHİP OLMALARI

Başkalarının inancınıza katıldığını düşündüğünüze göre, bu kişilerin inancınız hakkında sizin kadar bilgili olduğunu düşünüyor musunuz?

Diğer insanların bu inanç hakkında sizin kadar bilgili olduğuna ne kadar inanıyorsunuz?

Başkalarının bu inanç hakkında sizin kadar bilgili olduğuna inanıyor musunuz?



Tümüyle bilgisiz    Biraz bilgisiz    Az bilgiliden daha fazlası    Çok bilgiliden daha azı    Hemen hemen kendisi kadar bilgili    Bilgisi kendisiyle aynı

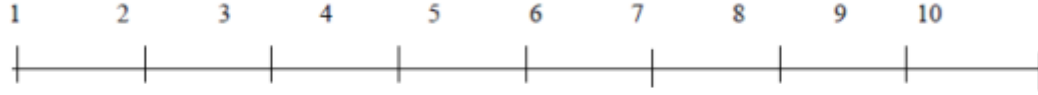
Puanlama maddesi 7a: \_\_\_\_\_

## 7b) BAŞKALARININ FARKLI İNANÇLARININ OLMASI

Başkalarının size katılmadıklarını düşündüğünüze göre, bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduklarını düşünüyor musunuz?

Diğer insanların bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduğuna ne kadar inanıyorsunuz ?

Başkalarının bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduğuna inanıyor musunuz?



Bilgisi kendisiyle aynı Hemen hemen kendisi kadar bilgili Çok bilgiliden daha azı Az bilgiliden daha fazlası Biraz bilgisiz Tümüyle bilgisiz

Puanlama maddesi 7b: \_\_\_\_\_

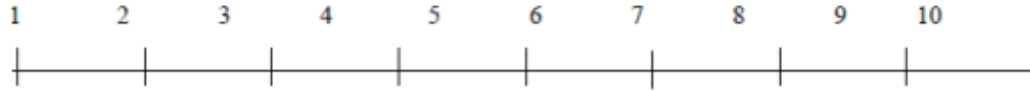
## 8) KOMPULSİYONLARIN ETKİLİLİĞİ

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

Anksiyete dışındaki olumsuz sonuçları önlemede kompulsiyonlar/törenselle davranışlar ne kadar etkili?

Korkulan sonucu durdurmada kompulsiyonlarınızın herhangi bir etkisi var mı?

Kompulsiyonlarınızın olumsuz sonuçları önlemeye yardımcı olabilmesi mümkün mü?



Tümüyle etkisiz Hemen hemen etkisiz Çok etkiden daha azı Az etkiden daha fazlası Hemen hemen etkili Tümüyle etkili

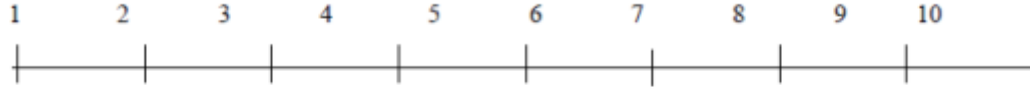
Puanlama maddesi 8: \_\_\_\_\_

## 9) İÇGÖRÜ

Hastalığınızın bu inanca sahip olmanıza neden olduğunu ne oranda düşünüyorsunuz?

İnançlarınızın psikolojik ya da psikiyatrik nedenlere bağlı olma olasılığı ne kadardır?

İnançlarınızın bir hastalığa bağlı olduğunu düşünüyor musunuz?



Tümüyle olası Biraz olası Tersine göre daha fazla olası Tersine göre daha az olası Biraz olası değil Tümüyle olası değil

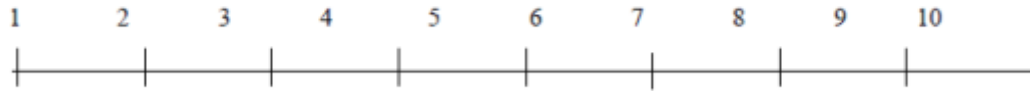
Puanlama maddesi 9: \_\_\_\_\_

## 10) DİRENCİN GÜCÜ

İnançlarınızı aklınızdan atmak için ne kadar enerji harcıyorsunuz?

İnançlarınızı değiştirmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?

İnançlarınıza direnmeye kalkışıyor musunuz?



Tümüyle direnme Epey direnme Az direnmenin daha fazlası Çok direnmenin daha azı Az direnme Hiç direnmeme

Puanlama maddesi 10: \_\_\_\_\_

## Ek-10

### DUYGU DIŞAVURUM ÖLÇEĞİ (DDÖ)

Adınız Soyadınız:

Yaşınız:

Eğitim Düzeyiniz:

Mesleğiniz:

Yakınlık Dereceniz:

Hastanızın Adı Soyadı:

Hastanızın Yaşı:

Hastanızın Eğitim Düzeyi:

Hastanızın Mesleği:

*AÇIKLAMA: Aşağıda hastanızla aranızdaki ilişkinin bazı yönlerini tanımlayan cümleler vardır. Lütfen hastanızı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan durumların size uygun olup olmadığını belirtmek üzere doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.*

- (D) (Y) 1.Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyor ve öfkeleniyorum.  
(D) (Y) 2.Onun hasta olduğuna inanmıyorum.  
(D) (Y) 3.Onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum.  
(D) (Y) 4.Benim için onun istekleri, diğer aile üyelerinin isteklerinden daha önemli.  
(D) (Y) 5.Onunla ilgili her şeyi, kendine ait özel meselelerini bile araştırıp öğrenmeye çalışıyorum.  
(D) (Y) 6.Onun varlığı beni deli ediyor.  
(D) (Y) 7.Düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye.  
(D) (Y) 8.Onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum.  
(D) (Y) 9.Ona sık sık öğüt veriyorum.  
(D) (Y) 10.Onunla uyuşamıyoruz.  
(D) (Y) 11.Bıraktım artık ne hali varsa görsün.  
(D) (Y) 12.Aile içinde onun her şeyiyle ben ilgileniyorum.  
(D) (Y) 13.Ona kırılıyor, güceniyorum.  
(D) (Y) 14.Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim.  
(D) (Y) 15.Onun üstüne titrerim.  
(D) (Y) 16.Onunla birlikteyken başka bir şeyle ilgilenmiyorum, ilgim sürekli onun üstünde oluyor.  
(D) (Y) 17.O benim hayatımı yaşamama engel oluyor.  
(D) (Y) 18.O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi hissediyorum.  
(D) (Y) 19.Onun yaptığı işleri beğenmiyorum.  
(D) (Y) 20.Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve ona bunu söylüyorum.  
(D) (Y) 21.Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum.  
(D) (Y) 22.Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum.  
(D) (Y) 23.Onun her şeyiyle ben ilgileniyorum.  
(D) (Y) 24. “Ondan ah bir kurtulsam!” diye düşündüğüm oluyor.  
(D) (Y) 25.Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyor ve ondan uzak duruyorum.  
(D) (Y) 26.Onun kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum.  
(D) (Y) 27.Hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılmaya hiç dayanamıyorum.  
(D) (Y) 28.Biz birbirimize benziyoruz.  
(D) (Y) 29.Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum.  
(D) (Y) 30.Onunla iyi anlaşıyorum.  
(D) (Y) 31.Aklım fikrim hep onda başka hiç bir şey düşünemiyorum.  
(D) (Y) 32.Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum.  
(D) (Y) 33.Ondan uzak kalmak istiyorum.  
(D) (Y) 34.Başıma bir sürü dert açıyor.  
(D) (Y) 35.O olmasa bütün işler yoluna girecek.

- (D) (Y) 36. Bir zorlukla karşılaştığımda bu zorlukla başa çıkabiliyorum.
- (D) (Y) 37. Onun her şeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor.
- (D) (Y) 38. Öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmak için uğraşırım.
- (D) (Y) 39. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla konuşmaya, sohbet etmeye çalışırım.
- (D) (Y) 40. Onun, hastalığını abarttığını düşünüyorum.
- (D) (Y) 41. Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum.



## Ek-11

### DUYGU DIŞAVURUM DÜZEYİ ÖLÇEĞİ (DDDÖ)

Adınız Soyadınız:

Yaşınız:

Eğitim Düzeyiniz:

Mesleğiniz:

Yakınlık Derecesi:

Yakınınızın Adı Soyadı:

Yakınınızın Yaşı:

Yakınınızın Eğitim Düzeyi:

Yakınınızın Mesleği:

*AÇIKLAMA: Aşağıda birinin size karşı davranışlarını tanımlayan cümleler vardır. Lütfen birlikte yaşadığınız, sizin için önemli olan bir insanı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan biçimlerde davranıp davranmadığını doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.*

- (D) (Y) 1.Bazen konuşmak istemezsem beni anlayışla karşılar ve zorlamaz.  
(D) (Y) 2.Sinirlendiğimde o beni yatıştırır.  
(D) (Y) 3.Benim kendime ait kontrolümü yitirdiğimi söyler.  
(D) (Y) 4.Beklentilerini doyumadığım zamanlarda bile bana hoşgörülü davranır.  
(D) (Y) 5.Ben konuşurken müdahale etmez.  
(D) (Y) 6.Benim sınırlarımı bozmadı.  
(D) (Y) 7. “İyi değilim.” dediğimde benim ilgi çekmek istediğimi söyler.  
(D) (Y) 8.Beklentilerini doyumadığım için suçluluk duymama neden olur.  
(D) (Y) 9.Bana karşı aşırı bir koruyucu-kollayıcılığı yoktur.  
(D) (Y) 10.Kendimi iyi hissetmediğim zamanlar öfkelenir.  
(D) (Y) 11.Hasta veya keyifsiz olduğumda bana karşı anlayışlıdır.  
(D) (Y) 12.Benim olaylara bakış açımı anlayabilir.  
(D) (Y) 13.Her zaman müdahalecidir.  
(D) (Y) 14.Bir şeyler kötüye gitmeye başlayınca korku ve heyecana kapılmaz.  
(D) (Y) 15.Kendimi iyi hissetmediğimde bana yardım aramam için cesaret verir.  
(D) (Y) 16.Ona birçok sorun yaşattığımı düşünmez.  
(D) (Y) 17.Bir şeyleri benimle yapmak konusunda ısrar etmez.  
(D) (Y) 18.İşler sarpa sarınca doğru dürüst düşünemez.  
(D) (Y) 19.Keyifsiz-huzursuz olduğumda bana yardımcı olmaz.  
(D) (Y) 20.Benden umduğunu bulamazsa beni aşağılar.  
(D) (Y) 21.Yanımdan ayrılmamak, sürekli benimle olmak gibi bir düşüncesi yoktur.  
(D) (Y) 22.Yolunda gitmeyen işler için beni suçlar.  
(D) (Y) 23.Benim bir insan olarak değerli olduğumu hissettirir.  
(D) (Y) 24.Keyifsiz, huzursuz ya da kafam karışık olduğunda bu duruma tahammül göstermez.  
(D) (Y) 25.Beni çaresizliğim ve bunalımımınla öylece bir kenarda bırakır.  
(D) (Y) 26.Kötü olduğum zamanlarda benim duygularımı nasıl ele alacağını bilemez.  
(D) (Y) 27.Sorunlarımı ondan öğ almak için yarattığımı söyler.  
(D) (Y) 28.Benim özelliklerimi, özelliklerimin sınırlarını, neyi becerip beceremeyeceğimi bilir.  
(D) (Y) 29.Ne yaptığımı bilmek için beni sürekli kontrol eder.  
(D) (Y) 30.Zor durumlarda soğukkanlılığını ve kendine hâkimiyetini koruyabilir.  
(D) (Y) 31.Hasta olduğunda benim kendimi iyi hissetmem için uğraşır.  
(D) (Y) 32.Benim neyi becerip neyi beceremeyeceğim konusunda gerçekçidir.  
(D) (Y) 33.Her zaman işlerime burnunu sokar.  
(D) (Y) 34.Söylediğim şeyleri sonuna kadar dinler.  
(D) (Y) 35.Uzman yardımını aramanın doğru olmayacağını söyler.



- (D) (Y) 36.İşler yolunda gitmediği zaman bana öfkelenir.
- (D) (Y) 37.Hakkımda her şeyi mutlaka öğrenmek ister.
- (D) (Y) 38.O yanımda olduğu zaman huzurlu ve rahat hissetmemi sağlar.
- (D) (Y) 39.İyi olmadığımı söylediğimde beni abartmakla suçlar.
- (D) (Y) 40.Bir şeyler yolunda gitmese bile bana karşı sabırlıdır.
- (D) (Y) 41.Gittiğim yeri mutlaka ısrarla öğrenmek ister.
- (D) (Y) 42.Bana sebepsiz yere öfkelenir.
- (D) (Y) 43.Hasta olduğum zaman ilgili biri olur.
- (D) (Y) 44.Desteğine ihtiyacım olduğu zaman esirgemez.
- (D) (Y) 45.Benim özel meselelerime karışır.
- (D) (Y) 46.Zor, stres yaratan bir durumla kolayca başa çıkar.
- (D) (Y) 47.Kendimi iyi hissetmiyorsam, durumu merak eder ve anlamak ister.
- (D) (Y) 48.Bir hata yaparsam anlayışla karşılar.
- (D) (Y) 49.Hayatıma burnunu sokmaz.
- (D) (Y) 50.İyi olmadığım zaman bana tahammülü yoktur.
- (D) (Y) 51.Kendimi kötü hissettiğimde bundan dolayı beni suçlamaz.
- (D) (Y) 52.Benden çok fazla şey bekler.
- (D) (Y) 53.Şahsıma ait çok özel konularda fazla soru sormaz.
- (D) (Y) 54.İşler yolunda gitmediği zaman o işleri daha da kötüleştirir
- (D) (Y) 55.Kendimi iyi hissetmediğim zaman, o bunları benim yarattığımı söyleyerek sık sık beni suçlar.
- (D) (Y) 56.Ben bir şeyi beceremeyince zıvanadan çıkar çok öfkelenir.
- (D) (Y) 57.Geliş gidiş saatlerim konusunda onu haberdar etmezsem huzursuz olur.
- (D) (Y) 58. İşler iyi gitmediği zamanlar huzursuz olur.
- (D) (Y) 59.Kendimi iyi hissetmediğim zamanlar bana güven verir destek olur.
- (D) (Y) 60.Kendimi iyi hissetmediğimde bile benden aynı gayreti bekler