

**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA
MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ**

Dr. Vildan ÇAKIR KARDEŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Özge SARAÇLI

**ZONGULDAK
2013**

**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA
MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ**

Dr. Vildan ÇAKIR KARDEŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Özge SARAÇLI

**ZONGULDAK
2013**

TEZ ONAY TUTANAĞI

Tezin Teslim Edildiği Üniversite/Fakülte: Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tez Başlığı : Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Mizaç ve Karakter Özellikleri

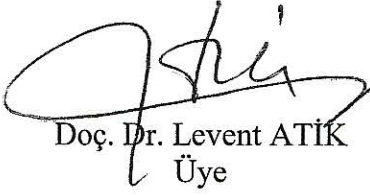
Tez Yazarı : Arş. Gör. Dr. Vildan ÇAKIR KARDEŞ

Tez Savunma Tarihi: 13/05/2013

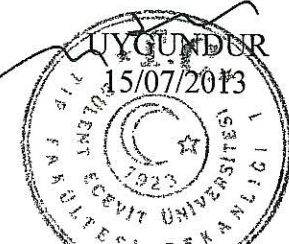
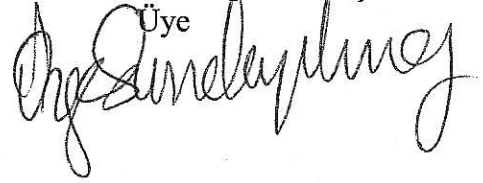
Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Özge SARAÇLI

Doç. Dr. Nuray ATASOY
Jüri Başkanı




Doç. Dr. Levent ATIK
Üye

Yrd. Doç. Dr. Özge SARAÇLI
Üye



Prof. Dr. Mustafa AYDIN
Dekan

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım tez danışmanım değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Özge SARAÇLI'ya,

Yetişmemdeki katkılarından dolayı değerli hocalarım Doç. Dr. Nuray ATASOY, Doç. Dr. Levent ATİK, Prof. Dr. Numan KONUK'a,

Geç dönemde tanışma ve çalışma fırsatı bulduğum Yrd. Doç. Dr. Özge METİN'e,

Tezimin araştırma, planlama ve istatistik değerlendirme dahil hemen her aşamasında yardımlarından dolayı Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın M. Çağatay BÜYÜKUYSAL'a,

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve tüm psikiyatri hemşire ve personel ekibine,

Zonguldak yaşantım boyunca damak tadımıza uygun lezzetlerle yanımda olan Kadir ÇETİN ve ekibine,

Hayatımın her evresinde sevgi ve desteğini esirgemeyen anneme, babama, kardeşime ve eşim Dr. Hakan KARDEŞ'e sonsuz teşekkürler...

Dr. Vildan ÇAKIR KARDEŞ

Zonguldak, 2013

ÖZET

Vildan ÇAKIR KARDEŞ. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Mizaç ve Karakter Özellikleri. Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi. Zonguldak, 2013.

Amaç: Bu çalışmada, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) hastalarını sağlıklı bireylerden ayıran mizaç ve karakter özelliklerini ve mizaç ve karakter özellikleri ile OKB semptom şiddeti arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın hasta grubu Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Psikiyatri Polikliniği'ne Temmuz 2011 ile Mart 2013 tarihleri arasında başvuran, SCID I tarama ile OKB tanısı alan hastalardan oluşturuldu. Sağlıklı kontrol grubu, hasta grubu ile benzer yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi özelliklerine sahipti. Hasta ve kontrol grubundan Sosyodemografik Veri Formu, Mizaç ve Karakter Envanteri, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeklerini doldurmaları istendi. Hasta grubu için Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOCS), Yale Brown Belirti Kontrol Listesi psikiyatrik görüşme yapan klinisyen tarafından dolduruldu. Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki çalışmamızın istatistik analizi için SPSS 13.0 paket programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışma grubu yaş aralığı 18-67 yıl olan, 86'sı (%63,7) kadın ve 49'u (%36,3) erkek olmak üzere toplam 135 olgudan oluşmaktaydı. "OKB" (n=70) ve "Kontrol" (n=65) grupları mizaç ve karakter alt boyutları açısından karşılaştırıldı. OKB grubunun ZK1 (beklenti endişesi ve karamsarlık), ZK2 (belirsizlik korkusu), ZK3 (yabancılardan çekinme), ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık), ZK (zarardan kaçınma) toplam puan ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek, KY1 (sorumluluk alma), KY2 (amaçlılık), KY3 (beceriklilik), KY5 (uyumlu ikincil huylar), KY (kendini yönetme) toplam puan, İY1 (sosyal onaylama), İY (işbirliği yapma) toplam puan ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı. OKB şiddeti ile TCI puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Sonuç: OKB'de mizaç ve karakter özelliklerinin değerlendirilmesi, prognozun öngörülmesi ve uygun psikoterapötik yaklaşımların düzenlenebilmesi açısından klinik bir yargı sağlayabilir. Mizaç ve karakter özelliklerinin OKB olgularında tedaviye yanıt üzerine etkisinin incelendiği daha büyük örneklemlerle izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, TCI, mizaç, karakter, OKB şiddeti

ABSTRACT

Vildan ÇAKIR KARDEŞ. Temperament and Character Traits in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. Bülent Ecevit University, Faculty of Medicine, Psychiatry Thesis. Zonguldak, 2013.

Aim: In the present study, we aimed to evaluate the temperament and character traits differentiating patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) from healthy individuals and the relationship between temperament and character traits with severity of OCD symptoms.

Material and method: The patient group of the study consisted of the patients who admitted to Psychiatry Clinics of Bülent Ecevit University Faculty of Medicine between July 2011 and March 2013 and who were diagnosed as OCD with SCID I screening. The control group is similar to the patient group in terms of age, sexuality and education level. The participants that didn't have the diagnosis of any psychiatric disorders with SCID I were included in the healthy control group. The patient and the control groups were asked to complete Sociodemographic Data Form, Temperament and Character Inventory (TCI), Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Scale. For the patient group, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) and Yale-Brown Symptom Checklist were completed by the clinician that performed the psychiatric interview. SPSS 13.0 package software was used for statistical analysis of our cross-sectional descriptive study.

Results: The study group consisted of 135 cases of which 86 (63.7%) were females and 49 (36.3%) were males with an age range of 18-67 years and they were analysed in two groups as OCD (n=70) and the controls (n=65). Total mean point of HA1 (expectation anxiety and pessimism), HA2 (fear of uncertainty), HA3 (foreigners wince), HA4 (fatigue and weakness), and HA (Harm Avoidance) of the OCD group was found to be statistically significantly higher than the controls. Total mean points of SD1 (taking responsibility), SD2 (intentionality), SD3 (resourcefulness), SD5 (congruent second nature), SD (self-directedness), C1 (social validation), and C (collaborating) in the OCD group was significantly lower than the controls. No significant association was found between the increase of OCD level and TCI points.

Conclusion: To evaluate the temperament and character traits in obsessive-compulsive disorder (OCD) can provide a clinic benefit for predicting the prognosis and appropriate psychotherapeutic approach. There is need for follow-up studies with larger sample size that analyse the effect of temperament and character traits on response to treatment in OCD cases.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, TCI, temperament, character, OCD severity

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB).....	2
2.1.1. Tanımı.....	2
2.1.2. Tarihçe.....	2
2.1.3. Epidemiyoloji ve klinik özellikler.....	4
2.1.4. Obsesyon içerikleri.....	6
2.1.5. Kompulsiyonlar.....	8
2.1.6. Etyoloji.....	10
2.1.7. Komorbidite.....	13
2.1.8. Ayırıcı tanı.....	14
2.2. Kişilik.....	16
2.2.1. Kişilik bozukluklarında DSM ve kategorik yaklaşım.....	16
2.2.2. Kişilik bozukluklarına boyutsal yaklaşım.....	16
2.2.3. Psikobiyolojik modelin mizaç boyutları.....	18
2.2.4. Psikobiyolojik modelin karakter boyutları.....	20
2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Kişilik.....	22
2.3.1. Obsesif kompulsif bozuklukta DSM IV kategorisine göre kişilik bozuklukları komorbiditesi.....	23
2.3.2. Obsesif kompulsif bozuklukta mizaç ve karakter özellikleri.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Gereçler.....	26
3.1.1. Sosyodemografik veri formu.....	26
3.1.2. SCID-I/Klinik Versiyonu (Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders, clinical version- SCID-I/CV).....	26

3.1.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOCS) ve Belirti Kontrol Listesi.....	27
3.1.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	27
3.1.5. Beck Anksiyete Ölçeği.....	28
3.1.6. Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory-TCI):	28
3.2. İstatistiksel Analiz	29
4. BULGULAR	31
4.1. OKB ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Ait Bulgular	31
4.2. OKB Grubundaki Hastaların Klinik Özellikleri İle İlişkili Veriler	33
4.3. Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Durumu ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait bulgular.....	37
4.3.1. Yaş ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilere ait bulgular	37
4.3.2. Cinsiyet ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilere ait bulgular....	37
4.3.3. Eğitim durumu ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilere ait bulgular.....	39
4.4. OKB ve Kontrol Grupları Arasında Mizaç Ve Karakter Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular	41
4.5. OKB grubunda YBOCS, BDÖ, BAÖ puanları ile mizaç ve karakter boyutları arasındaki ilişki.....	44
5. TARTIŞMA.....	46
6. KAYNAKLAR	53
7. EKLER	64
Ek 1: Sosyodemografik veri formu	64
Ek 2: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOCS) ve Belirti Kontrol Listesi	65
Ek 3: Beck Depresyon Ölçeği	77
Ek 4: Beck Anksiyete Ölçeği	80
Ek 5: Mizaç ve Karakter Envanteri	81
Ek 6: Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu	90
Ek 7: Etik Kurul Onayı.....	92

SİMGELER VE KISALTMALAR

TCI	: Temperament and Character Inventory (Mizaç ve Karakter Envanteri)
OKB	: Obsesif kompulsif bozukluk (OCD, Obsessive-compulsive disorder)
SCID-I	: Structured Clinical Interview for DSM-IV; DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
ICD	: International Classification of Diseases
DSM III	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition
DSM IV TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (Ruhsal Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı – Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı)
YBOCS	: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği)
ECA	: Epidemiologic Catchment Area
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
COMT	: Catechol-O-Methyltransferase
MAO-A	: Monoamin Oksidaz A
SSRI	: Selective serotonin reuptake inhibitor
PANDAS	: Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders with Streptococcal Infections
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
SPECT	: Single-photon emission computed tomography
fMRI	: Functional magnetic resonance imaging
ZK	: Zarardan Kaçınma
ZK1	: Beklenti Endişesi
ZK2	: Belirsizlik Korkusu
ZK3	: Yabancılardan Çekinme
ZK4	: Çabuk yorulma-Dermansızlık
YA	: Yenilik Arayışı
YA1	: Keşfetmekten Heyecan Duyma
YA2	: Dürtüsellik

YA3	: Savurganlık
YA4	: Düzensizlik
ÖB	: Ödül Bağımlılığı
ÖB1	: Duygusallık
ÖB2	: Bağlanma
ÖB3	: Bağımlılık
SE	: Sebat Etme
KY	: Kendini Yönetme
KY1	: Sorumluluk alma
KY2	: Amaçlılık
KY3	: Beceriklilik
KY4	: Kendini Kabullenme
KY5	: Olumlu İkincil Huylar
İY	: İşbirliği Yapma
İY1	: Sosyal Kabullenme
İY2	: Empati duyma
İY3	: Yardımseverlik
İY4	: Acıma
İY5	: Erdemlilik-Vicdanlılık
KA	: Kendini Aşma
KA1	: Kendilik Kaybı
KA2	: Kişiler Arası Özdeşim
KA3	: Manevi Kabullenme
Ort	: Ortalama değer
SS	: Standart Sapma

TABLolar LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1: Mizaç ve karakterin, psikobiyojik yapı ve işleyiş kuralları açısından bazı farklılıklar	18
Tablo 2: Mizaç boyutları açısından yüksek ve düşük puan olan bireylerin özellikleri	20
Tablo 3: Karakter boyutları açısından yüksek ve düşük puanları olan bireylerin özellikleri	22
Tablo 4: Mizaç ve karakter anketinde değerlendirilen mizaç ve karakter özellikleri ...	29
Tablo 5: Hasta ve kontrol grubunun demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması	32
Tablo 6: Tüm grubun BDÖ ve BAÖ puanları değerleri	33
Tablo 7: Hasta grubunun hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, doktora başvurma süreleri ile YBOCS alt ölçek puanlarının ortalama değerleri	33
Tablo 8: Hasta grubunun ailelerinde psikiyatrik bozukluk dağılımı	35
Tablo 9: Hastaların obsesif kompulsif semptom dağılımı	36
Tablo 10: Hasta grubunun mizaç ve karakter boyutlarının yaşla ilişkisi	37
Tablo 11: Kontrol grubunun mizaç ve karakter boyutlarının yaşla ilişkisi	37
Tablo 12: Hasta ve kontrol grubunda cinsiyetin mizaç ve karakter ile ilişkisi	39
Tablo 13: OKB grubunda eğitim durumunun mizaç ve karakter ile ilişkisi	40
Tablo 14: Kontrol grubunda eğitim durumunun mizaç ve karakter ile ilişkisi	40
Tablo 15: OKB ve kontrol gruplarının mizaç özelliklerinin değerlendirilmesi	42
Tablo 16: OKB ve kontrol gruplarının karakter özelliklerinin değerlendirilmesi	43
Tablo 17: OKB grubunun YBOCS alt ölçek, BDÖ, BAÖ puanları ile mizaç karakter özellikleri arasındaki ilişkiler	45

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

- Şekil 1: Hasta grubunda komorbid psikiyatrik hastalıkların dağılımı34
- Şekil 2: Hasta grubunun ilaç kullanımı dağılım grafiği35

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) belirgin anksiyete ve sıkıntıya neden olan, benliğe yabancı ve yineleyici özellikte kişinin saçma ve yanlış olduğunu bildiği; zorlayıcı, yineleyici düşünceler, dürtüler, imgeler ve/veya yineleyici davranışlar, zihinsel eylemler ile tanımlanmıştır (1).

OKB dahil birçok bozukluğun kişilik, mizaç ve karakter ile olan ilişkisi araştırılmıştır. Mizaç, karakter ve kişilik kavramları sıklıkla karıştırılmakla beraber birbirinden farklı kavramlardır. Mizacın karşılığı olan “temperament”, “karışım” anlamına gelen “temperare” sözcüğünden türetilmiştir (2). Mizaç; kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özelliklerdir. Karakter; çevrenin ve yetiştirilmenin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumlardır. Kişilik ise; yapısal kurama göre, genetik olarak gelen mizaç ile sonradan elde edilmiş karakterin zeka ile birleşmesi sonucu meydana gelmektedir (3). Cloninger, mizaç ve karakter üzerine psikobiyolojik bir model geliştirmeye çalışmıştır. Cloninger ve ark. tarafından geliştirilmiş olan boyutsal birleştirilmiş psikobiyolojik kişilik modeli, yaşam boyunca stabil kaldığı düşünülen mizaç özellikleri ve sosyal öğrenme ve yaşam tecrübesi neticesinde olgunlaştığı kabul edilen karakter özelliklerini içerir. Bu boyutları değerlendirmek için, Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI) geliştirilmiştir.

OKB’li hastaların mizaç ve karakter özelliklerinin TCI kullanılarak değerlendirildiği çalışmalarda; OKB’li hastaların ZK puanlarının kontrollerden daha yüksek olduğu, ayrıca düşük kendini yönetme (4-7), işbirliği yapma (4-6), yenilik arayışı puanları (4,8) ve ödül bağımlılığı puanları (5,6) aldıkları bildirilmiştir.

Bu çalışmada, OKB hastalarını sağlıklı bireylerden ayıran mizaç ve karakter özelliklerini ve mizaç ve karakter özellikleri ile OKB semptom şiddeti arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

2.1.1. Tanımı

OKB; istenmeden gelen, uygunsuz olarak yaşanan, belirgin anksiyete ve sıkıntıya neden olan, benliğe yabancı ve yineleyici özellikte kişinin saçma ve yanlış olduğunu bildiği düşünceler, dürtüler veya imajlar olarak tanımlanan obsesyonlar ve bunlara ikincil olarak gelişen kişinin yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemler olarak tanımlanan kompulsiyonlarla karakterize ruhsal bir bozukluktur (1).

Obsesyon olarak tanımlanan düşünceler, dürtüler veya imajlar kişilerin gerçek yaşam sorunları ile ilişkili olmayıp, kişi kendi zihninin ürünü olarak gördüğü bu düşünce, dürtü ve imajlara önem vermemeye, baskılamaya veya başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır. Kompulsiyon olarak tanımlanan davranışlar ve zihinsel eylemler ise, obsesyonlara ikincil oluşan sıkıntıdan kurtulmaya ya da korunmaya yöneliktir (1).

2.1.2. Tarihçe

OKB'ye bağlı yakınmalar literatürde yüzyıllar öncesine dayanmaktadır (9). Ortaçağda, birçok psikiyatrik hastalık gibi, OKB de büyü ve din kavramlarıyla açıklanmaya çalışılmıştır (10). Shakespeare, ünlü eserindeki Macbeth kimliğinde, obsesyon ve el yıkama kompulsiyonlarının özgün örneğini vermiştir. Obsesyon terimini ilk kez 1866'da Morel kullanmıştır (11).

Esquirol ve daha sonra gelen klinisyenler yaptıkları ilk tanımlamalarda OKB'yi içgörüsü olan delilik olarak adlandırmışlardır. 19. yüzyıl sonuna kadar bu belirtiler depresyon ve psikoz kavramları içinde yorumlanmış, 1878'de Alman klinisyen Wesphal bozukluğun temelindeki anahtar özelliğin bilişsel olduğunu vurgulamıştır. Wesphal, kişinin bu düşüncelerin anlamsız ya da saçma olduğunun farkında olmasıyla hastalığın gerçek delilikten ayrılması gerektiğini belirtmiştir (12). 20. yüzyıl başlarında, Pierre Janet, fobileri, obsesyonları ve kompulsiyonları

“psikastenî” başlığı altında toplamış ve kuşku hastalığı olarak adlandırdığı bu klinik tablo daha sonraları anankastik nevroz, obsesif kompulsif reaksiyon, obsesif kompulsif nevroz olarak isimlendirilmiştir (10,13). DSM III’ten itibaren ve halen günümüzde kullanılan DSM IV-TR’de OKB, anksiyete bozuklukları içinde sınıflandırılırken ICD-10 tanı sınıflandırmasında ise “nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar” başlığı altında sınıflandırılmaktadır.

DSM-IV- TR’ye göre Obsesif-Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri: (1)

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:

(1). Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler dürtüler ya da düşlemler.

(2). Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.

(3). Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da baskılamaya çalışır veya başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

(4). Kişi obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1). Bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örneğin; el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örneğin; dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).

(2). Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurutulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir, ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. **Not:** Bu çocuklar için geçerli değildir.

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boş harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örneğin; bir Yeme Bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerine düşünüp durma; hipokondriazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geviş getirircesine düşünme).

E. Bu bozukluk bir maddenin (örneğin; kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

İçgörüsü az olan tip: O sıradaki epizodda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa.

2.1.3. Epidemiyoloji ve klinik özellikler

İlk yapılan epidemiyolojik araştırmalarda OKB'nin yaygınlık oranı %0,5 olarak bildirilmiş ve OKB nadir görülen bir hastalık olarak tanımlanmıştır (14). Epidemiyolojik Alan Çalışması (ECA study)'na göre OKB'nin toplumda yaşam boyu yaygınlığı %1,9-3,3; 6 aylık yaygınlığı ise %1-2 olarak saptanmıştır. Yatarak tedavi gören psikiyatrik hastalar arasında OKB sıklığı %0,1 - %4 arasında değişmektedir. Epidemiyolojik araştırma verileri arasındaki farklılıklar hastaların

yakınmalarını gizlemeleri, belirti ve bulguların kişilik özelliği olarak kabul edilmesi veya belirtilerin yaradılış özelliklerine bağlanması gibi nedenlere bağlanmaktadır. Bu nedenlerle psikiyatri kliniklerine başvuran hastalar gerçek OKB oranlarını yansıtmamaktadır (10,14).

Türkiye’de yapılan çalışmalardan, Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması’nda bir yıllık OKB yaygınlığı %0,5; Doğan ve arkadaşlarının çalışmasında ise bir aylık OKB yaygınlığı %2,6; yaşam boyu yaygınlığı %3,7; Çilli ve arkadaşlarının alan çalışmasında 12 aylık OKB yaygınlığı %3 olarak bulunmuştur (15,16). OKB’nin yaşam boyu görülme sıklığı, kadınlarda erkeklere oranla hafifçe yüksek saptanmıştır. Kadın/erkek oranını Yiğittürk ve arkadaşları 1.52, Lensi ve arkadaşları 1.34, Eğrilmez ve arkadaşları 2.6 olarak bildirmiştir (17-19).

Ortalama başlangıç yaşı erkeklerde 15-23 kadınlarda 21-24 yaşları arasında değişmektedir. (20,21). Hastalığın başlangıcından itibaren bir hekime başvurana kadar geçen sürenin ise 2,3-13,25 yıl olduğu bildirilmiştir (22). Lensi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada olguların %72’si sinisi, %28’i akut başlangıçlı olup, hastaların %25-65’inde hastalık, doğum, gebelik ya da aile üyelerinden birinin ölümü gibi stresli yaşam olaylarının ortaya çıkarıcı rol oynadığı bildirilmiştir (19).

Seyir çoğu zaman süregen ve uzundur. Hastaların %5’i dalgalı seyir gösterir. Hastaların %20-30’unda belirtilerde belirgin bir düzelme, %40-50’sinde orta derecede düzelme olurken, %20-40’ında belirtiler değişmeden kalır ya da ilerleyici seyreder (23). Epidemiyolojik verilere göre hastaların yaklaşık %40’ında sadece obsesyon, %30’unda sadece kompulsiyon, %30’unda her ikisi bulunmaktadır. Klinik serilerde ise hem obsesyon, hem de kompulsiyonu olan hastalar %75’ten fazladır.

OKB’de iyi prognostik faktörler:

1. Çocuklukta semptom olmaması ve premorbid kişilik özelliklerinin iyi olması.
2. Semptomların başlamasından tedaviye kadar geçen sürenin kısa olması
3. Presipite edici yaşam olayının bulunması
4. Semptomların hafif şiddette olması

Kötü prognostik faktörler:

1. Erken başlangıçlı olması
2. Erkek cinsiyet
3. Hospitalizasyon ihtiyacı
4. Sanrı ve hallusinasyonların varlığı
5. Ailede OKB öyküsünün varlığı

(23-25)

2.1.4. Obsesyon içerikleri

Obsesif kompulsif bozuklukta en sık görülen obsesyon olan kirlenme obsesyonları hastaların yaklaşık %50'sini etkiler. En sık ikinci obsesyon patolojik kuşku %40 oranında görülür. Diğer obsesyonların görülme sıklıkları ise somatik %30, simetri %30, agresif %30, cinsel %25 ve dinsel obsesyonlar %10 şeklindedir. Olguların %70'inde iki ya da daha fazla obsesyon tipi bir aradadır (14).

2.1.4.1. Bulaşma obsesyonu

Bulaşma obsesyonu olan kişiler genellikle kirin, tozun, mikropların, idrarın, toksik maddelerin, radyasyonun üzerlerine bulaşmasından korkarlar. Saatlerce kendilerini veya vücutlarının bir kısmını yıkayarak, kendilerini korumaya çalışırlar. Hatta kendilerine birşey bulaştıracağını düşündükleri herşeyden kaçarlar. Çevrelerindeki her şeyin enfekte veya kirli olduğunu düşünürler ve bulaşmanın sıklıkla nesneden nesneye veya insandan insana, küçük bir temasla ya da tamamen temassız geçtiği hissine kapılırlar. Kaçınmaları gereken nesnelere çoğu zaman uzak durulması çok zor olan nesnelere. Aşırı el yıkama nedeni ile derileri soyulabilir ya da kaçınma nedeni ile evlerinden çıkamaz olabilirler (14).

2.1.4.2. Kuşku obsesyonu

Kuşku obsesyonu olan kişiler bir şeyi yapıp yapmadıklarından emin olamazlar ve nedenle yaptıkları şeyleri tekrar tekrar kontrol ederler. Böyle bir kişi söndürmüş dahi

olsa söndürdüğünden emin olamaz ve defalarca ocağı kontrol etmek zorunda kalır. Kapıyı kilitlediğine dair şüphesi olan bir kişi sık sık kapıyı kontrol eder. Gerçekleşme olasılığının son derece düşük olduğunu bilseler de, kontrolleri dışında kalıp bir felaket olacağı endişesi ile emin olmaya çabalarlar. Bazı hastalar kontrol etme için harcadıkları zamanı azaltma ve işlevselliği koruma amacıyla kontrol davranışını sayarak sınırlamaya çalışırlar. Böylece sayma ritüelleri ortaya çıkar (14,26).

2.1.4.3. Saldırganlık ve cinsel obsesyonlar

Kişiler kendilerine ters gelen cinsel ya da saldırgan eylemlere gireceklerinden korkarlar (çocuğunu öldürme, çocuğu ile cinsel ilişki kurma gibi). Bu hastalar endişelendikleri şeyi gerçekten yapmak istemezler, bunu isteyebilecekleri düşüncesinden rahatsızdırlar. Kişiler bıçak, makas gibi sivri nesnelere, sevdiği kişilerle yalnız kalmaktan kaçınabilirler Suçluluk ve anksiyete önde gelen duygulardır (14).

2.1.4.4. Dinsel obsesyon

Yapmak istemediği halde dini ve ahlaki değerlere (Allah'a, Peygamber'e) küfür etme, karşı gelme ve doğru/yanlış kavramları ile aşırı ilgilenmeyle ilgilidir. Dinsel obsesyonun sıklığı farklı kültürel ortamlarda değişkenlik göstermektedir. Türk toplumunda obsesyonlar içerisinde sıklığı %11-42 arasında değişmektedir (17,27).

2.1.4.5. Simetri obsesyonu

Olayların ya da nesnelere tam istedikleri düzende, mükemmel ya da kesin bir simetrisi olması gerektiği obsesyonuna sahiptirler. Sıklıkla kontrol, sayma, törensel hareketler, sıralama, düzenleme şeklinde kompulsiyonlar ya da hareketlerde yavaşlama eşlik edebilir. Kişilerin sakal traş olmaları veya sabah hazırlanmaları saatlerce sürebilmektedir (14).

2.1.4.6. Somatik obsesyonlar

Birincil endişeleri kendi sağlıkları ve ölüm olasılıklarıdır. Somatik uğraşlar genellikle güncel hastalıklar ile ilgilidir. Kanser, AIDS gibi hayatı tehdit eden, iyileştirilemez bir hastalığa yakalanma ile ilgili olabilir. Kişiler sürekli olarak bu hastalıklara yakalanma ihtimali içindedirler ve korunmak için çeşitli önlemlere başvururlar (14).

2.1.4.7. Biriktirme saklama obsesyonları

Kişinin kendisi için maddi ve manevi değeri olmayan eşya veya nesnelere saklama ihtiyacı hissetmesidir. Daha çok eski mektuplar, gazeteler, işe yaramaz şeyleri içermektedir. Bu olgularda diğer formlara göre daha fazla yeti yıkımı olduğu ileri sürülmüştür. Bir şeyin kaybolmadığından ya da yanlışlıkla atılmadığından emin olmak için kontrol etme kompulsiyonu siktir, tedaviye yanıtları kötüdür (14).

2.1.4.8. Diğer obsesyonlar

Yukarıdaki obsesyon içeriklerinden başka; bilme ve hatırlama ihtiyacı, belirli şeyleri söyleme ya da söyleyememe korkusu, uğurlu veya uğursuz sayılar, özel anlamı olan renkler vb. obsesyonlar da mevcuttur (14).

2.1.5. Kompulsiyonlar

Kompulsiyonlar ise kontrol etme %60, yıkama %50, sayma %35, sorma-anlatma ya da dua etme %35, simetri ve düzen %30, biriktirme %20 sıklıkla görülmektedir (14).

Kompulsiyonlar yoğun sıkıntı veren, obsesyonların etkisini azaltmak için kişinin kendisini yapmak zorunda hissettiği, gereksiz olduğunu bilmesine rağmen yapmaktan ve tekrarlamaktan kendisini alıkoyamadığı açık davranışlar veya gizli zihinsel eylemlerdir. Yıkama, yıkanma, kontrol etme, dokunma, sıralama, biriktirme gibi dışarıdan fark edilebilecek açık davranışlar şeklinde olabileceği gibi, sayma, aşırı dua etme benzeri gizli zihinsel aktiviteler şeklinde ortaya çıkabilir (28,29).

2.1.5.1. Temizlik Kompulsiyonları

Tekrarlayıcı tarzda ve/veya beklenenden uzun süre el yıkama, banyo yapma, evi ve eşyaları temizleme, bulaşık ve çamaşır yıkama şeklinde görülür. Kişi kendini, eşyalarını ya da çevresini kirli ve pis hissetmesinin üstesinden gelmeye çalışmaktadır. Ancak tüm çabalarına rağmen tam anlamıyla rahatlayamaz (30,31).

2.1.5.2. Kontrol Etme Kompulsiyonları

Genellikle emin olamama obsesyonuna eşlik eder. Sıklıkla güvenliği sağlamaya yönelik davranışları içerir. Kişi tüpün açık olup olmadığını, kapının kilitli olup olmadığını, suyun açık kalıp kalmadığını defalarca kontrol edebilir (30,31).

2.1.5.3. Sıralama/Düzenleme Kompulsiyonları

Eşyaları denge ve simetri sağlamak üzere belli bir düzen içinde tutmaya çalışma tarzındaki kompulsiyonlardır (21,32).

2.1.5.4. Tekrarlama Kompulsiyonları

Bir takım davranışların belli bir tarzda ve sayıda yapılmamasının kötü sonuçlar doğuracağı inancıyla ortaya çıkan kompulsiyonlardır (30,31).

2.1.5.5. Sayma Kompulsiyonları

Merdiven basamaklarını, apartman katlarını sayma, otomobil plakalarını, evlerin numaralarını okuma tarzında ortaya çıkan zihinsel kompulsiyonlardır (21,32).

2.1.6. Etiyoloji

2.1.6.1. Biyolojik etkenler

Yakın geçmişe kadar OKB'nin daha çok ruhsal kökenli olduğu kabul edilirken hastalığın sık görüldüğü yapılan araştırmalarla saptanınca ve bazı ilaçların tedavide etkili olduğu gösterilince hastalığın genetiği ve nörobiyolojisi üzerinde araştırmalar çoğalmıştır (33).

2.1.6.1.1. Genetik faktörler

İkiz çalışmalarının ve aile çalışmalarının sonuçları OKB oluşumunda genetik faktörlerin katkıda bulunduğu dair kanıtlar sunmaktadır. OKB için ikiz çalışmalarında, monozigotik ikizlerde %80'in üzerinde konkordans oranı saptanmıştır. Aile çalışmalarında, OKB'li hastanın biyolojik akrabaları arasında OKB ve belirgin obsesif kompulsif semptomların genel populasyona göre 5-10 kat daha sık izlendiği gösterilmiştir. Özellikle erken başlangıçlı OKB'nin daha çok ailesel olduğu bildirilmiştir. Moleküler genetik çalışmalarında serotonin ve dopamin dizgelerinde rol oynayan, ayrıca monoaminlerin yıkımında rolü olan Catechol-O-Methyltransferase (COMT) ve Monoamin Oksidaz A (MAO-A) genleri polimorfizmi ile OKB arasında ilişki saptanmıştır. Tourette sendromu olanlarda ve bunların birinci derece akrabalarında daha yüksek oranda OKB saptanması genetik etkinin ön planda olduğunu düşündürmektedir (14,33).

2.1.6.1.2. Nörotransmitter anormallikleri

Serotonin

İlk kez 1960'lı yıllarda depresif bozukluk tanısı nedeniyle klomipramin kullanan hastaların OKB belirtilerinde düzelme olmasıyla OKB'de serotonin nörotransmitteri ile ilgili anormalliklerin olduğu fikri ortaya atılmıştır. Fluoksetin, flovoksamin gibi seçici serotonin geri alım önleyicilerinin de bu bozuklukta etkili olduğu görülünce dikkat serotonin sistemi üzerine yönelmiştir (34,35). Ayrıca serotonin reseptör

agonistleri olan sumatriptan ve meta-klorofenilpiperazinin (m-CPP) OKB hastalarında belirtileri alevlendirmesi serotonin hipotezini desteklemektedir (36).

Dopamin

OKB'nin tik bozuklukları ile ilişkisi ve bu bozukluklardaki temel patolojinin bazal ganglionların motor komponentleri ile ilişkili olması, bazal ganglionlarda enfeksiyöz, toksik ve vasküler hasardan sonra obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkması, Sydenham Koreli hastalarda obsesif kompulsif belirtilerin görülmesi, SSRI'larla yapılan tedaviden yeterince fayda görmeyen OKB hastalarının eklenen antipsikotik ilaç tedavisinden fayda görmesi OKB'nin etyopatogenezinde dopamin reseptörlerinde işlev anormalliği olduğunu düşündürmektedir (14,37).

Glutamat

Beynin birincil uyarıcı nörotransmitteri olan glutamatın OKB'nin etyopatogenezinde yer aldığı ilk kez 1998'de Moore ve arkadaşları tarafından bir olgu sunumunda bildirilmiştir (38). Tedaviye dirençli OKB hastalarında bir glutamat antagonisti olan riluzolün tedaviye eklenmesiyle olumlu sonuçlar alınması OKB'nin etyolojisinde glutamatın rol oynadığı hipotezini destekler niteliktedir (39,40).

2.1.6.1.3. Nöroimmün bozukluklar

Çocukluk çağı OKB olgularının önemli bir kısmında belirtilerin streptokokal enfeksiyon sonrası başladığı ya da daha sık olarak alevlenme gösterdiği belirtilmektedir. Bir otoimmün hastalık olarak kabul edilen Sydenham Koresinde A grubu hemolitik streptokok enfeksiyonlarından sonra merkezi sinir sistemindeki nöronlara karşı gelişen otoimmün bir yanıt söz konusudur. Anti-streptokokal antikolar bazal ganglion hücrelerinde inflamatuvar yanıt oluşturarak semptomlara neden olmaktadır. Sydenham Koresi, OKB ve tiklerden oluşan nöropsikiyatrik patoloji ile beraber giden bir hastalık grubu olarak PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders with Streptococcal Infections) tanımlanmıştır. PANDAS kriterleri:

1. Obsesif-kompulsif bozukluk veya bir tik bozukluğunun bulunması.
 2. Başlangıç 3 yaş ile ergenlik başlangıcı arasındadır.
 3. Belirtiler aniden başlar ya da belirtilerde dramatik alevlenmelerle karakterize bir gidiş vardır.
 4. Belirtilerin başlangıcı ya da alevlenmesi ile A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu arasında zamansal bir ilişki vardır.
 5. Alevlenme sırasında nörolojik bakıda anormal bulguların (hiperaktivite, koreiform hareketler, tikler) varlığı
- Ayrıca B lenfositlerin D8/17 yüzey antikörünün PANDAS için yatkınlık oluşturduğu belirtilmektedir (14,41,42).

2.1.6.1.4. Beyin görüntüleme çalışmaları

Semptomların hastanın bilinçli iradesine rağmen ortaya çıkması, bazı OKB'li hastalarda eşlik eden motor tiklerin ve sakarlığın oluşu, eşzamanlı olarak iki motor eylemin yapılamaması gibi silik nörolojik bozukluk göstergesi sayılan durumların sıklığı, Sydenham Koresi, Tourette Bozukluğu, bilateral globus pallidus nekrozu gibi bazı nörolojik bozukluklarda obsesif kompulsif belirtilerin oluşu, OKB'de nörolojik bir nedenin varlığını düşündürmektedir (14).

OKB hastalarında yapılan Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) ve Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi (SPECT) çalışmalarında orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, striatum ve talamusta anormallikler saptanmış; belirti provokasyonu esnasında yapılan bir fonksiyonel magnetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmasında da sol superior temporal girus, sol prekuneus, sol ve sağ frontal korteks alanları ve sağ serebellumda aktivasyon gözlenmiştir (14,43).

2.1.6.2. Psikososyal etkenler

2.1.6.2.1. Psikoanalitik yaklaşım

Psikoanalitik kurama göre çözümlenmemiş ödipal çatışmalardan köken alan anksiyete, obsesif kompulsif bozukluğun dinamiğinde önemli rol oynamaktadır.

Bastırılan dürtülerin yarattığı anksiyete sonucu ödipal dönemden anal faza regrese olunmaktadır. Kurama göre bu tür bozukluğu olan kişilerde anksiyete ile baş etmek üzere izolasyon, yap-boz, reaksiyon-formasyon ve replasman gibi savunma düzenekleri sıklıkla kullanılır (10).

2.1.6.2.2. Davranışçı bilişsel yaklaşım

Bu kurama göre obsesyonlar koşullanmış uyaranlardır. Rastlantısal olarak, anksiyete oluşturan bir durum içinde yer alan masum uyaranlar sonradan anksiyete yaratabilirler. Kişide anksiyete oluşturan obsesyon, süreç içerisinde kompulsiyonlarla nötralize edilmeye çalışılır. Kompulsiyonların, anksiyetenin giderilmesinde etkili olduğu hasta tarafından görüldükçe kompulsiyonların sıklığı artar (10,14).

2.1.7. Komorbidite

OKB’de eştanının etkilerini araştıran bir çalışmada; eştanılı ve eştanısız OKB olguları cinsiyet, medeni durum, etnik özellik ve sosyoekonomik düzey açısından farklılık göstermezken eştanılı OKB’nin eştanısız OKB’den 2 kat daha fazla görüldüğü, 18-25 yaş arası olguların oranının eştanısız OKB grubunda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (44). Pigott ve arkadaşlarının OKB’de komorbidite üzerine yaptığı bir çalışmada, OKB’ye en az %50 oranında I. Eksen bozukluklarının eşlik ettiği gösterilmiştir (45).

Yapılan birçok çalışmada duygudurum bozukluklarının en sık komorbid eksen I bozukluk olduğu bildirilmişken, Yaryura-Tobias ve arkadaşları ile Uğuz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda, en sık görülen komorbid hastalık grubunun anksiyete bozukluğu olduğu, bunu duygudurum bozukluklarının izlediği bildirilmiştir (46-49). Birçok çalışmaya göre major depresyon, obsesif kompulsif bozukluğa eşlik eden eksen I tanılarında en sık görülenidir. Klinik örneklemde yapılan çalışmalar, OKB hastalarında %30-43 oranlarında major depresif bozukluk görüldüğünü ortaya koymuştur (26,50,51).

Çeşitli araştırmalarda, OKB’de bipolar affektif bozukluğun sıklığı %2,7-%21,5 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (19,25,47,51).

OKB hastalarının %40-60'ının yaşam boyu diğer bir anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığı, OKB'ye en sık eşlik eden anksiyete bozukluklarının panik bozukluğu, basit fobi, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir (45,46,49,52,53). OKB'li 106 hastada yaşam boyu eşanı oranlarının araştırıldığı başka bir çalışmada, %54 oranında görülen panik bozukluk eştanısını, %42 oranında sosyal fobi ve %31 oranında yaygın anksiyete bozukluğunun izlediği bildirilmiştir (54). Tükel ve arkadaşları ise, OKB'ye eşlik eden anksiyete bozukluklarını sıklık sırasına göre basit fobi (%17,7), sosyal fobi (%15,6), yaygın anksiyete bozukluğu (%12,2) ve panik bozukluğu (%9,5) olarak bildirmişlerdir (26).

ABD'de yapılan Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda, OKB'nin şizofreni ile %12,2; şizofreniform bozukluk ile %1,2 oranında bir arada bulunduğu saptanmıştır (52,55).

OKB hastalarında görece daha az görülen eştanılar yeme bozuklukları, alkol kötüye kullanımı, trikotilomani, beden dismorfik bozukluğu ve hipokondriyazistir (46,49,53). Çalışmalarda OKB'li hastalarda vücut dismorfik bozukluğu %1,3-7,7; yeme bozuklukları %2,4 ve hipokondriyazis %2,8-4,1 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir (26,46,53,56,57).

Literatürde OKB hastalarında alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımı sıklığının %14 ile %17 arasında değiştiğini bildirmiş ve bu nedenle OKB tanısı alan hastalarda alkol kullanımının mutlaka değerlendirilmesi gerektiğini ileri sürülmüştür (50).

2.1.8. Ayırıcı tanı

Obsesyonlar başka mental bozukluklarda da sıklıkla karşılaşılabilen semptomlar olmakla birlikte kompulsyonların eşlik edişi sık değildir. Klinikte gerçek obsesyonlarla endişeleri birbirinden ayırmak her zaman kolay olamamaktadır (10,14).

Şizofreninin başlangıç döneminde obsesyon ve kompulsyonlar görülebilir. Ancak kapsamlı bir psikiyatrik değerlendirme ile hastadaki duygusal yüzeysellik ya da küntlük, çağrışımlarda kopukluk, düşüncenin dağınıklığı, sanrılar ve varsanılar ile şizofreni ayırt edilebilir. Obsesif kompulsif belirtiler yalnızca ana tabloya eşlik eden bulgular niteliğindedir. Şizofreni hastasında obsesif kompulsif belirtilerin bulunması kötü prognozu işaret etmektedir (14,58).

Depresif hastalarda ruminatif düşünceler genellikle duygudurumu yansıtan düşüncelerdir. Hastalarda disforik duygudurum, ilgi-istekte azalma, kilo kaybı, ölüm ya da intihar düşünceleri ile depresyonun tüm tabloya egemen olduğu; obsesyon ve kompulsiyonların ise klinik tabloya eşlik ettiği görülür (10,14,59).

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunda temizlik, düzenlilik, mükemmeliyetçilik, ayrıntıcılık, tutumluluk gibi özellikler bulunmakla birlikte obsesyon ve kompulsiyonların bulunmaması ile OKB'den ayrılır. Hastada Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun da bulunması, obsesif kompulsif bozukluğun gidişini olumsuz etkileyen faktörlerden biridir (14,60).

Tourette sendromu çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkan çok sayıda motor ve vokal tiklerle karakterize bir bozukluktur. Klinik tabloda obsesyon ve kompulsiyonlar bulunabilir. Tourette Sendromlu hastaların %90'ında ağır kompulsif belirtiler görülür ve bu hastaların üçte ikisi yanlış olarak OKB tanısı alırlar. Belli nesnelere, belli biçimde dokunma gereksinimi, simetri ve düzen gibi semptomlar ayrımı güçleştirir. Ayrıca Tourette sendromu olan hastaların birinci dereceden akrabalarında OKB sıklığı genel popülasyona göre daha yüksektir. Tourette sendromu; aynen beden dismorfik bozukluğu, depersonalizasyon bozukluğu, anoreksiya nervoza, hipokondriasis, trikotillomani ve patolojik kumar gibi obsesif kompulsif spektrum bozuklukları arasında sayılmaktadır. Tourette sendromu ile obsesif kompulsif belirtilerinin birlikte bulunduğu hastalarda cinsellik, saldırganlık, simetri obsesyonları ile sayma, dokunma ve biriktirme kompulsiyonları daha siktir (10,14,33). Ayrıca diğer tik bozukluklarının da OKB ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Kompulsif aşırı yemek yeme, kumar, alkol ve madde bağımlılıkları ve kleptomani, piromani gibi dürtü kontrol bozuklukları da OKB'nin bazı özelliklerini barındırırlar. Ancak bütün bu bozuklukların süreçlerinde OKB benzeri belirtilerinden rahatsızlık duygusu yerine haz alma duygusu yer alır (33).

Yaygın anksiyete bozukluğu hastaları aşırı endişe duyarlar; bu obsesif düşünceye benzer fakat hastaların bu endişelerini yaşam olayları ile ilgili, gerçekçi ve egoya uygun olarak görürler. OKB'li hastaların %60'ı panik atakları tanımlar, ancak bunların çoğu obsesif korkularına sekonderdir. Panik bozukluğu ise yineleyen beklenmedik panik atakların olmasını gerektirir. Yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozuklukta ritüellere pek rastlanmaz (10,14,33).

Hipokondriak hastalar da sağlıklarını kontrol amacı ile ritüeller geliştirebilirler. Bu gibi durumlarda hastanın öyküsünde başka obsesyon ve kompulsiyonların da bulunması OKB lehine değerlendirilebilir (10,14).

2.2. Kişilik

Kişilik, bireylerin sosyal deneyimleri, gelişimi ve yapısal özelliklerinin sonucu olarak ortaya çıkan ve yaşam tarzı ile uyum biçimi oluşturan huy haline gelmiş bilinçli ya da bilinç dışı tüm köklü davranış, düşünce ve duyu kalıplarıdır (14). Kişilik özellikleri ve bozuklukları diğer psikiyatrik hastalıklarla sıklıkla birlikte görüldüğünden ve eksen I bozukluklarına zemin hazırlayıp tedavi sürecini olumsuz etkilediğinden klinik açıdan önem taşımaktadır (61).

2.2.1. Kişilik bozukluklarında DSM ve kategorik yaklaşım

DSM-III'ün yayınlanması ile birlikte kişilik bozukluğunun tanımlanmasında davranış, bilişler, duygulanım, kişilerarası ilişkiler ve dürtü kontrol örüntüleri daha çok dikkate alınmaya başlanmıştır. Kişilik bozukluklarını sınıflandırmada DSM kategorik ve hiyerarşik bir sınıflandırma tarzı kullanmıştır (61). DSM-IV'deki kategorik sistemin, tedaviye karar verme, klinisyenler arası iletişimi sağlama gibi avantajları vardır. Bunun yanında kategorik sistemde kişilik bozuklukları kategorilerinin semptom ve özellik bakımından oldukça heterojen olması, kişilik bozuklukları arasında komorbiditenin yüksek olması gibi dezavantajları da içermektedir. DSM sınıflandırmasındaki kategorik yaklaşımın kısıtlılıklarını ortadan kaldırmak arayışı çerçevesinde DSM-V'te kişilik bozuklukları değerlendirilirken, kişilik özelliklerinin referans alınması önerilmektedir (62,63).

2.2.2. Kişilik bozukluklarına boyutsal yaklaşım

Kişilik bozukluklarının ayırımında kategorize edici yaklaşımın yanı sıra Cloninger ve ark. tarafından geliştirilmiş olan boyutsal birleştirilmiş psikobiyolojik kişilik modeli nasıl hissedildiği, düşünüldüğü veya davranıldığı bakımından bireyler arasında

farklılıkların değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu boyutsal model; yaşam boyunca sabit kaldığı düşünülen dört mizaç faktörü ile sosyal öğrenme ve yaşam tecrübesi neticesinde olgunlaştığı kabul edilen üç karakter faktörü içerir. Söz konusu dört mizaç faktörü; yenilik arayışı (YA), zarardan kaçınma (ZK), ödül bağımlılığı (ÖB) ve sebat etmedir (SE). Üç karakter faktörü ise kendi kendini yönetme (KY), işbirliği yapma (İY), kendini aşmadan (KA) oluşur. Bu boyutlar, Cloninger tarafından geliştirilen Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI) yoluyla değerlendirilmiştir (6,64).

Cloninger'e göre kişilik, hem mizaç, hem de karakter özelliklerini kapsar. Mizaç, kişinin doğuştan getirdiği, büyük ölçüde doğal kaynaklı, kişiye özgü, duygusal uyarılara karşı bireylerin otomatik tepkilerini ifade eder (65).

Mizaç boyutları, yenilik, tehlike veya ceza ve ödüle yanıt olarak öğrenmedeki bireysel farklılıklara göre tanımlanmaktadır. Mizaç faktörlerinden ilki, yenilik arayışı (YA), yeniliğe yanıt olarak sık araştırmacı aktivite, dürtüsellik, kolay sinirlenme ve engellenmeden aktif kaçınma gibi davranışların etkinleşmesindeki veya başlamasındaki bir eğilim olarak görülebilir. İkinci mizaç faktörü, zarardan kaçınma (ZK), gelecekte olabilecek sorunlar için kötümser endişeler, belirsizlik korkusu ve yabancılardan utanma gibi pasif kaçınan davranışlar ve kolayca yorulma gibi davranışların engellenmesindeki bir eğilim olarak görülebilir. Üçüncü mizaç faktörü, ödül bağımlılığı (ÖB), aşırı duygusallık, sosyal bağlılık ve diğerlerinin onayına bağımlılık gibi davranışların sürekliliğindeki bir eğilim olarak görülebilir. Dördüncü mizaç faktörü, sebat etme (SE), engellenmeye, yorgunluğa ve aralıklı pekiştirilmeye rağmen davranışın sürekliliğindeki bir eğilim olarak görülebilir (66).

Karakter ise, kişinin bizzat kendisi, diğer insanlar ve diğer nesnelere ile ilgili kavram ve sezgilerin öğrenilmesine dayanan, bilerek ortaya konulan amaç ve değerler açısından kişisel farklılıkları ifade eder. Karakter özellikleri, çocukluk döneminde ebeveyne bağlanmayla başlayan nesne ilişkilerindeki bireysel farklılıkları, çocuklukta bunların farklılaşması ve hayat boyunca adım adım olgunlaşması durumunu tarif eder (67).

Karakter bileşenlerinin daha çok kültürel olarak aktarıldıklarına inanılır. Kendini Yönetme (KY); kişinin, kendi tercihleri konusunda sorumluluk sahibi olması, bireysel açıdan anlamlı amaçların belirlenmesi ve sorunları çözmede beceri

ve güvenin gelişimi ile kendini kabullenmeden oluşur. Kendini yöneten birey sorumluluk sahibidir, amaçları vardır, beceriklidir, kabul edicidir ve disiplinli bir bireydir. İşbirliği Yapma (İY); sosyal kabul, empati duyma, yardımseverlik, sevecenlik ve erdemli-vicdanlı olmaktan oluşur. İşbirliği yapan insanlar hoşgörülü, empati yeteneği olan, yardımsever, sevecen ve prensip sahibidirler. Kendini Aşma (KA); kendilik kaybı, kişilerarası özdeşim ve manevi kabulden oluşur. Kendini aşan bireyler yaratıcı, bencil olmayan, inançlı, manevi duyguları olan, idealist bireylerdir (64,68). Tablo 1’de mizaç ve karakterin, psikobiyojik yapı ve işleyiş kuralları açısından bazı farklılıkları özetlenmiştir (67).

Tablo 1: Mizaç ve karakterin, psikobiyojik yapı ve işleyiş kuralları açısından bazı farklılıklar

Öğrenme değişkeni	Mizaç	Karakter
Farkındalık seviyesi	Otomatik	Bilinçli
Bellek formu	Algılar Prosedürler	Kavramlar Önermeler
Aktivite tipi	Alışkanlıklar beceriler	Amaçlar, değerler
Emosyon tipi	Tepkisel (temel)	Değerlendirici (kompleks)
Öğrenme ilkesi	Bağlantısal Koşullandırma	Kavramsal Kavrama
Edinti, kazanç	Aşamalı (kantitatif)	Ani (kalitatif)
Anahtar beyin sistemi	Limbik sistem Striatum	Temporal korteks Hipokampus

Mizaç boyutları özgül bir merkezi monoaminerjik sistem aktivitesi ile korelasyon göstermektedir: yenilik arayışı, düşük dopaminerjik aktivite ile; zarardan kaçınma, yüksek serotonerjik aktivite ile; ödül bağımlılığı ise düşük noradrenerjik aktivite ile ilişkilendirilmiştir (66,69).

2.2.3. Psikobiyojik modelin mizaç boyutları

2.2.3.1. Yenilik arayışı

Yeni bir uyarana veya bir ödül ya da cezadan kurtulma ihtimaline karşı yoğun bir heyecan hissederek, bunun sonucunda sık sık yeni şeyler keşfetme davranışı içine

girmek olarak tanımlanır (70-72). Yenilik arayışı düşük olan kişilerin özellikleri; keşfetmeye kapalı, ihtiyatlı, tutumlu ve sabırlı olmalarıdır. Yenilik arayışı yüksek olan kişiler ise araştırmacı, dürtüsel, irritabl ve savurgandırlar (23,71,72).

Beynin uyarıcı veya davranışsal aktivasyondan sorumlu sistemleri tarafından kontrol edilir. Orta beyindeki dopaminerjik hücre gövdeleri pek çok kaynaktan uyarı alır ve bu uyarıları ön beyne iletir. Bu davranışsal aktivasyon sonucunda, çevredeki yeni uyarıların keşfedilmesi, potansiyel ödüllere amaçlı yaklaşım, monotonluk ve olası cezadan aktif kaçınma gerçekleşir (69,71,72).

2.2.3.2. Zarardan kaçınma

Olumsuz uyarı sinyallerine karşı kaçınma davranışı geliştirmeyi sağlayarak cezayı önlemeye yarayan genetik bir yatkınlıktır (70-72).

Zarardan kaçınması düşük olan kişiler iyimser, cesur, dışa dönük, enerjik bireylerdir. Yüksek olan kişilerin özellikleri ise kötümserlik, korkaklık, utangaçlık ve kolay yorulmadır. Zarardan kaçınmanın düşük olmasının avantajları; tehlike ve belirsizlik karşısında güvende hissedip, az stresli veya hiç stressiz olarak iyimser ve enerjik faaliyetlerde bulunabilmek olabilir. Düşük olmasının dezavantajları; bireyin tehlike karşısında yanıtız kalması, zarar görme ihtimalinin yüksek olduğu durumlarda mantıksız bir iyimserlik içine girmesi şeklinde özetlenebilir (71,72).

2.2.3.3. Ödül bağımlılığı

Ödül bağımlılığı, sosyal bir ödülün harekete geçirdiği davranış yanıtını ve bu davranışın devamına olan genetik yatkınlığı yansıtır (70,73).

Ödül bağımlılığı düşük olan kişilerin genel özellikleri tarafsız, mesafeli, soğuk ve bağımsız olmaları şeklinde özetlenebilir. Ödül bağımlılığı yüksek olan kişiler ise duygusal, açık, sıcak ve minnettar kişilerdir. Yüksek ödül bağımlılığının avantajları; yakın sosyal ilişki kurabilme ve başkaları ile ilgilenebilme olarak belirtilebilirken, dezavantajı ise aşırı sosyal bağımlılıktır (23,71,72).

2.2.3.4. Sebat etme

Sebat etme; engellenme, yorgunluk ve aralıklı olarak teşvik edilmeye rağmen davranışın sürdürülmesindeki genetik yatkınlığı yansıtır. Sebat etmesi düşük olan kişiler; tembel, bozguncu, beklenenden azını yapan, faydacı insanlardır. Sebat etmesi yüksek olan bireylerin genel özellikleri ise çalışkan, azimli, istekli ve mükemmeliyetçi olmalarıdır. Düşük sebat etme, ödül ihtimalleri sık değiştiğinde avantajlı iken ödüller az ve uzun sürede elde edilebiliyorsa dezavantajlıdır (71,72).

Mizaç boyutları açısından yüksek ve düşük puan alan bireylerin özellikleri Tablo 2’de özetlenmiştir.

Tablo 2: Mizaç boyutları açısından yüksek ve düşük puan olan bireylerin özellikleri (67,74)

Mizaç Boyutu	Yüksek puan	Düşük puan
Zarardan kaçınma	Kötümser Korkak Utangaç Kolay yorulma	İyimser Cesur Dışa dönük Enerjik
Yenilik arayışı	Araştırmacı Dürtüsel Savurgan İrritabl	Keşfetmeye kapalı İhtiyatlı Tutumlu Sabırlı
Ödül bağımlılığı	Duygusal Açık Sıcak Minnettar	Tarafsız Mesafeli Soğuk Bağımsız
Sebat etme	Çalışkan Azimli İstekli Mükemmeliyetçi	Tembel Bozguncu Elde ettiğiyle yetinen Faydacı

2.2.4. Psikobiyolojik modelin karakter boyutları

Çoğunlukla genetik olarak geçen mizacın aksine karakter; sosyal öğrenme, kültür ve yaşam olaylarından etkilenir. Karakterin psikobiyolojisi hipokampus ve neokorteks gibi daha yüksek bilişsel işlevlerden sorumlu alanlar tarafından düzenlenir. Karakter, kendiliğinden farklı yönlerinden kaynaklanan yanıtlar olarak tanımlanabilir. Davranışlarımızı başlatma, sürdürme ve durdurma gibi bilinç dışı otomatik yanıtlar

mizaçla belirlenirken, uyarının nitelik ve niceliklerindeki değişikliklere göre bu yanıtların ayarlanması karakter tarafından belirlenir. Bu bakış açısıyla kişilik gelişimi, mizaç ve karakter özelliklerinin karşılıklı etkileşimi sonucunda gerçekleşen bir süreçtir (64,72).

2.2.4.1. Kendini yönetme

Kendi kendini yönetebilen bireylerin en önemli özelliği, bireysel olarak seçtikleri, istemli ve gerçekçi amaçları için davranışlarını değiştirebilmeleridir. Kendini yönetme puanı düşük olan bireylerin; kendi problemlerinden dolayı başkalarını suçlama eğiliminde, amaçsız, beceriksiz, kendini beğenmiş ve disiplinsiz karakterler olduğu düşünülmektedir. Kendini yönetme puanı yüksek olan bireylerin ise; benlik saygısının iyi olduğu, sorumluluk sahibi, hayatlarının bir anlamı ve amacı olduğunu düşünen, becerikli, kendilerini hataları ile kabul edebilen ve disiplinli karakterler olduğu düşünülmektedir (64,72).

2.2.4.2. İşbirliği yapma

Diğer kişilerle empati yapabilme ve diğerlerini kabul edebilme anlamına gelir. Sosyal kabullenmesi iyi olan, yardımsever ve başkalarının haklarına saygı duyabilen kişilerin, benlik saygıları da yüksek olacaktır (23,64).

İşbirliği yapma puanı düşük olan bireyler ise daha çok kendileri ile ilgilenirler. Başkalarının duygu ve düşüncelerine karşı ilgisizdirler. Bu puanı düşük olan bireylerde kişilik bozukluğu olma ihtimali daha yüksektir (75).

Özetle işbirliği yapma, şefkatliliğe karşı tahammülsüzlük, empatiye karşı duyarsızlık, yardımseverliğe karşı bencillik, sevecenliğe karşı kincilik, prensipliliğe karşı fırsatçılık gelişimsel basamaklarını içeren bir süreç olarak tanımlanabilir (64,72).

2.2.4.3 Kendini aşma

Çevrede olan herşeyle bütünleşerek, kendini bütünü bir parçası olarak hissetme anlamında kullanılmaktadır. Kendini aşma puanları yüksek olan kişiler; sezgisel,

uysal, ruhani iken düşük olan bireyler; mantıklı, aşırı denetleyici ve maddeci kişilerdir (64,72).

Karakter boyutları açısından yüksek ve düşük puan alan bireylerin özellikleri Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 3: Karakter boyutları açısından yüksek ve düşük puanları olan bireylerin özellikleri (74)

Karakter Boyutu	Yüksek puan	Düşük puan
Kendini yönetme	Sorumluluk sahibi Amaçlı Becerikli Kendini kabullenen Disiplinli	Suçlamaya eğilimli Amaçsız Beceriksiz Kendini beğenmiş Disiplinsiz
İşbirliği yapma	Şefkatli Empatik Yardımsaver Sevecen Prensip sahibi	Tahammülsüz Duyarsız Düşmancıl Kinci Fırsatçı
Kendini aşma	Sezgisel Uysal Ruhani	Mantıklı Aşırı denetimli Materyalistik

2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Kişilik

Kişilik, bireylerin düşünce, duygu ve davranış gibi psikolojik tepkilerindeki ve farklılıkları belirleyen sadece yaşanan an, içinde bulunulan biyolojik durum veya sosyal ortam ile açıklanamayan biçimde süreklilik gösteren özellikler ve eğilimler olarak tanımlanmıştır (61,76). Kişilik kuramlarında yapılan tanımlamalarla uyumlu olarak kişiliği anlamaya yönelik birtakım değerlendirme araçları da geliştirilmiştir (61).

Önceleri OKB'de kişilik bozukluklarını değerlendirebilmek üzere sıklıkla kategorik yaklaşımla DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II) (77), Kişilik Tanı Sorgulaması (Personality Diagnostic Questionnaire; PDQ-R) (74) gibi araçlar kullanılırken son zamanlarda boyutsal yaklaşım ön plana geçerek Üç Boyutlu

Kişilik Anketi (TPQ) (78,79), NEO Kişilik Envanteri (NEO-PI-R) (64), TCI (4,7,8,80), Eysenck Kişilik Anketi (EPQ) (81) kullanılmaya başlanmıştır.

2.3.1. Obsesif kompulsif bozuklukta DSM IV kategorisine göre kişilik bozuklukları komorbiditesi

DSM-IV'te kişilik bozukluğu, bireyde kendisini öznel sıkıntı ve/veya toplumsal - mesleki işlevsel bozuklukla ortaya koyan biçimde, uzun süreli uyum bozukluğu ve katı eğilimlerin var olması şeklinde tanımlanmıştır (1).

Literatürde OKB'nin II. eksen tanısı için predispozan olduğunu bildiren yayımlar olduğu gibi, kişilik bozukluklarının bu hastalığa yakınlık oluşturduğuna dair çalışmalar da bildirilmiştir (7,82).

OKB'li hastalarda saptanan kişilik bozuklukları alınan örneklem ve kullanılan tanısal araçlardaki farklılıklara bağlı olarak %9 ile %75 arasında değişmektedir. Ülkemizde yapılmış bir araştırmada da OKB hastalarının %50'sinde kişilik bozukluğunun eşlik ettiği bildirilmiştir (7,46,54).

Literatürde OKB'ye en sık eşlik eden kişilik bozukluklarının C kümesine ait olduğu, OKB'de herhangi bir C kümesi kişilik bozukluğunun yaygınlığının da %20-55 arasında olduğu bildirilmiştir (7,46,57). OKB'ye komorbid C kümesi kişilik bozukluklarının ağırlıkta olmasıyla ilişkili olarak, OKB hastalarının kaygılı kişilik özelliklerine sahip olduğu, bu kişilik bozukluklarının bireylerde OKB gelişimine yakınlık oluşturabileceği ve ortak oluşum süreçleri taşıdığı öne sürülmüştür (46). Literatürde OKB hastalarında en sık obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun (%26-36) bulunduğunu bildiren (7,46,83) çalışmaların yanında, bu kişilik bozukluğunu %4-9 arasında bulan çalışmalar da mevcuttur (46,57).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada OKB'ye en sık eşlik eden kişilik bozuklukları obsesif kompulsif (%30), çekingen (%28) ve pasif agresif (%12) kişilik bozuklukları olduğu, hastaların hiçbirinde antisosyal ve narsisistik kişilik bozukluğu saptanmadığı bildirilmiştir (46). Literatürde OKKB'nin normal kontrollere göre daha sık olmadığı bildiren çalışmalar da mevcuttur (84). Bejerot yaptığı çalışmada 36 OKB hastasında SCID-II ile belirlenen kategorik kişilik bozuklukları ile TCI ilişkisi araştırmış; OKB hastaları zarardan kaçınma açısından kontrollerden yüksek, kendini

yönetme ve işbirliği yapma açısından kontrollerden düşük bulunduğunu bildirmiştir. Düşük KY, kişilik bozukluğu olan kişilere tipik olan, kişinin seçimleri için sorumluluğunu kabul etmesindeki güçlükleri, hedef yönelimi eksikliğini, süregelen bir şekilde düşük benlik saygısını, kişinin kendisi ile çekişmesini ve kişisel güvensizliğini açıklamaktadır (85)

OKB'de TCI alt ölçeklerinden yenilik arayışı ve kendini yönetme puanları kombinasyonunun %64 oranında C kümesi kişilik bozukluklarının varlığını yordadığı bildirilmiştir (7).

2.3.2. Obsesif kompulsif bozuklukta mizaç ve karakter özellikleri

Günümüze kadar TCI kullanılarak OKB'li hastaların mizaç ve karakter özellikleri üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar, istikrarlı biçimde, OKB'li hastalarda normal kontrollere kıyasla daha yüksek ZK puan sonuçları göstermiştir. Ancak OKB'li hastalardaki diğer TCI alt ölçekleri hakkındaki çalışmalar bu denli tutarlı değildir. Bazı araştırmacılar OKB'li hastalarda daha düşük KY, İY veya YA puanları veya daha yüksek ÖB puanları bildirmiştir (5,6,8,86).

Mizaç ve karakter boyutları ile obsesif kompulsif semptom ciddiyeti arasındaki ilişkiye dair sonuçlar da çelişkilidir. Bazı çalışmalarda daha düşük KY ve daha yüksek ZK puanlarının obsesif kompulsif semptom ciddiyeti ile korele olduğu gösterilmiştir (8,87).

Kim ve ark. ise Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (YBOCS) ile yapılan ölçümde TCI alt ölçeklerinin hiçbiri ile OKB semptom şiddeti arasında ilişki saptamamıştır (6). Alonso ve ark. tarafından yapılmış çalışma, OKS boyutları ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yazarlar, istifçilik boyutu puanları ile ZK arasında zayıf bir korelasyon tespit etmiştir. Ancak bu çalışmalardaki örneklem sınırlıdır ve bazı semptom boyutlarında çok az sayıda hasta mevcuttur (5).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın hasta grubu Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Psikiyatri Polikliniği'ne Temmuz 2011 ile Mart 2013 tarihleri arasında başvuran ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastalardan oluşturuldu. Hasta grubu ile benzer yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi özelliklerine sahip sağlıklı kontrol grubu seçildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara ve sağlıklı kontrol grubuna SCID I ile psikiyatrik hastalık taraması yapıldı. OKB tanısı SCID I ile kesinleştirilen hastalarda SCID I ile psikiyatrik eşanıları da belirlendi. Sağlıklı kontrol grubu için seçilen bireylerden SCID I ile hiçbir psikiyatrik hastalık tespit edilmeyenler çalışmaya alındı.

DSM IV'e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı alan hastalardan ve sağlıklı gönüllülerden Sosyodemografik Veri Formu, Mizaç ve Karakter Envanteri, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeklerini doldurmaları istendi. Hasta grubu için ek olarak Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOCS) ve Yale Brown Belirti Kontrol Listesi psikiyatrik görüşmeyi yapan klinisyen tarafından dolduruldu.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. DSM IV tanı kriterlerine göre OKB tanısı almış olmak,
2. 18 yaşından büyük olmak,
3. En az ilkokul mezunu olmak,
4. Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmayı kabul etmek.

Dışlama Kriterleri:

1. Zeka geriliği olanlar,
2. Testleri yapabilecek düzeyde eğitimi olmayanlar,
3. Eşlik eden kronik hastalık varlığı,
4. Organik nedenlere bağlı OKB vakaları,

Kontrol grubu için benzer yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi özelliklerine sahip sağlıklı kişilere çalışmayla ilgili bilgi verilip onam verenler çalışmaya dahil edildi.

Kontrol grubu için çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. DSM IV tanı kriterlerine göre psikiyatrik hastalık tanısı almamış olmak,
2. 18 yaşından büyük olmak,
3. En az ilkokul mezunu olmak,
4. Eşlik eden kronik hastalığı olmamak,
5. Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmayı kabul etmek.

Elde edilen veriler yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş psikiyatrik hastalığı olmayan sağlıklı kontrol grubu verileri ile karşılaştırıldı.

3.1. Gereçler

3.1.1. Sosyodemografik veri formu

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek gibi demografik özellikleri ile alkol-sigara kullanımı, ek fiziksel hastalık eşlik etme durumu, sürekli kullandığı ilaçlar, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, obsesif kompulsif bozukluğa ilişkin yakınma ve obsesyon ve kompulsiyon tipleri, hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, doktora ilk başvurunun hastalık başladıktan kaç yıl sonra yapıldığı ve uygulanan ölçek verilerinin kaydedildiği bir formdur.

3.1.2. SCID-I/Klinik Versiyonu (Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders, clinical version- SCID-I/CV)

DSM IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir (88). Toplam 38 Eksen I psikiyatrik bozukluğu tanı ölçütleri ile, 10 Eksen I psikiyatrik bozukluğunu da tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Bir sosyodemografik veri kılavuzu ile başlamakta ve mizaç bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol madde ile ilgili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozuklukları olmak üzere yedi tanı grubunu kapsamaktadır. Modüler yapısı sayesinde, gerektiğinde tek bir tanıya ait bölümü de kullanılabilir. SCID-I'in 18 yaşından büyük bireylere uygulanması

önerilmektedir. Ağır bilişsel kusurlarda, ağır psikotik belirtileri olan ve ajite bireylerde kullanımı uygun değildir. Ortalama uygulama süresi 45-90 dakikadır. Bilgi kaynakları arasında hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamdaki gözlemler ve tıbbi kayıtlar kabul edilmektedir. Kullanımı yarı yapılandırılmış görüşme biçiminde olduğundan, görüşmeci ek sorular sorarak araştırmayı sürdürebilir. SCID-I, distimik bozukluk dışında I. Eksen tanısının yaşam boyu ve şu anda varlığını ya da yokluğunu saptamaktadır. Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması Çorapçioğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (89).

3.1.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOCS) ve Belirti Kontrol Listesi

Orijinal şekli Goodman ve ark. tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Karamustafalıoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır (90,91). Obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacı ile geliştirilmiş ve görüşmeci tarafından değerlendirilen bir ölçektir. Toplam 19 maddeden oluşmakta, ilk 10 maddenin puanları değerlendirilmektedir. Bunlardan 1.-5. maddeler obsesyon, 6.-10. maddeler ise kompulsiyon şiddetini vermektedir. YBOCS'ın puanlandırılmasında obsesyon ve kompulsiyonlar 5'er madde ile ve her bir madde 4 puan üzerinden olmak üzere ayrı ayrı puanlandırılmaktadır. Ölçekten elde edilen puanlar şu şekilde kendi içinde sınıflandırılmaktadır: 0-7 subklinik, 8-15 hafif, 16-23 orta, 24-31 şiddetli, 32-40 çok şiddetli. İçgörü, kaçınma, kararsızlık, patolojik sorumluluk, yavaşlama ve patolojik kuşku, 1-4 arasında puanlanmakta, ancak toplam puana katılmamaktadır. Ölçeğin ayrıca obsesyon ve kompulsiyon türlerini belirlemeye yönelik kontrol listesi de uygulanmıştır.

3.1.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Orijinal şekli Beck ve ark. tarafından geliştirilmiş olan 17 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir ve depresyon şiddetini belirlemek amacı ile uygulanır (92). Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmış ve Hisli'nin çalışmasında kesme puanı 17 olarak belirtilmiştir (93).

3.1.5. Beck Anksiyete Ölçeği

1988 yılında Beck ve ark. tarafından bilişsel kurama göre “a priori” geliştirilmiştir. Kişideki anksiyetenin derecelendirilmesi için ergenlere ve erişkinlere uygulanabilen Likert tipi kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 21 somatik ve bilişsel anksiyete yakınması içerir ve 0-3 puan arasında derecelendirilir. Maksimum puan 63’tür. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşlarınca yapılmıştır (94).

3.1.6. Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory-TCI):

Cloninger’in kişilik kuramını temel alarak geliştirdiği TCI, dört mizaç: yenilik arayışı (novelty seeking), zarardan kaçınma (harm avoidance), ödül bağımlılığı (reward dependence), sebat etme (persistence) ve üç karakter: kendini yönetme (self-directedness), iş birliği yapma (cooperativeness), kendini aşma (self-transcendence) boyutu olan 7-faktörlü, 240 maddeden oluşan “doğru” ya da “yanlış” şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Zaman sınırlaması yoktur. TCI içerik olarak 15 yaş ve üstü bireyler için uygulama alanına sahiptir. TCI’nın 125 maddeli kısa formu, 140 maddeli formu ve en yaygın olarak kullanılan 240 maddeli formu mevcuttur.

Mizaç bölümü; yenilik arayışı (toplam 40 madde): YA1- keşfetmekten heyecan duyma (11 madde), YA2- dürtüsellik (10 madde), YA3- savurganlık (9 madde), YA4- düzensizlik (10 madde); zarardan kaçınma (toplam 35 madde): ZK1- beklenti endişesi (11 madde), ZK2- belirsizlik korkusu (7 madde), ZK3- yabancıardan çekinme (8 madde), ZK4- çabuk yorulma ve dermansızlık (9 madde); ödül bağımlılığı (toplam 24 madde): ÖB1- duygusallık (10 madde), ÖB2- bağlanma (8 madde), ÖB3- bağımlılık (6 madde) ve sebat etme (8 madde) olarak ayrılmaktadır.

Karakter bölümü ise; kendini yönetme (toplam 44 madde): KY1- sorumluluk alma (8 madde), KY2- amaçlılık (8 madde), KY3- beceriklilik (5 madde), KY4- kendini kabullenme (11 madde), KY5- olumlu ikincil huylar (12 madde); işbirliği yapma (toplam 42 madde): İY1- sosyal kabullenme (8 madde), İY2- empati duyma (7 madde), İY3- yardımseverlik (8 madde), İY4- acıma (10 madde), İY5- erdemlilik, vicdanlılık (9 madde); kendini aşma (toplam 33 madde): KA1- kendilik kaybı (11

madde), KA2- kişiler arası özdeşim (9 madde), KA3- manevi kabullenme (13 madde) olarak ayrılmaktadır (64).

Çalışmamızda kullanılan TCI'nın 240 maddelik formunun ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Samet Köse, Kemal Sayar, İsmail Ak tarafından yapılmış ve Cloninger tarafından da onaylanmıştır (68).

Tablo 4: Mizaç ve karakter anketinde değerlendirilen mizaç ve karakter özellikleri

Mizaç Boyutu, alt boyutları	Karakter Boyutu, alt boyutları
Yenilik Arayışı (YA) YA1: Keşfetmekten heyecan duyma YA2: Dürtüsellik YA3: Savurganlık YA4: Düzensizlik	Kendini Yönetme (KY) KY1: Sorumluluk alma KY2: Amaçlılık KY3: Beceriklilik KY4: Kendini kabullenme KY5: Olumlu ikincil huylar
Zarardan Kaçınma (ZK) ZK1: Beklenti endişesi ZK2: Belirsizlik korkusu ZK3: Yabancılardan çekinme ZK4: Çabuk yorulma ve dermansızlık	İşbirliği Yapma (İY) İY1: Sosyal kabullenme İY2: Empati duyma İY3: Yardımseverlik İY4: Acıma İY5: Erdemlilik / vicdanlılık
Ödül Bağımlılığı (ÖB) ÖB1: Duygusallık ÖB2: Bağlanma ÖB3: Bağımlılık	Kendini Aşma (KA) KA1: Kendilik kaybı KA2: Kişiler arası özdeşim KA3: Manevi kabullenme
Sebat Etme (SE)	

3.2. İstatistiksel Analiz

Bu çalışma, kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 13 programı kullanıldı. Çalışmada yer alan ölçüm değişkenleri ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleriyle birlikte, kategorik değişkenler ise frekans ve yüzde ile gösterildi. Ölçüm değişkenlerinin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelendi. Normal dağılım gösteren değişkenlerin 2 grup karşılaştırmalarında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi), normal dağılım göstermeyen değişkenlerin 2 grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, 3 ve daha fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin grup karşılaştırmalarında gereken yerlerde Pearson ki-kare, Fisher kesin ki-kare ve Yates

düzeltilmiş ki-kare testleri kullanıldı. Ölçüm değişkenleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Çalışmadaki tüm istatistiksel analizlerde p değeri 0,05'in altındaki karşılaştırmalar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya, yaşları 18 ile 67 arasında değişen, 86'sı (%63,7) kadın ve 49'u (%36,3) erkek olmak üzere toplam 135 olgu alınmıştır. "Obsesif Kompulsif Bozukluk" (n=70) ve "Kontrol" (n=65) olmak üzere iki grup altında incelenmiştir.

4.1. OKB ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Ait Bulgular

OKB grubu 50 kadın (%71,5), 20 erkek (%28,5), kontrol grubu 36'sı kadın (%55,4), 29 erkekten (%44,6) oluşmaktaydı. OKB ve kontrol grubu arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,53$). OKB olgularının ortalama yaşları $34,43 \pm 11,46$ yıl, kontrol grubunun ortalama yaşları $37,45 \pm 11,70$ yıl olup, istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,095$). OKB grubunda 40 kişi (%57,1) evli, 25 kişi (%35,7) bekar, 5 kişi (%7,1) boşanmış/dul/ayrı iken, kontrol grubunda 46 kişi (%70,8) evli, 18 kişi (%27,7) bekar, 1 kişi (%1,5) boşanmış/dul/ayrı idi. OKB ve kontrol grupları arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,117$) (Tablo 5).

OKB grubu 24'ü (%34,3) ilkokul, 8'i (%11,4) ortaokul, 21'i (%30) lise, 17'si (%24,3) yüksekokul/üniversite mezunundan oluşmaktaydı. Kontrol grubu ise 13'ü (%20) ilkokul, 3'ü (%4,6) ortaokul, 30'u (%46,2) lise, 19'u (%29,2) yüksekokul/üniversite mezunundan oluşmakta olup istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,700$). OKB grubunda alkol kullanan 2 kişi (%2,9), alkol kullanmayan 68 kişi (%97,1) saptanırken, kontrol grubunda alkol kullanan 5 kişi (%7,7), alkol kullanmayan 60 kişi (%92,3) vardı. Gruplar arasında alkol kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,261$). OKB grubunda sigara kullanan 19 kişi (%27,1), sigara kullanmayan 51 kişi (%72,9) saptanırken, kontrol grubunda sigara kullanan 14 kişi (%21,5), sigara kullanmayan 51 kişi (%78,5) vardı. Gruplar arasında sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,578$). OKB grubunda 40 kişi (%57,1) ev hanımı/işsiz, 10 kişi (%14,3) memur, 7 kişi (%10) işçi, 11 kişi (%15,7) öğrenci, 2 kişi (%2,9) emekliydi. Kontrol grubunda 17 kişi (%26,2) ev hanımı/işsiz, 20 kişi (%30,8) memur, 19 kişi

(%29,2) işçi, 5 kişi (%7,7) öğrenci, 4 kişi (%6,2) emekliydi. Gruplar arasında meslek dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Tüm çalışma örnekleminin sosyodemografik verileri ve klinik özellikleri Tablo 5’te özetlenmiştir.

Tablo 5: Hasta ve kontrol grubunun demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

		OKB	Kontrol	Toplam	p
		n(%)	n(%)	n(%)	
		70(51,9)	65(48,1)	135(100)	
Yaş	Ort±SS	34,43±11,46	37,45±11,70	35,88±11,16	0,095
	Min-max	18-67	18-67	18-67	
Cinsiyet	Kadın	50(71,5)	36(55,4)	86(63,7)	0,530
	Erkek	20(28,5)	29(44,6)	49(36,3)	
Medeni durum	Evli	40(57,1)	46(70,8)	86(63,7)	0,117
	Bekar	25(35,7)	18(27,7)	43(31,9)	
	Boşanmış - dul - ayrı	5(7,1)	1(1,5)	6(4,4)	
Eğitim düzeyi	İlkokul	24(34,3)	13(20)	37(27,4)	0,700
	Ortaokul	8(11,4)	3(4,6)	11(8,1)	
	Lise	21(30)	30(46,5)	51(37,8)	
	Yüksekokul/Üniversite	17(24,3)	19(29,2)	36(26,7)	
Meslek	Evhanımı – işsiz	40(57,1)	17(26,2)	57(42,2)	<0,001
	Memur	10(14,3)	20(30,8)	30(22,2)	
	İşçi	7(10)	19(29,2)	26(19,3)	
	Öğrenci	11(15,7)	5(7,7)	16(11,9)	
	Emekli	2(2,9)	4(6,2)	6(4,4)	
Alkol	Var	2(2,9)	5(7,7)	7(5,2)	0,261
	Yok/Bırakmış	68(97,1)	60(92,3)	128(94,8)	
Sigara	Var	19(27,1)	14(21,5)	33(24,4)	0,578
	Yok/Bırakmış	51(72,9)	51(78,5)	102(75,6)	

BDÖ puan ortalaması OKB grubunda $21,37\pm 13,66$; kontrol grubunda $6,75\pm 5,30$ olup iki grup arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). BAÖ puan ortalaması OKB grubunda $24,14\pm 15,47$; kontrol grubunda $6,29\pm 5,05$ olup iki grup arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Tüm grubun BDÖ ve BAÖ puanları değerleri Tablo 6’da özetlenmiştir.

Tablo 6: Tüm grubun BDÖ ve BAÖ puanları değerleri

	OKB	Kontrol	Toplam	p
BDÖ puan ortalaması	21,37±13,66	6,75±5,30	14,33±12,77	<0,001
BDÖ min – max	0-60	0-27	0-60	
BAÖ puan ortalaması	24,14±15,47	6,29±5,05	15,55±14,68	<0,001
BAÖ min – max	1-59	0-19	0-59	

BDO: Beck depresyon ölçeği

BAO: Beck anksiyete ölçeği

OKB: Obsesif kompulsif bozukluk

4.2. OKB Grubundaki Hastaların Klinik Özellikleri İle İlişkili Veriler

Hasta grubuna ait YBOCS alt ölçek puanları, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi ve doktora başvurma süresi ortalama değerleri Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: Hasta grubunun hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, doktora başvurma süreleri ile YBOCS alt ölçek puanlarının ortalama değerleri

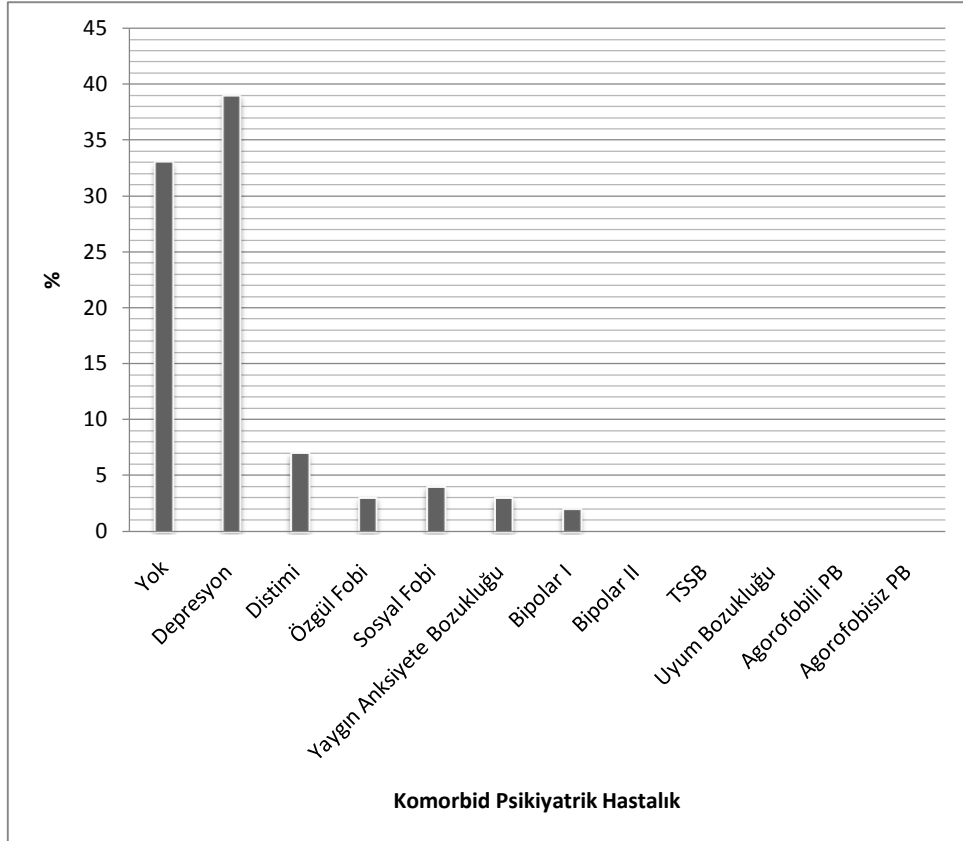
	Ort±SS	Min- Max
Hastalık Başlangıç Yaşı	24,81±10,95	7-60
Hastalık Süresi (yıl)	9,53±8,47	0-36
Doktora Başvurma Süresi (yıl)	3,50±4,33	0-18
YBOCS - Obsesyon alt ölçeği puan	11,80±3,53	5-20
YBOCS - Kompulsiyon alt ölçeği puan	11,23±4,18	0-20

OKB olgularının hastalık başlangıç yaşı 7-60 arasında değişmekte olup; ortalama hastalık başlangıç yaşı 24,81±10,95’ti. Hasta grubundaki olguların hastalık sürelerine bakıldığında yeni tanı alan olgular olduğu gibi, 36 yıllık hastalık süresine sahip olguların da olduğu görüldü; ortalama hastalık süresi 9,53±8,47 yıldır. Hastaların doktora başvurma süreleri 1 ay ile 18 yıl arasında değişmekte olup; ortalama doktora başvuru süresi 3,50±4,33 yıldır. OKB şiddetini değerlendirmede kullanılan YBOCS ölçeğinin obsesyon alt ölçek puanları 5-20 arasında değişmekte

olup; ortalama puanları $11,80\pm3,53$; kompulsiyon alt ölçek puanları 0-20 arasında değişmekte olup; ortalama puanları $11,23\pm4,18$ 'di.

Çalışmamızda OKB hastalığına en sık eşlik eden psikiyatrik eş tanı depresyon (%39) olarak tespit edildi (Şekil 1).

Şekil 1: Hasta grubunda komorbid psikiyatrik hastalıkların dağılımı



PB: Panik Bozukluk

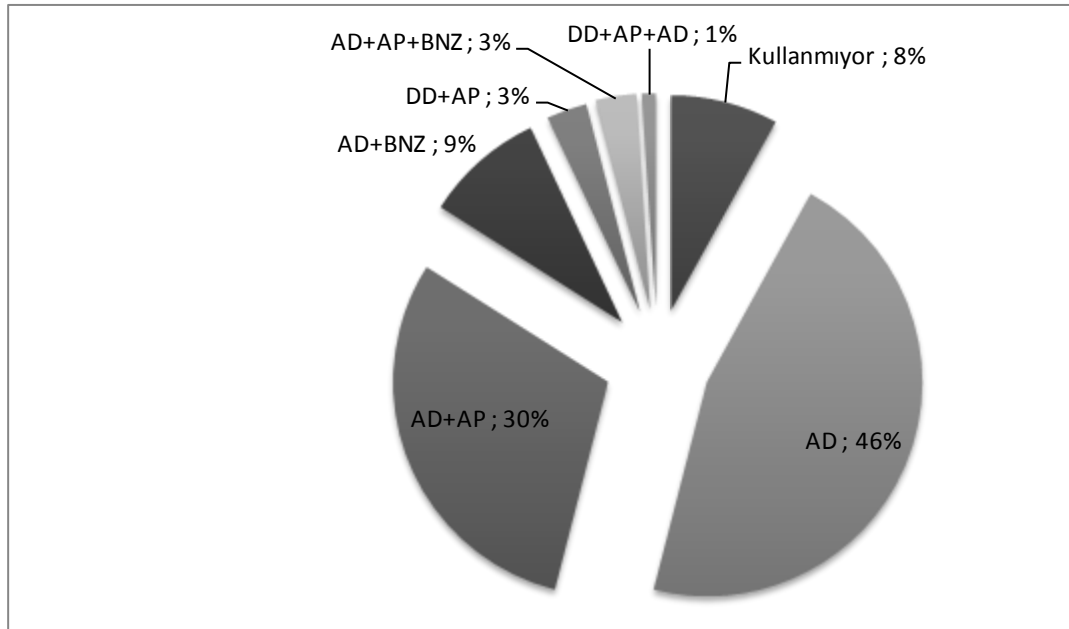
TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Olguların %67,1'inin ailesinde herhangi bir psikiyatrik bozukluk saptanmazken, 11'inde (%15,7) bir duygudurum bozukluğu (bipolar affektif bozukluk, major depresyon, distimik bozukluk), 8'inde (%11,4) obsesif kompulsif bozukluk, 2'sinde (%2,9) diğer anksiyete bozuklukları (panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi), 2'sinde (%2,9) şizofreni ve diğer psikotik bozukluk saptandı. Buna karşılık kontrol grubundaki olguların ailelerinde herhangi bir psikiyatrik bozukluk saptanmadı (Tablo 8).

Tablo 8: Hasta grubunun ailelerinde psikiyatrik bozukluk dağılımı

	n	%
Psikiyatrik Bozukluk saptanmayan	47	67,1
Duygudurum bozuklukları	11	15,7
Obsesif Kompulsif Bozukluk	8	11,4
Anksiyete Bozuklukları	2	2,9
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	2	2,9

Şekil 2: Hasta grubunun ilaç kullanımı dağılım grafiği



AD: Antidepresan AP: Antipsikotik DD: Duygudurum düzenleyici BNZ: Benzodiazepin

Değerlendirme sırasında olguların 32'si (%46) yalnızca antidepresan, 21'i (%30) antidepresan ve antipsikotik ilaçları birlikte, 6'sı (%9) antidepresan ve benzodiazepin ilaçları birlikte, 2'si (%3) duygudurum düzenleyici ve antipsikotik ilaçları birlikte, 2'si (%3) antidepresan, antipsikotik ve benzodiazepin ilaçları birlikte, 1 tanesi (%1) antipsikotik, duygudurum düzenleyici ve antidepresan ilaçları birlikte kullanırken, 6'sı (%8) ilaçsızdı.

OKB görülen olgulardaki obsesyonların dağılımına bakıldığında; 70 kişinin 59'unda (%84,3) kirlenme, 36'sında (%51,4) simetri/düzen, 19'unda (%27,1) dinsel,

16'sında (%22,9) cinsel, 11'inde (%15,7) saldırganlık obsesyonu, 8'inde (%11,4) diğer obsesyonlar, 3'ünde (%4,3) somatik ve 3'ünde (%4,3) biriktirme/saklama obsesyonu görülmüştür. Kompulsiyonların dağılımına bakıldığında; 70 kişinin 58'inde (%82,9) temizlenme/yıkanma, 42'sinde (%60) kontrol etme, 39'unda (%55,7) sıralama/düzenleme, 25'inde (%35,7) sayma, 23'ünde (%32,9) tekrarlayıcı/törenselle davranış, 6'sında (%8,6) diğer kompulsiyonlar ve 3'ünde (%4,3) biriktirme/saklama kompulsiyonu görülmüştür (Tablo 9).

Tablo 9: Hastaların obsesif kompulsif semptom dağılımı

	n	%
Obsesyonlar (n)		
Kirlenme	59	84,3
Simetri	36	51,4
Dini	19	27,1
Cinsel	16	22,9
Saldırganlık	11	15,7
Diğer	8	11,4
Biriktirme/Saklama	3	4,3
Somatik	3	4,3
Kompulsiyonlar (n)		
Temizleme	58	82,9
Kontrol etme	42	60,0
Sıralama, düzen	39	55,7
Sayma	25	35,7
Tekrarlayıcı/Törenselle davranış	23	32,9
Diğer	6	8,6
Biriktirme, saklama	3	4,3

NOT: Aynı hastada birden fazla obsesyon ve kompulsiyon bir arada bulunabileceği için toplam yüzde oranı %100'ün üzerindedir.

4.3. Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Durumu ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular

4.3.1. Yaş ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilere ait bulgular

OKB grubunda yaş ile diğer mizaç ve karakter boyut puanları arasında anlamlı fark saptanmazken; KA puanları ile yaş arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ($p=0,041$ $r=-0,245$) (Tablo 10).

Kontrol grubunda yaş ile diğer mizaç ve karakter boyut puanları arasında anlamlı fark saptanmazken; YA puanları ile yaş arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ($p=0,001$ $r=-0,405$) (Tablo 11).

Tablo 10: Hasta grubunun mizaç ve karakter boyutlarının yaşla ilişkisi

	YA	ZK	ÖB	SE	KY	İY	KA
	R p	r p	r p	r p	r p	r p	r p
Yaş	-0,060 0,622	0,127 0,296	-0,022 0,853	0,029 0,813	-0,116 0,339	-0,063 0,603	-0,245 0,041

Tablo 11: Kontrol grubunun mizaç ve karakter boyutlarının yaşla ilişkisi

	YA	ZK	ÖB	SE	KY	İY	KA
	r p	r p	r p	r p	r p	r p	r p
Yaş	-0,405 0,001	0,050 0,694	-0,029 0,819	0,085 0,502	0,150 0,235	-0,016 0,902	-0,134 0,289

YA: yenilik arayışı

ZK: zarardan kaçınma

ÖB: ödül bağımlılığı

SE: sebat etme

KY: kendini yönetme

İY: işbirliği yapma

KA: kendini aşma

4.3.2. Cinsiyet ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilere ait bulgular

OKB olguları cinsiyet ile mizaç özellikleri açısından değerlendirildiğinde YA toplam puanları erkeklerde ortalama $18,55\pm 5,22$; kadınlarda $16,16\pm 4,50$ saptandı (Tablo 12). YA alt gruplarına bakıldığında YA1 (keşfetmekten heyecan duyma) puan ortalamaları erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek

bulundu ($p=0,015$). Diğer YA alt gruplarında ve YA toplam puanında cinsiyete göre anlamlı fark saptanmadı.

OKB grubunda erkeklerde ZK toplam puan ortalaması $20,85\pm 5,19$; kadınlarda $24,82\pm 5,37$ bulundu. ZK alt gruplarına bakıldığında kadınlarda ZK1 (beklenti endişesi ve karamsarlık), ZK3 (yabancılardan çekinme), ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık) ve ZK toplam puan ortalamaları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p değerleri sırasıyla $0,019$; $0,044$; $0,011$; $0,006$). ZK2 puanı açısından cinsiyetler arası fark saptanmadı.

OKB grubunda erkeklerde ÖB toplam puan ortalaması $13,65\pm 4,36$; kadınlarda $14,62\pm 3,36$ saptandı. OKB grubunda erkeklerde SE puan ortalaması $4,85\pm 1,89$; kadınlarda $4,74\pm 1,88$ olarak bulundu. OKB grubunda erkekler ve kadınlar arasında ÖB1 (duygusallık), ÖB2 (bağlanma), ÖB3 (bağımlılık), ÖB toplam ve SE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

OKB olguları cinsiyet ile karakter özellikleri açısından değerlendirildiğinde erkeklerde KY toplam puan ortalaması $25,50\pm 6,05$ olarak saptandı. Buna karşılık kadınlarda KY toplam puan ortalaması $22,22\pm 6,53$ olarak bulundu. KY toplam puanı açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark olmamasına rağmen alt gruplara bakıldığında erkeklerde KY1 (sorumluluk alma) puan ortalamaları kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,048$).

OKB tanılı erkek olgularda İY toplam puan ortalaması $27,40\pm 6,25$ olarak saptandı. Buna karşılık kadınlarda İY toplam puan ortalaması $26,98\pm 5,56$ olarak saptandı.

OKB tanılı erkeklerde KA toplam puan ortalaması $17,70\pm 5,82$ iken; kadınların KA toplam puan ortalaması $18,06\pm 4,87$ olarak bulundu.

Cinsiyetler ile karakter özellikleri açısından KY1 dışındaki alt ölçeklerde anlamlı fark saptanmadı.

Kontrol grubunda İY toplam puanları kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p=0,025$). Kontrol grubunda cinsiyet ile diğer mizaç ve karakter altölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 12).

Tablo 12: Hasta ve kontrol grubunda cinsiyetin mizaç ve karakter ile ilişkisi

	OKB		p	KONTROL		p
	KADIN	ERKEK		KADIN	ERKEK	
	Ort±SS	Ort±SS		Ort±SS	Ort±SS	
Yenilik Arayışı	16,16±4,50	18,55±5,22	0,060	15,38±4,98	17,1±4,19	0,144
Zarardan Kaçınma	24,82±5,37	20,85±5,19	0,006*	17,38±5,87	16,65±3,61	0,539
Ödül Bağımlılığı	14,62±3,36	13,65±4,36	0,321	13,47±3,47	13,17±3,29	0,725
Sebat Etme	4,74±1,88	4,85±1,89	0,843	5,47±1,79	5,06±1,60	0,306
Kendini Yönetme	22,22±6,53	25,50±6,05	0,057	29,08±6,02	27,86±6,50	0,436
İşbirliği Yapma	26,98±5,56	27,40±6,25	0,784	30,55±5,27	27,44±5,26	0,025*
Kendini Aşma	18,06±4,87	17,70±5,82	0,793	18,22±5,42	20,34±4,97	0,109

*p<0,05

4.3.3. Eğitim durumu ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilere ait bulgular

OKB grubunun eğitim durumu ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; sadece ÖB puanının eğitime göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (p=0,006). Bu fark lise mezunlarında ilköğretim mezunlarına göre anlamlı olarak daha yüksek ÖB puanı olmasıyla ilişkili bulundu. Eğitim durumu ile diğer mizaç ve karakter alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 13).

Tablo 13: OKB grubunda eğitim durumunun mizaç ve karakter ile ilişkisi

	OKB			p
	İLKÖĞRETİM	LİSE	YÜKSEKOKUL-ÜNV	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Yenilik arayışı	15,56±3,21	18,61±5,56	1,05±5,79	0,086
Zarardan Kaçınma	23,71±5,39	24,00±6,00	23,23±5,85	0,714
Ödül Bağımlılığı	13,12±2,67	16,14±4,12	14,41±3,95	0,006
Sebat Etme	4,90±1,55	4,57±2,27	4,76±1,98	0,838
Kendini Yönetme	21,71±6,52	24,23±5,73	24,52±7,27	0,179
İşbirliği Yapma	26,96±4,58	28,76±7,02	25,29±5,63	0,111
Kendini Aşma	19,12±4,86	17,23±6,09	16,64±3,98	0,206

Kontrol grubunun eğitim durumu ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; KY ve İY puanlarının, eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği saptandı. Bu farkın nedenine yönelik yapılan analizde, yüksekokul-üniversite mezunlarında, hem ilköğretim hem de lise mezunlarına göre anlamlı olarak daha yüksek KY ve İY puanı saptandı (sırasıyla p değerleri 0,047; 0,023). Kontrol grubunda eğitim durumu ile diğer mizaç ve karakter alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 14).

Tablo 14: Kontrol grubunda eğitim durumunun mizaç ve karakter ile ilişkisi

	KONTROL			p
	İLKÖĞRETİM	LİSE	YÜKSEKOKUL-ÜNV	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Yenilik arayışı	14,31±2,57	16,66±4,87	16,89±5,51	0,122
Zarardan Kaçınma	16,37±5,41	17,20±4,61	17,42±5,34	0,94
Ödül Bağımlılığı	13,75±3,66	12,33±3,02	14,57±3,33	0,056
Sebat Etme	5,75±1,29	5,10±1,80	5,21±1,87	0,459
Kendini Yönetme	27,56±4,58	27,26±6,69	31,36±6,00	0,047
İşbirliği Yapma	28,25±3,83	28,06±4,55	31,68±7,11	0,023
Kendini Aşma	18,43±4,04	20,10±5,22	18,31±6,28	0,277

4.4. OKB ve Kontrol Grupları Arasında Mizaç Ve Karakter Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

OKB olgularının YA toplam puanları 8 ile 30 arasında değişmekte olup, ortalaması $16,84 \pm 4,80$ 'dir. Buna karşılık kontrol grubunun YA toplam puanları 5 ile 28 arasında değişmekte olup, ortalaması $16,15 \pm 4,69$ 'dur. OKB grubunun YA2 (dürtüsellik) puan ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0,031$). OKB olgularının ZK toplam puanları 11 ile 35 arasında değişmekte olup, ortalaması $23,68 \pm 5,58$ 'dir. Buna karşılık kontrol grubunun ZK toplam puanları 2 ile 27 arasında değişmekte olup, ortalaması $17,06 \pm 4,97$ 'dir. OKB grubunun ZK1 (beklenti endişesi ve karamsarlık), ZK2 (belirsizlik korkusu), ZK3 (yabancılardan çekinme), ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık), ZK toplam puan ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,002$; $p=0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$). OKB olgularının ÖB toplam puanları 4 ile 21 arasında değişmekte olup, ortalaması $14,34 \pm 3,66$ 'dır. Buna karşılık kontrol grubunun ÖB toplam puanları 5 ile 19 arasında değişmekte olup, ortalaması $13,33 \pm 3,37$ 'dir. OKB olgularının SE puanları 1 ile 8 arasında değişmekte olup, ortalaması $4,77 \pm 1,87$ 'dir. Buna karşılık kontrol grubunun SE puanları 2 ile 8 arasında değişmekte olup, ortalaması $5,29 \pm 1,71$ 'dir. OKB ve kontrol grubu arasında YA1 (keşfetmekten heyecan duyma), YA3 (savurganlık), YA4 (düzensizlik), YA toplam, ÖB1 (duygusallık), ÖB2 (bağlanma), ÖB3 (bağımlılık), ÖB toplam puan, SE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 15).

Tablo 15: OKB ve kontrol gruplarının mizaç özelliklerinin değerlendirilmesi

Mizaç Özellikleri	OKB		Kontrol		p
	Medyan (Min-max)	Ort±ss	Medyan (Min-max)	Ort±ss	
Yenilik Arayışı (YA)	17,00 (8-30)	16,84±4,80	16,00 (5-28)	16,15±4,69	0,401
YA1 (keşfetmekten heyecan duyma)	5,00 (0-10)	5,14±2,22	5,00 (1-8)	5,33±1,83	0,391
YA2 (dürtüsellik)	4,00 (0-9)	4,12±1,71	3,00 (0-9)	3,53±1,75	0,031
YA3 (savurganlık)	4,00 (0-8)	3,81±2,08	4,00 (0-7)	3,73±1,83	0,931
YA4 (düzensizlik)	4,00 (1-7)	3,75±1,58	3,00 (1-8)	3,53±1,67	0,430
Zarardan Kaçınma (ZK)	24,00 (11-35)	23,68±5,58	17,00 (2-27)	17,06±4,97	<0,001
ZK1 (beklenti endişesi)	8,00 (3-11)	7,57±2,17	5,00 (2-9)	5,27±1,89	<0,001
ZK2 (belirsizlik korkusu)	6,00 (3-7)	5,58±1,26	5,00 (0-7)	4,67±1,67	0,002
ZK3 (yabancılardan çekinme)	5,00 (0-8)	4,58±2,03	3,00 (0-7)	3,38±1,78	0,001
ZK4 (çabuk yorulma)	6,00 (2-9)	5,94±1,93	4,00 (0-8)	3,72±1,79	<0,001
Ödül Bağımlılığı (ÖB)	14,00 (4-21)	14,34±3,66	13,00 (5-19)	13,33±3,37	0,101
ÖB1 (duygusallık)	8,00 (0-10)	7,45±2,03	8,00 (2-10)	7,20±2,07	0,464
ÖB2 (bağlanma)	5,00 (0-8)	4,30±1,96	4,00 (0-8)	3,80±1,57	0,095
ÖB3 (bağımlılık)	2,00 (0-6)	2,58±1,53	2,00 (0-6)	2,33±1,40	0,422
Sebat Etme	5,00 (1-8)	4,77±1,87	5,00 (2-8)	5,29±1,71	0,075

OKB olgularının KY toplam puanları 11 ile 39 arasında değişmekte olup, ortalaması 23,15±6,53'tür. Buna karşılık kontrol grubunun KY toplam puanları 15 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalaması 28,53±6,22'dir. OKB grubunun KY1 (sorumluluk alma), KY2 (amaçlılık), KY3 (beceriklilik), KY5 (uyumlu ikincil huylar), KY toplam puan ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü (sırasıyla p<0,001; p=0,001; p<0,001; p=0,002; p<0,001). OKB olgularının İY toplam puanları 15 ile 39 arasında değişmekte olup, ortalaması 27,10±5,72'dir. Buna karşılık kontrol grubunun İY toplam puanları 18 ile 39 arasında değişmekte olup, ortalaması 29,16±5,45'tir. OKB grubunun İY1 (sosyal onaylama), İY toplam puan ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü (p değerleri sırasıyla 0,010; 0,034). OKB olgularının KA toplam puanları 7 ile 28 arasında değişmekte olup, ortalaması 17,95±5,12'dir. Buna karşılık kontrol grubunun KA toplam puanları 4 ile 28 arasında değişmekte olup, ortalaması 19,16±5,29'dur. OKB ve kontrol grubu arasında KY4 (kendini kabullenme), İY3 (yardımseverlik), İY4 (acıma), İY5 (erdemlilik, vicdanlılık), KA1 (kendilik kaybı), KA2 (kişiler arası

özdeşim), KA3 (manevi kabullenme), KA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 16).

Tablo 16: OKB ve kontrol gruplarının karakter özelliklerinin değerlendirilmesi

Karakter Özellikleri	OKB		Kontrol		p
	Medyan (Min-Max)	Ort±ss	Medyan (Min-Max)	Ort±ss	
Kendini Yönetme (KY)	24,00 (11-39)	23,15±6,53	29,00 (15-40)	28,53±6,22	<0,001
KY1 (sorumluluk alma)	3,00 (0-8)	3,64±1,88	5,00 (1-8)	4,84±1,83	<0,001
KY2 (amaçlılık)	5,00 (0-8)	4,75±2,01	6,00 (2-8)	5,95±1,59	0,001
KY3 (beceriklilik)	2,00 (0-5)	1,94±1,39	3,00 (0-5)	3,00±1,21	<0,001
KY4 (kendini kabullenme)	5,00 (1-11)	5,17±2,46	5,00 (0-11)	5,90±2,52	0,093
KY5 (uyumlu ikincil huylar)	8,00 (3-12)	7,64±2,20	9,00 (4-12)	8,83±1,92	0,002
İşbirliği Yapma (İY)	28,00 (15-39)	27,10±5,72	30,00 (18-39)	29,16±5,45	0,034
İY1 (sosyal onaylama)	5,00 (0-8)	5,21±1,91	6,00 (2-8)	6,06±1,62	0,010
İY2 (empati duyma)	4,00 (0-6)	4,02±1,25	4,00 (1-7)	4,16±1,42	0,840
İY3 (yardımseverlik)	4,00 (1-7)	4,38±1,37	5,00 (3-7)	4,69±1,13	0,229
İY4 (acıma)	8,00 (0-10)	6,81±2,78	8,00 (0-10)	7,40±2,44	0,290
İY5 (erdemlilik)	7,00 (3-9)	6,65±1,51	7,00 (4-9)	6,84±1,37	0,503
Kendini Aşma (KA)	18,50 (7-28)	17,95±5,12	20,00 (4-28)	19,16±5,29	0,108
KA1 (kendilik kaybı)	6,00 (2-10)	6,12±2,12	6,00 (1-11)	6,32±2,55	0,598
KA2 (kişiler arası özdeşim)	5,00 (1-9)	4,90±2,07	6,00 (0-9)	5,46±2,13	0,091
KA3 (manevi kabullenme)	7,00 (1-13)	6,92±2,52	8,00 (0-13)	7,38±2,46	0,293

OKB olgularının KY toplam puanları 11 ile 39 arasında değişmekte olup, ortalaması 23,15±6,53'tür. Buna karşılık kontrol grubunun KY toplam puanları 15 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalaması 28,53±6,22'dir. OKB olgularının İY toplam puanları 15 ile 39 arasında değişmekte olup, ortalaması 27,10±5,72'dir. Buna karşılık kontrol grubunun İY toplam puanları 18 ile 39 arasında değişmekte olup, ortalaması 29,16±5,45'tir.

OKB olgularının KA toplam puanları 7 ile 28 arasında değişmekte olup, ortalaması 17,95±5,12'dir. Buna karşılık kontrol grubunun KA toplam puanları 4 ile 28 arasında değişmekte olup, ortalaması 19,16±5,29'dir.

OKB grubunun KY1 (sorumluluk alma), KY2 (amaçlılık), KY3 (beceriklilik), KY5 (uyumlu ikincil huylar), KY toplam puan ortalamaları kontrol grubundan

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,001$; $p<0,001$; $p=0,002$; $p<0,001$). OKB grubunun İY1 (sosyal onaylama), İY toplam puan ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü (p değerleri sırasıyla 0,010; 0,034).

OKB ve kontrol grubu arasında KY4 (kendini kabullenme), İY3 (yardımseverlik), İY4 (acıma), İY5 (erdemlilik, vicdanlılık), KA1 (kendilik kaybı), KA2 (kişiler arası özdeşim), KA3 (manevi kabullenme), KA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 16).

Dört mizaç ve 3 karakter TCI alt ölçeğinin OKB'li hastalardaki YBOCS puanları üzerindeki etkisinin incelenmesi için multipl regresyon analizleri gerçekleştirildi. YBOCS puan artışı ile TCI puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

4.5. OKB grubunda YBOCS, BDÖ, BAÖ puanları ile mizaç ve karakter boyutları arasındaki ilişki

OKB hastalarının hastalık şiddetini belirleyen YBOCS Obsesyon ve Kompulsiyon alt ölçek puanları ile mizaç ve karakter boyutları arasındaki ilişki değerlendirildi. YBOCS Obsesyon alt ölçek puanı ile KY ve İY puanları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=-0,289$ $p=0,015$; $r=-0,248$ $p=0,038$). YBOCS Kompulsiyon alt ölçek puanı ile KY ve İY puanları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=-0,358$ $p=0,002$; $r=-0,243$ $p=0,042$) (Tablo 17).

OKB hastalarında YBOCS ile ölçülen hastalık şiddetinin, TCI'nın dört mizaç ve 3 karakter alt ölçek puanları üzerindeki etkisi incelendiğinde OKB şiddetinin artışı ile TCI toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

OKB grubunda BAÖ puanları ile ZK puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanırken, KY puanları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı. Ayrıca OKB grubunda BDÖ puanları ile ZK puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanırken, KY puanı arasında negatif yönde orta bir ilişki ve İY puanı ile de negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı. BDÖ puanları ile KA puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı. OKB hastalarında BAÖ ve BDÖ puanları ile YA, ÖB, SE karakter ve mizaç boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 17).

Tablo 17: OKB grubunun YBOCS alt ölçek, BDÖ, BAÖ puanları ile mizaç karakter özellikleri arasındaki ilişkiler

	YA		ZK		ÖB		SE		KY		İY		KA	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
BAÖ	-0,153	0,206	0,254	0,034	-0,071	0,557	-0,042	0,727	-0,472	<0,001	-0,198	0,100	0,361	0,002
BDÖ	-0,211	0,080	0,442	<0,001	-0,100	0,411	-0,118	0,330	-0,582	<0,001	-0,354	0,003	0,243	0,043
ObsAlt	-0,161	0,183	-0,004	0,972	-0,068	0,577	-0,057	0,640	-0,289	0,015	-0,248	0,038	0,097	0,426
KmpAlt	-0,004	0,972	0,045	0,714	-0,141	0,244	-0,095	0,434	-0,358	0,002	-0,243	0,042	0,030	0,807

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

ObsAlt: YBOCS Obsesyon alt ölçek puan toplamı

YA: yenilik arayışı

ZK: zarardan kaçınma

KY: kendini yönetme

IY: işbirliği yapma

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

KmpAlt: YBOCS Obsesyon alt ölçek puan toplamı

ÖB: ödül bağımlılığı

SE: sebat etme

KA: kendini aşma

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Psikiyatri polikliniği'ne Temmuz 2011 ile Mart 2013 tarihleri arasında başvuran OKB tanısı alan hastalar ile sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubu mizaç ve karakter özellikleri bakımından karşılaştırılmış ve literatürle uyumlu bulgular saptanmıştır. Çalışmamızda ayrıca her iki grup sosyodemografik (cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu, meslek, alkol ve sigara kullanımı) özellikler açısından karşılaştırıldı. Ayrıca OKB hastalarının hastalığa ilişkin özellikleri (başlangıç yaşı, hastalık süresi, tedavi için başvuru süresi, hastalık şiddeti, kullandıkları tedavi) ve komorbid psikiyatrik hastalıkları değerlendirildi.

Çalışmaya alınan OKB hastalarının, 50 (%71,4)'si kadın, 20 (%28,5)'si erkekti. Çalışmamızda OKB hastalarında saptanan kadın/erkek oranı (2,5), Türkiye'de yapılan çalışmalarla benzer bulunmuştur. Türkiye'de yapılan çalışmalarda OKB hastalarında kadın/erkek oranı 2,6-3 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (22,95,96).

Tezcan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada OKB hastalarının yaş ortalaması Türk hastalar için $35,3 \pm 10,5$ Fransız hastalar için $37,9 \pm 12,1$; Demet ve arkadaşları $33,19 \pm 12,52$ yıl olarak bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da hastaların yaş ortalaması $34,43 \pm 11,46$ yıl olup literatürdekine benzerlik göstermektedir (22,96).

Çalışmamızda OKB hastalarının yarıdan fazlasının (%57,1) evli olduğu saptanmıştır. Yurtdışında yapılan bir çalışmada OKB hastalarının bekar olma oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (97). Çalışmamızla benzer şekilde Türkiye'de yapılan başka çalışmalarda da OKB hastalarında evli olanların daha fazla olduğu bildirilmiştir. Yurtdışı çalışmalarda OKB hastalarında evlilik oranı daha düşükken, ülkemizdeki çalışmalarda daha yüksek oranlarda bildirilmesinin; toplumumuz değer yargıları ve evlilik yönündeki sosyal baskı ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (18,96,98).

Çalışmamızda, benzer yaş grupları ve eğitim düzeylerinde olmalarına rağmen, OKB hasta grubu, mesleki açıdan kontrol grubuyla karşılaştırıldığında; OKB grubunda çalışmayanların oranı kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu (OKB %57, kontrol %26; $p < 0.001$). Bu fark OKB'nin mesleki işlevselliği bozması

ile açıklanabilir. Tezcan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada hastaların % 50'sinin çalışmadığını bildirmişlerdir (96).

Çalışmamızda OKB hastalarının belirtilerinin ilk kez ortaya çıkış yaşı ortalama $24,81 \pm 10,95$ yıl olarak saptandı. Bu bulgu Demet ve ark.'nın $23,89 \pm 11,3$ yıl; Tezcan ve ark.'nın Türk hastalar için $29,8 \pm 7,9$ yıl; Fransız hastalar için $25,1 \pm 10,3$ yıl; Sayar ve ark.'nın $22,8 \pm 9,06$ yıl; Juang ve Liu'nun $23,4 \pm 10,9$ yıl olarak bildirdiği başlangıç yaşı ile uyumludur (22,27,96,99).

Yapılan çalışmalarda, OKB hastalarının belirtilerinin ilk kez ortaya çıkmasıyla doktora başvuru arasında geçen süreyi Demet ve ark. $6,25 \pm 7,6$ yıl; Eğrilmez ve ark. $2,3 \pm 3,5$ yıl; Juang ve Liu $5,5 \pm 2,4$ yıl olarak bildirmişlerdir. Bu süre çalışmamızda ortalama $3,50 \pm 4,33$ yıl olarak saptanmış olup literatürdeki süre ile uyumludur (22,95,99).

Literatürde obsesif kompulsif bozuklukta eştanının sık olarak (%50-80) görüldüğü bildirilmiştir (22,45). Bununla uyumlu olarak çalışmamızda hastaların %67'sinde en az bir psikiyatrik ek tanı bulunduğu saptandı. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak OKB hastalığına en sık eşlik eden psikiyatrik eştanının depresyon olduğu tespit edildi. Birçok çalışmaya göre major depresyon, obsesif kompulsif bozukluğa eşlik eden eksen I tanılarında en sık görülenidir (17). Eğrilmez ve ark. obsesif kompulsif bozukluğu olanların %73,2'sinde depresif bozukluk bildirmişlerdir (17). Klinik örnekleme yapılan çalışmalar, OKB hastalarında %30-43 oranlarında major depresif bozukluk görüldüğünü ortaya koymuştur (26,50,51).

Çalışmamızda OKB hastalarının ailelerinde %11,4 oranında OKB öyküsü tespit edildi. Juang ve Liu %6'sında, Lensi ve ark. %7,6'sında, Okasha ve ark. %20'sinde, Demet ve ark. %28'inde ailede OKB öyküsü saptamışlardır (19,22,99,100). Çalışmalarda farklı oranlar saptanmış olması, hastaların bildirimine dayanarak ailesel psikiyatrik hastalık öykülerinin taranması yönteminden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda obsesyon ve kompulsiyonların içerikleri incelendiğinde en sık kirlenme ve simetri-düzen obsesyonu saptanmışken, kompulsiyonlar içerisinde en sık temizleme-yıkama ve kontrol etme kompulsiyonu saptandı. Tezcan ve ark.'nın çalışmasında hem Türk hem de Fransızlarda kirlenme obsesyonunun, ayrıca Türklerde dini obsesyonlar, Fransızlarda ise zarar verme obsesyonlarının sık olarak

görüldüğü saptanmıştır (96). Yine benzer şekilde Yiğittürk ve ark. kirlilik-bulaşma ve kuşku obsesyonları ile temizlik-yıkanma ve kontrol kompulsiyonlarını en sık görülen obsesyon ve kompulsiyonlar olarak saptadıklarını bildirmişlerdir (18). Yurtdışı çalışmalarda kuşku ve bulaşma obsesyonları ile kontrol ve temizlik kompulsiyonlarının sık görüldüğü bildirilmiştir (19).

Çalışmamızda cinsiyete göre yapılan değerlendirmede; kontrol grubunda kadınlarda İY puanları, OKB hastalarında ZK puanları erkeklere göre daha yüksek saptandı. Köse ve ark.'nın yaptığı geçerlilik güvenilirlik çalışmasında cinsiyetin TCI ölçekleri üzerindeki etkisi araştırıldığında, kadınlarda mizaç boyutunda YA, ZK ve ÖB puanlarının erkeklerden anlamlı olarak yüksek olduğu; karakter boyutunda ise İY puanları kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek bildirilmiştir (68). Mizaç boyutlarındaki cinsiyete dayalı farklılıkların değerlendirildiği bir meta analizde, Asyada yapılan iki çalışma dışında hemen tüm çalışmalarda kadınlarda ZK puanlarının erkeklerden yüksek bulunduğu, birçok dilde ve farklı kültürlerde yapılan çalışmalarda bu bulgunun tekrarladığı bildirilmiştir. Çalışmamızda da OKB hasta grubunda benzer şekilde ZK puanları kadınlarda anlamlı oranda yüksektir. Kontrol grubunda İY puanlarının kadınlarda yüksek bulunmuş olması da Türk toplumunda yapılan TCI geçerlilik çalışmasına benzer bir bulgudur.

Literatürde OKB hastalarında kişilik bozukluğunun eştanısıyla ilişkili çok sayıda çalışma olmasına rağmen kişiliği boyutsal olarak değerlendiren çalışmalar son yıllarda yapılmaya başlanmıştır (5). Bu çalışmalarda, istikrarlı biçimde tekrarlayan en önemli bulgu OKB'li hastalarda normal kontrollere kıyasla daha yüksek ZK puanı bulunmuş olmasıdır. OKB'li hastalardaki diğer TCI alt ölçekleriyle ilişkili olarak daha düşük KY, İY veya YA puanları veya daha yüksek ÖB puanları bildiren çalışmalar da mevcuttur (5,6,8,86). Çalışmamızda da literatürdekine benzer şekilde OKB grubunda tüm ZK alt ölçekleri ve toplam ZK puanlarının yüksek olduğu (4-6), KY (4-7) ve İY toplam puanlarının (4-6) ise düşük olduğu saptanmıştır.

Zarardan kaçınma ödül kazanmaksızın, ceza ya da hayal kırıklığına uğramamak için davranışı durdurmaya eğilimi yansıtır (5). Sağlıklı gönüllüler ile OKB hastalarını karşılaştıran çalışmalarda OKB hastalarında ZK puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak kontrol grubuna göre OKB grubunda ZK toplam puanları ile tüm ZK alt ölçek puanları

anlamli olarak yuiksek saptandi (4,6,7,8,87). Bejerot ve ark. OKB hastalarinin ansiyete ve çabuk yorulma ozelliklerine sahip olduklari ve genellikle zarara yol açabilecek durumlardan kaçindiklarini bildirerek, yuiksek ZK puanlarini aciklamaya çalismistir (7).

Yenilik arayisinin, yeni bir uyanan veya potansiyel bir ödül ya da potansiyel bir cezaya yanit olarak yoğun canlilik veya heyecan oluşturan kalitsal bir eğilim olduğu varsayilir (5). Literatürde yer alan bazı çalismalarda OKB'li hastalarin, kontollere göre YA puanlarinin daha düşük olduğu bildirilmistir (4,5,8).

Kişinin kendi zarardan kaçinma gücünü çarpık değerlendirmesi ile risklerin abartili algılanmasi, OKB hastalarinin yeni bir durum ortaya çiktiğinda güvenli olduğu kanitlanana kadar durumu neden tehlikeli gördüğünü aciklayabilir. Olasi problemlerle ilgili beklenti anksiyetesinin aşiriliği ya da yeni potansiyel tehlikeye yol açabilecek araştırıcı aktivitelerin baskılanmasi eğilimi yani yuiksek ZK ve düşük YA puanlarinin, OKB'yi aciklayan bilişsel şemalarla uyumlu olduğu düşünülmektedir (5). Öte yandan bu bakış açısını desteklemeyen ve OKB hastaları ile sağlıklı kontrol grubu arasında YA puanları açısından fark olmadığını bildiren çalismalar da mevcuttur (6,7,78,79,87). Çalismamızda literatürdekine benzer olarak OKB hastalarında yuiksek ZK puanları saptanmış olmasına rağmen literatürden farklı olarak YA puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır.

Ödül bağımlılığı, ödül sinyallerine (özellikle sosyal onay, duygusallık ve yardım gibi sözel sinyaller) karşı cevap eğilimini ortaya koyar (5). Alonso ve ark. ile Kim ve ark.'nın çalismalarında OKB hastalarında kontrol grubuna göre daha düşük ÖB puanları bildirilmistir. Daha düşük ÖB puanları; sosyal duyarlılık, bağlanma kapasitesi ve uyum gösterebilmede yetersizliklere işaret eder (5,6). Çalismamızda literatürden farklı olarak OKB ile kontrol grubu ÖB puanları arasında anlamli bir fark saptanmadı.

Sebat eden bireyler, insanı engelleyen ödül yokluğu durumlarıyla karşılaştıklarında davranışın sönmesine karşı direnç sergilerler (68). Literatürdekine benzer şekilde çalismamızda da SE puanları açısından OKB ve kontrol grubu arasında anlamli fark saptanmadı (5,6,80).

Karakteri oluşturan kendilik kavraminin üç yönü; bir kişinin kendisini ne ölçüde otonom bir kişi (Kendini yönetme), toplumun entegre bir parçası (İş birliği

yapma) ve evrenin bütünleşmiş bir parçası olduğu (Kendini aşma) şeklinde tanımlanmıştır (5).

Kendini yönetme; kendi kaderini tayin ve irade ya da birey tarafından seçilen amaç ve değerlere uygun şekilde davranışı kontrol etme, düzenleme ve uyum sağlama yeteneğidir (5). Literatürde yer alan birçok çalışmada OKB hastalarının kontrol grubuna göre daha düşük KY puanı sergilediği bildirilmiştir (4-7,80). Bizim çalışmamızda OKB ve kontrol grubu karakter özellikleri açısından değerlendirildiğinde literatürle benzer şekilde KY puanları OKB hastalarında kontrollere göre daha düşük saptandı.

İşbirliği yapma; diğer insanların bireysel farklılıklarını kabullenme olarak tanımlanmıştır (68). Kim ve arkadaşları OKB hastalarının kontrol grubuna göre daha düşük İY puanına sahip olduğunu bildirmiştir. Kusunoki ve arkadaşları da OKB hastaları ve majör depresyon hastalarının, sağlıklı kontrollerin puanlarından daha düşük İY puanına sahip olduğunu saptamışlardır. Bizim çalışmamızda literatürle benzer şekilde İY puanları OKB hastalarında kontrollere göre daha düşük saptandı (4,6).

Kim ve arkadaşları, daha düşük KY ve İY puanlarının olgunlaşmamış olmayı yansıttığını, kendileri ya da başkaları ile ilişkili otonomi, kapasite ve sorumluluk kavramları yetersiz gelişmiş hastalarda görüldüğünü bildirmiştir (6). Ayrıca, düşük KY ve İY'nin, eksen II patolojilerin ortak özelliği olduğu ve OKB hastalarında kişilik bozukluğu eştanısının yüksek oranda görülmesi nedeniyle KY ve İY puanlarının düşük bulunduğu ileri sürülmüştür (7). OKB hastalarında düşük KY puanlarının kişilik bozukluğu eştanısı ile ilişkisine vurgu yapan yayınlar yanında OKB hastalarının belli bir amaca yönelmek istediklerinde, girici obsesyon ve kompulsyonların varlığı nedeniyle düşünce ve davranışlarını düzenleme becerisinin azalmış olmasıyla ilişkili olduğunu ileri süren çalışmalar da mevcuttur (8). Ancak bizim çalışmamızda eksen II açısından değerlendirme yapılmaması nedeniyle bu bulgunun kişilik bozukluğu eştanısı ile mi yoksa OKB ile mi ilişkili olduğunu ayırd edilememiştir. OKB'nin erken yaşlarda başlamasının, yaygın girici düşüncelerin çocukluk ya da ergenlik döneminden itibaren varolmasının, OKB hastalarının izolasyon ve suçluluk duyguları geliştirmesine yol açarak yeterli karakter gelişimini engelleyebileceği de bildirilmiştir (5). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak OKB hastalarında sağlıklı gönüllülere göre KY ve İY puanları

düşük bulunmuştur. Bu bulgunun hastaların işlevselliğindeki bozulmayla yakından ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Kendini aşma; maneviyata eğilim, daha geniş bir dünya ile özdeşim kurma ve belirsizliği kabul etme becerisini yansıtır (5). Çalışmamızda KA toplam puanları ile altölçek puanlarında OKB ile kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bu bulgu, Kim ve ark.'nın çalışması ile de uyumluydu (6).

Kim ve ark.'nın yaptıkları çalışmada daha düşük KY ve İY puanlarının, daha yüksek YBOCS puanlarını öngördüğünü saptamıştır (6). Lyoo ve ark. yüksek ZK ve düşük KY puanlarının depresyon ve anksiyetenin seviyesine bağlı olmaksızın obsesif kompulsif semptomların ciddiyeti ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğunu bildirmiştir (6,8). Alonso ve ark. ise; yaş ve depresif semptomların etkisini dışladıktan sonra TCI alt ölçekleri ile YBOCS puanları arasında bir ilişki bulmamışlardır (5). Alonso ve ark.'nın çalışmasına benzer şekilde çalışmamızda YBOCS ile değerlendirilen OKB şiddeti ile TCI puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Literatürde depresif duygudurum ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda ZK ve KY'nin hem boyutsal olarak hem de alt ölçekler seviyesinde, depresif duygudurumun şiddeti ile kuvvetli bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Anlamlı ilişki gösteren bir diğer karakter boyutunun da İY olduğu bildirilmiştir. Düşük KY ve İY yüksek ZK ile birleşimi, kişiyi depresif bir duygudurum geliştirmeye yatkın hale getirmektedir (101-103). Bu yüzden de OKB hastalarında yüksek MDB komorbiditesi olabilir. Çalışmamızda OKB grubunda BDÖ puanları arttıkça ZK puanının arttığı, KY ve İY puanlarının ise azaldığı saptanmıştır. Bu bulgu OKB hastalarında depresyon eştanısının neden kötü prognostik özelliklerle ilişkili olduğunu da açıklamaktadır.

Jylhä ve Isometsä'nın Finlandiya'da genel populasyonda yaptıkları çalışmada BAÖ ile değerlendirilen anksiyete semptomlarının artışı ile yüksek ZK ve düşük KY puanlarının ilişkili olduğu bildirilmiştir (104). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak OKB grubunda BAÖ puanları arttıkça ZK puanlarının arttığı, KY puanlarının ise düştüğü saptandı. Düşük KY puanlarının zayıf karakter gelişimi, kendine güven düşüklüğü, başkalarını suçlama eğilimi ile ilişkili olduğu bildirilmiş, buna bağlı olarak problem çözme becerilerinin düşük olduğu, daha stresli ve anksiyöz hissettikleri bildirilmiştir (105). ZK puanlarının yüksek, KY puanlarının düşük

olması hem OKB hastalığı hem de BDÖ ve BAÖ puanlarının artışı ile ilişkili gibi görünmektedir. OKB hasta grubunda da depresyon ve anksiyete puanlarındaki artış benzer paterne neden olmaktadır. Bu durum eşanlı OKB’de işlevselliğin daha kötü olmasıyla ilişkili olabilir.

Bu çalışmanın kesitsel bir çalışma olması, alan çalışması olmaması, örneklem sayısının düşük olması, değerlendirmelerin hastaların kendilerinin doldurdukları ölçeklerle yapılmış olması, kişilik bozukluğu eşanısının taranmamış olması ve ilaç veya davranış tedavisi gibi müdahalelerin TCI üzerine etkilerinin değerlendirilmemiş olması, kısıtlılıklar arasında sayılması gereken noktalar. Aile öykülerinin hastalardan alınan bilgilere dayanması ve aileyle klinik görüşme yapılarak doğrulanmaması diğer bir kısıtlılıktır.

Sonuç olarak çalışmamızda OKB hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmasında ZK puanı daha yüksek, İY ve KY puanı daha düşük saptandı. OKB hastalarında BDÖ ve BAÖ puanları arttıkça ZK puanının artması, KY ve İY puanının azalması da OKB’de eşanlı durumunun yarattığı işlevsellik kaybıyla ilişkili olabilir. OKB hastalarında depresyon eşanısının sık görülmesi her iki hastalığın etkisinin ayrıştırılmasını zorlaştırmaktadır. Ek olarak çalışmamızda OKB şiddeti ile TCI alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı. Tüm bu bulgular ışığında, OKB hastalarında mizaç ve karakter özellikleri ile ilgili tedaviye yanıtın da ele alındığı, daha büyük örneklerle yapılan uzun süreli izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır. OKB’de mizaç ve karakter özelliklerinin değerlendirilmesi, prognozun öngörülmesi ve uygun psikoterapötik girişimlerin planlanması açısından klinik yarar sağlayabilir.

6. KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-4 TR) (Çev. Ed: Köroğlu E) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2000.
2. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F ve ark. Bipolar Bozuklukta Mizaç ile Klinik Özelliklerin İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 16:164–169, 2005.
3. Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. Arch Gen Psychiatry, 40:801- 810, 1983.
4. Kusunoki K, Sato T, Taga C, Yoshida T, Komori K, Narita T, et al. Low novelty-seeking differentiates obsessive-compulsive disorder from major depression. Acta Psychiatr Scand, 101(5):403, 2000.
5. Alonso P, Menchon JM, Jimenez S, Segalas J, Mataix-Cols D, Jaurrieta N, et al. Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Relation to clinical variables. Psychiatry Res 157(1-3):159-68, 2008.
6. Kim SJ, Kang J, Kim CH. Temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder; Comprehensive Psychiatry. Volume: 50, Issue: 6, Publisher: Elsevier Inc., Pages: 567-572, 2009.
7. Bejerot S, Schlette P, Ekselius L, Adolfsson R, von Knorring L. Personality disorders and relationship to personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory in patients with obsessive-compulsive disorder. Acta Psychiatr Scand, 98(3): 243-9, 1998.
8. Lyoo IK, Lee DW, Kim YS, Kong SW, Kwon JS. Patterns of temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 62(8):637-41, 2001.
9. Okasha A. Obsessive-Compulsive Disorder. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry Vol 4. sf:1-21, 2000.

10. Bayraktar E. Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası* 1:25-32, 1997.
11. Jenike MA, Baer L, Minichiello WE. *Obsessive compulsive disorder*. 1st ed. Chicago: Year book medical publishers 1- 4, 1986.
12. Insel TR. Phenomenology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 51 (2,suppl):4-8, 1990.
13. Özerdem A. Obsesif-kompulsif bozukluk ve psikoz üzerine bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri* 2 98-102, 1998.
14. Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. baskı 343-352, 2007.
15. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G ve ark. *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*. Dilek Matbaası, Sivas, 1995.
16. Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve month prevalence of obsessive compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comp Psychiatry* 45:367-374, 2004.
17. Eğrilmez A, Gülseren L, Gülseren S, Kültür S. Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients. *Psychopathology* 30:106-110, 1997.
18. Yiğittürk D, Emul M, Sezer Ö, Kaya M, Kaya B, Ünal S. İnönü Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi gören OKB olgularında klinik özellikler ve bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi: Geriye dönük değerlendirme. 38. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı (22- 27 Ekim 2002, Marmaris), 185-188, 2002.
19. Lensi P, Cassano G, Corredù G ve ark. Obsessive compulsive disorder Familial developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender- related differences. *Br. J. Psychiatry* 169, 101-107, 1996.
20. Noshirvani HF, Kasvikis Y, Marks IM, Tsakiris F, Monterio WO. Gender-divergent etiological factors in obsessive compulsive disorder. *Br J Psy* 158: 260-263, 1991.

21. Rasmusen SA, Eisen JK. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 15: 743-758, 1992.
22. Demet M, Deveci A, Deniz F, Taşkın E, Şimşek E, Yurtsever F. Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve Fenomenoloji. *Anatolian Journal of Psychiatry* 6:133-144, 2005.
23. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri. Synopsis of Psychiatry. Ninth edition. (Çev. Ed: Aydın H) 2. baskı; 227-232. Güneş kitabevi, İstanbul, 2005.
24. Rasmussen SA, Tsuang TM. Clinical characteristics and family history in DSM III obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 143: 317 – 22, 1986.
25. Kolada JL, Bland RC, Newman SC. Obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand (suppl 376)*: 24 – 35, 1994.
26. Tükel R, Polat A, Özdemir Ö, Aksüt D, Türksöy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 43:204-209, 2002.
27. Sayar K, Uğurad IK, Acar B. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 9:142-147, 1999.
28. Rachman SJ, Hodgson RJ. *Obsession and Compulsions*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. 1980.
29. Ebert H, Loosen P, Barry N. *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi*. Güneş Kitapevi, 2003.
30. Bal U. *Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları, Psikiyatri Uzmanlık Tezi*, Adana 2010.
31. Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 51:10-3, 1990.
32. Karamustafaloğlu O, Akpınar A. Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri* 2(12):30-44, 2006.

33. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Yenilenmiş 11.Basım, 480-496, Ankara, 2008.
34. Renynghe de Voxrie GV. Anafranil in obsessive neurosis. Arch Neurol Belg 68:787-792, 1968.
35. Capstick N. Clomipramine in obsessional states. Psychosomatics 12:332-335, 1971.
36. Gross-Isseroff R, Cohen R, Sasson Y, Voet H, Zohar J. Serotonergic dissection of obsessive compulsive symptoms: a challenge study with m-chlorophenylpiperazine and sumatriptan. Neuropsychobiology 50:200-205, 2004.
37. Koo MS, Kim EJ, Roh D, Kim CH. Role of dopamine in the pathophysiology and treatment of obsessive-compulsive disorder. Expert Rev Neurother 10:275-290, 2010.
38. Moore GJ, MacMaster FP, Stewart C, Rosenberg DR. Case study: caudate glutamatergic changes with paroxetine therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37:663-667, 1998.
39. Coric V, Taskiran S, Pittenger C, Wasyluk S, Mathalon DH, Valentine G et al. Riluzole augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: an openlabel trial. Biol Psychiatry 58:424-428, 2005.
40. Grant P, Lougee L, Hirschtritt M, Swedo SE. An open-label trial of riluzole, a glutamate antagonist, in children with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. J Child Adolesc Psychopharmacol 17:761-767, 2007.
41. Swedo SE, Rapoport JL, Cheslow DL, Leonard HL, Ayoub EM, Hosier DM et al. High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham's chorea. Am J Psychiatry 146:246-249, 1989.
42. Chapman F, Visvanathan K, Carreno-Manjarrez R, Zabriskie JB. A flow cytometric assay for D8/17 B cell marker in patients with Tourette's syndrome and obsessivecompulsive disorder. J Immunol Methods 219:181-186, 1998.

43. Sanematsu H, Nakao T, Yoshiura T, Nabeyama M, Togao O, Tomita M et al. Predictors of treatment response to fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: an fMRI study. *J Psychiatr Res* 44:193-200, 2010.
44. Hollander E, Stein DJ, Kwon JH et al. Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr* 3(Suppl. 1) 48-58, 1998.
45. Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL. Obsessive-compulsive disorder: Comorbid conditions. *J Clin Psychiatry* 55(suppl.10):15-27, 1994.
46. Uğuz F, Aşkın R, Çilli A. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Eksen I ve Eksen II Bozuklukları ile Birlikteliği. *Türkiye'de Psikiyatri/Cilt 8 - Sayı 1*, 2006.
47. Perugi G, Akiskal HS, Ramacciotti S, Nassini S, Toni C, Milanfranchi A ve ark. Depressive comorbidity of panic and obsessive compulsive disorders reexamined: is there a bipolar II connection? *J Psychiatr Res*, 33:53-61, 1999.
48. Overbeek T, Schruers K, Vermetten E, Griez E. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptom severity and treatment effect. *J Clin Psychiatry*, 63:1106-1112, 2002.
49. Yaryura-Tobias JA, Grunes MS, Todaro J, McKay D, Neziroglu FA, Stockman R. Nosological insertion of axis I disorders in the etiology of obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disord*, 14:19- 30, 2000.
50. Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical and epidemiologic findings of significance to neuropharmacological trials in OCD. *Psychopharm Bull*, 24:466-469, 1988.
51. Perugi G et al. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*, 46:15-23, 1997.
52. Karno M, Golding J. M, Sorenson S. B, Burnam M. A. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1049-94, 1988.

53. Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, Warshaw MG, DeMarco LM, Luce DD, et al. Patterns of remission and relaps in obsessive-compulsive disorder: A 2-year prospective study. *J Clin Psychiatry*, 60:346-351, 1999.
54. Crino RD, Andrews G. Obsessive-compulsive disorder and Axis I comorbidity. *J Anxiety Disord*, 10:37-46, 1996
55. Kayahan B, Öztürk Ö, Veznedaroğlu B. Şizofrenide obsesif-kompulsif belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(3) 205-215, 2005.
56. Wilhelm S, Otto MW, Zucker BG, Pollack MH. Prevalence of body dysmorphic disorder in outpatients with anxiety disorders. *J Anxiety Disord*, 11: 499-502, 1997.
57. Denys D, Tenney N, vanMegan JGM, deGeus F, Westernberg HGM. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*, 80: 155-62, 2004.
58. Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54:373-379,1993.
59. Demal U, Gerhardt L, Mayrhofer A. Obsessive compulsive disorder and depression. *Psychopathology*, 26:145-150, 1993.
60. 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*, 49:862-866, 1992.
61. Taymur İ, Türkçapar H. Personality: Description, Classification and Evaluation, *Current Approaches in Psychiatry*, 4(2):154-177, 2012.
62. Trull TJ, Durrett CA. Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol*, 1:355-380, 2005.
63. Trull, T.J., Tragesser, S.L., Solhan, M., Schwartz-Mette, R., Dimensional models of personality disorder: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition and beyond. *Curr Opin Psychiatry*, 20, 52–56, 2007.

64. Cloninger C, Svrakic DM, Przybeck TR. A Psychobiological model of Temperament and Character. Arch Gen Psychiatry 50:975-90, 1993.
65. Goldsmith HH, Buss AH, Plomin R, Rothbart MK, Thomas A, Chess S, Hinde RA, McCall RB. What is temperament? Four approaches. Child Development, 58 (1987), 505-527.
66. Arkar H, Sorias O, Tunca Z, Şafak C, Alkın T, Akdede B, Şahin S, Akvardar Y, Sarı Ö, Özerdem A, Cimilli C. Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Türkçe Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 16(3):190-204, 2005.
67. Bostancı B. Epilepsi Hastalarının Kişilik Özelliklerinin Mizaç Ve Karakter Envanteri İle Değerlendirilmesi Ve Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması, Psikiyatri Uzmanlık Tezi Zonguldak 2007.
68. Köse S, Sayar K, Ak I, Aydın N, Kalelioğlu Ü, Kırkpınar İ, Reeves RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlilik, güvenilirlik ve faktör yapısı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 14:107-131, 2004.
69. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. Psychiatric Developments 3;167-226, 1986.
70. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. Arch Gen Psychiatry. Jun;44(6):573-588, 1987.
71. Sayın A. Bipolar Affektif Bozukluk Hastalarında Mizaç, Karakter ve Kişilik Özellikleri. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Uzmanlık Tez, Ankara 2005.
72. Töngel Ş. Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı İstismar ve İhmali ile Mizaç, Karakter Özellikleri ve Öfke Arasındaki İlişki, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Uzmanlık Tez, Ankara 2011.

73. Yılmaz ED. Şizofreni ve Bipolar Affektif Bozukluk Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Kişilerde Kaygı Durumu ve Mizaç-Karakter İlişkisi, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Uzmanlık Tez, İstanbul 2009.
74. Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand*, 106: 189–195, 2002.
75. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50(12):991-999, 1993.
76. Linda V. Berens. *Sixteen Personality Types: Descriptions for Self-Discovery*. Telos Publications, California, 1999.
77. Doğan K, Solak ÖS, Özdel K, Türkçapar MH. Obsesif kompulsif bozukluk alt tiplerinde ve sağlıklı kontrol grubunda üstbilişlerin karşılaştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2: 34-40, 2013.
78. Pfohl B, Black D, Noyes Jr R, Kelley M, Blum N. A test of the tridimensional personality theory: association with diagnosis and platelet imipramine binding in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*, 28(1):41-6, 1990.
79. Richter MA, Summerfeldt LJ, Joffe RT, Swinson RP. The Tridimensional Personality Questionnaire in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 65(3):185-8, 1996.
80. Lyoo IK, Yoon T, Kang DH, Kwon JS. Patterns of changes in Temperament and Character Inventory scales in subjects with obsessive-compulsive disorder following a 4-month treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 107(4):298-304, 2003.
81. Yorulmaz O, Dirik G, Karaali O, Üvez E. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında çıkarımsal karmaşa ölçeği'nin psikometrik özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(2): 135-142, 2010.

82. Yaluğ İ, Kocabaşoğlu N, Aydoğan G, Gnel B. Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozuklukta depresyon ve kişilik bozukluğu komorbiditesi. *Düşünen Adam* 16 (1): 28-34, 2003.
83. Samuels J, Nestadt G, Bienvenu J, Costa PT, Riddle MA, Liang KY, Hoehn-Saric R, Grados MA, Cullen BA. Personality disorder and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*, 177: 457-62, 2000.
84. Türksoy N, Tkel R, zdemir . Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan ve olmayan obsesif kompulsif bozukluk hastalarında klinik özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 3:92-98, 2000.
85. Arkar H. Cloninger'in mizaç ve karakter boyutları ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri*, 11:115-124, 2008.
86. Bejerot S, von Knorring L, Ekselius L. Personality traits and smoking in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 15(7):395-401, 2000.
87. Cruz-Fuentes C, Blas C, Gonzalez L, Camarena B, Nicolini H. Severity of obsessive-compulsive symptoms is related to selfdirectedness character trait in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*, 9(8):607-12, 2004.
88. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams, JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc., 1996.
89. orapioğlu A, Aydemir , Yıldız M, Esen A, Kroğlu E. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Grşme. Hekimler Yayın Birliği; Ankara, 1999.
90. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL et al. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale I: Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46:1006-1011, 1989.

91. Karamustafaloğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı (29 Eylül-4 Ekim 1993), s.86. Bursa, 1993.
92. Beck AT, Waed CH, Mendelson M. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 4:561-571, 1961.
93. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerlik, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi, 7:3-13, 1989.
94. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H: Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory Psychometric Properties. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 12: 2, 1998.
95. Eğrilmez A, Gülseren L, Aydemir Ö, Kültür S. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenolojik özellikler. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 3:9-14, 1995.
96. Tezcan AE, Millet B, Kuloğlu M. Türkiye ve Fransa'da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerin karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri Dergisi, 1:35-41, 1998.
97. Koran L.M. Quality of life in obsessive compulsive disorder. Psychiatric Clinics of North America, 23(3) 509-517, 2000.
98. Gülseren L, Eğrilmez A, Gülseren Ş, Kültür S. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı konmuş bir grup hastada obsesyonların biçim ve içerikleri: Kesitsel bir sınıflandırma çalışması. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 3:159-162, 1995.
99. Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. Psychiatry Clin Neurosci, 55:623-627, 2001.
100. Okasha A, Saad A, Khalil AH, Seif El Dawla A, Yehia N. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: a transcultural study. Comp Psychiatry, 35:191-197, 1994.

101. Richter J, Polak T, Eisemann M. Depressive mood and personality in terms of temperament and character among the normal population and depressive inpatients. *Personality and Individual Differences*, 35:917–927, 2003.
102. Peirson AR, Heuchert JW. The relationship between personality and mood: comparison of the BDI and the TCI. *Personality and Individual Differences*, 30:391-399, 2001.
103. Arkar H. Depresif Duygudurum ile Kişilik Arasındaki İlişki: Beck Depresyon Envanteri ile Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Karşılaştırılması. *Yeni Symposium Journal*, Nisan, Cilt 48, Sayı 2, 2010.
104. Jylhä P, Isometsä E. Temperament, character and symptoms of anxiety and depression in the general population. *European Psychiatry*, 21(6), 389-395, 2006.
105. Berkel H. The Relationship Between Personality, Coping Styles And Stress, Anxiety And Depression. Master of Science in Psychology. University of Canterbury 2009.

7. EKLER

Ek 1: Sosyodemografik veri formu

Barkod:

Tarih:

Adı-Soyadı:

Telefon:

Yaş:

Cinsiyet:

Medeni Durum

Eğitim durumu:

Meslek:

şehir:

Alkol:

Sigara:

Bilen Fiziksel Hastalık:

Bilinen Ek psikiyatrik hastalık:

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü:

Kullandığı ilaçlar:

OKB TANISI VARSA:

Hastalığın Başlangıç yaşı:

Başlangıçtan ne süre sonra doktora başvurduunuz?

Hala kullanmakta olduğu psikiyatrik tedavi:

Obsesif düşünceler neler:

Kompüslyonlar:

Ek 2: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOCS) ve Belirti Kontrol Listesi

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSIYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS)

"Şimdi, obsesif düşünceleriniz hakkında bazı sorular soracağım." (Hastanın hedef obsesyonlarına yönelik olarak sorunuz.)

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

Soru: Obsesif düşünceler ne oranda zamanınızı alıyor? [Obsesyonlar kısa ve gelip geçici ise, saat olarak belirtilmesi güç olabilir. Bu durumlarda, obsesyonların oluş sıklığına göre süreyi tahmin etmelisiniz. İstenmeyen olayların görülme sıklığını ve bu durumun günde kaç saat sürdüğünü göz önüne almalısınız. Sorun:] Obsesif düşünceler ne sıklıkla oluşuyor? [Düşünceye dalma gibi ego ile uyumlu ve rasyonel olan (abartılı olmayan) düşüncelerin saf dışı bırakıldığından emin olunuz.]

- 0: Yok.
- 1: Hafif, günde 1 saatten az veya seyrek.
- 2: Orta, günde 1-3 saat veya sık.
- 3: Ciddi, günde 3-8 saat veya çok sık.
- 4: İleri boyutlarda, günde 8 saatten fazla veya yaklaşık sürekli.

1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (toplam puanlamaya katılmaz)

Soru: Ortalama olarak, bir gün içinde birbirini izleyen kaç saat süreyle obsesif düşüncelerden kurtuluyorsunuz? [Gerekliyse sorunuz:] Obsesif düşüncelerden kurtulduğunuz en uzun süre ne kadardır?

- 0: Yok.
- 1: Uzun, her gün, aralıksız 8 saatten uzun semptomsuz dönem.
- 2: Orta, her gün, 3-8 saat süren aralıksız semptomsuz dönem.
- 3: Kısa, her gün 1-3 saat süren aralıksız semptomsuz dönem.
- 4: İleri derecede kısa, günde 1 saatten az süren semptomsuz dönem.

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERDEN ETKİLENME

Soru: Obsesif düşünceleriniz sosyal yaşantınızı veya iş hayatınızı ne oranda etkilemektedir? Bu nedenle gerçekleştirmediğiniz herhangi bir şey oluyor mu? [Hasta o anda çalışmıyorsa, çalışması halinde performansının ne kadar etkilenebileceğini gözönünde bulundurunuz.]

0: Hiç.

1: Hafif, sosyal veya mesleki uğraşlar çok hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok.

2: Orta, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş, olmalıdır birlikte hâlâ başa çıkılabilir durumda.

3: Ciddi, sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış.

4: İleri derecede, iş göremez durumda.

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERE KARŞI DUYULAN RAHATSIZLIK

Soru: Obsesif düşünceler sizi ne kadar rahatsız ediyor? [Çoğu zaman, rahatsızlık anksiyete ile eşdeğerdir. Buna rağmen hastalar, obsesyonlarının "rahatsız edici" olduklarını kabul etmelerine karşın "anksiyete"yi reddederler. Burada, sadece obsesyonların doğurduğu anksiyeteden bahsedilmektedir. Yaygın anksiyete ve diğer semptomlarla birlikte görülen anksiyetelerin bu bölümün kapsamı içine alınmaları gerekir.]

0: Hiç.

1: Hafif, fazla rahatsızlık vermeyen.

2: Orta, rahatsız edici, fakat başedilebilir.

3: Ciddi, çok fazla rahatsız edici.

4: İleri derecede, yaklaşık sürekli ve kısıtlayıcı rahatsızlık.

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru: Obsesif düşüncelere karşı direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? Aklınıza geldiklerinde, hangi sıklıkla önemsemiyor veya başka şeylere dikkat etmeye çalışıyorsunuz? [Sadece obsesyonları önleme çabalarını değerlendiriniz. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları gözönüne almayınız. Hastanın obsesyonlara karşı ne kadar direndiği, onları kontrol etme yeteneği ile ilişkili olabilir veya olmayabilir. Bu madde, istenmeyen düşüncelerin ciddiyet derecesinin doğrudan değerlendirilmesi yerine sağlık göstergesini, örneğin, kaçınma ve kompulsiyonu gerçekleştirme dışında kalan yöntemlerle hastanın obsesyonlara karşı çabalamasını, değerlendirmektedir. Bu yüzden, hastanın çabası arttıkça, işlevlerindeki etkilenme o miktarda azalacaktır. Direnmenin "aktif" ve "pasif" türleri vardır. Davranış terapisindeki hastalar, obsesif semptomlar ile hiç mücadele etmeyerek (örn. "bırak, düşünceler gelsin"; pasif direnme) veya istemli olarak bu düşünceleri aklına getirerek, başa çıkmaya çalışıyor olabilirler. Bu maddede, bu tür davranış tekniklerinin kullanılıyor olmasını direnme olarak kabul ediniz. Obsesyonların çok az olması halinde, hasta onlara karşı direnme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda "0" puan veriniz.]

- 0: Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki, çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.
- 1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.
- 2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.
- 3: Çaba göstermeden tüm obsesyonlara teslim olmuştur, fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.
- 4: Tam ve gönüllü olarak obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.

5. OBSESİF DÜŞÜNCELERİ KONTROL ETME DERECEŚİ

Soru: Obsesif düşüncelerinizi ne kadar kontrol edebiliyorsunuz? Obsesif düşüncelerinizi önlemede veya dikkatinizi başka yöne çekmede ne kadar başarılısınız? Aklınızdan çıkarabiliyor musunuz? [Bir önceki maddede yer alan direnmenin aksine, hastanın obsesyonlarını kontrol etme yeteneği, istenmeyen düşüncelerin ciddiyeti ile daha yakından ilgilidir.]

- 0: Tam olarak kontrol edebiliyor.
- 1: Büyük oranda kontrol edebiliyoruz, genellikle biraz çaba ve dikkatini toplayarak obsesyonları durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor.
- 2: Orta derecede kontrol edebiliyor, obsesyonları bazen durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor.
- 3: Az miktarda kontrol edebiliyor, obsesyonları durdurmada veya aklından çıkarmada nadiren başarılı oluyor. Dikkatini sadece zorlukla başka konulara yöneltebiliyor.
- 4: Kontrol edemiyor, tamamıyla istemsiz olarak obsesyonlar mevcuttur. Bir an bile aklından çıkaramamaktadır.

"Bundan sonra yer alan bazı sorular, kompulsif davranışlarınız ile ilgilidir." [Hastanın hedef kompulsiyonunu spesifik olarak belirtiniz.]

6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN ZAMAN

Soru: Kompulsif davranışlar için ne kadar zaman harcıyorsunuz? [Günlük yaşam etkinlikleri törensel olarak uygulama varsa, şu soruyu sorunuz:] Bu inançlarınız nedeniyle, günlük sıradan etkinlikler için diğer insanlardan ne kadar fazla zaman harcıyorsunuz? [Kompulsiyonlar kısa süreli ve gelip geçici ise, bunların uygulanması sırasında geçen sürenin toplam şu kadar saat şeklinde ifade edilebilmesi olanaksız olabilir. Bu durumda, ne sıklıkta uygulandığına göre harcanan süreyi tahmin ediniz. Kompulsiyonların günde kaç kez olduğunu ve günde kaç saat etkilendiğini birlikte değerlendiriniz. Kompulsif davranışların günde kaç kez tekrarlandığı değeril,

hangi sıklıkta oluştuğu dikkate alınmalıdır. Örneğin, günde 20 kez banyoya giderek, her seferinde ellerini 5 kez hızla yıkayan bir hasta, 5 veya $5 \times 20 = 100$ değil, 20 kez kompulsif davranış gösteriyor demektir. Şu soruyu sorunuz:] Kompulsiyonları ne sıklıkta yapıyorsunuz? [Çoğu zaman kompulsiyonlar gözlemlenebilir davranışlardır (örn. el yıkama), fakat bazı kompulsiyonlar görülebilir değildir (örn. içten kontrol etme).]

- 0: Hiç.
- 1: Hafif (günde 1 saatten az) veya seyrek olarak.
- 2: Orta (günde 1-3 saat) veya sık sık kompulsif davranışlar.
- 3: Ciddi (günde 3-8 saat) veya çok sık kompulsif davranışlar.
- 4: İleri derecede (günde 8 saatten fazla) veya nerdeyse sürekli olarak kompulsif davranışlar (sayılamayacak kadar fazla).

6b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN SÜRE (Toplam puanlamaya katılmaz)

Soru: Ortalama olarak, bir gün içinde birbirini izleyen kaç saat süreyle kompulsif davranışlardan kurtuluyorsunuz? [Gerekliyorsa sorunuz:] Kompulsif davranışlardan kurtulduğunuz en uzun süre ne kadardır?

- 0: Hiç semptom yok.
- 1: Uzun, her gün, aralıksız 8 saatten uzun süren semptomsuz dönem.
- 2: Orta, her gün, 3-8 saat süren aralıksız semptomsuz dönem.
- 3: Kısa, her gün, 1-3 saat süren aralıksız semptomsuz dönem.
- 4: İleri derecede kısa, günde 1 saatten az süren semptomsuz dönem.

7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru: Kompulsif davranışlarınız sosyal yaşantınızı veya iş hayatınızı ne oranda etkilemektedir? Bu nedenle gerçekleştirmediğiniz herhangi bir şey oluyor mu? [Hasta o anda çalışmıyorsa, çalışması halinde performansının ne kadar etkilenebileceğini gözönünde bulundurunuz.]

- 0: Hiç.
- 1: Hafif, sosyal veya mesleki uğraşlar çok hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok.
- 2: Orta, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olmakla birlikte hâlâ başa çıkılabilir durumda.
- 3: Ciddi, sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış.
- 4: İleri derecede, iş göremez durumda.

8. KOMPULSİF DAVRANIŞLARA KARŞI DUYULAN RAHATSIZLIK

Soru: Kompulsif davranışlarınız engellenseydi neler hissederdiniz? [Duraklayınız] Ne kadar rahatsız olurdunuz? [Kompulsif davranış ikna edilmeden aniden kesilmesi halinde, hastanın duyacağı rahatsızlık derecesini değerlendiriniz. Her zaman olmamakla birlikte, çoğunlukla, kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi huzursuzluğu azaltır. Görüşmeyi yapan kişi, kompulsiyonun yukarıda bahsedildiği şekilde engellenmesi durumunda anksiyetenin azaldığı kanısına ulaşıyorsa, şu soru sorulmalıdır:] Tamamlandığına ikna olana kadar kompulsif davranışınızı sürdürürken ne kadar anksiyete duyarsınız?

0: Hiç.

1: Kompulsif davranışın engellenmesi halinde veya kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi esnasında hafif anksiyete.

2: Orta, kompulsif davranışın engellenmesi halinde sıkıntı duyduğunu, fakat başedilebilir düzeyde olduğunu veya kompulsiyonun gerçekleştirilmesi sırasında anksiyetenin artabildiğini fakat başa çıkabildiğini bildirmektedir.

3: Ciddi kompulsiyonların engellenmesi halinde veya kompulsif davranışlar sırasında, anksiyete belirgin şekilde artmaktadır.

4: İleri derecede, kompulsif davranışa en ufak bir müdahale halinde veya kompulsiyon sırasında iş göremez duruma sokan anksiyete.

9. KOMPULSİF DAVRANIŞLARA KARŞI DİRENME

Soru: Kompulsif davranışlara karşı direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? [Sadece direnme çabalarını değerlendiriniz. Kompulsiyonları kontrol başarılarını veya başarısızlıklarını dikkate almayınız. Hastanın kompulsiyona karşı ne kadar direndiği, onları kontrol etme yeteneği ile paralellik gösterebilir veya göstermeyebilir. Bu madde, kompulsiyonların ciddiyetini doğrudan ölçüm yerine, sağlık göstergesini değerlendirmektedir (örn. hastanın kompulsiyona karşı gösterdiği çabalar). Hastanın direnme çabaları arttıkça, işlevleri o derece az etkilenecektir. Kompulsiyonlar çok azsa, hasta onlara karşı direnme gereksinimi duymayabilir. Bu durumda "0" puan veriniz.]

0: Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki, çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Çaba göstermeden tüm kompulsiyonlara teslim olmuştur, fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.

4: Kompulsiyonlara, tam ve gönüllü olarak boyun eğmiştir.

- 3: Çaba göstermeden tüm kompulsiyonlara teslim olmuştur, fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.
- 4: Kompulsiyonlara, tam ve gönüllü olarak boyun eğmiştir.

10. KOMPULSİF DAVRANIŞLARI KONTROL ETME DERECEŚİ

Soru: Sizi kompulsif davranışı yapmaya iten Şey ne kadar güçlü? [Duraklayınız] Kompulsiyonlar üzerine ne kadar kontrolünüz var? (Bir önceki maddede yer alan direnmenin aksine, hastanın kompulsiyonları kontrol etme yeteneği, kompulsiyonların ciddiyeti ile daha yakından ilgilidir.)

- 0: Tam olarak kontrol edebiliyor.
- 1: Büyük oranda kontrol edebiliyor, gerçekleőtirmek için bir miktar baskı hissediyor, fakat genellikle kontrol edebiliyor.
- 2: Orta derecede kontrol edebiliyor, gerçekleőtirmek için büyük baskı hissediyor, zorlukla kontrol edebiliyor.
- 3: Az miktarda kontrol edebiliyor, gerçekleőtirmek için çok büyük baskı hissediyor, tamamlamak zorunda kalıyor, sadece güçlkle geciktirebiliyor.
- 4: Kontrol edemiyor, tamamıyla istemsiz olarak kompulsiyonları gerçekleőtirmektedir, bir an için bile geciktirememektedir.

“Bundan sonra yer alan sorular, hem obsesyonlar, hem de kompulsiyonlar hakkındadır. Sorunlarla ilgili bazı sorular bulunmaktadır.” Bu sorular deneyseldir ve toplam Y-BOCS puanlamasına dahil edilmezler, fakat semptomların değerlendirilmesinde yardımcı olabilirler.

11. HAFTANIN OBSESYONLARI VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA İÇGÖRÜŚÜ

Soru: Düşünceleriniz ve davranıőlarınızın mantıklı olduğunu düşünüyor musunuz? [Duraklayınız] Kompulsiyonlarınızı gerçekleőtiremediđiniz takdirde ne olacağını tahmin ediyorsunuz? Gerçekten birŐeyler olacağına inanıyor musunuz? [Görüşme sırasında izlediğiniz hastanın inançlarına dayanarak hastanın obsesyonu/obsesyonları hakkındaki içgörüsünü değerlendiriniz.]

- 0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.
- 1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının saçmalığı ve aşırılığını kabul etmekle birlikte anksiyete dışında dikkate alınacak bir Şey olmadığı konusunda tatmin olmuş değeril (örn. uzun süre Őüpheleri vardır).
- 2: Orta derecede bir içgörü. İsteksizce de olsa düşünce veya davranışlarının saçmalığı veya aşırılığını kabul etmekle birlikte kararsızdır. Gerçekçi olmayan korkuları olabilir, fakat değerışmeyen inançları yoktur.

- 3: Zayıf içgörü. Düşünce davranışlarının mantıksız veya aşırı olmadığına inanmaktadır, fakat karşı kanıtların geçerliliğini de kabul etmektedir.
- 4: İçgörüsü kaybolmuş, hayal dünyasında. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğuna tam olarak inanmış durumdadır, karşı kanıtlara karşı tepkisizdir.

12. KAÇINMA

Soru: Obsesyonel düşünceleriniz nedeniyle veya istemeden kompulsif hareketler yapacağınız endişesi ile herhangi bir şeyi yapmaktan, herhangi bir yere gitmekten veya herhangi biri ile birlikte olmaktan kaçındığınız oluyor mu? [Yanıt "evet" ise şu soruyu sorunuz:] Bu kaçınma ne oranda oluyor? [Hastanın ne kadar kaçındığını değerlendiriniz. Bazen kompulsiyonlar, hastanın korktuğu bir şey ile temastan "kaçınma" şeklinde olabilir. Örneğin, törensi bir tarzda elbise yıkama, kaçınma davranışı değil, kompulsiyon olarak kabul edilmelidir. Hasta çamaşır yıkamıyor ise, bu durum kaçınma olarak kabul edilmelidir.]

- 0: Görünen bir kaçınma yok.
- 1: Hafif, en alt düzeyde kaçınma var.
- 2: Orta, görülen, açık bir kaçınma var.
- 3: Ciddi, çok fazla kaçınma var.
- 4: İleri derecede, aşırı boyutlarda kaçınma, semptomları başlatabilecek olan hemen her şeyi yapmaktan kaçınmaktadır.

13. KARARSIZLIK DERECESİ

Soru: Diğer kişilerin bir seferde karar verdikleri ufak şeyler hakkında karar verirken zorlanıyor musunuz (örn. sabahları hangi kıyafetleri giyeceğiniz hakkında)? [Derin düşünceyi gösteren karar verme güçlüklerini değerlendirmeyiniz. Rasyonel olarak karar vermenin güç olduğu karmaşık durumlarını da değerlendirmeyiniz.]

- 0: Kararsızlık yok.
- 1: Hafif, bazı küçük şeyler hakkında karar verme güçlüğü.
- 2: Orta, başkalarının ikinci bir kez düşünmeyecekleri şeyler hakkında bile karar verirken güçlük çektiğini belirtmektedir.
- 3: Ciddi, önemli olmayan konularda bile sürekli yarar/zarar değerlendirmesi yapmaktadır.
- 4: İleri derecede, karar verme yetisi kaybolmuş, iş göremez durumdadır.

14. AŞIRI SORUMLULUK HİSSİ

Soru: Yaptıklarınız sonucunda olanlar hakkında kendinizi çok fazla sorumlu hissediyor musunuz? Hiçbir şekilde kontrolünüz altında olmayan olayların sonucu hakkında kendinizi suçlu hissediyor musunuz? [Normal sorumluluk duygusu, değersiz hissedilme duygusu ve patolojik suçluluk ile karıştırılmamalıdır. Suçluluk duyan bir kişi, kendini veya yaptıklarını kötü, şeytani olarak nitelendirir.]

- 0: Yok.
- 1: Hafif, sadece sorulduğunda bahsedilen hafif sorumluluk artışı.
- 2: Orta, hastanın kendiliğinden bahsettiği, açıkça görülen düşünceler; hasta kendi kontrol edebileceği olayların dışında kalanlar için aşırı sorumluluk hissetmektedir.
- 3: Ciddi, bu tür duygular yaygındır ve önde gelmektedir; kesinlikle kendi kontrolü dışında kalan olaylardan bile kendini sorumlu hissetmektedir. Kendini anlamsız, hatta saçma bir şekilde suçlamaktadır.
- 4: İleri, delilik derecesinde sorumluluk (örn. kompulsiyonlarını gerçekleştiremediği için, binlerce kilometre ötede olan bir depremden kendini suçlu hissetmek).

15. HAREKETLERDE BELİRGİN YAVAŞLAMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru: Size verilen görevlere başlarken veya bitirirken güçlük çekiyor musunuz? Birçok olağan iş, olması gerekenden daha uzun sürüyor mu? [Depresyona bağlı ikincil psikomotor yavaşlama ile karıştırmayınız. Özel bir obsesyon saptanmasa bile, olağan işlerin gerçekleştirilmesi için harcanan zaman artışını değerlendiriniz.]

- 0: Yok.
- 1: Hafif, bazen başlarken veya bitirirken gecikme.
- 2: Orta, sıklıkla olağan işlerin uzun sürmesi, ancak genellikle tamamlanması. Sıklıkla geç olması.
- 3: Ciddi, olağan görevlerin başlanmasında ve bitirilmesinde yaygın ve belirgin zorlanma. Genellikle geç olması.
- 4: İleri derecede, işlemin tümünde yardım görmeden, olağan işlevlere başlayamama ve bitirememe.

16. PATOLOJİK KUŞKU

Soru: Bir işi tamamladığınız zaman, onu doğru olarak yaptığınızdan şüpheleniyor musunuz? Onu başardığınızdan şüpheleniyor musunuz? Olağan şeyleri yaparken, algılarınıza (örn. gördüklerinize, duyduklarınıza ve dokunma duyunuza) güvenmediğiniz oluyor mu?

- 0: Hiç.
- 1: Hafif, sadece sorulduğu zaman bahsedilen hafif patolojik kuşku. Verilen örnekler normal sınırlar içinde olabilir.
- 2: Orta, hasta bu düşünceleri kendisi belirtir, hastanın bazı davranışlarında açık olarak vardır; hasta patolojik kuşkudan rahatsızdır. Performansını bir miktar etkilemekle birlikte bahsedilebilir boyutlardadır.
- 3: Ciddi, algıları hakkındaki kuşkuları belirgindir; patolojik kuşku sıklıkla performansını etkilemektedir.
- 4: İleri derecede, algıları hakkındaki kuşkuları süreklidir; patolojik kuşkuları hemen her tür faaliyetini belirgin olarak etkilemektedir. İşgöremez durumdadır (örn. hasta "gördüklerime inanamıyorum." diye belirtmektedir).

(Madde 17 ve 18 hastalığın global ciddiyeti ile ilgilidir. Görüşmecinin sadece obsesif kompulsif semptomların ciddiyetini değil, global işlevselliği de dikkate alması gereklidir.)

17. GLOBAL CİDDİYET: Hastanın hastalığının ciddiyeti hakkında görüşmecinin edindiği kanı. 0'dan (hastalığın olmaması durumunda), 6'ya (en ciddi hastalık durumu) kadar derecelendirilir. [Hasta tarafından belirtilen rahatsızlık duyumunu, gözlenen belirtileri ve hastanın belirttiği işlevsel yetersizlikleri dikkate alınız. Sizin kanınız, hem bu bilgilerin ortalama puanlaması, hem de edinilen bilgilerin doğruluğu ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi için gereklidir. Bu kanyta, görüşmeyi yaparken edindiğiniz bilgilerin ışığı altında varmalısınız.]

- 0: Hastalık yok.
- 1: Hafif, şüpheli, gelip geçici hastalık; işlevsel bozukluk yok.
- 2: Hafif semptomlar, işlevsel bozukluk az.
- 3: Orta derecede semptomlar, çabayla işlevsel olabiliyor.
- 4: Orta-ciddi derecede semptomlar, işlevsellik kısıtlanmış.
- 5: Ciddi semptomlar, büyük oranda yardımla işlevsel olabiliyor.
- 6: İleri boyutlarda ciddi semptomlar, işgöremez durumda.

18. GLOBAL DÜZELME: Kendi kanınıza göre, ilaç tedavisine bağlı olsun veya olmasın, İLK DEĞERLENDİRİMENİN YAPILDIĞI DÖNEMDEN BUGÜNE kadar meydana gelen iyileşmeyi derecelendiriniz.

- 0: Çok daha kötü.
- 1: Daha kötü.

- 2: Biraz daha kötü.
- 3: Değişiklik yok.
- 4: Bir miktar iyileşme var.
- 5: Daha iyi.
- 6: Çok daha iyi.

19. GÜVENİRLİK: Derecelendirme puanlarının güvenilirliğini değerlendiriniz. Güvenirliği etkileyen faktörler arasında hastanın doğal iletişim kurma yeteneği ve hasta ile kooperasyon kurulmaması bulunur. Obsesif-kompulsif semptomların tipi ve ciddiyeti, hastanın düşüncelerini yoğunlaştırmasını, dikkatini ve rahat konuşmasını etkileyebilir (örn. bazı obsesyonlar, hastanın kullandığı kelimeleri çok dikkatli olarak seçmesine neden olabilir.).

- 0: Mükemmel, edinilen bilgilerden şüphelenmek için hiçbir neden yok.
- 1: İyi, güvenirligi kötü yönde etkileyebilecek faktör(ler) var.
- 2: Orta, güvenirligi kesin olarak azaltan faktör(ler) var.
- 3: Zayıf, güvenirlilik çok az.

17 ve 18'inci maddeler, Clinical Global Impression Scale'den uyarlanmıştır. (Guy W: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology: Publication 76-338. Washington, D.C., U.S. Department of Health, Education, and Welfare (1976)).

Y-BOCS'un geliştirilmesi, kullanılması ve psikometrik özellikleri hakkında şu kaynaklardan daha ayrıntılı bilgi edinilebilir. [Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al.: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Part I. Development, use, and reliability, Arch Gen Psychiatry (46: 1006-1011, 1989)] ve [Goodman WK, Price LP, Rasmussen SA, et al.: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Part II. Validity. Arch Gen Psychiatry (46: 1012-1016, 1989)].

Y-BOCS'un çocuklar için uyarlanmış olan düzenlemesinin [Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) (Goodman WK, Rasmusen SA, Price LH, Mazure C, Rapoport JL, Heninger GR, Charney DS) kopyaları, Dr. Goodman'dan temin edilebilir.

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

SOMATİK OBSESYONLAR

Hastalık ile ilgili*
Vücudun bir parçası veya görünümü ile aşırı ilgili
(örn. dismorfofobi)
Diğer

TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

Aşırı veya törensiz el yıkama
Aşırı veya törensiz duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede
dikkat
Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelere aşırı temizliği ile ilgili
Kirlenici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
Diğer

KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI

Kilit, ocak, alet vb.lerinin kontrolü
Bağlanma zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
Kendine zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
Korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etmek
Hata yapıp yapmadığını kontrol etmek
Somatik obsesyonlara bağlı kontroller
Diğer

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANISLAR

Tekrar okuma veya yazma
Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi
(örn. kapıdan girme/çıkma, sandalyeye oturma/kalkma)
Diğer

SAYMA KOMPULSİYONLARI

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

{Hobilerden, maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır (örn. eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yarayan şeyleri biriktirmek.)}

DİĞER KOMPULSİYONLAR

Zihinsel törenler (kontrol veya sayma dışında)
Aşırı liste hazırlama
Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*
Çöz karpma veya gözlerini dikme törensel davranışları*
Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü
olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)
Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları*
Batıl davranışlar
Tricotillomani*
Kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar*
Diğer

Ek 3: Beck Depresyon Ölçeği

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

YÖNERGE: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Gelecek konusunda umutsuzum.
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Beni doyduran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. a) Cezalandırılmışım gibi duygular içinde değilim.
b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim.
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.

7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.

14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiç çalışmıyorum.
16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

Ek 4: Beck Anksiyete Ölçeği

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Adınız - soyadınız :

Test tarihi :

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç (0)	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi (1)	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlandım (2)	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım (3)
1. BEDENİNİZİN HERHANGİ BİR YERİNDE UYUŞMA VEYA KARINCALANMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. SICAK/ATEŞ BASMALARİ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. BACAKLARDA HALSİZLİK, TİTREME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. GEVŞEYEMEME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ÇOK KÖTÜ ŞEYLER OLACAK KORKUSU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. BAŞ DÖNMESİ VEYA SERSEMLİK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. KALP ÇARPINTISI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. DENGENİZİ KAYBEDECEĞİNİZ DUYGUSU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. DEHŞETE KAPILMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. SİNİRLİLİK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. BOĞULUYORMUŞ GİBİ OLMA HİSSİ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ELLERDE TİTREME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. TİTREKLİK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. KONTROLÜ KAYBETME DUYGUSU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. NEFES ALMADA GÜÇLÜK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ÖLÜM KORKUSU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. KORKUYA KAPILMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. MİDEDE HAZIMSIZLIK VEYA RAHATSIZLIK HİSSİ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. BAYGINLIK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. YÜZÜN KIZARMASI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. TERLEME (SICAKLIĞA BAĞLI DEĞİL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOPLAM İŞARET SAYISI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek 5: Mizaç ve Karakter Envanteri

EK-1 Mizaç ve Karakter Envanteri

(Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca "D" ya da "Y" seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir. Bir örnek:

ÖRNEK	DOĞRU	YANLIŞ
Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum.	D	Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız, ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için "D"yi yuvarlak içine alınız.)

.....

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Lütfen bütünüyle yanıtta emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız.

Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright © 1987, 1992 C. R. Cloninger
Türkçe TCI © 2001 Samet Köse, Kemal Sayar

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.	D	Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.	D	Y
3. Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şirden derinden etkilenirim.	D	Y
4. Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5. Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7. Beni inciden kimselerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9. Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10. Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim.	D	Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünse bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissedirim.	D	Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15. Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam.	D	Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y
18. Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.	D	Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.	D	Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez "dalgın" olarak adlandırılırım.	D	Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissedirim.	D	Y
25. Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.	D	Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.	D	Y
29. Bir iş yaparken "yeni ve geliştirilmiş" yollardan çok, eski "denermiş ve doğru" yolları tercih ederim.	D	Y

30. Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapmam.	D	Y
31. Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33. Düşmanların acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.	D	Y
34. Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.	D	Y
36. Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı.	D	Y
37. Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.	D	Y
38. Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan bir çok şeyi hayran olurum.	D	Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40. Sorunlarma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.	D	Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45. Gevşemekteyken, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış panitları yaşarım.	D	Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam.	D	Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.	D	Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığımı söyleyemem.	D	Y
50. Ticarette başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y
56. Bazen neler olacağını sezmemeye olanak veren, bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58. Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y

62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63. Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmağsınız, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.	D	Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım.	D	Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69. Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakinca görmem.	D	Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71. Kendilerine yardım dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.	D	Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz.	D	Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74. Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75. Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.	D	Y
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissedirim.	D	Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80. Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.	D	Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.	D	Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etrafıca düşünürüm.	D	Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84. Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissedirim.	D	Y
85. Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88. Dinsel yaşantılar, yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89. Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90. Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımcı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y

91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.	D	Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y
93. Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çöneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.	D	Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim.	D	Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97. Bazen yaşamımın, herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.	D	Y
98. Bana adice davranan birisine, genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.	D	Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım.	D	Y
100. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.	D	Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.	D	Y
102. Duygusal yaklaşımlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.	D	Y
103. Yapabileceğim en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.	D	Y
104. Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem.	D	Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.	D	Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107. Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109. Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.	D	Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğrulan eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y
111. Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.	D	Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk adlanırım.	D	Y
113. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişimlere uyum sağlamam son derece güçtür.	D	Y
114. İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.	D	Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.	D	Y
116. Duygu-dışı algılamamın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile, çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119. Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasassız kalırım.	D	Y

120. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122. Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123. mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124. Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.	D	Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezî ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131. Başkaları, benden istediklerini yapmayacağı için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim.	D	Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır.	D	Y
134. Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135. İyi alışkanlıklar benim için "ikinci mizaç" olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam.	D	Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim.	D	Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.	D	Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142. Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.	D	Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzını değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146. Düşmanlarımdan acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.	D	Y
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149. Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarımdan her şeyin yolunda gideceğini söylesefer bile, yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y

150. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151. Genellikle ne yapacağımı seğmede serbestimdir.	D	Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153. Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar.	D	Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir.	D	Y
158. Çoğu kez arkadaşlarımın arzularına boyun eğerim.	D	Y
159. Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160. Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıklar önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.	D	Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166. Düşündüğümünden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y
168. Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım.	D	Y
169. Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170. Yanlış bir örnezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171. İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.	D	Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175. Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığına inanırım.	D	Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177. Davranışlarımı yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178. Genellikle başkalarının başansına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.	D	Y

181. Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.	D	Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.	D	Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.	D	Y
184. Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir.	D	Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.	D	Y
186. Önemsiz ya da kötüymiş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir.	D	Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.	D	Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır.	D	Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (stak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.	D	Y
190. Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum.	D	Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.	D	Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım.	D	Y
193. Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.	D	Y
194. Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarımla buldum.	D	Y
195. İçinde, ansızın varolan herşeyle berrak ve derinden bir aynalık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anılarımla buldum.	D	Y
196. İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y
197. Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür.	D	Y
198. Sorularım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.	D	Y
200. Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla "açılmamayı" tercih ederim.	D	Y
202. Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle "meşgul" kalabilirim.	D	Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam.	D	Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.	D	Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir.	D	Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.	D	Y
208. Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.	D	Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.	D	Y
210. İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.	D	Y

211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir.	D	Y
212. Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkına yaşamım.	D	Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215. Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırm.	D	Y
216. Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldımaksızın, yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219. Kimileri para konusunda aşırı dırni ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220. Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü uyarımları üstesinden gelmeyecek kadar zayıfır.	D	Y
222. Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224. Yapmış işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırım.	D	Y
225. Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.	D	Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.	D	Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam.	D	Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233. Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234. Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235. Sahtekar olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.	D	Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, herşeyi okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238. Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239. Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y

Ek 6: Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu

Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu

Araştırmanın Adı / Protokol Numarası:

Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarının Mizaç ve Karakter özellikleri

Araştırmanın Konusu:

Bu çalışmada Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı alan hastaların kişilik özelliklerini belirlemek, hastalığın tipi, seyir özellikleri, eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıklar gibi hastalığa ait faktörlerle kişilik özelliklerinin ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Araştırmanın Amacı: OKB hastalarını sağlıklı bireylerden ayıran mizaç ve karakter özelliklerinin belirlenmesi ve hastalığın tipi, seyir özellikleri, eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıklar gibi hastalığa ait faktörlerle kişilik özelliklerinin ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Araştırmanın Süresi: Her hastayla tek görüşme yapılacaktır.

Araştırmaya Katılan Hasta Sayısı: 50 hasta

Araştırmada İzlenecek Yöntem:

Araştırma için hastalarla görüşme yapıldıktan sonra bazı ölçekler doldurmaları istenecektir. Doldurmanızı istediğimiz ölçekler Kişisel Bilgi Formu, Mizaç ve Karakter Envanteri, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Kontrol Listesi, İçgörü Değerlendirme Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeğidir.

Elde edilen veriler araştırma dışında kullanılmayacaktır. Araştırma sırasında tedavinizle ilgili bir değişiklik yapılmayacaktır. Psikiyatrik tedaviniz doktorunuzun önerdiği şekilde devam edecektir.

Alternatif Tedavi veya Girişimler: Araştırma için hastalara ilaç verilmeyecektir. Psikiyatri polikliniğinde önerilen tedavileri sürdürülecektir.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: yok

Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri: yok

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Dr. Vildan KARDEŞ 0372 261 2245

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekirse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekirse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı / Protokol Numarası:

Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarının Mizaç ve Karakter özellikleri

Araştırmanın Konusu:

Bu araştırmada Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı alan hastaların kişilik özellikleri

Araştırmanın Amacı: OKB hastalarını sağlıklı kontrollerden ayıran mizaç ve karakter özelliklerinin belirlenmesi ve hastalığın tipi, seyir özellikleri, eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıklar gibi hastalığa ait faktörlerle kişilik özelliklerinin ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Araştırmanın Süresi: 1 yıl

Araştırmaya Katılan Hasta Sayısı: 50 gönüllü kişi

Araştırmada İzlenecek Yöntem:

Araştırma için hastalar ve gönüllülerle görüşme yapıldıktan sonra bazı ölçekler doldurmaları istenecektir. Doldurmanızı istediğimiz ölçekler Kişisel Bilgi Formu, Mizaç ve Karakter Envanteri, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Kontrol Listesi, İçgörü Değerlendirme ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeğidir.

Elde edilen veriler araştırma dışında kullanılmayacaktır.

Alternatif Tedavi veya Girişimler: Araştırma için hastalara ilaç verilmeyecektir. Psikiyatri polikliniğinde önerilen tedavileri sürdürülecektir.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: yok

Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri: yok

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Dr. Vildan KARDEŞ 0372 261 2245

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tamk Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Ek 7: Etik Kurul Onayı



**T.C.
ZONGULDAK KARAELMASÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar
Etik Kurul Başkanlığı**



TOPLANTI TARİHİ : 19.07.2011
TOPLANTI NO : 2011/07

KARARLAR :

14- Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nın, 2011-90-19/07 Protokol no'lu "Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Mizaç ve Karakter Özellikleri" konulu başvurusunun Z.K.Ü. Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul ilkelerine uygun olduğuna

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R


Doç. Dr. Şerefden AÇIKGÖZ
Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanı