



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI
KONULAN ERGEN HASTALARDA TEDAVİ YANITINA
ETKİLİ BAZI FAKTÖRLER: ÜSTBİLİŞLER, OBSESİF
İNANÇLAR, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ VE
AİLENİN DUYGU DIŞAVURUMU**

Uzmanlık Tezi

Dr. Güzde KANDEMİR

Ankara, 2020

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI
KONULAN ERGEN HASTALARDA TEDAVİ YANITINA
ETKİLİ BAZI FAKTÖRLER: ÜSTBİLİŞLER, OBSESİF
İNANÇLAR, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ VE
AİLENİN DUYGU DIŞAVURUMU**

Uzmanlık Tezi
Dr. Gözde KANDEMİR

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Selma TURAL HESAPÇIOĞLU

Ankara, 2020

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince benden bilgi ve birikimlerini esirgemeyen hocalarım Sn. Prof. Dr. Özden Şükran ÜNERİ, Sn. Doç. Dr. Mehmet Fatih CEYLAN ve aynı zamanda tez danışmanım olan kıymetli hocam Sn. Doç. Dr. Selma Tural HESAPÇIOĞLU'na en içten teşekkürü bir borç bilirim.

Bu süreçte iyi ve zor günlerde hep yanımda olan, tecrübe ve bilgi paylaşımı yaptığım ve kendilerinden çok şey öğrendiğim tüm asistan ve uzman hekim arkadaşlarıma; yataklı serviste birlikte hasta takip ettiğimiz ve nöbetlerimi keyifli hale getiren değerli psikiyatri hemşire ekibimize; özellikle asistanlığımın ilk yıllarımda çok şey öğrendiğim ve sonrasında birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım kıymetli psikologlarımız, çocuk gelişim uzmanı, sosyal hizmet uzmanlarımız ve adlarını saymadığım tüm klinik personelimize geçen yıllarda güzel çalışma arkadaşlıkları için çok teşekkür ederim.

Uzmanlık tezimle ilgili istatistiklerde benden özverili desteklerini esirgemeyen saygıdeğer hocam Sn. Doç. Dr. Mustafa UĞURLU'ya teşekkür ederim.

Beni bugünlere getiren, bana iyi anneliği öğreten, varlığı güç veren canım anneme, hayat savaşında yanımda olan candan kıymetlilerim, kardeşlerim Didem ve Atakan'a ve bana verdiği sonsuz sevgisi ile beraber içimde bilimsel bilginin ilk ışığını yakan babama...

Çok uzun yıllardır kahrımı çeken sevgili can arkadaşım Gözde AKSU'ya...

Bu hayattaki yoldaşım ve değerlim, eşim Dr. Emre KANDEMİR'e ve biricik oğlumuz Kuzey'e beni ben yapan varlıkları için çok teşekkür ederim.

Dr. Gözde KANDEMİR

Ankara, 2020

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar VE ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	7
2.1.1. Tanım	7
2.1.2. Tarihçe	7
2.1.3. Çocuk ve Ergenlerde OKB'nin Klinik Özellikleri ve Tanı Kriterleri	9
2.1.4. Ayırıcı Tanı	15
2.1.5. Epidemiyoloji	16
2.1.6. Etiyoloji	18
2.1.6.1. Genetik	18
2.1.6.2. Nöroimmunoloji	19
2.1.6.3. Nöroanatomik Değişiklikler	20
2.1.6.4. Nörotransmitter Değişimleri	21
2.1.6.5. Nöropsikolojik Endofenotip	23
2.1.7. Tedavi	24
2.1.7.1. Psikofarmakolojik Tedavi	25
2.1.7.2. Bilişsel Davranışçı Terapi	26
2.1.8. Obsesif Kompulsif Bozukluğa Açıklama Getiren Kuramlar	28
2.1.8.1. Psikanalitik Kuram	28
2.1.8.2. Davranışçı Kuram	29
2.1.8.3. Bilişsel Modeller	30
2.2. Üstbilişsel Kuram	33
2.2.1. Üstbilişsel İnançlar	37
2.2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbilişsel Modeli	38
2.3. Duygu Düzenleme	39
2.3.1. Duygu Düzenleme Becerisinin Gelişim Aşamaları	40

2.3.2. Duygu Düzenleme G�çl�g�.....	42
2.3.3. Duygu Düzenleme G�çl�g�nde Ailenin Rolü.....	45
2.3.4. OKB ve Duygu Düzenleme G�çl�g�.....	48
2.3. Duygu Dışavurumu.....	49
2.3.1. Duygu Dışavurumu Belirleyicileri ve Ruhsal Bozukluklarla İlişkisi.....	50
2.3.2. Duygu Dışavurumu ve OKB.....	52
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	53
3.1. Örneklem.....	53
3.2. Verilerin Toplanması.....	54
3.3. Veri Toplama Araçları.....	55
3.4. İstatistiksel Analiz.....	61
4. BULGULAR.....	61
5. TARTIŞMA.....	79
5.1. Örneklem ve Ailenin Klinik �zellikleri.....	79
5.2. Ergenlerin OKB'ye EŞlik Eden Psikiyatrik Tanıları.....	81
5.3. Ergenlerin OKB Klinik Görünümleri AçıŐından İncelenmesi.....	81
5.4. OKB Tanısı Konulan Ergenlerin �stbiliŐsel Süreçlerinin Duygu Düzenleme, Duygu Dışavurumu ve Ebeveynlerin Obsesif İnanışları ile İlişkisi.....	83
5.5. OKB Tanısı Konulan Ergenlerin Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Ebeveynlerin Duygu Dışavurumu, Duygu Düzenleme ve Psikiyatrik Belirtileri ile İlişkisi.....	86
5.6. Ergenlerde OKB Belirti Şiddeti ve Tedaviye Yanıt AçıŐından Bulguların Değerlendirilmesi.....	88
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	92
7. KAYNAKLAR.....	94
8. EKLER.....	122

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı; ergenlerin OKB’de tedaviye yanıtını etkileyen üstbilişler, duygu düzenleme güçlükleri, duygu dışavurumu ve ebeveynlerin psikiyatrik belirtileri gibi faktörlerin araştırılmasıdır.

Yöntem: Araştırmaya yeni OKB tanısı konulan, 12-18 yaşlarında, 35 ergen hasta ile; bu hastaların ebeveynleri dahil edilmiştir. Hastalara ilk görüşmede ve 12. haftada, toplamda iki defa Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği uygulanmıştır. Tüm ergenlerin; Kısaltılmış Duygu Dışavurumu Ölçeği Ergen Formu, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Kısa Formu, Üstbilişler Ölçeği Çocuk Ergen formu doldurmaları sağlanmıştır. Tüm anne-babalardan Obsesif İnanışlar Ölçeği-44, Psikiyatrik Belirti Tarama Listesi-90, Duygu Dışavurumu Ölçeği ve Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Kısa Formu doldurması istenmiştir. Hastalar uygun/yeterli BDT terapisti olmadığı için medikal tedavi ile takip edilmiş ve tedavi yanıtları araştırmacı tarafından izlenmiştir. Elde edilen verilerle temel istatistiki analizler yapılmış; korelasyonlar ve teorik bilgiler göz önünde bulundurularak çok değişkenli bir model oluşturulmuştur ve yol analizi ile model test edilmiştir.

Bulgular: Araştırmada ergenlerin duygu düzenleme zorlukları ile üstbilişsel inançlarının birçok alt faktörde birbiri ile ilişkili olduğu gözlenmiş, üstbilişler tedavi yanıtı ile ilişkili bulunmamıştır. Ergenlerin duygularını kabul etme zorluğu ve aileden algıladığı sinirlilik düzeyi tedavi yanıtı ile negatif yönde ilişkilidir. Annelerin bildirdiği aşırı ilgili-koruyucu-kollayıcı tutum ve “obsesyon” puanları tedavi yanıtı ile negatif yönde ilişki göstermiştir. Babaların yüksek duygu dışavurumu çocuklarının üstbilişsel izleme inançları ile; “öfke” puanları ise çocuklarının duyguları kabul etme güçlüğü ve tedavi sonu OKB şiddeti ile pozitif yönde ilişkilidir. Ayrıca annelerde depresif belirtiler ve obsesyon da ergenlerde “duyguları kabul etmeme” puanları ile ilişkilidir. Ergenlerin obsesif annelerden algıladığı sinirlilik düzeyi daha yüksektir.

Sonuç: Sonuç olarak OKB’li ergenlerin duygularını kabul etme güçlüğü, algılanan sinirlilik, annenin aşırı ilgili/koruyucu tutumu ve obsesyonel belirtileri ergenlerin tedavi yanıtını olumsuz etkilemektedir. Bu bulgular OKB’de ergenlerin tedavisinde, çocuklarda önerildiği gibi aileyi de kapsayan terapi yöntemlerinin kullanılması; bunun yanında ergenlerde olumsuz duyguları kabul etme güçlüğüne yönelik yaklaşımların yararlı olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: OKB, ergen, duygu dışavurumu, duygu düzenleme

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study is the investigation of factors such as metacognition, emotional regulation difficulties, emotional expression and parents' psychiatric symptoms that affect adolescents' response to treatment in OCD.

Method: 35 adolescents between the ages of 12-18 who were diagnosed with OCD and parents of these patients are included in this study. Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale was administered to the patients twice in total at the first meeting and at the 12th week. All adolescents were provided to fill in Shortened Level of Expressed Emotion Scale in Adolescents, Difficulties in Emotion Regulation Scale-Short Form, Meta-Cognitions Questionnaire for Children and Adolescent. All parents were asked to fill in Obsessive Belief Questionnaire-44, The Symptom Checklist-90, Expressed Emotion Scale and Difficulties in Emotion Regulation Scale-Short Form. Since there were not eligible/adequate CBT therapists, patients were followed with medical treatment and the treatment responses were followed by the researcher. Basic statistical analyzes were made with the data obtained; a multivariate model was created in the light of correlations and theoretical knowledge, and the model was tested by path analysis.

Results: In this study it was observed that emotion regulation difficulties and metacognitive beliefs of adolescents were related to each other in many sub-factors, and metacognition was not associated with the treatment response. The difficulty of accepting emotions of adolescents and the level of irritability perceived from the family are negatively related to the treatment response. The emotional over-involvement and protectiveness reported by the mothers and "obsession" scores showed a negative relationship with the treatment response. In addition to the positive relationship between fathers' high emotional expression and their children's metacognitive monitoring beliefs, "anger" scores are positively related with the difficulty of accepting emotions of children and the severity of OCD at the end of treatment. Moreover, depressive symptoms and obsessions in mothers were found to be associated with their children's nonacceptance of emotional responses. The level of irritability perceived by adolescents from obsessive mothers was found higher than others.

Conclusions: As a result, the difficulty of accepting emotions of adolescents with OCD, perceived irritability, the mother's over-involvement and protectiveness, and obsessional symptoms have negative effects on the treatment response. These findings suggest that in the treatment of adolescents with OCD, the use of inclusive therapy methods for the family as recommended in children and approaches to the difficulty of accepting negative emotions may be beneficial.

Keywords: OCD, adolescent, expressed emotion, emotion regulation



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

ÜBÖ: Üstbilişler Ölçeği

ÜBÖ-ÇE: ÜBÖ-çocuk/ergen formu

DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği

DD: Duygu dışavurumu

DSM: Ruhsal Hastalıklar Tanı ve İstatistik Kılavuzu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

KOKB: Karşıt olma karşı gelme bozukluğu

OSB: Otizm spektrum bozukluğu

KSTK: Kortiko-striato-talamo-kortikal

OFK: Orbitofrontal korteks

ÖSK: Ön singulat korteks

BOS: Beyin omurilik sıvısı

SSGİ: Selektif serotonin geri alım inhibitörleri

OKBÇG: Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubunu

B-DYİ: Benliği Düzenleyen Yürütücü İşlevler

BDS: Bilişsel Dikkat Sendromu

L-HPA: Limbik-hipotalamik-pitüiter-adrenokortikal

MCBT: Mindfulness-based cognitive behavioral therapy

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

K-SADS-PL: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu

KDDÖ: Kısaltılmış Duygu Dışavurumu Ölçeği Ergen Formu

DDGÖ-16: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Kısa Formu

OİÖ-44: Obsesif İnanışlar Ölçeği

SCL-90-R: Psikolojik Belirti Tarama Listesi- Düzenlenmiş versiyon

DDÖ: Duygu Dışavurumu Ölçeği

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Olguların cinsiyet ve özgeçmiş bilgileri.....	62
Tablo 2. Olguların yaş, anne sütü alım süreleri ve anne-baba yaşı ortalamaları.....	62
Tablo 3. Hastaların sosyodemografik bilgileri.....	63
Tablo 4. Hastaların soygeçmiş bilgileri.....	64
Tablo 5. Olguların OKB'ye eşlik eden diğer psikiyatrik tanılar ve yüzdeleri.....	65
Tablo 6. Hastaların kullandığı SSGİ tedavileri.....	65
Tablo 7. Hastaların ÇY-BOKÖ'ye göre OKB belirtileri.....	66
Tablo 8. Hastaların cinsiyetlerine göre ÇY-BOKÖ puan karşılaştırmaları.....	67
Tablo 9. Hastaların ÇY-BOKÖ'ye göre OKB şiddeti.....	67
Tablo 10. Ergenlerin ÜBÖ-ÇE puanlarının DDGÖ-16 puanları ile korelasyonu.....	68
Tablo 11. Hastaların DDGÖ-16 ile KDDÖ alt faktörlerinin birbiri ile ilişkisi.....	68
Tablo 12. Annelerin OİÖ-44 puanları ile çocukların ÜBÖ-ÇE ilişkisi.....	69
Tablo 13. Annelerin DDGÖ-16 puanları ile ÜBÖ-ÇE'nin ilişkisi.....	70
Tablo 14. Babaların DDGÖ-16 puanları ile ÜBÖ-ÇE'nin ilişkisi.....	71
Tablo 15. Anne ve babanın DDGÖ-16 puanlarının karşılaştırılması.....	71
Tablo 16. Ergenlerin ve anne-babaların bildirdiği DD karşılaştırılması.....	72
Tablo 17. Anne-babaların DD ile ergen DDGÖ-16 puanlarının karşılaştırılması.....	72
Tablo 18. Annelerinde obsesyon varlığı ile ergenlerin KDDÖ ilişkisi.....	73
Tablo 19. Annelerinde obsesyon varlığı ile ergenlerin DDGÖ-16 ilişkisi.....	73
Tablo 20. Annelerde depresif belirti varlığı ile ergenin DDGÖ-16 ilişkisi.....	74
Tablo 21. Babalarında öfke varlığının ergenlerin üstbilişleri ile ilişkisi.....	74
Tablo 22. Tedavi öncesi/sonrası ölçülen ÇY-BOKÖ puanları karşılaştırılması.....	75
Tablo 23. Tedavi öncesi/sonrası OKB şiddeti ve tedavi yanıtının ergenin yaşı, anne sütü alım süresi ve birbirleri ile ilişkileri.....	76
Tablo 24. Ailede psikiyatrik hastalık varlığının, ergenlerde OKB şiddeti ve tedavi yanıtına etkisi.....	76
Tablo 25. Ergenin KDDÖ puanlarının OKB şiddet ve tedavi yanıtı ile ilişkisi.....	77
Tablo 26. Ergenlerin DDGÖ-16'nın OKB şiddeti ve tedavi yanıtı ile ilişkisi.....	77
Tablo 27. Anne-babaların DDÖ ile OKB şiddeti ve tedavi yanıtı ilişkisi.....	78
Tablo 28. Annelerde kişilerarası duyarlılık belirtilerinin ergenlerin OKB şiddeti ve tedavi yanıtı ile ilişkisi.....	78

Tablo 29. Annelerde obsesyon belirtileri varlığının ergenlerin OKB şiddeti ve tedavi yanıtı ile ilişkisi.....	79
Tablo 30. Babalarda obsesyoneel belirtilerin ergenlerin OKB şiddeti ve tedavi yanıtı ile ilişkisi.....	79
Tablo 31. Babalarda öfke belirtisinin OKB şiddeti ve tedavi yanıtı ile ilişkisi.....	80
Tablo 32. Şekil 1 için model uyum iyiliği sonuçları.....	80

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. DSM-V'e göre OKB tanı kriterleri.....	13
Şekil 2. ICD-10'a göre OKB tanı kriterleri.....	14
Şekil 3. Korelasyon analizleri ve teorik zemin doğrultusunda oluşturulan model.....	80

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), tekrarlayan obsesyonlar ve kompulsiyonlarla kendini gösteren, akademik, mesleki ve sosyal hayatta işlevsellikte değişen oranlarda bozulmaya yol açan, genellikle süreğen seyirli bir hastalıktır (1). Obsesyonlar istenmeyen, yineleyici, ısrarcı, kişiye sıkıntı veren düşünce, dürtü ya da düşümler olarak tanımlanmaktadır. Kompulsiyonlar ise bir obsesyona tepki olarak, belli katı kurallara göre yapılan yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemlerdir (2).

OKB'nin gelişimine açıklama getiren farklı biyolojik, psikanalitik ve bilişsel modeller mevcuttur (3). Son dönemde OKB'nin gelişimi ve sürdürülmesinde bilişsel modeller büyük ölçüde kabul görmüş, bu çerçevede tedavide de bilişsel davranışçı yaklaşımlar sıkça başarıyla kullanılmaya başlanmıştır (4). Bilişsel modele göre, OKB'ye yatkınlıkta kişisel farklılıklar gösteren bazı işlevsel olmayan inançların rolü büyüktür. Bilişsel davranışçı teorilerin hepsi obsesyonların yoğunluğunu ve sıklığını arttıran temel etken olarak istenmeyen girici düşünceler, imgeler ve dürtülerin hatalı yorumlanmasına vurgu yapmaktadır (5). OKB oluşumu ve sürmesinde etkisi en fazla olan işlevsiz inançlar 6 kategoride incelenmiştir: 1) Aşırı sorumluluk 2) Düşüncelerin önemi 3) Düşüncelerin kontrolü 4) Tehdidin abartılması 5) Belirsizliğe tahammülsüzlük 6) Mükemmeliyetçilik (6).

İlk olarak 1985 yılında Salkovskis tarafından ortaya atılan OKB'nin bilişsel modeli daha çok abartılmış sorumluluk algısı üzerinde yoğunlaşmış iken (7), Rachman girici düşüncelerin felaketleştirici şekilde yanlış yorumlanması ve düşünce-eylem kaynaşmasının önemine vurgu yapmıştır (8). Purdon ve Clark (1999) ise düşünceye verilen önem ve düşünce kontrolünün gerekliliği inancının OKB'nin başlangıç ve seyrinde kritik olduğunu belirtmişlerdir (9). Salkovskis dışında diğerlerinin “düşünceyi kontrol etme” ve “düşüncenin gücü” gibi bilişsel süreçlere yaptığı vurgu, Wells'in 1995 yılında bahsettiği üstbilis (metakognisyon) kavramıyla örtüşmektedir (10).

Wells'e göre üstbilis, kişinin kendi bilişsel sistemi ile ilgili inançları ya da uzun vadeli deneyimlerden öğrenilen bilgilerini içermektedir. Aynı zamanda bilişin mevcut

durumunun farkındalığı ve düzenlenmesi; düşünce ve anıların öneminin değerlendirilmesi de üstbilişsel süreçlerin ürünüdür (11). Üstbilişler, içsel durumların anlamı ve onları kontrol etme yöntemleri hakkındaki bilgi ve deneyimlerimizden oluşmaktadır (12). Üstbilişsel inançlar düşünceye verilen anlam ve düşüncelerin kontrolü ile ilgiliyken, bilişsel inançlar daha genel ve sosyal inançlardır. Üstbilişsel Model, bilişsel teorilerden farklı olarak hastalığı olumsuz otomatik düşünceler ve bilişsel çarpıtmalar ile değerlendirmemektedir. Aksine, endişe ve ruminasyon şeklinde aşırı aktivite ile karakterize bir düşünme stili ve tehdit izleme merkezli bir süreç olarak yorumlamaktadır (13). Wells bilişsel inançların, üstbilişlerin yan ürünü olduğunu ve üstbilişsel inançların obsesif kompulsif belirti örüntüsüne katkıda daha önemli rol oynadığını belirtmektedir (14). Cartwright-Hatton ve Wells'in geliştirdiği Üstbilişler Ölçeği (ÜBÖ) (15) kullanılarak yapılan pek çok erişkin örneklemlerinde, olumsuz üstbilişsel inançların OKB gelişiminin yordayıcısı olduğu (5,10,16,17) ve belirtilerin yoğunluğu ve sıklığını artırdığı gösterilmiştir (18–20). Ayrıca üstbilişsel inançların OKB'ye eşlik eden depresyon (21), kaygı (22) ve panik bozukluk (23) açısından da önemli rolü olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Cartwright-Hatton ve arkadaşlarının 2004 yılında ÜBÖ-çocuk/ergen formu (ÜBÖ-ÇE) kullanarak yaptıkları araştırmada, üstbilişsel inançlardaki artış hastalarda anksiyete ve duygudurum bozukluklarının gelişimi ile ilişkili bulunmuştur (24). Aynı ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında (2012), sağlıklı ergenlerde üstbilişsel süreçlerdeki olumsuz yöndeki artışın (yaşla birlikte), sürekli kaygı ve obsesif kompulsif belirtilerdeki artışla ilişkili olduğu bulunmuştur (25).

Araştırmanın bir diğer ilgi alanı olan duygu düzenleme kavramı, bir amaca yönelik olarak bireyin, duygusal tepkilerini izleyebilme, kontrol edebilme, değerlendirebilme ve değiştirebilme yeteneği olarak tarif edilmektedir (26). Bu kavram yeni bir duygusal tepkinin başlatılması ya da devam eden duygusal tepkilerin modüle edilmesi süreçlerini içermektedir (27). Bilişsel modeller, içinde bulunulan duygudurum ve duyguların, belli özel uyarınları “önemli” olarak algılama ve değerlendirmeyi sağladığı için obsesyonların oluşumuna katkıda bulunduğunu belirtmektedir (28). OKB'de eşlik eden olumsuz duygu durumunun, daha fazla olumsuz düşünce ve yorumlamalar ile sonuçlandığı, bu durumun da olumsuz duygularda artış ve güvenlik sağlayıcı davranışların ortaya çıkışını tetiklediği bildirilmiştir (29). Purdon (2004) araştırmasında OKB'li kişide düşük emosyonel durumun, düşünce baskılama sonrası rebound etki ile ortaya çıkan girici düşünceleri artırdığını

belirtmiştir (30). Bununla birlikte, araştırmalar eşlik eden depresyon ve anksiyete dışlandığında dahi, OKB tanısı konulan grubun kontrol grubuna göre daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadığını göstermiştir (31). Yakın zamanda yapılan toplum kaynaklı çalışmalarda özellikle “duyguları kabul etme” ve “olumsuz duyguları tolere edebilme” becerilerinin obsesif kompulsif belirti şiddeti ile korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (32–35). Klinik örnekleme de Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği’nin (DDGÖ) “kabul etmeme” (duygusal tepkilerin kabul edilmemesi), “dürtü” (olumsuz duygular deneyimlerken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşama), “açıklık” (duygusal tepkilerin anlaşılması) alt faktörleri OKB şiddeti ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuş olup, bu bulguların geçerliliği depresyon ve anksiyete dışlandığında da korunmuştur (36).

Ergenlik dönemi, gençlerin fiziksel ve hormonal değişiklikler, kimlik karmaşası ve cinsel dürtü ve fantazilerin artışı gibi yeni sorunlarla baş etmek zorunda kaldığı bir dönemdir. Bu sorunlar ergenlerde değişken bir duygu duruma yol açmaktadır (37). Ergenlerin olumsuz duygularla baş etme becerileri bireysel ve ailesel pek çok faktörden etkilenmektedir. Bahsedilen aile ile ilgili faktörlerden en önemlileri; yaşamın erken döneminde bakım verenin duygusal yanıtları, ebeveynlerin kendi duygularını düzenleme konusundaki yeterlilikleri ve çocuk yetiştirme tutumlarıdır. Ebeveynlerin, çocuklarının duygusal değişikliklerinde yol gösterici olabilmeleri için önce kendi olumsuz duygularını kabul edip, bu duygularla baş etmek için etkin duygu düzenleme becerilerine sahip olmaları beklenmektedir. Kendi duygu düzenleme becerileri iyi olan anne ve babaların çocuklarında da aynı beceriyi gözlemlemek mümkündür (38). Ancak kendi duygularına kapalı olan ebeveynler, olumsuz duyguların kendileri ve çocukları için zararlı olduğuna inanmakta ve genellikle çocuklarının olumsuz duygularını yok saymaktadır. Çocuklarına kendilerinin de yaptığı şekilde inkâr veya bastırma gibi yöntemlerle bu duygularla baş etmeyi öğretmektedirler (39). Öte yandan, çocuklar ebeveynlerinin duygusal durumlar karşısında ortaya koydukları duygusal tepkileri gözlemleyerek, sosyal öğrenme yoluyla da benzer duygusal tepkileri sergileyebilmektedirler (40). Yapılan araştırmalarda ebeveynleri kabul edici ve destekleyici tutum sergileyen çocukların daha etkin duygu düzenleme becerileri geliştirdikleri (41), aşırı kontrolcü ve koruyucu ebeveynlerin çocuklarının bu konuda daha fazla güçlük yaşadıkları (42,43), olumsuz ve zorlayıcı aile ortamında büyüyen çocukların duygusal olarak daha tepkisel davrandıkları (44) gösterilmiştir.

Ebeveynlerin çocuklarının duygularını nasıl algıladıkları da göz önünde bulundurulması gereken önemli bir konudur. Duygu dışavurumu (DD), hasta hakkında aile üyeleri tarafından yapılan eleştirel yorumların yoğunluğunu, düşmanlı tutumları, müdahaleciliğin düzeyini, aşırı duygusal koruyuculuk/kollayıcılığı da içeren iletişim tarzları ile belirlenen çevresel stresin bir ölçüsüdür (45). Birçok araştırmacı, ergenlerin, ebeveynlerinin düşündüğünden daha fazla psikolojik sorun yaşadıklarını belirtmektedir (46,47). Bununla birlikte kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri ile yapılan çalışmalarda; ailelerin stres, anksiyete, depresyon, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, endişe, umutsuzluk gibi duygular yaşadıkları belirtilmektedir (48,49). Ailenin yaşadığı bu zorlanmalar hastaya olan davranışlarında da belirleyici bir rol oynamaktadır. Evdeki duygusal iklimin göstergesi olarak kabul edilen DD kavramı, son yıllarda üzerinde daha fazla durulmaya başlanan ve yapılan çalışmalarda bir dizi hastalıkta psikiyatrik depresyonun güçlü yordayıcısı olabileceği gösterilmiş bir kavramdır (50–52). DD yüksek olan ailelerde, DD düşük olan ailelerin çocuklarına göre herhangi bir psikiyatrik tanı olasılığının beş kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (53). Hibbs ve arkadaşları, yıkıcı davranış bozuklukları ve OKB tanısı konan çocukların ailelerinde, psikiyatrik bir hastalığı olmayan çocukların ailelerinden oluşan bir kontrol grubuna göre daha yüksek DD puanlarının olduğunu bildirmişlerdir (54). Schwartz ve arkadaşları (1990) ergen grubunda yüksek düzeyde duygu dışavurumu olan ailelerin çocuklarında depresif bozukluk, madde kötüye kullanımı ve davranış bozukluğu için risk artışından bahsetmektedir (55). Anoreksiya Nervosa tanısı konulan ergenlerle yapılan bir çalışma DD alt faktörlerinden olan “eleştirelilik” ile tedavi yanıtı arasında ters yönlü bir ilişki görüldüğü bildirilmiştir (56). Duygu dışavurumu, kronisite gösteren psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkışı, alevlenmeler ile ilişkisi, ek tanılar ve tedavi yanıtı açısından son yıllarda sıklıkla araştırılan bir konudur. Çocuk ve ergenler ile yapılan, OKB’ nin klinik görünümü ve seyrinde duygu dışavurumunun etkisini inceleyen az sayıda araştırma göze çarpmaktadır.

Beynin özellikle öz-düzenleme (duygu ve davranışları durumun şartlarına göre düzenleme; *self-regulation*) işlevi esnasında fonksiyonel yanıtları düzenleyen iki temel mekanizması yürütücü işlevler ve üstbilişlerdir (57). Bununla ilişkili olarak da üstbilişsel süreçlerin duygu düzenleme becerisi üzerinde önemli rol oynadığı belirtilmektedir (58). Olumsuz duygular karşısında seçilen başa çıkma yöntemleri, uzun dönemli hafızada depolanmış üstbilişsel bilgi vasıtası ile belirlenmektedir. Üstbilişsel inançların duygusal düzensizliği yol açan işlevsel olmayan başa çıkma

stratejilerinin kullanılmasında merkezi bir rolü olduğu ifade edilmektedir (15,18). Sözü edilen bu işlevsiz başa çıkma yöntemleri; tehdit izleme, düşünce baskılama, kaçınma gibi uyuma yönelik olmayan davranışları ortaya çıkarmaktadır. Bu şekilde ruminatif düşünce ve endişede artışa neden olmakta ve duygu düzenlemede bozulmaya yol açmaktadır (21). Bilişsel modeller doğrudan duygu düzenleme zorluklarına atıf yapmasa da, yapılan araştırmalar tedavide bilişsel müdahalelerin yanında olumsuz duyguları tolere edebilme becerisi kazandırmanın gerekliliği üzerinde durmaktadır. Duygu düzenleme stratejilerinin uygun şekilde kullanımının, OKB için belirleyici inançlardan olan “belirsizliğe tahammül edememe” ve “düşünceleri kontrol algısı” üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (59–61). Bu bulgular OKB’li kişilerde üstbilişsel inançlar ve duygu düzenleme güçlüklerinin iki yönlü şekilde birbirini etkilemekte olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Üstbilişsel Kuram, ilk olarak üstbilişsel bilgi ve üstbilişsel deneyimler temelinde geliştirilmiştir (62). Üstbilişsel bilgi, bilişin ve çeşitli bilişsel görevlerin yapısı ile görevlerin üstesinden gelmeyi sağlayan stratejilerin bilgisi olarak tanımlanmaktadır. Üstbilişsel deneyim kavramı ise bilişsel etkinlikleri izleme ve düzenlemeyi sağlayan yönetsel (*executive*) becerileri tarif etmektedir (63). Üstbilişsel süreçlerin gelişimi, genel olarak zihin kuramı (*Theory of Mind; ToM*) gelişimi ile birlikte ele alınmaktadır. Bu kuram kişinin kendisi ve diğerlerinin zihinsel durumlarını ve duygularını fark edebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (64). Çocuklar 3 yaş civarında fiziksel ve zihinsel durumlar arasındaki farkı ayırt etmeye başlamaktadırlar. Zihin kuramı geliştirmeye başladıkları 3-5 yaşları arasında üstbilişsel bilgi ve üst-bellek de gelişimini sürdürmektedir. Yürütücü işlevin bir parçası olarak kendini gözleme, kendini anlamanın ve zihin kuramı gelişiminin temel bileşenidir (65). Çocuğun kendi zihinsel durumu hakkındaki bilgisi üst-bellek ve üstbilişsel bilginin gelişimi ile paralellik göstermekte fakat üstbilişsel izleme ve kontrol mekanizmaları okul çağında daha etkili şekilde kullanılabilir (66–68). Benzer şekilde duygu regülasyonu ve bununla ilgili güçlükler intrauterin dönemden başlayarak çocuğun erken gelişim aşamalarında şekillenmekte iken (69), duygusal baş etme stratejileri ergenlik dönemine doğru netlik kazanmaktadır (70). Bilişsel kontrolün yaşla birlikte giderek organizasyon kazandığı (71) ve ancak geç ergenlik döneminde duygu ve biliş düzenleme mekanizmalarının etkili şekilde kullanılabilir hale geldiği ilgili literatürde bildirilmektedir (72). Çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalar da bunu destekler nitelikte olup, bilişsel modelin OKB semptom kontrolü ve terapiye yanıt açısından

çocukluk döneminden ziyade ergenlik dönemindeki kişilere daha etkili şekilde uyarlanabilir olduğunu göstermiştir (73–76). Farrell ve Barrett (2006) araştırmalarında çocukların, ergen ve erişkinlere göre düşünceleri kontrol eğilimlerinin daha az olduğunu göstermişlerdir (77). Tüm bu veriler, düşüncelerin algılanan kontrolünün ancak ergenlikte üstbilişsel becerilerde gelişmeler olduğunda önem kazanmasının muhtemel olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (78). Bu nedenle bu araştırmada, üstbilişler ve duygu düzenleme güçlükleri araştırılması planlanan grubun ergenlik dönemindeki gençler olmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

İlgili literatür gözden geçirildiğinde, ebeveynlerde “duygu dışavurumu” düzeylerinin OKB’li ergenlerde tedavi yanıtı üzerine etkisini inceleyen yalnızca birkaç adet araştırmaya rastlanmıştır (79,80). Daha önceki araştırmalar yöntem ve incelenen faktörler açısından bazı sınırlılıklar içermekle birlikte bu konuda yapılacak araştırmalara yol gösterici olduğu görülmektedir. Bu araştırma, farklı olarak yeni tanı konulmuş OKB hastalarında tedavi başladıktan sonraki süreçte, tedavi yanıtı üzerinde etkili bazı faktörlerin naturalistik izlem çalışması olarak planlanmıştır. Araştırmaya her iki ebeveyn de dahil edilmiş; anne ve babanın duygu dışavurumu, duygu regülasyon güçlüklerinin ve psikiyatrik belirtilerinin ayrı ayrı etkisi incelenmek istenmiştir.

Araştırmanın Amaçları:

- 1) OKB tanısı konulan ergen hastaların, işlevsiz üstbilişsel inanç alanlarının ve duygu düzenleme güçlüklerinin tespit edilmesi, bu verilerin on iki haftalık tedavi yanıtına etkilerinin araştırılması
- 2) Ebeveynlerin beyan ettiği/hastaların algıladığı duygu dışavurumu ve öz-bildirim ölçekleriyle belirlenen ebeveynler ile ergenlerin duygu düzenleme güçlüklerinin, ergenlerin tedavi öncesi ve sonrası OKB belirti şiddetine etkilerinin incelenmesi
- 3) Anne-babalardaki psikiyatrik belirtilerin ergenlerin OKB şiddeti ve tedavi yanıtı üzerine etkilerinin incelenmesi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

2.1.1. Tanım

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), tekrarlayıcı obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte varlığı ile karakterize; kişide belirgin sıkıntı yaratan, günlük yaşam, akademik-mesleki ve sosyal işlevselliğinde düşmeye sebep olabilen kronik seyirli bir hastalıktır (2). Latince “obsidere” (kuşatılmak, ele geçirilmek) sözcüğünden türeyen “obsesyon” terimi, kişinin kendisini belli bir zihin içeriğinden kurtaramamasına işaret etmekte ve bu içerik genellikle benliğe yabancı, rahatsızlık verici olarak gözlenmektedir. “Kompulsiyon” terimi ise, zorlanmış, köşeye sıkışmış anlamlarına gelen Latince “compellere” sözcüğünden türemiştir (81). Kompulsiyonlar, obsesyona eşlik eden anksiyeteyi gidermek, öngörülen tehlikeyi etkisizleştirmek/önlemek üzere yapılmaktadır. Ancak yapılan eylem, önlenmek istenen şeyle gerçekçi olarak bağdaşmamakta ya da aşırı olarak izlenmektedir (82). Bu davranışsal ya da zihinsel eylemler haz alma ya da doyum sağlama amacı içermez iken, aksine tekrarlayan obsesyon/kompulsiyonların kişide belirgin sıkıntı oluşturması, zaman kaybına ve yeti yitimine yol açması OKB tanısı için gerekli kriterlerdendir (2).

2.1.2. Tarihçe

Obsesyon ve kompulsiyonlar insanlık tarihi kadar eski olup, paramedikal birçok yazılı metinde yineleyen ve belirgin sıkıntı oluşturan dinsel düşüncelerden bahsedildiği gözlenmiştir. Orta Çağ'da din karşıtı ve cinsel içerikli istenmeyen düşünceleri olan kişilerin, “Şeytan tarafindanele geçirildiği” düşüncesiyle yakılarak cezalandırıldıkları bilinmektedir (83). Malleus Maleficarum (Şeytan'ın Çekici) adlı kitapta, Orta Çağ'da bir papazın kilisenin önünden geçerken Şeytan'ın etkisi ile dil çıkardığından ve rahibi her dinlemeye çalıştığında, Şeytan'ın onu daha da fazla etkilediğinden bahsetmektedir. Shakespeare tarafından 1600'lerde yazılmış olan Lady Macbeth karakterinde ise, kocası Kral Duncan'ı öldürmesinin ardından kirlenme obsesyonları ve el yıkama kompulsiyonlarının örneği görülmektedir (84).

Tıp literatüründe obsesyonlar ilk olarak, 1838 yılında Esquirol' un "Mental Hastalıklar" adlı eserinde incelenmiş ve mental durumu normal kişilerin istemsiz, dürtüsel aktivitesi olarak tanımlanmıştır. O yıllarda depresyon ya da melankolinin bir belirtisi olarak düşünülen bu hastalığın, bu eserde bir çeşit "dürtü monomanisi" olarak tanımlanması OKB' ye yeni bir bakış açısı kazandırmıştır. 1866 yılında Belçika' lı psikiyatrist Morel ilk kez "obsesyon" terimini tanımlamış ve farklı bir açımla bu bozukluğu otonom sinir sisteminin karmaşık bir bozukluğu olarak açıklamaya çalışmıştır. "Delire Emotif" olarak adlandırdığı bu durumu psikozdan çok nevroz kavramı içinde değerlendirmiş ve ilk defa içgörünün olduğu bir durum olarak tarif etmiştir (85). Daha sonra Carl Frederich Westpal ise, 1877 yılında hastalığın bizar davranışlar gözlense dahi, ego-distonik olduğunu ve duyguların hastalığı olmaktan öte, bir düşünce hastalığı olduğunu vurgulamıştır (86), 1900' lü yılların başında Pierre Janet klinik tabloyu takıntılı, saplantılı düşünceler (obsesyon), tepkiler-ataklar (kompulsiyon) ve fobiler üçlüsü olarak "psikastenî" yani ruhsal zayıflık çerçevesi içinde ele almıştır (84,87). Janet ve Kurt Schneider ise, bu bozukluk ile ilgili olarak obsesyon içeriğinin mantık dışı, benliğe yabancı olarak algılanması, obsesyona direncin eşlik etmesi gibi ölçütleri getirmişlerdir (88,89). Freud ise obsesif kompulsif nevrozu, fobik nevrozdan ayrı olarak ele almış ve obsesyonların agresif ve cinsel dürtülerden kaynaklandığını belirtmiştir. Bu dürtülerin yarattığı anksiyetenin yalıtma, yapma bozma ve karşıt tepki oluşturma gibi savunma mekanizmaları ile giderilmeye çalışıldığını ileri sürmüştür (90). 1913' de kaleme aldığı yazısında obsesyonel nevrozun anal dönem saplantısı sonucu bu döneme regresyon ile oluştuğunu ileri sürmüştür (91). 20. yüzyılda öğrenme kuramları obsesif kompulsif nevroz etiyojisine ve tedavisine önemli katkılar sağlamıştır. 20. yüzyılın sonlarına doğru bu bozukluğun gelişiminde kalıtsal ve nörobiyolojik etkenlerin rolüne dair önemli veriler elde edilmiştir (82).

1952' de Amerikan Psikiyatri Birliği' nin (*American Psychiatric Association*, APA) yayınlamış olduğu Ruhsal Hastalıklar I. Tanı ve İstatistik Kılavuzunda (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition*, DSM-I) Obsesif Kompulsif Reaksiyon olarak isimlendirilmiş; 1968' de DSM II' de bu hastalıktan Obsesif Kompulsif Nevroz ve 1978' de DSM-III' te Obsesif Kompulsif Bozukluk olarak söz edilmiştir. İlk kez DSM-III' te obsesyon ve kompulsiyon ayrımı net bir şekilde yapılmış ve belirtilerin biçimsel özellikleri ve içerik olarak en yaygın görülenleri tanımlanmıştır (81). DSM-III' te kompulsiyonlar yalnızca davranış olarak

belirlenirken, DSM-IV’ te kompulsiyonların hem bir davranış hem de zihinsel aktivite şeklinde olabileceği belirtilmiştir. DSM-IV ve DSM-IV-TR’ de “Obsesif Kompulsif Bozukluk” terimi “Anksiyete Bozuklukları” başlığı altında sınıflandırılmıştır (92). OKB için halen 2013’te Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından yayımlanan DSM-V(2)ve 1990’da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından onaylanan ICD-10 (*International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision*)(93) sınıflandırmaları kullanılmaktadır. İki sınıflandırma sisteminin (DSM ve ICD) kökeni, amacı ve kapsamındaki farklılıklara rağmen, aralarında “Obsesif Kompulsif Bozukluk” açısından son dönemde bir uyum sürecinin başladığı gözlenmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk, hem DSM-V’ te hem de ICD-11’in beta taslak sürümünde ‘Anksiyete Bozuklukları’ bölümünden çıkartılmış, ‘Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar’ başlığı ile özgül bir tanı grubu olarak sınıflandırılmıştır. Bu yeni sınıflandırma şekli, anksiyete bozukluklarını ayıran farklı nörobiyolojik profillerin ve OKB ile aynı gruptaki diğer bozukluklar arasında ortak etkilenen beyin bölgelerinin ve nöronal devrelerin artan kanıtlarına dayanmaktadır (94–96). DSM-V’ te “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” grubu içerisinde OKB, beden dismorfik bozukluğu, istifleme bozukluğu, trikotillomani ve cilt yolma bozukluğu ile birlikte yer almaktadır.

2.1.3. Çocuk ve Ergenlerde OKB’nin Klinik Özellikleri ve Tanı Kriterleri

OKB farklı semptom kümelerinden oluşan çok boyutlu bir bozukluktur. Hastada sadece obsesyonlar, sadece kompulsiyonlar veya her ikisi birden bulunabilmektedir (1,88). DSM-V’ te OKB tanısı konulabilmesi için yalnızca obsesyon veya kompulsiyondan birinin yeterli olduğu belirtilmektedir (2). Genellikle başlangıçta klinik tabloya obsesyonlar hakim iken kompulsiyonlar kaygıyı azaltmak için yapılmakta, daha sonra denetlenemez hale gelmekte ve kompulsiyonların kendisi sıkıntıya neden olmaktadır (1). Klinik başvurularda hem obsesyon, hem de kompulsiyonları olan hastaların oranı % 75’ten fazladır. Sadece kompulsiyonların olduğu OKB tabloları erişkinlikte nadiren görülmekte iken (1,97,98), çocuklarda obsesyonsuz kompulsiyonlar daha sık gözlenmektedir (99). Psikiyatrik hastalığı olmayan kişilerin de zihnine kısa süreli, benliğe daha az yabancı, kişide belirgin sıkıntıya yol açmayan obsesyonel doğada düşünceler gelebilmekte, fakat bu düşünceler önemli nötralizasyon çabası gerektirmeden kolayca

uzaklaştırılabilmektedir (100). OKB tanısı konulabilmesi için, obsesyon ve/veya kompulsiyonların kişide belirgin sıkıntıya neden olması, önemli zaman kaybına yol açması ya da kişinin olağan günlük işlerini etkilemesi, toplumsal, akademik ve mesleki işlevselliğini bozması gerekmektedir (2).

Çocukluk ve ergenlik çağında görülen OKB de, erişkindekine benzer şekilde akademik başarı, aile ilişkileri ve sosyal işlevsellik gibi alanlarda olumsuz etkileri olan, genellikle kronik ve şiddetli olabilen, ciddi düzeyde yeti yitimine sebep olabilen bir bozukluktur (74). Başlangıç yaşı için çocukluk (10-11 yaş) ve genç erişkinlik (19-23 yaş) olarak iki pik dönemi bildirilmiştir (101,102). Belirtilerin % 50-70 hastada sıkıntı verici bir hayat olayını takiben ortaya çıktığı gösterilmiştir (103). OKB tanısı koymak için gerekli olan belirtilerin erken yaşlarda ve kademeli olarak ortaya çıktığı ifade edilmiştir (104). Bu bozukluk genellikle sinsi başlangıçlı olup, geriye dönük değerlendirmeler, hastaların daha sık olarak anksiyete ve özgüven sorunları gibi tipik olmayan prodromal belirtiler tarif ettiğini göstermiştir. Bununla birlikte aşırı sorumluluk, düzen-temizlik uğraşları, detaylara aşırı dikkat verme gibi tipik prodromal belirtiler gösteren hastalar da mevcuttur (105,106). Hastalığın seyri genellikle uzun ve değişken olarak gözlenmektedir. Hastaların % 20-30'unda belirgin düzelme, % 40-50'inde orta düzeyde düzelme, % 20-40'ında ise değişmeden kalma ya da kötüleşme bildirilmiştir (1). Hastalığın kronik bir seyir izlediği ve erişkin olguların % 80'inde başlangıç öyküsünün çocukluk ya da ergenlik döneminde olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte, bir metaanalizde çocuklukta OKB tanısı konulan hastaların % 41'ine erişkinlikte de OKB tanısı konulduğu gösterilmiştir (107).

Çocukluk çağı OKB' sinin erişkinlik döneminde görülen OKB' den bazı farklılıkları mevcuttur. Bunlardan ilki çocukların kendi belirtilerinin doğasını anlamakta erişkinlerden daha fazla zorlanmalarıdır. Genellikle çocuklar zorlayıcı düşüncelerini tanımlamakta güçlük yaşamakta ve duygularını "tiksinme", "rahatsızlık" ya da "bir şeyler tam değil" gibi belirsiz ifadelerle tanımlamaktadırlar (108). Kompulsif davranışlar ise çocuklar tarafından genellikle "huy, tik, alışkanlık" gibi sözcüklerle ifade edilmektedir. İkinci olarak; çocuklar iyi tanımlanmış obsesyonlar ve ritüeller olmadan saf kompulsiyonlar gösterebilmektedirler. Daha sıklıkla erken yaşlarda görülen bu kompulsiyonlardan bazıları parmak yalama veya daireler çizerek yürüme gibi motor sistemle ilgili belirtiler şeklinde olabilmektedir (109). Ayrıca çocuk ve ergenlerin çoğunlukla, gülünç olma veya alaya alınma endişesi ile OKB belirtilerini yıllarca sakladıkları, başvurduklarında da obsesif kompulsif

belirtilerinden söz etmemeleri nedeniyle, bu bireylere depresyon ya da kaygı bozukluğu teşhisleri konulduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (110–112). Bahsedilen bu sebeplerden ötürü aileler çocuğun belirtilerini fark edememekte ve günlük işlevselliğin ciddi düzeyde bozulduğu aşamaya kadar tedavi arayışı gecikebilmektedir (113). Bununla ilişkili olarak, 11 araştırmanın sonuçlarının derlendiği bir gözden geçirme çalışmasında pediatrik OKB başlangıcının yaş ortalaması 10.3 ve ortaya çıkma yaşının ortalama 13.2 olduğu gözlenmiştir. Yani hastanın değerlendirilme yaşı başlangıç yaşından ortalama 2.5 yıl sonraya denk gelmektedir (114). Sonuç olarak çocukluk çağı OKB' sinin erişkin OKB' sinden temel olarak farklılaştığı noktalar; obsesyonlar ve ritüeller olmadan saf kompulsiyonlarla seyredebiliyor olması, çocukların belirtilerinin doğasını anlamakta ve ifade etmekte zorlanması ve çocuğun belirtilerini saklama eğilimi gibi nedenlerle ailelerin durumu fark edememesi sonucunda geç tanı konulma riskine sahip olması olarak sayılabilir. Araştırmacılar, belirtilerin OKB'li çocuk ve ergenlerde sıklıkla gizli kaldığını ve belirtiler aşırı veya yeti yitimine yol açacak düzeyde olmadıkça nadiren tedaviye başvurduklarını belirtmektedirler (113). Bir çalışmada OKB olgularında BDT' ye yanıt açısından önem taşıyan etkenin, başlangıç yaşı değil, kişinin yaşadığı sıkıntının süresinin uzunluğu olduğuna vurgu yapılmıştır (104). Bu nedenle çocuk ve ergenlerde, riskli grupta klinisyenin her psikiyatrik görüşmede OKB belirtilerini sormasının önemine dikkat çekilmektedir (115).

Çocuk ve ergende en sık görülen obsesyonların kirlenme, şüphe/kuşku, saldırganlık obsesyonu olduğu, en sık görülen kompulsiyonların yıkama/temizleme, tekrarlama/yeniden yapma ve kontrol kompulsiyonları olduğu bildirilmiştir (116,117). Çocuklarda görülen obsesyonlar sıklıkla felaket bir aile olayından korku (örn: bir ebeveynin ölümü) ile ilgili iken, ergenlerde ise cinsel ve dini obsesyonların daha sık görüldüğü bilinmektedir (118,119). Erken başlangıçlı grupta daha yüksek oranda törensel davranışlar, biriktirme ve tekrarlama kompulsiyonları olduğu gösterilmiştir (120). Ergenlerle yapılan bazı çalışmalarda erişkin örnekleme benzer olarak cinsel, dini obsesyonlar ve zihinsel ritüellerin erkek ergenlerde, kontaminasyon obsesyonları ve biriktirme kompulsiyonlarının kız ergenlerde fazla görüldüğü tespit edilmiştir (117,121–124). Bazı araştırmacılar farklı olarak cinsel obsesyonlar açısından kız-erkek farkı olmadığı (125) veya kız ergenlerde bu obsesyon türünün daha fazla görüldüğünü (116) belirtmekte olup, bu bulguların bozukluğun fenotipik ifadesindeki yaşa bağlı değişkenliğe bağlı olabileceği yorumunu yapmışlardır. Gençlerde daha

fazla sıkıntı ve strese yol açması nedeniyle önem arz eden cinsel obsesyonlar, kliniğe ilk başvuru sırasında çocuk ve ergenlerin dörtte birinde gözlenmektedir ve beraberinde daha fazla agresyon, dini obsesyonlar, büyüsel düşünce, zihinsel ritüeller gibi belirtilere sahip olma olasılığı taşıdığı ifade edilmektedir (125).

OKB belirti şiddeti açısından önemli faktörlerden birisi hastanın içgörüsüdür. İçgörüsü az olan hastalarda daha yüksek belirti şiddeti, işlevsellikte daha fazla düşme, ilaç tedavisi ve terapi uygulamalarına yetersiz tedavi yanıtı gözlenebilmektedir (126,127). Düşük içgörü hastanın belirtilerine direnmesinde azalma, daha fazla eksternalizan belirti ve daha fazla sıralama-düzenleme belirtisi ile ilişkili bulunmuştur (127). Özellikle otizm spektrum bozukluğu eşanlı hastalarda daha sık olarak OKB ile ilişkili azalmış içgörü görülmektedir (128). Ayrıca erken başlangıçlı OKB belirtileri olan hastaların da içgörü, kompulsiyonlara direnme ve kontrol düzeylerinin düşük olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada çocukluk ve ergenlik çağı başlangıçlı gruplar arasında belirti şiddeti açısından fark bulunmamıştır (129). Buna karşılık Farrell ve Barrett (2006), OKB'li çocukların zihinlerindeki zorlayıcı düşüncelerin (obsesyonların), ergen ve erişkinlere kıyasla daha az sayıda, daha az sıkıntı veren ve daha kontrol edilebilir nitelikte olduğuna vurgu yapmışlardır (77). Onların da içinde bulunduğu bir grup araştırmacı çocuklarda yaşın ilerlemesi ile birlikte obsesyonel düşüncelerin zorlayıcılığının arttığından bahsetmektedirler (77,109). OKB'li kişinin değerlendirilmesi sırasında obsesyon ve kompulsiyonların alt kümelerini, şiddetini, sıklığını belirlemenin yanında, yol açtığı zaman/işlev kaybını ve hastanın içgörü düzeyini de değerlendirmek gerekmektedir. Bu faktörlerin bazen hastalığın toplam şiddet puanında anlamlı değişiklik yaratmasa da, tedavi planı, iyileşmenin objektif değerlendirilmesi ve hastalığın seyrinin öngörülebilmesi için gerekli olduğu belirtilmektedir (130).

Çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalar incelendiğinde, OKB tanısına eşlik eden ruhsal bozuklukların oranı % 66-100 olarak tespit edilmiştir (86,112,116,121,131). OKB olgularının yarısından fazlasında birden fazla psikiyatrik eşanı bildirilmektedir (116). En sık eşlik eden bozukluklar; anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk, tik bozukluğu ve yıkıcı davranış bozukluklarıdır (132-134). Ayrılık anksiyetesi bozukluğunun OKB'li çocuklarda en sık gözlenen anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir (118,132). Bu olgularda ayrılık anksiyetesi bozukluğuna en sık yaygın anksiyete bozukluğu ve özgül fobi eşlik etmektedir (2). Depresif bozukluğun ise ergenlik çağında ve geç başlangıçlı grupta daha sık görüldüğü bildirilmiş olup

(102), Türkiye’de yapılan geniş ölçekli bir çalışmada depresif bozukluk ergenlerde % 43.9 oranında OKB’ ye en sık eşlik eden psikiyatrik hastalık olarak bildirilmiştir (116). Erişkin OKB olgularında yıkıcı davranış bozuklukları sık olarak bildirilmese de OKB’li çocukların % 51’i ve ergenlerin % 36’sında eşlik eden dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) görüldüğü, benzer oranlarda da karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKB) eş tanıları bildirilmiştir (131,135). Küçük yaştaki OKB olgularında KOKB, özgül fobi ve tik bozukluğu tanıları, ergenlere kıyasla daha sık eşlik etmektedir (134,136–138). OKB’li tüm çocuk ve ergenlerin yaklaşık beşte birinde tik bozukluğu bildirilmiş ve ortak nörobiyolojik mekanizmaların bu birliktelikte önemli rolü olduğu gösterilmiştir (116,139). Büyük oranda ailesel olduğu düşünülen erken başlangıçlı OKB’ nin tik ile daha fazla ilişkili olduğu ve bu grupta yıkıcı davranım bozukluklarının da sık görüldüğü belirtilmektedir (99).

Obsesif kompulsif bozukluk için tüm yaş gruplarındaki bireyler için tanı kriterleri halihazırda kullanılmakta olan DSM-V’ te aşağıdaki gibi düzenlenmiştir (Şekil 1).

Şekil 1. DSM-V’e göre OKB tanı kriterleri

Takıntı- Zorlantı Bozukluğu (Obsesif- Kompulsif Bozukluk)

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

Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

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

(2) Kişi bu düşünce dürtü ya da düşlemlere aldırılmaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1) Kişinin, obsesyona tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorunlu hissettiği yineleyici davranışlar (örn. el yıkama) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayma gibi).

(2) Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan kurtulma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranış ya da zihinsel eylemler amaçlanan durumlarla gerçekçi biçimde ilişkili değil ya da aşırıdır.

Şekil 1. (devamı)

B. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar kişinin zamanını alır ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur ya da toplumsal, mesleki ya da diğer alanlarda işlevselliğini etkiler.

C. Obsesif kompulsif belirtiler, bir maddenin, ilacın ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

İç görüşü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, OKB ilişkili inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımıdadır.

İç görüşü kötü: Kişi, OKB ilişkili inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İç görüşü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, OKB ilişkili inanışlarının gerçek olduğunu düşünmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayınladığı ICD-10'da Obsesif Kompulsif Bozukluk F-42 kodu ile yer almaktadır. ICD-10'a göre tanı ölçütleri Şekil 2' de verilmiştir.

Şekil 2. ICD-10'a göre OKB tanı kriterleri

Obsesif Kompulsif Bozukluk

Kesin tanı koyabilmek için, obsesyonele belirtiler ya da kompulsif hareketler, en az iki hafta süre ile çoğu günler bulunmalı, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır. Obsesyonele belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır:

A. Bunlar kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanmalıdır.

B. Kişi bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı direnç gösteriyor olmalıdır. Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ve hareketler bulunabilir.

C. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır

D. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

F42.0 Obsesyonele düşünceler veya ruminasyonların baskın olduğu tip

F42.1 Kompulsif hareketlerin baskın olduğu tip

F42.2 Obsesyonele düşüncelerin ve hareketlerin birlikte olduğu, karışık tip

F42.8 Başka obsesif-kompulsif bozukluklar

F42.9 Obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş

2.1.4. Ayırıcı Tanı

Çocukluk çağının gelişimsel özelliklerinden olan tekrarlayıcı davranışlar zaman zaman OKB’de görülen ritüeller ile karışabilmektedir. Erken çocuklukta başlayan, genellikle 8 yaş civarında sona eren normal törensel davranışların çocuklarda anksiyeteyi azaltma ve sosyalleşmeyi artırma gibi nedensel mekanizmaları vardır. Bu davranışlar oyuncaklarını sıraya dizme, çizgilere basmadan yürüme, ısrar edilen yemekler veya uyku öncesi rutinleri gibi farklı şekillerde gözlenmektedir ve kural olarak aile işlevlerinde bozulmaya neden olmazlar. Normal gelişimin bir parçası olan ritüeller çocukta sıkıntı yaratmazken, OKB’nin ritüelleri sıkıntı verici ve işlevselliği azaltıcı yapıda olmaktadır (140).

Otizm spektrum bozukluğu (OSB) olan hastalardaki kısıtlı ilgi alanı ve stereotipik davranışlar, OKB’deki obsesyonel düşünceler ve tekrarlayıcı kompulsif davranışlar ile karıştırılabilmektedir. OSB’nin ritüelleri de, kompulsiyon benzeri sıralama ve düzenleme şeklinde olabilmektedir ve ikisini birbirinden ayırmak tedavi planı açısından büyük önem taşımaktadır. Kompulsiyonlar genellikle bir obsesyona cevaben doğmakta ve ego-distonik (benliğe yabancı) yapıda olmaktadır. Ayrıca kompulsif eylemin yapılması kişide belirgin sıkıntı yaratmaktadır. Aksine otizm spektrum bozukluğu olan hastaların stereotipleri yoğun duygulanıma cevaben oluşan, kaygıyı/sıkıntıyı giderme amacı taşıyan tekrarlayıcı davranışlar olarak tanımlanmaktadır (2). OSB’li çocuklarda OKB birlikteliğinin de tahmin edilenden sık görüldüğü son yıllarda yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir (141). Ayırıcı tanıyı ve eş hastalanımları detaylı değerlendirmek her iki bozukluk için de tedavi protokolünü düzenlemede kritik önem taşımaktadır (142).

OKB ile psikotik bozukluklar da ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir. Özellikle içgörüsü olmayan/içgörüsü kısıtlı tip OKB’li grupta obsesyonların sanrılardan ayrılması güç olabilmektedir. Ayrıca şizofreninin prodromal döneminde de OKB benzeri belirtiler görülebilmektedir. Ancak şizofrenide obsesyonel düşüncelerin doğası genellikle gariptir ve benliğe yabancı olarak algılanmamaktadır. Stereotipi veya bir amaca hizmet etmeyen dezorganize davranışlar kompulsif eylemler ile karıştırılabilmektedir. Şizofreni hastaları genellikle negatif belirtilere bağlı kısıtlı duygulanım gösterirken, OKB’ de hastalar yüksek anksiyete düzeyleri nedeniyle sıkıntılı olarak izlenmektedir. Ek olarak, şizofreni hastaları obsesyon ve kompulsiyonlarına direnmemekte, törensel davranışları anksiyeteyi giderme amacı

taşımamaktadır. Ayırıcı tanıda şizofreninin diğer pozitif veya negatif belirtilerinin de araştırılması gerekmektedir (Varsanılar, sanrılar, duygusal küntlük-yüzeysellik, çağrışımlardaki kopukluk vb.) (82).

Klinisyen için OKB ile anksiyete bozukluklarını ayırmak oldukça zorlayıcı olabilir. Yaygın anksiyete bozukluğunda kaygıların günlük yaşam olayları ile ilgili olduğu ve ritüellere pek rastlanmadığı bilinmektedir. Panik bozuklukta bedensel duyularla ataklar tetiklenmekte ve hastanın korkusu ataklarla şiddetlenmekte iken; OKB’de ise korku objesi bedensel olmayıp bilişsel düzeydedir (1). Fobilerde gözlenen yalnızca korkulan nesne ile ilgili, yeme bozukluğunda yiyecekler ve kilo alma, beden dismorfik bozukluğunda beden ve görünüş ile ilgili takıntılı düşünceler zaman zaman obsesyon olarak yanlış yorumlanabilmektedir. Farklı olarak OKB’de genellikle birden çok alanda takıntılı düşünceler ve bunların doğurduğu kaygıyı azaltmak için yapılan kompulsif eylemler veya nötrleyici davranışlar mevcuttur. Hastalık kaygısı bozukluğunda kişi hasta olduğuna inanmakta ve bunu kanıtlamak için yoğun uğraşları ortaya çıkmakta iken, OKB’ nin sağlık obsesyonu, kişi tarafından hastalanmamak için yapılan kompulsif eylemlerle karakterizedir (2).

Major depresif bozuklukta, ruminatif düşünceler obsesyonlarla karışabilmektedir. Ruminasyonlar, göz ardı edilmesi zor, tekrarlayıcı, dirençli, olumsuz zihin uğraşlarıdır ve huzursuzluk yaratmaktadır (143). Bu düşünceler obsesyonlardan benliğe yabancı olmaması, girici ve zorlayıcı olmaması ile ayrılmaktadırlar. Depresif ruminasyonlar depresyonun öncesinde yoktur ve depresyon düzelince ortadan kalkmaktadır (1). OKB’deki obsesyonlar ise artıp azalmakta, ancak daha sıklıkla kronik bir seyir izlemektedir. Klinikte karşılaşılabilecek önemli sorunlardan biri de bipolar bozukluğun depresyon epizodlarında ortaya çıkan bu tarz düşüncelerin obsesyondan ayrımıdır. Çünkü bipolar depresyonun tedavisi ile OKB tedavisi birbirinden oldukça farklılık göstermekte, OKB’ ye yönelik uygulanabilecek bir tedavi bipolar bozukluğun seyrini kötüleştirme ihtimali taşımaktadır (144).

2.1.5. Epidemiyoloji

OKB ile ilgili yapılan epidemiyolojik araştırmalarda yaşam boyu prevalansın % 2-3 arasında tespit edildiği, farklı kültür ve toplumlarda değişkenlik göstermediği bildirilmektedir (1,145,146). Son yıllarda yapılan çalışmalar çocuk ve ergenlerde de hastalığın nadir olmadığı ve erişkin örneklemine benzer şekilde OKB prevalansının

% 1-4 arasında (ortalama % 2) olduğunu göstermektedir (147,148). Zohar ve arkadaşları OKB sıklığını çocuklukta % 1, ergenlikte % 4 oranında tespit etmişlerdir (148). Bozukluk çocukluk çağında erkek çocuklarda daha yüksek oranda izlenmekte iken, ergenlikte erkek ve kız oranının eşitlendiği, ergenlik sonrasında ise kızlarda yüksek oranda olduğu görülmüştür (149,150). Araştırmacılar arasında, bu tablonun OKB'nin erkek çocuklarda daha erken yaşta başlaması nedeniyle ortaya çıktığı görüşü hakimdir. OKB görülme sıklığı çocukluk çağında (10-11 yaş) ve erken erişkinlikte (19-23 yaş) olmak üzere iki kez pik yapmaktadır (101,102). Bilinen en erken hastalanma yaşı 2 yaş olmasına rağmen, OKB'nin 6 yaşından önce görülmesi nadirdir. Çocuklarda hastalığın başlangıç yaşı 7.5-12.5 yaş (ortalama 10.3 yaş) (113,149,151,152), ortaya çıkma yaşı ise 12-15.2 yaş arasında (ortalama 13.2 yaş) bildirilmiştir. Çocukluk çağı OKB'si için tanı konulma süreci hastalığın başlangıcından ortalama 2-2.5 yıl sonraya denk gelmektedir (149). Türkiye'de yapılan araştırmalarda olguların % 70'inde belirtilerin ebeveynler tarafından fark edildiği ve kliniğe başvuran olguların sadece % 15'inin başvuru yakınmalarının obsesyon veya kompulsiyon olduğu görülmüştür (111,112).

Literatürde OKB belirtileri ergenlik öncesinde başlamış ise çocukluk çağı başlangıçlı OKB, ergenlik dönemi veya sonrasında başlamış ise erişkin başlangıçlı OKB olarak isimlendirilmektedir (153). Keskin sınırlarla birbirinden ayrılamayan bu iki kategori için, çocukluk çağı başlangıçlı OKB'nin, cinsiyet dağılımı, eşlik eden psikiyatrik hastalıklar, tedavi yanıtı, obsesyon ve kompulsiyonların dağılımı, genetik özellikler bakımından erişkin başlangıçlı OKB'den farklı bir alt grup olup olmadığı ile ilgili tartışmalar devam etmektedir (149,154-156). Önerilen bu alt grup için, daha şiddetli belirtiler ve daha olumsuz seyir ile ilişkili olduğu (157,158) ve medikal tedaviye yanıtın daha düşük olduğu bildirilmiştir (120). Erken yaşta tanı konulan hastaların yarısından fazlasının erişkinliğe kadar devam eden orta ila şiddetli semptomlarla kronik bir seyir izlediği erişkin örneklemlerli çalışmalarda belirtilmektedir (159,160). Çocukluk çağı başlangıçlı OKB'de erkek baskınlığının fazla olduğu (136,161-163) ve daha fazla ailesel geçişe sahip olduğu (134,138,164) gösterilmekte olup, genetik etkilenme % 45-65 arasında bildirilmiştir (154).

2.1.6. Etiyoloji

2.1.6.1. Genetik

OKB ile ilgili 1930’larda başlayan genetik araştırmalar, aile ve ikiz çalışmaları ile başlamış, yakın zamanda moleküler genetik, bağlantı (*linkage*) genleri, aday gen ve segregasyon çalışmaları ile devam etmektedir (134,165,166). OKB’li hastaların birinci derece akrabalarında OKB sıklığının kontrol grubuna göre yaklaşık 5 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (164,167–169). Bu oran OKB’li çocukların ailelerinde, yetişkin OKB’lilerin ailelerine göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir (166). Erişkinlerde OKB geçişinde genetik faktörlerin % 27-47 oranında, çocuklarda ise % 45-65 oranında etkili olduğu tahmin edilmektedir (154).

Carey ve Gottesman, 30 ikiz çifti üzerinde yaptıkları çalışmada monozigotik ikizlerde (% 87), dizigotik ikizlere (% 47) göre anlamlı olarak yüksek eş hastalanma oranı tespit etmişlerdir (170). 2005 yılına kadar yapılan ikiz çalışmaları yöntem ve örneklem olarak yetersiz bulunsa da, Bolton ve arkadaşlarının 2007 yılındaki araştırması bu konuda uygun olgu sayısı ve yöntemle yapılan ilk çalışmalardandır ve öncekilerle tutarlı sonuçlar elde etmiştir (171). İkiiz çalışmalarını inceleyen bir metaanalizde, OKB fenotipinin oluşmasında % 40 genetik varyans ve % 51 oranında paylaşılmayan çevresel faktörlerin rol oynadığı gösterilmiştir (158). Paylaşılan evresel faktörlerin (rn: aile ilişkili faktörler) ikiz iftlerde OKB varyansına katkısının çok az olduğu araştırmacılar tarafından bildirilmiştir. Son yıllarda OKB’de ailesel geçişin, genetik faktörler ve paylaşılmayan çevresel faktörlerin epigenetik etkisi ile oluştuğu görüşü önem kazanmıştır (166). İkiiz kardeşler arasında paylaşılmayan çevresel faktörlerden perinatal olaylar (172), psikososyal stresörler, travma (173) ve inflamatuvar süreçlerin (174) OKB gelişimi üzerine etkilerinden söz edilmektedir. İkiiz alışmaları OKB genetiği ile ilgili önemli veriler sağlamıştır. Bu araştırmalar ile gen-evre etkileşimlerinin OKB etiyojisindeki rolü kanıtlanmıştır. Bununla birlikte paylaşılmayan evre ile ilgili varyansın yaşla birlikte artış gösterdiği ve son yıllarda bazı OKB semptomlarına özgü etiyojik faktörlerin olabileceği görüşleri ortaya atılmıştır (158). Ayrıca DSM-V’ teki değişlikle uyumlu olarak, istifleme (biriktiricilik) bozukluğunun, OKB’den farklı genetik etiyojiye sahip olduğu da elde edilen bulgular arasındadır (175).

Bağlantı (*linkage*) gen araştırmaları, az sayıda genin büyük etki yarattığı hastalıklarda altta yatan genetik bozukluğu tanımlamada faydalı olmaktadır (176).

Multi faktöriyel etiyojolojiye sahip hastalıklarda da araştırmalar yapılmakla beraber, OKB için Őimdiye kadar etki boyutu büyük, hastalığın ortaya çıkışı veya seyrini büyük oranda etkileyen bir gen bölgesi tespit edilmemiştir. Őimdiye kadar yapılan en geniş kapsamlı araştırmada 1q, 3q, 6q, 7p ve 15q kromozomları ön plana çıkmıştır. Geniş OKB fenotipi olan hastalar dahil edildiğinde 3q27-28 gen bölgesinde değişikliğe dair güçlü kanıtlar elde edilmiştir (177). Genetik araştırmacılar bir glutamat taşıyıcısını kodlayan 9. kromozomdaki SLC1A1 geni (178,179) ve 10p15 gen bölgesini etkilenen bölgeler olarak tespit etmiş ve güçlü olmayan kanıtlar sağlamışlardır (180). Yakın zamanda yapılan benzer bir araştırmada, daha önce de tanımlanan 15q14 bölgesi ile ilgili önemli kanıtlar bildirilmiştir (181).

Bununla birlikte aday gen çalışmalarını ile glutamat transporter geni SLC1A1'de (182,183), serotonin sistemi ilişkili iki gen olan 5-HTTLPR (SLC6A4) ve HTR2A (5-hidroksitriptamin reseptör 2A)'da ve erkek olgularda COMT (katekol-O-metil transferaz) ve MAO-A (monoamin oksidaz-A)'yı kodlayan genlerde polimorfizm tespit edilmiştir (184). Yeni bir araştırma özellikle 5-HTTLPR'nin erkeklerde istifleme ile ilişkili ve HTR2A ile karşılık gelen bir SNP alt kümesinin yine erkeklerde ruminasyonla anlamlı olarak ilişkili olduğunu göstermektedir (175). 17. kromozom üzerindeki 5-HT1D β , 5-HT2A reseptör alt tiplerini ve serotonin taşıyıcısını kodlayan genlerin polimorfizmleri OKB ile ilişkili bulunmuştur (185,186). OKB'li olgularda birçok kez SERT (*Serotonin Transporter*) ekspresyonunda artış bildirilmiş olup (187,188), bunu desteklemeyen araştırmalar da mevcuttur (175). Benzer şekilde dopamin reseptör geni DRD4 varyantında anlamlı veriler elde edilmiştir (189). Bir metaanalizde postsinaptik membranda eksprese olan ve GLUR-2 ile birlikte yer alan FAIM-2 (FAS apoptotik inhibitör molekül-2) yakınındaki bir tek nükleotid polimorfizmi ile OKB arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır (190).

Sonuç olarak Őimdiye kadar yapılan genetik araştırmaların sonuçları incelendiğinde, birçok farklı genomik bölgedeki varyansların hafif-orta düzeydeki genetik etkilerinin biraraya gelerek hastalığa yatkınlık oluşturduğu, çevresel faktörlerin epigenetik etkilerinin de OKB'nin ortaya çıkmasına katkıda bulunduğu görülmektedir.

2.1.6.2. Nöroimmunoloji

OKB'de nöroimmün işlev bozukluğunu araştıran çalışmalar da sürmektedir. Kaudat çekirdek, putamen ve globus pallidustaki nöronları etkileyen antinöral

antikorların tespit edildiği bir hastalık olan Sydenham Koresi olan çocukların % 70' ten fazlasında, nörolojik belirtiler başlamadan 2-4 hafta önce obsesif kompulsif belirtilerin başladığı saptanmıştır. Belirtilerin antibakteriyel veya steroid tedavisiyle düzelmesi OKB ve immunoloji arasındaki ilişkiye işaret etmektedir (82,191). Nöroimmüitenin, benzer şekilde monoklonal antikorların tespit edildiği PANDAS (Streptokok ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik sendrom) ve bu tabloya benzeyen son yıllarda önerilen yeni kategorilerden PANS (Pediatrik Akut başlangıçlı Nöropsikiyatrik Sendrom) ve CANS (Çocukluk çağı Akut Nöropsikiyatrik Sendrom) için belirleyici olabileceği öne sürülmüştür (192–194). İsveç'te yakın zamanda yapılan bir araştırma, çocuklarda OKB ve tik ilişkili otoimmün süreçlerin ailesel bağlantısı olduğunu bildirmiş, hatta antikorların plasental geçişi ile ortaya çıkan anne-ilişkili faktörün etkisinden söz etmiştir (195). Yeni başlangıçlı OKB'li çocukların serumlarında, kaudat çekirdek ve putamene karşı oluşmuş antikorlar yüksek oranda bulunmuştur. Bununla birlikte, literatürde OKB'lilerde plazma ve beyin omurilik sıvısı TNF- α and IL-6 ve IL-1 β sitokin düzeylerinde değişiklikler bildirilmiştir (196). Eldeki veriler varlığında, bu bulgular OKB'nin patofizyolojisinde immünolojik tutulum hipotezini desteklemektedir, ancak yine de farklı OKB belirtilerinin farklı immün mekanizmalar ile ilişkisi henüz net değildir (197).

2.1.6.3. Nöroanatomik Değişiklikler

Son yıllarda OKB'nin etiyopatogenezinde frontal ve subkortikal yapılar arasındaki işlev bozukluğunun rol oynadığı ileri sürülmüştür (198–200). Kortiko-striato-talamo-kortikal (KSTK) model OKB ilişkili nöronal ve patofizyolojik olayları anlamada günümüzde en çok ilgi gören modeldir (201,202). OKB'nin KSTK modeli, anormal frontostriatal aktivitenin bu döngünün aracılık ettiği bilişsel alanlardaki bozulmuş fonksiyonlarla ilişkili olabileceğini öne sürmektedir (166). OKB'nin işlevsel görüntüleme çalışmalarındaki en tutarlı bulgular, hem çocuk hem de yetişkin OKB'li bireylerde gözlenen lateral ve medial orbitofrontal korteksin (OFK) anormal şekilde artmış aktivasyonu ile ilgilidir (95,199). Birçok çalışma hem erişkin (95,200,203), hem de çocuk OKB hastalarında iki taraflı olarak kaudat çekirdek başındaki hiperaktiviteden bahsetmektedir (201). Ayrıca sorun çözme ve hata izlemenin değerlendirilmesinde merkezi bir rol oynadığı düşünülen ön singulat korteks (ÖSK) de OKB patofizyolojisinde rol oynamaktadır (204). Araştırmalar OKB'li bireylerde hem dinlenme durumunda hem de semptom provakasyon araştırmalarında

ÖSK' de hiperaktivasyon göstermektedir (205,206). Bazı araştırmacılar bu hastalarda OFK, medial prefrontal korteks ve anterior singulat girusla ilişkili düzenleyici kontrol bozukluklarının olduğunu öne sürmektedirler (207,208).

Sonuç olarak heterojen bir hastalık olduğu bilinen OKB' nin, nadir görülen mutasyonların bir araya gelerek oluşturduğu farklı mekanizmaların etkileşiminden kaynaklandığı ve sonuçta immünojenik ve nörogelişimsel bazı değişikliklere yol açtığı düşünülmektedir (197).

2.1.6.4. Nörotransmitter Değişimleri

OKB patofizyolojisinin geçmiş ve güncel modelleri kortikostriatal devre ile üç ana aday nörotransmitter sistemine odaklanmıştır; bunlar serotonin, dopamin (209) ve glutamat (210) olarak gösterilmektedir.

OKB'de "serotonin hipotezi" serotonin geri alımını bloke eden ilaçların antiobsesyonel etkinliklerinin görülmesiyle ortaya atılmıştır (211). Leonard ve arkadaşları çocuk ve ergen OKB'lilerin tedavisinde, klomipramin ve fluoksetini yalnızca noradrenalin geri alımını bloke eden desipramin ile karşılaştırmış ve desipraminin etkisinin plasebodan farksız olduğunu ortaya koymuşlardır (212). Benzer şekilde serotonerjik transmisyonun azalması, OKB hastalarında tedavi cevabı ile ilişkili bulunmuştur (213). Yapılan beyin omurilik sıvısı (BOS) çalışmalarının bazılarında, serotonin metaboliti olan 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) düzeyleri, OKB hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (214,215). OKB'nin son dönem nörofizyolojik çalışmalarından elde edilen bulgulara dayanarak, geçerli KSTK modelinde düşük aktivasyon eşiğinin, indirek yoldan üzerinden disinhibisyon ve dolayısıyla orbitofrontal-subkortikal yolun hiperaktivasyonu ile sonuçlandığı belirtilmektedir. Serotonerjik transmisyonunun azalması ile BOS serotonin metabolitlerinde azalma ve KSTK devresinde azalmış aktivite gözlenmiştir (166). Hayvan modellerinde 5-HT_{2C} reseptörleri silinmiş farelerde kompulsif davranışların ortaya çıktığı (216), oral yoldan serotonin agonisti meta-klorofenilpiperazin (m-CPP) verildiğinde OKB semptomlarının arttığı, bu artışın serotonin geri alım inhibitörleri ile önlendiği görülmüştür (217). Sonuç olarak OKB' de serotoninin rolü açısından basitçe serotonerjik sistemin hipoaktivitesi veya hiperaktivitesinden söz etmek mümkün değildir. Serotonerjik sistemlerde düzensizlik, tek başına OKB' nin tüm nörokimyasını açıklamamaktadır. Bu bozuklukta serotonerjik

sistemin diğerk disfonksiyonel nörotransmitter sistemlerini düzenleyici veya kompansevar rolü olduğu düşünölmektedir (218).

İlgili literatürde pek çok araştırma sonuçlarına göre frontostriatal döngü için dopamin önemli bir metabolittir (219). Serotonin gerialım inhibitörlerine dirençli OKB'de dopamin antagonisti antipsikotik ilaçlarla güçlendirme tedavileri ve bazal ganglion ilişkili patolojilerde ortaya çıkan OKB benzeri semptomlar OKB' de dopaminin rolünü destekleyen bulgulardır (220,221). Ayrıca bazı hayvan çalışmaları, serotonin ve dopamin sistemlerinin, farelerde aşırı kendini temizleme ve kaygı şeklinde OKB benzeri davranışların ifadesiyle ilgili olduğuna dair destekleyici kanıtlar sağlamıştır (187,222). 5-HT2A antagonizması, dopaminerjik nöronlarda ateşleme hızını artırarak obsesif kompulsif belirtileri kötüleştirirken; D2 reseptör antagonizması ile dopaminerjik nöronların inhibisyonunun obsesif kompulsif belirtileri azaltmakta olduğu görölmüştür (221). Dopamin davranışın adaptasyonu ve bilişsel esneklik için gerekli bir nörotransmitter olarak varsayılmakta ve bazı araştırmalar OKB' yi bilişsel esneklikte azalma ile ilişkilendirmektedir (223). Ek olarak, OKB genetiğı ile ilgili iki meta-analizden elde edilen bulgular, serotonin sistemi ile ilgili iki ve dopaminerjik sistem ile ilgili de iki genetik bölgenin OKB fenotipinin ortaya çıkması ile ilişkili olduğunu göstermiştir (184,224,225). Özetle, artmış dopamin transmisyonunun OKB'de muhtemel mekanizmalardan olduğu ve frontostriatal devrelerin dopaminerjik modölyasyonunun önemli bir rol oynadığı görölmektedir. Bu düzenlemenin, muhtemelen OFK serotonin seviyeleri ile dorsal striatal dopamin seviyeleri arasındaki denge ile ilişkili olduğu düşünölmektedir (226).

Bugüne kadar yapılan genom çalışmaları glutamaterjik sistemdeki bazı genlerin varyantlarının OKB ile orta derecede ilişkili olduğu bildirmiştir (166). Glutamat taşıyıcı SLC1A1'den yoksun farelerde, oksidatif stresin etkilerine karşı duyarlılık artmış ve bu fareler orantısız saldırganlık ile aşırı kendini temizleme davranışları göstermişlerdir (227). Benzer araştırmalarda glutamat reseptör ekspresyonu ve transmisyonunda önemli rol oynadığı bilinen farklı genler değıştirilmiş ve farelerde ortaya çıkarılan OKB benzeri davranışların fluoksetin tedavisi ile gerilediğı gözlenmiştir. Bulgular serotonin ve glutamat sistemleri arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (228–230). Görüntöleme çalışmalarında SPECT MRG ile striatal glutamat konsantrasyonunun arttığı, serotonerjik ilaçlarla bu artışın normale döndüğü bildirilmektedir (210,231). İnsanlarda SLC1A1 fonksiyon kaybı,

nadir görülen dikarboksilik aminoasidüriye neden olmakta, bu hastalığa sahip bir hastada yaşam boyu OKB davranışları bildirilmektedir (232).

2.1.6.5. Nöropsikolojik Endofenotip

OKB’de nöropsikolojik araştırmalara son yıllarda artmış bir ilgi mevcuttur. Abramovitch ve arkadaşları, OKB’li erişkinlerin yürütücü işlev testlerinde düşük performans gösterdiği (233) ancak çocuk ve gençlerde klinik olarak anlamlı nöropsikolojik yetersizliğe rastlanmadığını bildirmiştir (234). Bununla çelişen bazı araştırmalarda çocuk ve gençlerde de ince motor beceriler, yürütücü işlevlerden işleme hızı ve sözel bellekte bozulma, görsel-mekansal performansta belirgin eksiklikler tespit edilmiş ve hatta bu belirtiler kalıcı gidişin belirteci olarak gösterilmiştir (235). Bazı araştırmacılar semptom çeşitlerine göre biriktiricilik, simetri-düzen, kontrol veya yıkama kompulsiyonlarında farklı yürütücü işlev görevlerinde beceri eksikliği olabileceğini ifade etmişlerdir (236–239). Çocuk ve ergen örnekleminde de erişkinlere benzer şekilde (240), biriktiricilik bozukluğu olanlarda daha düşük akademik performans ile birlikte, nörokognitif testlerde anlamlı olarak daha düşük puanlar gösterilen araştırmalar mevcuttur (241). McGuire ve arkadaşları bu olgularda prefrontal korteks ile ilişkili DEHB ve özgül öğrenme güçlüğü gibi bozukluklarla daha sık birliktelik bildirmişlerdir. Aynı araştırmada simetri-düzen ve biriktiricilik kompulsiyonu olan OKB’li çocuk ve ergenlerin yürütücü işlev fonksiyonlarında istatistiksel olarak anlamlı bozulma gösterilmiştir (239). Endofenotip araştırmalarından elde edilen ilk kanıtlar da; hem OKB hastalarında hem de etkilenmeyen birinci derece yakınlarında beyin aktivitesinde ve yürütücü işlevlerde bazı değişiklikler olduğunu göstermektedir. Nöropsikolojik değişikliklerin semptom bazlı etiyolojik süreçlerdeki yeri ve ailesel OKB riskinin belirlenebilmesi için, frontostriatal devreler ve nöral aktivite üzerinde etkili olan özgül genetik varyantlar ile ilgili daha ileri araştırmalar gerektiği belirtilmektedir (166).

OKB etiyolojisi ile ilgili güncel yaklaşım, bütünleştirici bir genetik, çevre ve nörobiyoloji modeli olması gerektiği yönündedir. Önerilen modellerde özet olarak sözü edilen; ailesel kalıtılan genetik varyansların yanında, çevresel faktörlerin [perinatal olaylar (172), psikososyal stresörler, travma (173) ve inflamatuvar süreçler (174) vb.] epigenetik etki ile nörotransmitter sistemleri ile ilgili genetik değişiklikler ortaya çıkardığı komplike bir mekanizmadır. Bu nörotransmitter değişimleri, KSTK devrenin doğrudan ve dolaylı döngüleri arasında OKB’ye özgü bir dengesizlikle

sonuçlanmaktadır. Glutamaterjik aşırı aktivasyon, KSTK döngü boyunca OKB fenomenolojisini ortaya çıkarmaktadır. Ayrıca, heterojen bir yapısı olan OKB' nin farklı semptom boyutları için; her biri farklı genetik varyansların biraraya geldiği, ayrı etiyojileri ve patofizyolojileri olan alt kümeler olabileceği de belirtilmektedir (166).

2.1.7. Tedavi

OKB' nin ilk basamak tedavisinde en güncel ve güvenilir kaynaklar, hem erişkin hem de çocuk-ergen grubunda bilişsel davranışçı terapi (BDT), selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) veya ikisinin kombinasyon tedavilerini önermektedir (115,242–245). Son 15 yılda yapılan randomize kontrollü çalışmalar ile, BDT'nin çocukluk çağı OKB' sindeki etkinliği kanıtlanmıştır (246). Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatri Birliği (AACAP) orta ve şiddetli semptomları olan çocuk ve ergenlerde BDT ve SSGİ' lerin kombine kullanımını önermektedir (244). Ancak son meta-analizlerde tedavi yanıtı açısından, şiddetli OKB' de yalnızca BDT ve kombine tedavi (BDT+SSGİ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Bu nedenle son yayınlar AACAP önerisini tamamen reddetmemekle birlikte, BDT'nin komorbidite ve hastalığın şiddetine bakılmaksızın ilk basamak tedavi olması gerektiği konusunda görüş birliği içerisindedir (247–249). Çocuk-ergen popülasyonunda OKB konusunda en geniş ölçekli araştırmalardan olan POTS (*Pediatric OCD Treatment Study- 2004*) çalışmasında 112 çocuk ve ergende tedavi yanıtları değerlendirilmiştir. Bu araştırmada BDT ve kombine tedavinin, tedavi yanıtı ve remisyonunda tek başına sertraline üstün olduğu belirtilmiştir. Remisyon oranları açısından ise kombine tedavinin tek başına BDT'ye farkı gösterilememiştir (250). Tek başına SSGİ'ler ile remisyon oranlarının % 30'un altında kaldığı belirtilmektedir (137,250). Bu nedenle araştırmacılar tarafından başlangıçta tek başına SSGİ tedavisinin verilmesinin tek geçerli koşulunun uygun BDT terapistinin olmaması olabileceği bildirilmiştir (115). Son yapılan NordLOTS (*The Nordic Long-term OCD Treatment Study-2019*) çalışmasında BDT'nin etki gücü olarak sertraline üstün olmadığı vurgulanmış fakat tedavinin yarım bırakıldığı durumlarda relapsların tek başına ilaç tedavisinde daha fazla olduğu gösterilmiştir. SSGİ'lerin OKB tedavisinde önerilen uzun süreli kullanımının yaratacağı yan etkiler göz önünde bulundurulduğunda, çocuk-ergenlerde hastalık şiddetine bakılmaksızın tek başına veya kombine şekilde BDT uygulanmasının uygun olduğu belirtilmektedir (251).

2.1.7.1. Psikofarmakolojik Tedavi

Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

OKB tedavisinde ilk sırada önerilen ilaçlar seratonerjik etkili ilaçlardır. SSGİ'lerden fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, sitalopram, essitalopram, paroksetin ve trisiklik antidepressanlardan klomipramin tedavide önerilen ilaçlardır. 1989 yılında OKB tedavisinde FDA onayı alan ilk ilaç olarak klomipramin, bundan başka SSGİ grubundan fluoksetin, fluvoksamin ve sertralinin çocuk ve ergen OKB'sinde kullanımı FDA tarafından onaylanmıştır (115). Sitalopram, essitalopram ve paroksetinin de çocuk ve ergenlerde OKB tedavisinde etkinliği gösterilmiş olmasına rağmen henüz FDA onayı almamış ilaçlardır (244,252). Hem klomipramin (253,254), hem de SSGİ'ler (255,256) pek çok randomize plasebo kontrollü araştırmada değerlendirilmiş ve hepsi plasebodan üstün bulunmuştur. SSGİ'lerin kendi arasında tedavi yanıtı açısından anlamlı fark bulunamazken, klomipramin etki büyüklüğü bakımından SSGİ'lere göre belirgin üstün olarak gözlenmiştir (257–261). Ancak klomipramin olumsuz yan etki profili nedeniyle OKB tedavisinde hem yetişkinlerde hem de çocuklarda ilk sırada önerilmemektedir (262,263). Çocukların % 60'ında ortaya çıkan antikolinerjik, adrenerjik, histaminerjik yan etkileri (ağız kuruluğu, kabızlık, baş dönmesi, postüral hipotansiyon, terleme ve sedasyon) ve daha nadir ancak ciddi olabilecek otonomik, hepatik ve kardiyak yan etkileri klomipraminin ilk tercih ajan olarak kullanımını kısıtlamaktadır (244).

Etki büyüklüğü (EB) açısından pediatrik popülasyonda yapılan bir meta-analizde SSGİ, BDT ve kombine tedavi sırasıyla 0.48, 0.53 ve 0.80 olarak tespit edilmiştir (249). Watson ve Rees (2008) tarafından klomipraminin etki boyutunun SSGİ'lere göre oldukça yüksek (0.85) olduğu bildirilmiştir (264). Buna rağmen AACAP 2012 yılında yayınladığı uygulama parametrelerinde, klomipramine yalnızca kısmi yanıt veya yanıtızlık durumlarında SSGİ'lerle kombine olarak güçlendirme tedavisinde yer vermiştir. Ayrıca bu ajanın kombine kullanımı sırasında elektrokardiyografi monitorizasyonu önerilmektedir (244). Aynı yönergede OKB'nin psikofarmakolojik tedavisinde çocuk ve ergenlerde düşük dozlardan başlanarak, yavaş doz artırımı yapılması ve yanıtı değerlendirmek için ajanın 10-16 hafta arasında, uygun dozda kullanılması önerilmektedir (244). Semptom çözülmesi ve stabilizasyonu sonrasında tedavinin en az 12 ay boyunca devam etmesinin remisyon oranlarını artırdığı üzerinde durulmuştur (252,265). Erişkinler için kabul edilen aksine, yakın

zamanda bir meta-analiz, çocuk ve ergenlerde kullanılan ajanı önerilen en yüksek dozda vermenin tedavi yanıtına ek bir katkısının olmadığını bildirmiştir (260).

Antipsikotik İlaçlar

OKB ile ilgili çalışmalar tedavi edilen toplam örneklemdeki yanıt oranının yüksek olmasına rağmen (% 71), eşlik eden psikiyatrik hastalıkları, düşük içgörüsü olan, tedavi öncesi OKB şiddeti yüksek olan hastaların tedaviye daha az yanıt verdiğini bildirmiştir (115). SSGİ ve BDT ile tedaviye dirençli hastalarda, özellikle tik bozukluğu, yıkıcı davranış bozuklukları, otizm spektrum bozukluğu, duygudurum bozukluğu ek tanıları ve zayıf içgörü varsa atipik antipsikotikler ile güçlendirme stratejileri planlanabilmektedir (266). Atipik antipsikotiklerden çocuk ve ergenlerde OKB’de etkili olduğu bildirilen düşük dozlarda risperidon, haloperidol ve aripiprazoldür (267).

2.1.7.2.Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), bilişler ve davranışlar üzerinde çalışarak kaygı uyandıran düşünceyi ve belirtilerin sürmesinde etkili olan davranışları değiştirmeyi amaçlamaktadır (268). Çocuk ve ergenlerde OKB tedavisinde BDT ile ilgili pek çok araştırma tutarlı olarak bu terapi şeklinin kabul edilebilir ve geçerli olduğunu bildirmiştir (264). OKB’de genellikle başarısız uygulamaları olan diğer psikoterapilerin aksine BDT; bozukluk, tedavi ve belirtilen sonuç arasında mantıksal olarak tutarlı bir gelişme sunmaktadır (269). BDT, psikolojik bozuklukların bilişsel ve davranışsal komponentleri ile sürdürüldüğü varsayımı üzerine kurulmuştur. OKB’li ergenler için BDT, dört ana unsurdan oluşur: 1) Psikoeğitim 2) Bilişsel yeniden yapılandırma 3) OKB'nin haritalanması 4) Maruz bırakma/tepki önleme (270). Terapinin temeli obsesyonlar ile artmış endişe arasındaki ilişkinin azaltılması ve maruz bırakma/tepki önleme ile anksiyetenin azaltılmasına dayanmaktadır.

Yakın zamanda yapılan meta-analizlerde tutarlı olarak çocuk ve ergenlerde BDT’nin etki boyutu 1.21 ve üzerinde bulunmuş olup, diğer bütün tedavilere üstün olduğu gösterilmiştir (246,247,264). Tedavi ve remisyon oranlarını BDT için % 69.6 ve kombine tedavi için % 66.1 olarak bildiren bir meta-analiz çalışması iki yöntem arasında anlamlı fark saptamamıştır, sonuçlar önceki meta-analizler ile uyumlu bulunmuştur (249). Tedaviye yanıt veren hastalarda, tedavi kazanımlarının süregelen

1 yıl içerisinde az da olsa devam etmiş olması, BDT'nin en önemli avantajı olarak bildirilmiştir (4). Ayrıca tedaviye erken başlanan, anksiyete komorbiditesi olan ve şiddetli obsesif kompulsif belirtileri olan hastalarda BDT'nin etki büyüklüğü daha yüksek olarak gözlenmiştir (246,249).

Çocukluk çağı OKB'sinde özellikle ebeveynlerinin günlük aktivitelerini takip edebildikleri küçük çocuklar için, ailenin terapi sürecine dahil olması gerektiği görüşü genel olarak kabul edilmektedir (115,271,272). Farklı olarak iki meta-analizde, bireysel BDT veya aile temelli BDT arasında tedavi etkinliği açısından anlamlı fark bulunmadığı ifade edilmiştir (246,249). Aile temelli BDT yaklaşımı dışında, grup BDT, internet tabanlı BDT, telefon-BDT ve yoğun BDT gibi farklı prosedürler ile uygulamalar yapılabilmektedir. Etkili olduğu gösterilen uygulamalardan biri benzer ve grup terapisine uygun hastaların biraraya toplanarak BDT yapıldığı grup BDT uygulamasıdır (273). Sık aralıklarla uygulanan seanslarla yapılan yoğun BDT uygulamasının özellikle tedaviye dirençli OKB ya da çok hızlı yanıt isteyen hastalar için faydalı olabileceği belirtilmiştir (274). Terapistte ulaşım imkanının kısıtlı olduğu durumlarda uygulanan internet tabanlı BDT'de hasta, çevrimiçi bir kendi kendine yardım kitabına benzer şekilde web tabanlı tedavi materyalleri ve çevrimiçi ev ödevleri ile çalışmakta ancak sıklıkla bir klinisyen tarafından desteklenmektedir (275). Bu yöntemin erişkinlerde etkinliği kanıtlanmış olsa da (276), ergenlerde yüz yüze yapılan geleneksel BDT kadar etkili olmadığı ancak tedavi sonrası 3. ayda hastaların kazanımlarının halen devam ettiği bildirilmektedir (275).

Bazı araştırmacılar gençlerin yalnızca % 40'ının BDT'ye mükemmel yanıt verdiği, kombine tedavi sonrasında bile hastaların yaklaşık % 50'sinin semptomatik kaldığını ifade etmektedir (272). Bunun sebebini çocuğun tedaviye uyumuna ve zaman içinde kazanımlarını sürdürmesine yardımcı olacak ebeveynlerin tedaviye yeterince dahil olmaması olarak yorumlamışlardır. Bununla birlikte aile uyumu (*family accomodation*), ebeveyn duygu dışavurumu ve aile işlevselliğinin tedavi yanıtı üzerindeki etkisine vurgu yapmışlardır (80,277-279). Çocuk ve ergenlik çağında görülen OKB tedavisinde aile ile ilgili faktörleri inceleyen geniş bir literatür bilgisi bulunmaktadır (277,280). Düşük aile işlevselliği ve aile içi çatışma genellikle ailede suçlama, düşmanca tavır ve zayıf aile içi bağlar ile birlikte gözlenmektedir (279,281,282). Aynı zamanda aile çatışması ve aile uyumu (ailenin ritüellerin bir parçası olma ve kompulsif eylemlere yardımcı olma eğilimi-*family accomodation*) her iki durumun da yaygınlığı nedeniyle aynı ailede görülme ihtimali yüksek durumlar

olarak karşımıza çıkmaktadır (278,283). Aile uyumunun belirti şiddeti ve işlevsellikte bozulma arasındaki ilişkiye aracılık ettiği (284,285), bunun yanında aile uyumu ve ailede yüksek duygu dışavurumunun hem çocuk hem de yetişkinler için zayıf BDT yanıtı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (279,286,287). Bu konudaki araştırmalar göstermektedir ki; aile dinamikleri hasta ile ilgili bireysel faktörler ile birlikte bir bütün olarak değerlendirilip, tedavi protokolünü belirlerken göz önünde bulundurulması gereken önemli değişkenlerdir.

2.1.8. Obsesif Kompulsif Bozukluğa Açıklama Getiren Kuramlar

2.1.8.1. Psikanalitik Kuram

Obsesyon ve kompulsyonlar, Freud'dan çok önce tanımlanmış olsalar da, mental bozukluk ya da psişik zayıflık ile açıklanmaya çalışılmıştır. Freud bu konuda ilk bilimsel hipotezleri ortaya atan kişi olmuştur (288). Klasik psikanalitik kurama göre obsesyonlar histeriye benzer şekilde ödipal dönemin bastırılmış isteklerinden doğar. Freud'a göre obsesif-kompulsif hasta, ödipal dönemin çatışmaları ile baş edememiş, duyduğu anksiyete sonucu daha önceki bir psikoseksüel gelişim dönemine -anal sadistik döneme- gerilemiştir (91). Bu gerilemenin ön koşulu anal döneme saplanmadır. Bu evrenin karakteristik kazanımı olan tuvalet eğitimi sırasında yaşanan güçlükler, anal sadistik döneme saplanmayı kolaylaştırır. Çocuğun boşaltım işlevlerinin denetimini kazandığı, egosu ile dürtüleri arasındaki ilişkinin geliştiği bu dönemin obsesyonel nevroz gelişiminde önemli olduğu öne sürülmüştür. Bu eğitim, çevrenin beklentileri ile çocuğun dürtü doyumunu geri bırakmayı veya ondan vazgeçmeyi öğrenip öğrenemeyeceği ilk durumdur. Bu dönemde kural koyucu olan anne ile etkileşiminde çocuğun karşı koyduğu şey yasaktan çok bu yasağa ille de uymasının beklenmesidir (289). Ayrılma ve bireyselleşmenin hız kazandığı bu dönemde çocukta kontrol edilme algısı annenin tuvalet eğitimi sırasındaki tutumu ile şekillenir. Anal döneme saplanma sonucunda, anal dönemin özellikleri olan büyüsel düşünce, kararsızlık, titizlik, ambivalans, inatçılık ortaya çıkmaktadır (290).

Deskriptif yaklaşımda OKB'nin temel özellikleri olan obsesyon ve kompulsiyonlardan, bazıları bilinçdışı dürtülerin örtük ve çarpıtılmış dışavurumları, bazıları süperregonun dürtülere karşı tehditleri, bazıları ise bu ikisi arasındaki çatışmaların bir yansıması olarak kabul edilmektedir (291). Freud regresyon sonucu süperregonun da gerilediği ve katı, acımasız bir yapıya büründüğünden söz eder.

Düşüncede regresyon sonucu ise okul öncesi çocuklarda olduğu gibi büyüsel düşünce egemen olur. Kişi, eylem olmaksızın sadece düşünceyle veya sözcüklerle gerçeğin değişeceğini düşünebilmektedir (292).

OKB’de kişi dürtülerini temel olarak üç savunma mekanizmasını kullanarak bilinç dışında tutmaya çalışır, bunlar yalıtma, karşıt tepki oluşturma ve yapma-bozma düzenekleridir. Örneğin; cinsellik ve saldırganlık dürtülerini kontrol altında tutabilmek için kişi, abartılı şekilde kibar veya aşırı muhafazakar olabilmektedir (karşıt tepki oluşturma). OKB hastaları benliği zorlayan ve yoğun sıkıntı oluşturan obsesyonları denetleyebilmek için ise, duygularını düşünce ve olaylardan ayıştırdığı “yalıtma” mekanizmasını kullanmaktadırlar. Ayrıca büyüsel düşüncenin etkisiyle kişi “yapma-bozma” mekanizmasını kullanarak, kabul edilemez bir düşünce ya da davranışı nötralize etmek amacıyla düzenli olarak belirli ritüellerde bulunmaktadır (293). OKB hastalarının dürtülere yönelik kontrol girişimleri mükemmelliyetçilik, sorumluluk gibi özellikleri ortaya çıkarmaktadır. Diğer taraftan büyüsel düşünce abartılmış suçluluk ve sorumluluk duygularına (düşüncelerinden dolayı kötü bir olayın gerçekleşmesi) yol açabilmektedir.

Freud’un çalışmalarını geliştiren kızı Anna Freud, nesne ilişkilerindeki başarısızlık ile anal özelliklerin artışı arasında bir ilişki olduğu varsayımını öne sürmüştür (294). Melanie Klein obsesyonları, içsel iyi nesnenin tahribi arzusuna karşı, tahrip etmiş olmaktan korkma ve kontrol etme şeklinde kullanılan savunmalar olarak görür. Klein’a göre obsesif semptomatoloji bir tamir gayretidir (295). Mallinger, obsesif hastalarda sürekli kontrol ihtiyacının olduğunu, semptomların kontrol çabası yetersiz kaldığında ortaya çıktığını ve bu obsesif kontrol çabasının altında güçsüzlük korkularının yattığını savunmuştur (296). Salzman, OKB’nin dinamiğinde utanç, zayıflık ve yetersizlik duygularının ortaya çıkışını önleme çabasının olduğunu öne sürmüştür (297). Leib ise OKB hastalarının çoğunda despot ve aşırı koruyucu olarak içselleştirilmiş anne imgesi ile kurulan ilişkinin hastalığın gelişiminde rol oynadığını savunmuştur (298).

2.1.8.2. Davranışçı Kuram

Mowrer’in fobik korkunun oluşumunu açıklayan “iki basamaklı öğrenme kuramı” OKB’nin oluşumu ve sürmesini açıklamak için kullanılmıştır. Buna göre ilk aşamada klasik koşullama yoluyla girici düşünceler, imgeler ve tepkiler, kaygı ile ilişkili hale gelmektedir ve bunu kaygıda artma izlemektedir. İkinci aşamada edimsel

koşullama yoluyla kişi kendinde kaygı yaratan obsesyoneel düşüncelerden kaçınarak kaygıyı azaltmaya çabalamaktadır. Modele göre kompulsif davranışlar da bu kaygıdan kaçınmak amacıyla gerçekleştirilmektedir. Bu yolla kompulsiyonlar aktif kaçınma yöntemi halini almaktadır. Clark (2004) obsesyonları izleyen kaygının kompulsiyonların sergilenmesiyle hafiflemesi döngüsünün kısa süreli olduğuna dikkat çekmektedir. Birçok kişide rahatlama kısa dönemlidir ve obsesyonlar ile kaygının ortaya çıkması ve bunu kompulsiyonların takip etmesi döngüsü tekrarlanır (208). Dolayısıyla bu kuram davranışçı terapi yaklaşımı olan maruz bırakma (*exposure*) ve tepki önleme (*response prevention*) tedavisinin gelişmesine aracılık etmiştir (299).

2.1.8.3. Bilişsel Modeller

1980’li yıllardaki davranışçı terapi sonuçları tedaviyi sonlandıranların yaklaşık yarısının iyi yanıt verdiği, % 39’unda ılımlı iyileşme görüldüğü ve % 10’unda yararlı olmadığını göstermiştir (300). Maruz bırakma, tepki önleme (*exposure/response prevention, ERP*) özellikle yıkama ve daha az oranda kontrol kompulsiyonlarında çok başarılı bulunmuştur. Kısa dönem tedavi başarısı % 63, uzun dönem tedavi başarısı % 55 oranında saptanmıştır ancak hastaların yaklaşık % 20-30’unun tedaviyi reddettikleri ya da bıraktıkları görülmüştür (301). Clark, ERP’nin pür obsesyon, örtülü kompulsiyonlar ve istifleme gibi bazı alt tiplerde etkisinin az olması, tedaviye direnç, tedavi uyumunun ve motivasyonunun az olması, hatalı bilişler ve inançların ön plana çıkması gibi nedenlerle bilişsel komponentin tedaviye eklenmesi gerektiğini belirtmiştir (302).

OKB ile ilgili bilişsel davranışçı modeller, Beck’in (303) bilişsel özgüllük hipotezine dayanmakta ve farklı psikopatolojilerin farklı işlevsiz inanç türlerinden kaynaklandığını öne sürmektedir. “Obsesif ve kompulsif nevroz” ile ilgili bilişsel komponente odaklanan en eski araştırmalar Carr (1974) tarafından yapılmıştır. Zarara odaklanan gerçekçi olmayan tehdit değerlendirmesi ve olası zararı hatalı değerlendirmesi sonucu obsesyonların ortaya çıktığına vurgu yapmıştır (304). İlk kez Salkovskis (1985) obsesyonların normal intruziv düşüncelerle başladığını, normal intruziv düşüncelerle obsesyonlar arasındaki farkın, obsesyonların oluşum sürecindeki hatalı inançlar ve kontrol edilemezliği olduğunu belirtmiştir (305). Çeşitli bilişsel modellerin vardığı ortak nokta, kişilerin olaylara, durumlara ve nesnelere ilişkin yanlı değerlendirmelerine verdiği merkezi rol olmuştur.

Salkovskis (1985), OKB ile ilgili geliştirdiği ‘Abartılmış Sorumluluk Modeli’nde, obsesyonların temelinde sorumluluk algısıyla ilgili değerlendirmelerin olduğunu öne sürmüştür. Modele göre; OKB’li kişiler girici düşünceleri gelebilecek bir zararın işareti olarak değerlendirmekte ve önlemekle ilgili abartılı bir sorumluluk hissetmektedirler. Dikkatin girici düşüncelere odaklanması ile kaygı artmakta ve kişi kaygıyı gidermek amacıyla nötrleştirme veya kompulsiyon davranışları geliştirmektedir (305). Salkovskis ve arkadaşları (2000) abartılmış sorumluluğun OKB belirtilerini yordadığını, depresyon ve kaygı belirtileri ile anlamlı ilişki göstermediğini bildirmişlerdir (306).

Rachman, ‘Girici Düşüncelerin Hatalı Yorumlanması Modeli’nde (1998) istemsiz düşünce, imge veya düştülere kişisel önem atfedilmesini ve bunların olası sonuçlarının felaketleştirici şekilde yorumlanmasının obsesyonları oluşturduğunu ileri sürmüştür (307). Girici düşüncelerin önemine yönelik felaketleştirici yorumlar yapmak çevredeki nötr uyaranların da tehdit edici olarak algılanmasına, tehdit edici uyaran sayısının ve hissedilen sıkıntının artmasına yol açmaktadır. Obsesyonları ve olumsuz etkilerini telafi etmek için geliştirilen nötralizasyonlar ve kompulsiyonlar, kaygıyı kısa vadede azaltmaktadır. Ancak uzun vadede korkulan sonuçların meydana gelmesinin, bu davranışlar sayesinde engellendiği inancının sürmesine yol açmaktadır. Yani kişinin, obsesyonun felaketle sonuçlanacağı varsayımının yanlış olduğunu ispatlamayı engellemektedir. Bununla birlikte ortaya çıkan kaçıma davranışları kişinin hatalı inancını değiştirilemez şekilde güçlendirmektedir. Rachman modelinde; girici düşüncenin önemli olarak değerlendirilmesi, kişiselleştirilmesi, potansiyel sonuçlarının zarara yol açacağı şeklinde değerlendirilmesi gibi boyutlarıyla, düşünceye atfedilen önem ve düşüncenin gücü inançlarına vurgu yapmıştır (308). Ayrıca modelde düşünce-eylem kaynaşmasından da bahsetmektedir. Düşünce-eylem kaynaşması (*thought-action fusion*) olumsuz bir düşünceye sahip olmanın o düşüncenin gerçekleşmesine katkıda bulunacağı inancı olarak tanımlanmaktadır (309). Düşünce-eylem kaynaşmasının OKB’deki rolü birçok araştırma tarafından desteklenmiştir ancak OKB’ye özgü olmadığı; kaygı bozuklukları ve depresyon ile de ilişki olabileceği gösterilmiştir (310).

Clark (2004), sorumluluğun obsesyonların kalıcı olmasında önemli olduğunu ama tüm OKB alt tipleri için geçerli olmayabileceği yorumunu yapmıştır (208). Clark tarafından geliştirilen ‘Bilişsel Kontrol Modeli’ düşüncelerin kontrolü üzerine odaklanmaktadır. OKB’nin bilişsel modellerinde yer alan obsesyonların hatalı

değerlendirilmesinin ve hatalı inanç alanlarının önemini kabul etmekle beraber, OKB olan kişilerin yalnızca obsesyonu değil aynı zamanda zihinsel kontrol çabalarını da hatalı değerlendirdiklerini ileri sürmüştür. Clark'a göre kişi birincil değerlendirmede, obsesyonu tehdit edici ve benliğine yabancı olarak algılamakta, bunun sonucunda zihninden bu düşünceyi uzaklaştırma çabası içine girmektedir. İkincil değerlendirme süreci bu zihinsel kontrole yönelik değerlendirmelerden oluşmaktadır. Bu bakış açısına göre, kişi zihni üzerinde kontrol sağlayamazsa felaketle sonuçlanan bir davranış ortaya çıkaracak veya bu durumun kendisinin zayıflığından kaynaklanmakta olduğu gibi sonuçlara varmaktadır. Bu yorumlamalar kişinin kontrol çabalarını daha da arttırmaktadır ve kısır döngü şeklinde obsesyon ve ritüeller sürmektedir (311). Araştırma bulguları, OKB hastalarının düşünce kontrolüne ve düşünce bastırmaya yönelik daha fazla başarısızlık algıladıklarını, düşünce kontrolünün ise obsesyonel düşüncenin sıklığını arttırdığını ortaya koymuştur (312).

OKB'de Bilişsel Hatalar ve Obsesif İnançlar

1995 yılında yapılan Dünya Bilişsel Davranışçı Terapiler Kongresinde bir grup araştırmacı OKB'nin bilişsel temelini incelemek amacıyla bir araya gelerek Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubunu (OKBÇG) kurmuştur (313). Bu araştırmacılar OKB'ye özgü 6 inanç alanını şu şekilde tanımlamıştır:

1. Abartılmış sorumluluk
2. Düşünelere aşırı önem verme
3. Tehlikenin abartılı değerlendirilmesi
4. Düşünceleri kontrol etmeye verilen önem
5. Belirsizliğe tahammülsüzlük
6. Mükemmeliyetçilik

Abartılmış sorumluluk, Salkovskis'in bilişsel modelindeki OKB belirtilerinin ortaya çıkışına ve sürdürülmesine etki eden temel bilişsel inançtır (306). Kişinin girici düşünceden ve bu düşüncenin sonuçlarından kendini sorumlu görmesi OKB belirtilerine yol açmaktadır (313). OKB hastalarında 'abartılmış sorumluluk' inançlarının ruminasyonların öngördürücüsü olduğu (314) ve bu inançlarda değişim olduğunda kontrol kompulsiyonlarının azaldığı (315) bildirilmiştir.

Düşünelere aşırı önem verme, bir düşüncenin var olmasının, o düşüncenin olumsuz sonuçlar doğuracak bir anlamı olduğuna ilişkin inancı yansıtmaktadır (313).

OKB örnekleminde düşüncelere aşırı önem verme inançlarının yüksek olduğu tespit edilmiş (316) ve OKB etiyojisinde önemli rolü olduğu bildirilmiştir (6,317).

Abartılı tehdit algısı, zararın olasılığının ya da ciddiyetinin abartılması olarak tanımlanmaktadır (313). Araştırmalarda OKB hastası yetişkinlerin, olumsuz olaylara ilişkin değerlendirme ve tahminlerinin yüksek düzeyde olduğu, olumlu olaylara ilişkin tahminlerinin ise daha zayıf olduğu gösterilmiştir (318). Benzer şekilde 13-18 yaş aralığındaki ergenlerde yapılan bir çalışma, obsesyonların şiddeti ile “felaketlerin ergenlerin kendilerini veya yakın çevrelerindeki etkileyeceğine ilişkin negatif bilişler” arasında güçlü bir ilişki saptamıştır (319).

Düşünceleri kontrol etmeye verilen önem, girici düşünce, imge veya dürtüler üzerinde tam bir kontrol sağlamanın gerekli olduğuna yönelik inancı temsil etmektedir. Düşünceleri kontrol etmeye verilen önem üstbilişsel bir inanç alanı olarak da değerlendirilmektedir (320). Araştırmalarda düşünceleri kontrol etmeye yönelik çabaların obsesyonel düşüncenin sıklığını arttırdığı belirtilmiştir (15).

Belirsizliğe tahammülsüzlük, kesin olma gerekliliği, belirsiz durumlarda işlev göstermede zorluk ve beklenmeyen değişimlerle başa çıkamamaya yönelik inancı göstermektedir (313). Bu inanç alanı sıklıkla sorumluluk hakkındaki korkuların ve tehditin abartılmasıyla ilişkilidir (321) ve abartılmış tehdit algısı ile kompulsif kontrol etme arasında aracı bir rol oynadığı gösterilmiştir (322).

Mükemmeliyetçilik, bir şeyi hatasız ve mükemmel yapmanın gerekliliği, küçük bir hatanın bile ciddi sonuçlara yol açacağı ile ilgili inançtır. Frost ve arkadaşları OKB grubunda ‘mükemmeliyetçilik’ ile ilişkili inançları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulmuştur (323). Bundan başka birçok araştırma da ‘mükemmeliyetçilik’ ve ‘sorumluluk’ inançlarının OKB belirtilerinin öngördürücüsü olduğunu göstermiştir (324,325).

2.2. Üstbilişsel Kuram

Üstbilişler, kişinin düşünme süreciyle ilgili bilgi ve inançlarını; düşünce sürecini değerlendirmeye, izlemeye, düzenlemeye ve kontrol etmeye yönelik stratejilerini içermektedir (11). Flavell’a (1979) göre üstbilişler, üstbilişsel bilgi, üstbilişsel deneyimler, amaçlar ve stratejilerden oluşmaktadır (62). Üstbilişsel bilgi, bireylerin bilişsel sistemi ile ilgili inançları ya da istikrarlı bilgileri olarak tanımlanmaktadır. Üstbilişsel deneyimler kişinin üstbilişsel yorumlama sürecinin

kişiyeye yaşattığı “gerçekliktir” (326). Düşünce ve anların öneminin değerlendirilmesine aracılık etmektedir. Kişilerin bir zihinsel olayla ilgili bilişleri veya duygusal deneyimleri olarak açıklanmaktadır. Wells (2000) üstbilişsel amaç ve stratejileri, üstbilişsel kontrol yöntemleri olarak adlandırmıştır (58). Amaçlar, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmeyi içeren bir üst sistemi ifade etmektedir (327). Stratejiler ise üstbilişsel bilgi ve içsel modellere dayanan, kişinin duygusal ve bilişsel düzenlemesini yapabilmesini sağlayan yöntemlerdir ve psikiyatrik bozukluklarda hepsi birlikte çalışarak, kişinin işlevsel olmayan tepkiler geliştirmesine sebep olmaktadır (328).

Üstbilişsel süreçlerin, çocukta zihin kuramının gelişmeye başlaması ile başladığı düşünülmektedir. Flavell’e göre (1979; 1987), çocukların 3-5 yaşları arasında zihin kuramı ile birlikte özellikle üst-bellek ve üstbilişsel bilgi gelişimi başlamakta ve yaşam boyunca devam etmektedir (12,62). Ancak izleme ve kontrol gibi üstbilişsel süreçler daha geç çocukluk döneminde gelişmeye başlamakta, yürütücü işlevler ve diğer bilişsel süreçlerin gelişimine paralel olarak gelişmeye devam etmektedir. Okul çağı ve ergenlik döneminde üstbilişsel amaç ve stratejiler etkili şekilde kullanılabilir hale gelmektedir (66–68).

Üstbilişlerin oluşmasında; üstbilişsel gözlem ve üstbilişsel kontrol olarak adlandırılan iki temel süreç ön plana çıkmaktadır. Nelson ve Narens (1990), üstbilişsel süreçlerin oluşmasında üstbilişseldüzey (*meta-level*) ve nesne düzeyi (*object-level*) olarak adlandırdığı birbiriyle ilişkili iki düzeyli bir yapı tanımlamıştır (329). Bu iki yapı arasında, nesne düzeyinden üstbilişsel düzeye olan bilgi akışı üstbilişsel gözlem (*metacognitive monitoring*) olarak adlandırılmaktadır. Bu bilgilendirmede veri toplama aracı kişilerin öznel bilgileri ve deneyimleridir. Bu da üstbilişsel gözlemlerde yanlılığa, bilişsel çarpıtmalara neden olabilmektedir. Bunun önlenmesi için üstbilişsel düzeyden nesne düzeyine bilgi akışı ile bilişlerin kontrol edilmesi üstbilişsel kontrol mekanizması ile gerçekleştirilir. İşlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinin kullanılması gibi kontrol sürecindeki bozulmalar nesne düzeyini değiştirebilmektedir (330). Sonuç olarak bu iki yönlü bilgi akışı üstbilişi oluşturmaktadır ve hem kontrol hem de gözlem sürecindeki bozulmalar psikiyatrik bozukluklara neden olabilmektedir (331).

Wells’in üstbilişsel modeli, düşüncenin gücü ve önemi hakkındaki inançların, bireylerin düşüncelere aşırı kişisel önem yüklemesine neden olduğunu varsaymaktadır. Wells, OKB olgularında mevcut olan tipik üstbilişsel inançları üç

başlıkta tanımlamıştır: düşünce-olay kaynaşma inançları (örneğin, “Kazaların düşünülmesi onları gerçekleştirebilir”); düşünce-eylem kaynaşma inançları (örneğin, “Yapmak istemediğim bir şeyi yapmayı düşünmek onu yapmamla eşdeğerdir”) ve düşünce-nesne kaynaşma inançları (örneğin, “Düşünceler nesnelere kirletebilir”). Örnek olarak, bir kişi çocuğa zarar verme imgesi şeklinde bir obsesyon yaşarsa, bu intrüzyonla ilgili üstbilişsel sisteminden düşünce-eylem kaynaşma inançları aktif hale gelmekte ve kişinin bu düşünceye yüklediği anlamın artmasına, anksiyete düzeyinin yükselmesine sebep olmaktadır. Örnekte belirtildiği gibi bu tür inançlar, bireyin girici düşüncelerin varlığını olumsuz yorumlamasına, tehdit, eşlik eden anksiyete, tikslenme veya utanç duygusu hissetmesine neden olmaktadır (artan olumsuz etki). Bu tür olumsuz etkiler, bireyin hedefe yönelme ya da kaçınma şeklinde başa çıkma stratejilerini aktifleştirmektedir. Bu şartlar altında soruna uzaktan bakabilme ve akılcı çözüm üretme becerisi kullanılamamaktadır. Model ayrıca, başa çıkma stratejilerini yönlendiren başka bir üstbilişsel bilgi alanı olan, “tehdidi azaltmak için ritüellerin yararlılığı” hakkındaki inançları da tanımlamıştır (örneğin, “Mikroplardan endişe etmek kontaminasyonu önlemeye yardımcı olur”) (332). Üstbilişsel yaklaşıma göre, psikopatolojinin gelişimi ve sürmesinde esas etkili olan kişinin sahip olduğu düşüncelerden çok bu şekilde düşünüyor olmanın anlamlarına yönelik değerlendirmelerdir (333).

Düşüncenin önemi hakkında hatalı üstbilişsel inançları olan kişiler, düşünceleri yalnızca zihindeki olaylar gibi algılama konusunda başarısız olabilmektedir; bunun yerine düşünceler tehdidin kaynağı haline gelmekte, kişi onlarla sürekli uğraşmakta ve endişelenmek güvenliğe giden yol haline gelmektedir (13). Başa çıkabilmek için birey, takıntılı düşünceleri başlatan tetikleyicilerden kaçınma veya güvenlik sağlayıcı önlem alma davranışları göstermektedir. Örneğin, birini bıçaklayabileceği ile ilgili obsesyonlar yaşayan kişi, mutfığa girmeden önce tüm bıçakların kilitli kalması konusunda ısrarcı olmaktadır. Bu endişeleri azaltmak için kullanılan işlevsel olmayan stratejilerin, yararı olmadığı gibi; hedef düşüncelere olan dikkat odağını arttırmak, düşüncelerin önemli olmadığını keşfetmeyi önlemek, kaygıyı sürdürmek ve uyarıcılarla düşünceler arasında bir ilişki ağı oluşturmak gibi ironik etkileri bulunmaktadır (332). Wells aynı zamanda üstbilişlerin etkileştiği inanç alanlarını üç kategoride sınıflandırmıştır: 1) Girici düşünceler ile ilgili inançlar 2) Ritüeller ile ilgili inançlar 3) “Dur” sinyalleri ile ilgili inançlar (328). Girici düşünceler ile ilgili inançlar; daha önce bahsedilmiş olan düşünce-kaynaşma inançlarıdır. Ritüeller ile ilgili

inançlar; kaygı ve üzüntü gibi ruhsal dengeyi bozan durumlarda kendini düzenleme için yapılan, kişisel kuralları olan ritüelleri sürdürmenin gerekliliği ile ilgilidir. Üstbilişsel sistem ritüel için ‘dur sinyali’ olacak arzulanan durumu elde etme amacıyla ritüelin tekrarlanması önermektedir (6,328,334). “Dur” sinyalleri ile ilgili inançlar; güvenilir bir şekilde karşılanması zor olan ve içsel uyarılarla belirlenen ve sıkıntının sürmesine sebep olan intrüzyonları güçlendiren inançlardır. Girici düşüncelerin içeriğindeki önem ve tehlike, üstbilişler tarafından öznel bir şekilde belirlenmiştir. Bu nedenle ortada nesnel bir tehdit olmadığında dahi OKB’li kişi durumun ne zaman güvenli olduğunu öngörememektedir. Bu nedenle ritüelleri için içsel ve uygun olmayan “dur” kriterlerine aşırı bağımlı hale gelmektedir (6,328,334).

Üstbilişsel model üç ana kuram zemininde kurulmuştur. Bunlar, Benliği Düzenleyen Yürütücü İşlevler, Bilişsel Dikkat Sendromu ve Üst-Bilişsel İnançlar kuramlarıdır. Wells ve Matthews (1994) tarafından geliştirilen Benliği Düzenleyen Yürütücü İşlevler, B-DYİ (*Self-Regulatory Executive Function*, S-REF) kuramı, OKB’yi ve diğer bazı psikopatolojileri açıklamak için kullanılmıştır (328). Bilişsel süreçlerle etkileşen üç bilgi işleme seviyesi tanımlanmış olup, bunlar: 1) Otomatik ve refleksif işleme (düşük–seviye işleme) 2) Düşünce ve davranışların bilinçli işlenmesi (bilişsel stil) 3) Üstbilişsel bilgi ve inançların uzun süreli bellekte depolanmasıdır. Üst-sistem, geçerli bilişsel işlemeyi etkinleşmiş plan hedefine doğru yönlendirmektedir (328). Benliği düzenlemede çatışmalara yol açan kaygı ve üzüntü gibi duygular normalde zaman ile kendini sınırlamaktadır ancak ruhsal rahatsızlıklarda kişinin düşünce stilleri ve stratejileri nedeniyle duygusal tepkiler uzun süreli korunmaktadır (328). Üstbilişler, duygu ve biliş düzenleme sisteminde bozulmalara yol açarak, işlevsiz başa çıkma tepkilerine neden olmaktadır. Bu tepkiler; kişinin kendine yönelik dikkatini artırması, tekrarlayan düşünce örüntüleri geliştirilmesi, düşünce ve tetikleyicilerinden kaçınması, düşünceyi baskılamaya çalışması ve tehdidi sürekli izlemesi şeklinde olabilmektedir (21). Sınırlı bilgi işleme kaynakları içsel olaylar üzerine odaklandıkça, kişinin objektif yaşantılar yerine içsel yaşantılarını ve davranışlarını düzenlemek için yapılan girişimleri bilişsel sistemine egemen olmaktadır (10). Bilişsel Dikkat Sendromu, B-DYİ ile bu noktada iç içe geçmiş bir kuram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS), endişe ve ruminasyon içerikli tekrar eden olumsuz düşünce biçimlerini sürdüreceği şekilde dikkatin tehdit içeren uyarana veya olumsuz benlik inançlarına odaklanması olarak ifade edilmektedir. Bu da kişinin düşünceyi zihnindeki basit bir fikir olarak göreberek

geçip gitmesine izin vermek yerine, düşüncesinin olaylarla kaynaştığı bir silsilenin içine girmesine sebep olmaktadır (21,328). Bilişsel Davranışçı Model'deki olumsuz otomatik düşünceler yalnızca tetikleyici, olumsuz bilişsel inançlar da yalnızca hastalığın sürmesinin sebebi değildir; bunlar esas olarak BDS'nin tetikleyicileri, çıktıkları ya da içeriği olarak düşünülmektedir (13).

2.2.1. Üstbilişsel İnançlar

Wells (1997), bilişsel inançların, üstbilişlerin yan ürünü olduğunu ve üstbilişsel inançların obsesif kompulsif belirti örüntüsüne katkıda daha önemli rol oynadığını ifade etmektedir (335). Cartwright-Hatton ve Wells (1997) geliştirdikleri Üstbilişler Ölçeği-ÜBÖ (*Metacognitions Questionnaire-MCQ*) ile ruhsal bozuklukların oluşumuna ve sürmesine etki eden üstbilişsel faktörleri beş alt boyutta tanımlamaktadır:

1. Endişe ile ilgili pozitif inançlar (endişelenmenin tehlikenin ortaya çıkmasını engelleyeceğine veya olası zararı azaltacağına dair olumlu inançlar)
2. Kontrol edilemezlik ve tehlike inançları (endişenin ve sürekli düşünmenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair olumsuz inançlar)
3. Bilişsel güvensizlik inançları (kişinin kendi dikkat ve belleğine dair güvensizlik inançları)
4. Kişisel sorumluluk/düşünceleri kontrol ihtiyacı (bazı düşüncelere sahip olmasından dolayı ortaya çıkabilecek sonuçlardan kendini sorumlu hissetme ve düşünceleri kontrol etmenin gerekli olduğuna dair inançlar)
5. Bilişsel farkındalık ile ilgili inançlar (kişinin kendi düşüncelerini izleme, düşünce sürecine odaklanma ve dikkatini içsel uyarılara yönlendirmesi gerektiğine yönelik inançları) (15)

Türkiye'de 2012 yılında yapılan Üstbilişler Ölçeği-Çocuk Ergen Formu'nun geçerlilik güvenilirlik çalışması, 8-17 yaş arası sağlıklı ergenlerle yapılmış olup, üstbilişsel süreçlerdeki olumsuz yöndeki artışın (yaşla birlikte), stres, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerdeki artışla ilişkili olduğunu göstermiştir (25). İlgili literatür incelendiğinde yetişkinler için üstbilişsel modelin obsesif kompulsif bozukluk, kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları, bedensel belirti bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, madde ve alkol bağımlılığı gibi birçok bozuklukla ilişkili olduğunu gösteren çok sayıda araştırmaya rastlanmıştır (330,336-338). Çocuk ve ergenlerde

üstbilişler ile ilgili son yayınlar da; OKB, duygudurum bozuklukları, yaygın anksiyete, internalizan belirtiler, somatizasyon bozukluğu, geç-başlangıçlı DEHB, problemler, internet ve sosyal medya kullanımı ve bağlanma stilleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir (339–342). Ek olarak çocuklarda Üstbilişsel Kuram'ın bir parçası olan B-DYİ modeli bir araştırmada test edilmiş olup, modele uygun olarak internalizan bozukluklarda üstbilişsel inançlarda yüksek puanlar ve dikkat kontrolünde azalma tespit edilmiştir. Bu araştırmada depresyon ve anksiyete belirtilerini ortaya çıkarıcı ve semptom şiddetini belirleyen en önemli faktörün üstbilişsel inançlar olduğu bildirilmiştir (343).

2.2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbilişsel Modeli

OKB'nin üstbilişsel modeli Wells ve Matthews (1994) tarafından ortaya konulmuştur (344). Bu modelde iki temel düşünce alanı üzerinde durulmaktadır: 1) Düşüncelerin anlamı ve gücüyle ilgili inançlar 2) Düşünceyi kontrol etme veya ritüelleri yapmanın gerekliliğiyle ilgili inançlar. İstenmeyen düşüncelerin anlamı ve gücü hakkındaki bilişsel yanlışlıklar düşünce-kaynaşma (füzyon) inançları olarak tanımlanmıştır. Bu füzyon inançlarının gücüne bağlı olarak, intrüzyonlar kişi tarafından önemli ve muhtemelen tehlikeli olarak değerlendirilmektedir. Aynı zamanda beraberinde kaygı, korku, sıkıntı gibi duyguların da ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bu olumsuz duygular kişiler tarafından girici düşüncelerinin gerçek olduğunu gösteren bir tehlike işareti olarak görülebilmektedir. Üstbilişsel modele göre, füzyon inanışları bir tetikleyiciyi (genellikle bir otomatik düşünce/obsesyon) takiben kişide aktive olmakta, girici düşünceye yönelik olumsuz değerlendirmelerde ve olumsuz duyguda artışa yol açmakta ve ritüeller hakkındaki inançları da aktive etmektedir. Ritüellere yönelik olumlu ve olumsuz inançlar ise açık (örn. kontrol etme) veya örtük (örn. sayma) davranışsal sonuçlara yol açmaktadır. Ortaya çıkan davranışsal tepkiler (örn. kaçınma, kontrol etme) inancın yanlış olduğunun ispatlanmasını önleyerek işlevsel olmayan değerlendirmelerin sürmesine neden olmaktadır (9,19,344). Çocuk ve ergenlerde yapılan araştırmalarda, üstbilişsel inançlardaki artışın, OKB belirtileri ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (24,345–347). Benzer şekilde araştırmacılar üstbilişlerin çocuk ve ergenlerde OKB belirtilerini yordadığını, bulgularının Wells ve Matthews'ın modelini bu grupta da desteklediğini bildirmişlerdir (348).

2.3. Duygu Düzenleme

Duygu düzenleme kavramı ilk olarak gelişimsel literatürde tanımlanmış olup (349,350), daha sonra erişkin yaş grubunda dahu konuda çalışmalar yapılmıştır (351,352). Duygu düzenleme terim olarak, farklı teorisyenlerce farklı anlamlarda kullanılan, halen tanımı konusunda fikir ayrılıkları olan bir kavramdır. İlk olarak bu kavramı ortaya atan Dodge (1989) “bir tepki alanındaki aktivasyonun, bir başka tepki alanındaki aktivasyonu değiştirmeye, titre etmeye veya modüle etmeye yaradığı işlem” olarak ifade etmiştir (353). Erişkin bireyler üzerinde çalışan araştırmacılar duygu düzenlemede daha çok içsel yanıtların önemine vurgu yapmışlardır (354). Gross (1998)’e göre birey sahip olduğu duygular, bu duygulara sahip olduğu zamanlar ve bu duyguları yaşama/ifade etme Şekilleri üzerinde etki gücüne sahiptir (355). ocuk ve ergen grubu araştırmacıları ise yenidoğan ve erken çocukluk döneminde öz-düzenlemenin temel kaynağının dış uyarılar olduğu görüşünden yola çıkarak, dışsal faktörler üzerine daha fazla yoğunlaşmıştır (356). Örneğin bu becerinin, kişinin erken çocukluk döneminde bakımveren ile ilişkisinden önemli oranda etkilendiği araştırmalarda gösterilmiştir (43,69). Thompson (1994), duygu düzenleme kavramının, duygusal tepkileri gözlemek, değerlendirmek ve değiştirmekle görevli olan dışsal ve içsel süreçlerden olduğunu belirtmektedir (69). Daha kapsamlı bir tanım olarak duygu düzenleme; çocuğun duygusal bilgilerinin tanımlama, anlama ve bütünleştirme yeteneği ile eşzamanlı Şekilde, davranışını kişisel hedeflerine yönelik düzenleyebilme becerisidir (357).

2.3.1. Duygu Düzenleme Becerisinin Gelişim Aşamaları

Güncel bilgilerimiz işığında duygunun düzenlenmesi i sistemleri, davranışsal bileşenleri ve dış bileşenleri içeren çeşitli sistemlerin yönetimini ve organizasyonunu içermektedir (358). Çocukların bir duyguyu düzenleme yeteneği, onların sosyal evre ile olan önceki etkileşimlerine ve gelişim durumlarına göre değişkenlik göstermektedir (357). Duygular yaşamın erken dönemlerinde birincil olarak, bakım verenler tarafından yönetilmekte; duygular ile ilgili repertuar ve çocuğun toleransı bu dışsal duygu düzenleme deneyimleri ile Őekillendirilmektedir (69). Çocuğun duyguları değerlendirme kapasitesi bebeklikten ergenliğe kadar önemli ölçüde değişmekte ve bunun duygusal öz-düzenlemenin gelişimi üzerinde önemli etkisi bulunmaktadır (359).

Bebekler, emme ve diğer kendini uyarıcı davranışlar, görsel fiksasyon ve dikkatin düzenlenmesi gibi kendini yatıştırıcı davranışları sınırlı sayıda ve şekilde yapabilmektedir. Rothbart ve arkadaşları (1992) uyaranlara yaklaşma/kaçınma, dikkat odağını değiştirme, fiziksel rahatlama ve kendini uyarmanın bebekler tarafından kullanılan duygu düzenleme stratejileri arasında olduğunu belirtmişlerdir (360). Yenidoğanın en erken kendini yatıştırma davranışları parmak emme ve görsel dikkatin kontrolüdür. Bebeklerin düzenleyici becerileri motor fonksiyonların gelişimi ve mobilizasyon ile birlikte artış göstermektedir (361). Özellikle yüksek derecede ve sürekli uyarılma durumunda, bebekler duyguları düzenlemek için bakımverenin yardımına ihtiyaç duymaktadırlar (362). Bu durumlarda ebeveynlerin kullandığı stratejiler çocuğun uyarılabilirliğini doğrudan etkileyerek, bebeklerin duygu düzenleme yetenekleri üzerinde hayat boyu sürecek sonuçlara yol açmaktadır (350). Ayrıca bu dönemde farklı duyguların uygunluğu ile ilgili sosyal mesajlar; çocukta duygusal deneyimlerin ifade biçimi ve yoğunluğunu belirlemekte; duygu kültürünün şekillenmesine de katkı sağlamaktadır (363).

Yaşın büyümesi ile birlikte çocuklarda duygu düzenleme kapasitesi gelişme göstermektedir. Yavaş yavaş diğerleri-bağımlı düzenleme stratejilerinin terk edilmeye başlandığı gözlenmektedir (364). Bilişsel kapasitesi artış gösteren çocuklar, artık hayatındaki duygusal girdilerle özerk bir şekilde başa çıkmaya çalışmaktadırlar (356). Okul öncesi çocuklarda, duygular ile durumlar ve duygusal deneyimin niteliği arasındaki ilişkilerin kavranması bilişsel gelişimin bir işaretidir. Bu dönemde, çocuklar kendilerinin ve aynı zamanda duygusal kontroldeki yetersizliklerinin de farkına varmaktadırlar (359). Küçük çocuklar kaçınarak, algılarını kısıtlayarak, duygusal yoğunluğu olan olayları görmezden gelerek duygularını bir miktar yönetebilmeyi öğrenmişlerdir ancak bu dönemde kendilerini rahatlatmanın ve duygularını yönetmek için bakımverenden yardım almanın değerini de keşfetmektedirler (350). Bu aşamada, sosyal taleplere uygun olarak duygusal davranışı değiştirme becerisi de kazanılmaktadır. Bu özel duygusal düzenleme biçimi çocukların hissedilen duygunun, gözlenen duygu ifade biçimlerinden (mimik, ses tonu, davranışsal ifadeler) farklı olabileceğini anlamalarına yardımcı olmaktadır (357). Aynı zamanda dil gelişimi çocukların duyguları tanımları, kavramsal olarak ifade etmeleri ve ebeveynlerin duygusal reaksiyonlarının sebeplerini anlamalarına da yardımcı olmaktadır (350).

Okul çocukluğu dönemi, çocuğun kendi duygusal süreçlerini anlamaya başladığı bir dönemdir. Çocuk bu sayede, olaylar karşısında daha rekabetçi ve

özgüvenli davranabilmektedir. Ek olarak, duygusal öz-düzenleme stratejilerinin belirlenmesi, çocukların sosyal ve sosyal olmayan dünyayla devam eden etkileşimlerinde, duygularını daha üretken ve yararlı yollarla ifade etmelerine olanak sağlamaktadır. Thompson (1991), duygunun nasıl işlendiğine ve yönetildiğine dair bu sürece “kişisel duygu teorisi” adını vermiştir (350). Çocuk aynı zamanda bu dönemde, kendilik/öteki kavramlarını (365), görünen ile gerçek olanı (366) ayırt edebilir ve bir olaya çoklu bakış açıları geliştirebilmek (367) gibi farklı bilişsel beceriler kazanırken, bir yandan da bu becerileri kullanarak duygu düzenleme stratejisi repertuarını genişletmektedir. Bu şekilde istenmeyen durumlar karşısında duygularını gizleyebilmeyi öğrenmektedir. Tüm bunlar okul dönemi çocuğunun duygusal otonomi kazanması, duygusal tecrübelerini yönetebilmesi ve benlik düzenlemesini daha bağımsız bir şekilde yapabilmesi anlamlarına gelmektedir (350). Ancak yine de bu dönemde çocukta da erişkinde olduğu gibi dışsal faktörler (sosyal ilişkiler) duygu düzenlemede kritik bir önem teşkil etmektedir (368).

Ergenlik döneminde kişiler psikolojik olarak daha karmaşık, bireyselleşmiş ve daha önceki yıllarda olandan daha entegre şekilde kendi inanç alanlarını belirlemektedirler. Bu bilişsel gelişme düşüncenin daha iyi düzenlenmesine ve duygu farkındalığının da artmasına sebep olmaktadır (70). Dolayısı ile ergenler duygu ve ifadenin kabul edilebilirliğini değerlendirebilmekte ve duygu yönetimi için stratejiler geliştirmeleri mümkün hale gelmektedir (369). Ergenler duygu düzenleme ile ilgili desteğe ihtiyaç duyduklarında ebeveynlerinden daha çok akranlarına güvenmekte (370) ve ebeveynlerle daha çatışmalı ve duygusal olarak uzak ilişkiler kurmaktadır (40). Araştırmalar, ebeveynlerin ergenlerin duygularına karşı kabullenici, duygusal sorunlarını tartışabilecekleri ve kendilerini rahat hissedebilecekleri bir ortam yaratmaları gerektiğini belirtmektedir. Ergenlikte artan bağımsızlık ihtiyacı nedeniyle, ergenlerin duygusal yaşamlarının detayları hakkında bilgi edinebilmek ve duygularla başa çıkmada onlara rehberlik edebilmelerinin ancak bu şekilde mümkün olabileceği ifade edilmektedir (39,371). Ergenlik dönemi duyguların ve duygu düzenleme süreçlerinin keşfinin tamamlandığı ve büyük oranda otonomi kazandığı bir dönem olsa da; bireylerin hayal kırıklığı, ilk romantik ilişki, ilk reddedilme gibi duygusal deneyimlerinde ebeveynlerin rehberliği önem taşımakta ve bu süreçleri sağlıklı atlatabilmek için aile desteği-yönlendirmesi gerekebilmektedir (372).

2.3.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Çeşitli bozukluklara ait semptomların ve uyumsuz davranışların potansiyel ortak etiyolojik faktörlerinden olması sebebiyle, duygu düzenleme kavramına gösterilen önem son yirmi yılda artmıştır (358,373). Duygu düzenleme ile ilgili bazı yazarlar, duygusal deneyim ve ifade biçiminin kontrolü ( zellikle olumsuz duyguların dışavurumunun kontrolü) ve duygusal uyarılmanın azaltılmasına vurgu yapmaktadır (374–377). Buna karşılık diğerkleri, duygu düzenleme işlevinin duygusal kontrol ile eş anlamlı olmadığını  ne sürerek, duyguların işlevsel doğasını ve kabul edilmesinin önemini vurgulamaktadır (69,356). Kişinin kendi duygusal tepkilerini kabul eksikliğinin, olumsuz duyguları deneyimleme eğiliminde azalma yoluyla duygu düzenlemede ciddi zorluklara sebep olduğu bildirilmektedir (356,373,378,379). Eisenberg ve Spinrad (2004) duygu düzenleme kavramını, içsel duygu durumlarının oluşumunu, şiddetini, biçimini veya süresini başlatma,  nleme, sürdürme veya modüle etme süreci olarak tanımlamıştır. Bu işlevlerden biri veya birkaçının eksikliğinde duygu düzenleme güçlüğü ortaya çıkmaktadır (380).

“Duygu düzenleme güçlüğü” üzerinde yapılan araştırmalar, bu kavramın biyolojik temelleri olan,  evre ve sosyal ilişkilerdeki deneyimlerden etkilenen, erken çocukluk yaşantılarında ebeveyn ile ilişkilerle büyük oranda şekillenen kompleks bir yapısının olduğunu bildirmiştir (358).

Cole ve arkadaşları (2017) dört çeşit duygu düzenleme güçlüğü tanımlamışlardır:

1. Duyguları düzenleme girişimleri başarısız olmakta ve duygulara katlanılmaktadır ( rn. yaygın anksiyete bozukluğu/depresyon)
2. Duygular uygun davranışın gösterilmesine engel olmaktadır ( rn. yıkıcı davranış bozuklukları)
3. Yaşanan veya ifade edilen duygu bağlamla uyumsuz olarak ortaya çıkmaktadır ( rn. katı-duygusuz özellikler /travma sonrası stres bozukluğu)
4. Duygular aniden/hızlı veya çok yavaş değişmektedir ( rn. bipolar bozukluk) (381).

Duygu düzenleme güçlüğü, duygusal olarak uyarıcı durumların olumsuz değerlendirildiği (382), duygusal farkındalığın yetersiz olduğu, duygusal ifadenin kontrolünde öz-yeterliliğin sınırlı olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır (356). Buna

karşılık, bu durum yalnızca uyumsuz duygusal yanıt verme ile sınırlı olmayıp, aynı zamanda duyguların kalıcılık, değişkenlik, yoğunluk ve yükselme süresi gibi dinamik değerlerinde, bağlama uygun bile olsa değişkenlik ve bozulma ile de ilişkilidir (358).

Duygu düzenlemede bozukluklar, pek çok psikopatoloji için gelişimine zemin hazırlayan, ortaya çıkmasını tetikleyen/hızlandıran ya da etiyolojisinde rol alan önemli faktörlerdendir. Kötü muameleye uğrayan çocukların kontrol grubu ile birlikte uzun dönem izlendiği bir araştırma, erken dönemde kötü muameleye uğrayanların 7 yaşında daha fazla duygusal değişkenlik ve negatif duyguları olduğu, sürecin 8 yaşında duygu düzenlemede zorluklarla devam ettiği, 8-9 yaşlarında internalizan/eksternalizan belirtilerde artış ile belirli olduğunu bildirmiştir (383). Zorlayıcı ev ortamlarının, çocukların duygu düzenleme bozukluğu, muhalif/agresif davranış ve davranım bozukluğu için yüksek risk oluşturduğu öne sürülmüştür (384). Araştırmalara sıkça konu olmuş başka bir örnek de “depresif anne çocuğu”dur. Depresyondaki anneler, çocuklarına karşı daha az olumlu ve duyarlı olma, daha eleştirel/düşmanca davranma ve çocuklarına yönelik olumsuz atıfları benimseme, çocuklarını kendi durumları ile meşgul etme eğiliminde olmaktadır (385,386). Bu anneler destekleyici ve yol gösterici ebeveynlik yapamamakta, hatta çocuklarını kendi durumlarına dahil edip sorumlu hissetmelerine sebep olabilmektedirler (387). Bu çocuklar, daha fazla duygu düzenleme güçlüğü, daha fazla internalizan belirtiler gösteren ve zayıf sosyal becerileri olan, hem biyolojik hem de psikososyal açıdan kırılgan çocuklar olmaktadır (388,389). Benzer şekilde kronik aile içi çatışmalarda, özellikle küçük çocukların daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadıkları, duygusal açıdan güvende hissetmedikleri ve daha fazla internalizan belirtiler ile davranış problemleri gösterdikleri bilinmektedir (390).

Ebeveyne ait faktörler çocukta duygu düzenleme güçlüğü gelişimini etkilemekte ancak en az onun kadar belirleyici olan çocuğa ait faktörler de bulunmaktadır. Çocuğun prenatal yaşamda maternal yüksek kortizol seviyelerine maruziyeti ile ortaya çıkan “stres reaktivitesi” ve yaşamının ilk yıllarında stresli bir ebeveynle yaşamının getirdiği negatif duygulara karşı “aşırı duyarlılık” çocuğa ait kırılganlığı artıran ve duygu düzenlemede zorluklara yol açan değişkenlerdir. Bunlar ebeveyn ile bağlantılı olarak ortaya çıkmış olan ancak çocuğun nörobiyolojik süreçlerindemuhtemelen yaşam boyu sürecek değişiklikler yaratan faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu faktörlerin çocuğun psikolojik dayanıklılığına etkisi metin içerisinde “Duygu Düzenleme Güçlüğünde Ailenin Rolü” kısmında daha detaylı

anlatılacaktır (bkz: sf.45). Bunlara ek olarak çocuğa ait araştırılan diğer biyolojik kırılabilirlik faktörleri spesifik genetik aleller (örn., 5-HTTLPR ve DRD4 7-tekrarı), genetik olarak belirlenen mizaç özellikleri (dürtüsel, kaygılı vb.) ve yüksek solunumsal sinüs aritmisi/cilt iletkenliği gibi diğer biyolojik belirteçlerdir (391). Bu değişkenlerin birçoğu, duygusal düzensizlik için belirgin risk oluşturmakla birlikte, olumlu ve destekleyici çevrede büyürse, çocuğun duygu düzenleme ve baş etme stratejilerinin faydalı yönde geliştirilebileceği de vurgulanmaktadır (358).

“Stres intoleransı” kavramı duygu düzenleme kavramı ile sıklıkla iç içe geçmiş olarak gözlenen, belirsizliğe, engellenmeye-hayal kırıklığına, olumsuz duygulara ve fiziksel rahatsızlığa intolerans gibi; duygu, biliş ve davranışsal alt faktörleri tanımlanmış olan bir kavramdır (392). Duygu düzenleme güçlüğünün yol açtığı işlevsel bozulmaların araştırıldığı çalışmalar, psikopatolojilerin gelişimi ve sürmesinde stres intoleransının rolünü vurgulamaktadır (393–397). Duygusal stres toleransı, bireyin olumsuz duyguları tolere etme kabiliyeti, duygusal durumun kabul edilebilir olarak değerlendirilmesi, duygu düzenleme becerisi ve olumsuz duygunun bireyin yaşamına etkilerini içermektedir (397). Düşük stres toleransına sahip bireyler, olumsuz duyguların etkisini yoğun, rahatsız edici ve kabul edilemez şekilde yaşama eğilimindedir. Bu olumsuz etkilerle başa çıkmak için uyumsuz baş etme stratejileri kullanılmakta, madde kullanım bozukluğu, ilaç kötüye kullanımı, problemlili internet kullanımı gibi davranış sorunları görülebilmektedir (392,397,398). Ayrıca stres intoleransı blumik semptomlar, posttravmatik stres semptomları (399) ve nevrotik süreçlerle de ilişkili bulunmuştur (395). Bu kişilerde bastırma, kaçınma ve ruminasyon gibi uyumsuz duygu düzenleme stratejileri daha sık olarak kullanılmaktadır (400).

Sonuç olarak, erken yaşam stresörleri ile değişen stres nörobiyolojisi, immünite değişiklikleri ve kalıtsal özellikleri gibi biyolojik faktörler kişilerde duygu düzenleme güçlüğü açısından belirleyici rol oynamaktadır. Bu değişkenler olumsuz yaşam olayları karşısında çocuk ve ergenlerin strese toleransını, kırılabilirliğini ve çevresel etkilere hassasiyetini belirlemektedir. Özellikle zorlu aile ortamı gibi olumsuz çevre özellikleri ile etkileşime girdiğinde duygu düzenleme güçlüğü riskini artırmaktadır. Bununla birlikte çevrenin sosyal-duygusal ikliminin de şekillendirici etkisi ile ebeveynle etkileşim yoluyla öğrenilmiş olan, uyumsuz duygusal baş etme stratejileri, devamında afektif psikopatolojiler ve davranışsal problemlere sebep olabilmektedir.

2.3.3. Duygu Düzenleme Güçlüğünde Ailenin Rolü

Aile yapısı, çocuğun duygu düzenleme becerisi/güçlüğü üzerinde farklı şekillerde etki etmektedir (40,401). Birincisi, ailenin genel duygusal iklimidir ki; bu duygusal ifadelerin tahmin edilebilirliğı ve aile  yeleri tarafından gösterilen pozitif veya negatif duygulanımların miktarı ile ilişkili bir kavramdır. Evdeki duygusal iklim, duygu yönetimi için hedefleri şekillendirmekte ve çocuğa rahatlama sağlayabilecek strateji türlerini öğretmektedir. Bir diğerk etki şekli ise sosyal öğrenme yoludur. Duygu düzenlemede sosyal öğrenme kavramı, çocukların ebeveynlerini gözlemleyerek duygusal tepki ve yönetim şekilleri öğrenmelerini ifade etmektedir. oğuz zaman gözlemsel öğrenme, aynı aile içinde paylaşılan genlerin etkisini tamamlamakta ve güçlendirmektedir. Başka bir deyişle, zaten anksiyete bozukluğuna biyolojik olarak yatkın olan ocuk, aynı genetik profile sahip annesinden korku uyandıran durumlardan kaçınmayı da öğrenmektedir (402). Üçüncüsü, “duygunun sosyalizasyonu” kavramında ebeveynlerin rolü ile ilgilidir. Johnson ve arkadaşları (2017) bir metaanalizde, çocukların özellikle olumsuz duygularına yönelik ebeveynlerin destekleyici olmayan uygulamalarının, ocuk davranış problemleri üzerinde etkili olduğu; bu etkinin özellikle küçük çocuklarda daha belirgin olduğunu belirtmiştir. Bu uygun olmayan ebeveyn davranışları; çocukların duygusal ifadelerini fark etmeme/cezalandırma, duyguların anlamı ve önemi hakkında konuşmayı reddetme, çocuklara yönelik yalnızca olumsuz duyguların sıkça ifade edilmesi gibi şekillerde ortaya çıkabilmektedir (403). Dördüncü etki ebeveyn-ocuk ilişkisinin genel güven sağlayıcı ve olumlu duyguları barındıran çerçevesidir. Ebeveyn-ocuk arasındaki genel ilişki biçimi çocuğun sağlıklı duygusal gelişimini belirleyebileceğı gibi; duygu düzenleme güçlüğü gelişiminin de yordayıcısı olabilmektedir. Örneğın, ebeveynlere güvenli bağlanma çocuğun yapıcı duygu düzenleme biçimlerinin gelişimini teşvik etmektedir. Bunun aksine güvensiz bağlanma ilişkileri, çocuğun duygularına cevap verilmemesi, ebeveynin tepkilerinin tahmin edilemezliğı ve ocuk sıkıntılı olduğu zaman duygusal destek sağlanamaması çocukta duygu düzenlemede çeşitli güçlüklere yol açmaktadır (404).

Doğrudan gözlem, aile ortamı, duygu sosyalizasyonu ve bağlanma paterninin duygu düzenleme üzerindeki etkilerine ek olarak; özellikle yaşamın ilk yılı gibi erken evrelerinde çocuğun stresli aile çevresinde büyümesi de daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşamasında etkili bulunmuştur. Bu ocuklarda, gelişmekte olan

nörobiyolojik devrelerin sağlıklı çevrede büyüyen çocuklardan farklı olduğu öne sürülmüştür. Kronik maternal depresyon, kötü bakım, aile içi şiddet ve yoksulluk gibi stresörlere maruz kalan çocuklarla yapılan araştırmalar, bu çocuklarda limbik–hipotalamik–pitüiter–adrenokortikal (L-HPA) yolda disregülasyon, bazal/akut kortizol seviyelerinde hiperaktivite (aşırı-duyarlılık) veya hipoaktivite (sistemik tükenme) gözlendiğini bildirmektedir (405). Bu etkiler prenatal dönemde başlamakta olup, doğum öncesi maternal anksiyete ve maternal kortizol düzeyleri, özellikle ilk 2 yıl ve sonrasında çocuğun stres reaktivitesini öngörmekte ve çocukta zor mizaçla ilişkilendirilmektedir (406,407). Kronik stresin ortaya çıkardığı etkiler L-HPA aksının ötesinde, glukokortikoid reseptörleri aracılığı ile diğer beyin sistemlerine de etki göstermektedir. Kronik stres maruziyetinin önemli nörotransmitter sistemlerinde bozulmalar ile internalizan ve eksternalizan patolojilere, hipokampus ve prefrontal korteks gibi hassas beyin bölgelerinde nörodejeneratif etki ile de hafıza, yürütücü işlevler ve duygu düzenlemede zorluklara yol açtığı tespit edilmiştir (408,409). Bunun yanında çocuklarda gözlenen anormal amigdala-prefrontal korteks aktivitesinin, yaşamın ilk yıllarında stresin göstergesi ve çocukluk çağında anksiyete bozukluklarının öngördürücüsü olduğu belirtilmektedir (410,411). Ebeveyn etkileşiminde ve aile ortamında değişiklik yapılan çocuklarda, kortizol seviyelerinin normale geldiği gözlenmiş olsa da, bu erken dönem beyin değişikliklerinin ne kadarının geri dönüşlü olduğu henüz bilinmemektedir (412,413).

Anne ve çocuk arasındaki fizyolojik uyum, erken biyo-davranışsal organizasyonu etkilemekte ve anneler semptomatoloji olmasa bile, kronik stres yaşadığında, çocukta duygusal bozukluklarla ilgili problemlerin gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir. Deneysel bir çalışmada anneler, bir yaşındaki çocukları ile “Trier stres testi” sonrasında bir araya getirilmiştir. Annenin herhangi bir fizyolojik uyarılması, yeniden birleşme sonrasında bebeğin kardiyak aktivitesinde artış olarak gözlemlenmiş olup, annenin olumsuz değerlendirmelerinin zaman içerisinde bebeğin fizyolojik olarak uyarıldığı tek yanıt haline geldiği gözlenmiştir (414). Sonuç olarak fetal stresin yanında, erken dönemde annenin stresinin çocuğa bulaşı ile ortaya çıkan, yenidoğanın kortizol seviyelerindeki yükselmenin kronikleşmesi halinde çok erken yaşlardan başlayarak duygu düzenleme ile ilgili güçlükler ve afektif bozukluklara yatkınlığın oluşabileceğinin göz önünde tutulması gerektiği bildirilmektedir (358).

Duygusal ve davranışsal epigenetik araştırmalar, ilk yıllarda gen ekspresyonundaki epigenetik değişikliklerle önemli ölçüde ilişkilendirilen iki tür

deneyimsel etkinin altını çizmektedir: çevresel sıkıntı ve ebeveyn kötü bakımı (415). Yang ve arkadaşları (2013), demografik olarak eşleştirilmiş bir kontrol grubuna kıyasla, ebeveynlerinden kötü muamele öyküsü olan çocuklarda daha yüksek DNA metilasyon oranı bildirmiştir (416). Meaney (2010), bir dizi hayvan deneyinde, sıçan yavrularının anne bakımındaki değişikliklerin, yavrularda gen ifadesinde davranış, başa çıkma ve sonradan ebeveyn davranışı gösterme ile ilgili çoklu jenerasyonel sonuçları olan, gen ekspresyonunda epigenetik değişikliklere neden olduğunu göstermiştir (417). Özellikle yaşamın erken döneminde, çevresel sıkıntı ve kötü bakım deneyimlerinin kötü şartlara uyum sağlamak için gen ifadesinde değişikliklere yol açan temel epigenetik düzenleyiciler olduğu öne sürülmektedir (358).

Ebeveynlik tutumları ve ebeveynlerin kendisinde duygu düzenlemede güçlükler olması da çocuğun duygu düzensizliğine katkıda bulunmaktadır. Araştırmalar aşırı kontrolcü-koruyucu, baskın-otoriter (42,43) ve eleştirel/düşmanlı (418) tutumları olan ebeveynlerin, çocuklarının duygu düzenleme becerilerini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Aksine destekleyici ve sözel olarak yol gösterici ebeveynlerin, çocuklarının daha etkili duygu düzenleme stratejileri geliştirmelerine yardımcı oldukları bildirilmektedir (419). Bunun yanında kesitsel bir araştırma, anneleri yüksek düzeyde duygu düzenleme güçlüğü yaşayan ergenlerin bu sorunu kontrol grubuna göre daha fazla yaşadığını göstermiştir (420). Thompson (1994) ve Cole (1994) ortak olarak araştırmalarında annelerinin duygu düzenleme stratejilerini içselleştiren ve duygularla baş etme yöntemlerini taklit eden ergenlerin, annelerine benzer duygu düzenleme zorlukları yaşadıklarını belirtmişlerdir (69,356).

2.3.4. OKB ve Duygu Düzenleme Güçlüğü

OKB'nin bilişsel modeline göre, olumsuz duygudurum hatalı bilişlerin artışına ve obsesyonel düşüncelerin daha olumsuz değerlendirilmesine yol açmaktadır (421). Olumsuz duyguların OKB semptomlarını ağırlaştırması, kişinin duygu düzenlemede daha fazla zorlanmasına, bu durum da OKB'nin şiddeti ve sürengenliğinde artışa yol açmaktadır (31). OKB'de duygu düzenleme ile ilgili güçlüklerin varlığı giderek artan kanıtlarla gösterilmektedir. OKB'li grupta, duygu tanıma ve tanımlama zorluğu olarak tarif edilen aleksitimi, anksiyeteye aşırı hassasiyet ve duygu düzenleme ile yakın ilişkisi olan stres intoleransının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (34). Aynı zamanda duygu düzenleme güçlüğü ölçek puanlarının, OKB semptom düzeyi ve şiddeti ile

pozitif yönde korelasyon gösterdiğini belirten araştırmalar mevcuttur (32,33). Fergus ve Bardeen (2014) duygu düzenleme güçlükleri alt faktörlerinden olan; duyguları baskılama, dürtü kontrol zorlukları, duygusal farkındalığın az olması ve duygusal netlik puanlarının OKB belirtilerini öngörmeye önemli belirteçler olduğunu öne sürmüşlerdir (33). Başka bir araştırmada duyguları tehdit edici olarak değerlendirme ve “tam doğru olmama” ile ilişkili duyguları korkutucu olarak algılamının, OKB'nin simetri obsesyonlarının belirleyicisi olduğu izlenmiştir (35). Biriktiricilik bozukluğu ve OKB'yi duygu düzenleme güçlüğü açısından karşılaştıran bir araştırma, her ikisinde de tüm alt faktörlerin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmiş. Ancak duygu düzenleme güçlüğü ölçek puanlarının, biriktiricilik bozukluğuna göre OKB şiddetinin daha önemli bir belirleyicisi olduğunu tespit etmişlerdir (125).

Bilişsel model OKB için doğrudan duygu düzenleme güçlüğüne vurgu yapmamakta, psikopatolojilerde gözlenen duygu düzenleme zorlukları daha çok bilinçli farkındalık (*mindfulness*) ve kabul-temelli terapiler ile tedaviye yönlendirilmektedir (422–425). Özellikle dirençli OKB olgularında yapılan araştırmalarda, düşünce baskılama stratejilerini azaltmanın yanında, duygular ve düşüncelerin kabul edilmesi ile ilgili terapötik yaklaşımların OKB semptom şiddetinde azalma ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (422). Bir randomize kontrollü çalışma, OKB'de maruz bırakma teknikleri kullanılmadan, kabul-kararlılık terapisi ile kişinin olumsuz duyguları kabulünü artırarak, zorlayıcı düşünceler karşısında daha uygun davranışsal yanıtlar verebildiğini ve OKB semptom şiddetinin azaldığını bildirmiştir (426). Cristea ve ark. (2013), BDT'de yeni dalga olarak tanımladıkları kabul-kararlılık terapisi ile eklemlenmiş BDT'yi; kişinin girici düşüncelere sahip olma ile ilgili inançlarının (üstbilişsel inançlar) nötralize edildiği, bunların yarattığı sıkıntının azaltılmasının amaçlandığı, duygu ve düşüncenin kabul edildiği bir süreç olarak tarif etmektedir. Bu terapi şekli “deneyimsel kaçınma”nın azaltılması sonucu, girici düşüncelerin tehdit edici olmadığının keşfi ile otomatik düşüncenin değişimini hedeflemektedir (424). Benzer şekilde bilinçli farkındalık temelli BDT'nin (*Mindfulness-based cognitive behavioral therapy-MCBT*) kullanıldığı bir araştırma işlevsiz inançlar ile duygusal tepkiler arasında MCBT aracılı bir değişiklik olduğunu göstermektedir (427).

Özetle, duygu ve düşünceyi kabul etme sürecinin, bu düşünceye sahip olma ile ilgili inançlar (*üstbilişler-metacognitions*)/duygularla ilgili ön kabullerden doğan

duygular (üstduygular-*metaemotions*) ile ilişkili olduğu söylenebilir. Bu nedenle özellikle dirençli OKB olguları için uygulamada geleneksel BDT yerine üstbilişler, üst duygular ya da doğrudan duygu regülasyonuna yönelik terapilerin eklendiği yeni yaklaşımlar ile ilgili araştırmalar sürmektedir.

2.4. Duygu Dışavurumu

Duygu dışavurumu (DD) kavramı 1992 yılında İngiltere’de şizofreni hastaları ile aileleri arasındaki etkileşimleri inceleyen bir dizi araştırma sonrasında tanımlanmış bir kavramdır. Bu araştırmalar sonunda, ifade edilen duygularla ilgili bazı özelliklerin şizofreninin gidişini yordayabildiği belirlenmiştir (428). Bu kavramın tanımlanmasından yıllar önce, Brown ve arkadaşları da (1962) hastaya yönelen olumsuz duyguların ve ifadelerin belirgin olduğu durumlarda şizofrenide nüks oranlarının yüksek olduğundan bahsetmişlerdir (429). Kronik psikiyatri hastaları ile yapılan çalışmalarda çoğunun aileleri ile birlikte yaşadığı ve ailenin bakım verme döneminde genellikle sosyal destek almadığı gösterilmiştir (430). Kronik hastalığı olan bireylerin aileleri ile yapılan çalışmalar ise, ailelerin stres, anksiyete, depresyon, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe, umutsuzluk gibi duygular yaşadıklarını bildirmiştir (48,49). DD kavramı hasta ile ilişkili olmayıp, bireye karşı ailesinin gösterdiği olumsuz tutumların ve evdeki çevresel stresin bir ölçüsü olarak gösterilmiştir (431). Ancak yakın zamanda, OKB hastası çocuklar ile hastalanmamış kardeşlerinin aynı ebeveynlerden algıladıkları DD seviyeleri ve ebeveynin çocuklar ile ilgili ayrı ayrı değerlendirmeleri incelenmiştir. Sonuçlara bakıldığında, hasta çocuklar ile ilgili ebeveynlerin daha yüksek DD düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Bu araştırma konuya yeni bir yaklaşım getirmiş; DD’nin ailenin duygusal iklimi ile ilgili genel bir kavram değil de, kişilerin arasındaki ikili ilişkiye özgü olduğunu vurgulamıştır (80).

2.3.1. Duygu Dışavurumu Belirleyicileri ve Ruhsal Bozukluklarla İlişkisi

İlgili literatür incelendiğinde duygu dışavurumu ile ilgili yapılan araştırmaların birçoğunda, DD seviyesinin değerlendirilmesinde geleneksel yöntemler olan Camberwell Aile Görüşmesi (*Camberwell Family Interview-CFI*) veya Beş Dakikalık Konuşma Örneği (*Five Minute Speech Sample-FMSS*) yöntemlerinin kullanıldığı görülmektedir. Bu yöntemlerle DD ölçümünde, hasta birey hakkında aile üyelerinin

“eleştirelilik”, “düşmancıl tutumlar” ve “aşırı duygusal katılım” gibi duygusal ve davranışsal tepkileri değerlendirilmektedir (428). Eleştirelilik ve düşmancıl tutum birbiri ile ilişkili olup, hasta bireyin davranışlarının değil de birey olarak eleştirildiği, küçük düşürüldüğü, reddedildiği, onaylanmadığı veya kınandığı durumlara işaret etmektedir. Aşırı duygusal katılım, bir ebeveynin aşırı koruyucu/fedakarca davranışlarını, nesnel olmayan bakış açısını ve hasta hakkında aşırı duygusal tepkilerini ifade etmektedir (80).

DD için alternatif ölçüm sağlamaya yönelik olarak Cole ve Kazarian (1988), Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeğini (*Level of Expressed Emotion-LEE*) geliştirmişler ve duygusal, bilişsel ve davranışsal dört alt faktör bildirmişlerdir. Bunlar müdahalecilik, duygusal yanıt, hastalığa karşı tutum ve tahammül/beklenti olarak belirlenmiştir (432). Bu faktörlerden müdahalecilik, hastanın ritüellerine aşırı müdahale edilmesini; duygusal yanıt, belirtilerin üstesinden gelemediğini düşünerek hastaya kızgınlık ya da hasta yakınının aşırı duygusal tepkilerini (örn. şiddetli kaygı) ifade etmektedir. Hastalığa karşı olumsuz tutumlar; hastanın gerçekten hasta olduğundan şüphe duyma, hastayı durumundan ötürü suçlama ya da sorumlu tutma şeklinde olabilmektedir. Hastaya karşı düşük tolerans veya ondan yüksek beklentiler de dördüncü alt faktör olarak belirtilmiştir (432). Nelis ve arkadaşları, LEE ölçeğinin kısaltılmış formunun uygunluğunu, ergenlerden oluşan bir örnekleme incelemiştir. Değerlendirme sonucunda duygusal destek yokluğu, müdahalecilik ve sinirlilik olarak belirlenen üç alt faktörden oluşan bir ölçek, algılanan DD ölçümü için ergenlerde kullanılmaya başlanmıştır. Ölçeklerle yapılan değerlendirmeyi, CFI ve FMSS yöntemleri ile karşılaştıran çalışmalar büyük oranda tutarlı sonuçlar vermiş ve bu ölçeklerin kullanılmasının uygun olduğu bildirilmiştir (433–436).

Yüksek DD'nin bir stresör olarak işlev gördüğü ve stresin savunmasız hastanın semptomlarında alevlenmeye yol açtığı kabul edilmektedir (437,438). Ancak hasta ve aile üyeleri arasındaki etkileşimlerin, hastalığın alevlenmesini açıklayabilecek iki yönlü bir ilişki olarak görülmesi gerektiği belirtilmektedir (439). Ebeveyn ve akrabalarda yüksek DD, hastanın olumsuz davranışlarında artışa ve bu da tersi yönde hasta yakınlarının DD parametrelerinde daha fazla yükselmeye sebep olmaktadır. Bu iki yönlü ilişki sonuçta hastanın ve ailenin olumsuz duygularında artış, hastalık semptomlarında alevlenme ve her iki taraf için de uygun olmayan problem çözme yöntemlerinin kullanılmasına sebep olabilmektedir (437). Düşmancıl tutuma sahip hasta yakınlarının, hasta ile etkileşimleri sırasında iki kat daha fazla eleştirel

davrandıkları, problemin çözümüne odaklanmak yerine hastayı suçladıkları gözlenmiştir (440,441). Bu hastaların ise anksiyete bozukluğu ve OKB'ye yönelik uygulanan davranışçı terapiye yanıtlarının, yakınlarından olumsuz atıflar almayanlara göre, belirgin şekilde düşük olduğu bulunmuştur (441).

Yüksek duygu dışavurumunun (DD), birçok psikiyatrik hastalıkta alevlenme ve nökslerin güçlü bir yordayıcısı olabileceği gösterilmiştir (50–52). Bu nedenle hem erişkin, hem de çocuk ve ergen ruh sağlığı çalışanları arasında bu kavrama son yıllarda artan bir ilgi söz konusudur (442). Bu konuda çocuk ve ergenlerde yapılan araştırmalar DD yüksek ailelerin çocuklarında psikiyatrik tanı alma olasılığının 5 kat daha yüksek olduğunu (53), annelerinde yüksek DD olan çocukların daha fazla antisosyal davranışlar gösterdiğini bildirmektedir (443). Hibbs ve arkadaşları, yıkıcı davranış bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı konulan çocukların ailelerinde, kontrol grubuna göre daha yüksek DD değerlerinin olduğunu tespit etmişlerdir (54). Başka bir araştırma ailede yüksek DD düzeyini, çocuklardaki dezorganize bağlanma örüntüsü ile ilişkilendirmiştir (444). Anneye ait yüksek DD seviyesinin; ergenlerde depresif bozukluk, madde kötüye kullanımı ve davranış bozukluğu için risk artışının belirleyicisi olduğu gösterilmiştir (55). Aynı zamanda depresif bozukluk tanılı ergenlerde, ailede yüksek DD düzeylerinin, sosyal işlevsellikteki bozulma ve depresif belirtilerdeki artış ile güçlü bir korelasyon gösterdiği (445); eşlik eden yıkıcı davranış bozuklukları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (446). Anoreksiya Nervosa tanısı konulan ergenlerle yapılan bir araştırma da, DD alt faktörlerinden olan “eleştirelilik” ile tedavi yanıtı arasında ters yönlü bir ilişki bildirmiştir (56).

2.3.2. Duygu Dışavurumu ve OKB

OKB ile ilgili bilişsel kuramlar da aile yapısının OKB gelişimi ve sürmesine etkilerinden bahsetmiştir. Salkovskis ve arkadaşları (1999) duygu dışavurumu belirteçleri olan ailelerdeki eleştirelilik ve aşırı koruyucu tutumun, çocuklarda aşırı sorumluluk inançlarının aktifleşmesine, bunun da obsesif kompulsif semptomları sürdürücü etkisine vurgu yapmıştır (447). Rachman ve Hodgson (1980) ise ebeveynlerin aşırı koruyucu-kollayıcı tutumunun, çocuğun anksiyetesini ve ebeveyne bağımlılığını artırdığını, ailede eleştireliliğin çocukta korku ile ilişkili tepkileri tetiklediği ve kontrol kompulsiyonlarına öncülük ettiğini ifade etmiştir (448). Son yıllarda yapılan araştırmalar da bunları destekler nitelikte olup, çevreden algılanan DD seviyesinin OKB gelişimi, semptom şiddeti, işlevsellik ve tedavi üzerine etkileri

olduğunu göstermektedir (54,431,449). Erişkin örnekleme bu konuda daha fazla çalışmaya rastlanmakta ancak çocuk/ergende bu konunun nispeten daha az araştırılmış olduğu görülmektedir.

Erişkin örnekleminde yapılan bir araştırmada yüksek ‘algılanan eleştirelilik’in, OKB semptomlarının şiddeti, eşlik eden depresif semptomlar ve içgörü azlığı/yokluğu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (431,450). Erişkinlerde OKB tedavisine DD etkilerini inceleyen bir çalışma, yüksek DD seviyesinin, özellikle de ‘düşmancıl oluş’ parametresinin, BDT sonrası yüksek semptom şiddeti ve terapinin yarım bırakılmasının en önemli belirleyicisi olduğunu bildirmektedir (449). Hibbs ve Hamburger bir dizi çalışmada, OKB semptomları gösteren çocukların annelerinin % 71-74’ünde, babalarının % 46-47’sinde yüksek DD bulunduğunu, bu oranların psikiyatrik bozukluğu olmayan kontrol grubu çocukların ailelerinden anlamlı oranda daha yüksek olduğunu vurgulamışlardır (54,451,452). Çocuklarda OKB tedavi yanıtının, ailedeki DD ile ilişkisini araştıran birkaç adet araştırma bulunmaktadır. İlkinde, klomipramin ile tedavi edilen OKB’li çocuklar, tedaviden 2 ve 7 yıl sonra yeniden değerlendirilmiş; ailede yüksek DD’nin çocuklarda düşük global işlevsellik düzeyi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (79). Yakın zamanda yapılan diğer bir araştırma ise, OKB’li çocuklara uygulanan tedavinin etkinliğini FMSS yöntemi ile, çocukların algıladığı ve ebeveynin bildirdiği DD ilişkisi içerisinde değerlendirmiştir.

Bu araştırmanın önemli bazı bulguları şu şekildedir:

- 1) Annenin yüksek eleştirelilik bildirim ve çocukların babadan algıladığı yüksek eleştirelilik seviyesi, çocuklardaki tedavi öncesi OKB şiddeti ile ilişkilidir
- 2) Tedavi sonrası OKB şiddeti ile DD arasında ilişki bulunamamıştır; bu durumun bazı hastaların plasebo kullanması ile ilişkili olabileceği ifade edilmiştir
- 3) Tedavi sonrası okulda ve sosyal hayatta işlevsellik, semptom şiddetinden bağımsız olarak annenin yüksek DD ile ilişkili bulunmuştur
- 4) Çocukların algıladığı DD seviyeleri, ebeveyn bildirimleri ile tutarlıdır
- 5) Çocukların hem anne hem babadan algıladıkları DD düzeyleri birbirine oldukça yakın bulunmuştur (80).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Araştırmaya Mart 2018 - Aralık 2018 tarihleri arasında Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden, DSM-V tanı kriterlerine göre ilk kez OKB tanısı konulan 12-18 yaşları arasında kız ve erkek 35 ergen hasta ile; bu hastaların ebeveynleri dahil edilmiştir. Çalışmaya DSM-V'e göre yapılan klinik görüşmede normal mental kapasiteye sahip olduğu düşünülen hastalar dahil edilmiş olup, DSM-V'e göre zihinsel yetersizliğe sahip olması dışlama kriteri olmuştur. Katılımcılar ve ebeveynlerinin tamamı çalışmaya dahil edilmeden önce araştırma hakkında bilgilendirilmiş, bilgilendirilmiş gönüllü onam formunda ailelerin imzaları alınmıştır.

Bu araştırma, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Olguların araştırmaya dahil edilme ölçütleri şu şekildedir:

- 1) 12-18 yaş arasında olmak
- 2) DSM-V'e göre normal mental kapasiteye sahip olmak
- 3) DSM-V tanı kriterlerine göre OKB tanısı konulmuş olmak
- 4) Kendisinin ve ebeveynlerinin araştırmaya katılmayı kabul etmiş olup, ebeveynlerinden en az birinin bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış olması

Dışlama ölçütleri ise şu şekilde belirlenmiştir:

- 1) Okuma yazma bilmiyor olmak
- 2) DSM-V'e göre zihinsel yetersizliğe sahip olmak
- 3) Çalışmaya katılmayı reddetmesi veya çalışmadan çıkmak istemesi

3.2. Verilerin Toplanması

Dahil edilme kriterlerine uygun olarak seçilen hasta ve hasta yakınlarına, önce çalışmanın amacı, şekli ve uygulanacak testler anlatılıp, içinde araştırmacının iletişim bilgilerinin de yer aldığı "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu" okutulup imzaları alınmıştır. Ardından "Sosyodemografik Veri Formu" ile katılımcıların yaşı, cinsiyeti,

aile yapısı, kardeş sayısı, ailenin gelir düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri ve hastaların özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri kaydedilmiştir.

DSM-V tanı kriterlerine göre OKB ölçütlerini karşılayan tüm hastalar, ilk görüşmede Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (ÇY-BOKÖ) ile araştırmacı çocuk psikiyatristi tarafından değerlendirilmiştir. Hastaların eşlik eden psikopatolojilerini belirlemek için yarı yapılandırılmış bir görüşme olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- (K-SADS-PL) araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Beraberinde yapılan tanısal klinik görüşme neticesinde DSM-V'e göre "OKB ve İlişkili Bozukluklar" grubu içerisinde bulunan trikotillomani, deri yolma ve biriktiricilik bozukluğu; K-SADS-PL'de yer almayan Otizm Spektrum Bozukluğu ve internet bağımlılığı açısından da hastalar değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan tüm çocuk ve ergenlerin; Kısaltılmış Duygu Dışavurumu Ölçeği Ergen Formu (KDDÖ), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Kısa Formu (DDGÖ-16), Üstbilişler Ölçeği Çocuk ve Ergen formu (ÜBÖ-ÇE) doldurmaları sağlanmıştır. Tüm hastaların beraberinde gelen ebeveyni ve diğer ebeveyninin Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 (OIÖ-44), Psikiyatrik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ) ve Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Kısa Formu (DDGÖ-16) doldurması istenmiştir.

Araştırmacı tarafından yapılan ölçümlere kör olarak, bir çocuk psikiyatristi tarafından tüm hastaların psikiyatrik değerlendirmesi yapıldıktan sonra OKB ile ilgili psikoeğitim verilmesi ve kılavuzlarda önerildiği şekilde, serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) grubundan ergenlerde kullanımı uygun bulunan herhangi bir ajanla tedavisinin düzenlenmesi sağlanmıştır. Hastaların tümünün değerlendirmeler sonrasında orta-ağır şiddette OKB kliniğine sahip olması nedeniyle tüm hastalara ilaç tedavisi başlanmış ve yeterli/uygun BDT uygulayıcısının olmaması nedeniyle BDT uygulanmamıştır. 12 haftalık takip ve tedavi süresi boyunca 2 hastanın yataklı servise yatışı gerekli görülmüş; diğerleri aylık psikiyatri kontrolleri ile izlenmişlerdir. Tüm hastalar SSGİ kullanmayan ve ilk kez OKB tanısı konulan hastalardan seçilmiş olup, SSGİ tedavileri kademeli olarak başlanmış, 1 hafta sonra etkin doza çıkılmıştır. Tedaviye yetersiz/kısmi yanıt veren hastalarda kullanmakta olduğu ilacın dozunda artış; tedaviye yanıt vermeyen hastalarda başka bir SSGİ geçişi, gerekli güçlendirme tedavileri ve ek hastalıklarına uygun ilaç tedavileri uygulanmıştır. Tedavinin ilk ayı içinde yapılan aile görüşmelerinde tüm hastaların beraberinde gelen ebeveynine, OKB

etiyojisi, klinik görünümü, hastanın OKB semptomları ve tedavisi hakkında bilgilendirme yapılmıştır.

Tüm hastalara 12 haftalık tedavi ve izlem süresi sonunda, OKB belirti yoğunluğu ve şiddetinin belirlenmesi için Çocuklar İçin Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (ÇY-BOKÖ) ilk görüşmeyi yapan araştırmacı tarafından yeniden uygulanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından, sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ait klinik özellikleri tespit etmek amacıyla hazırlanmıştır. Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, öğrenimi, aile özellikleri, kardeş sayısı, ailenin gelir durumu, ek tıbbi ve psikiyatrik hastalık, ailede psikiyatrik hastalık varlığı ve hastanın özgeçmişine yönelik sorular bulunmaktadır. Hasta yakınlarına bu form içerisinde “Ailenizde günlük yaşantıyı etkileyecek düzeyde takıntıları olan veya OKB tanısı konulmuş olan kimse var mı?” sorusu hasta yakınlarında eşik/eşik altı OKB semptomatolojisi varlığı sorulmuştur (Bkz. Ek 1).

3.3.2. Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (ÇY-BOKÖ) (*Children’s Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, CY-BOCS*)

Ölçeğin orjinal formu Goodman ve arkadaşları tarafından 1986 yılında geliştirilmiş olup (453), çocuklar için uyarlanan versiyonu 6-17 yaş arası çocuklarda halen altın standart bir ölçme aracı olarak kullanılmaktadır (454). Bu ölçek obsesyon ve kompulsiyonların niteliğini ve şiddetini değerlendirmek üzere yapılan, klinik görüşmeye dayanan yarı yapılandırılmış bir sorgulama formudur. Değerlendirmede çocuk ve ebeveynin verdiği bilgilere ve görüşmecinin klinik kanaatine göre puanlanan bölümler bulunmaktadır. Sonuçta obsesyon şiddeti puanı, kompulsiyon şiddeti puanı ve her ikisinin toplamından oluşan toplam şiddet puanı elde edilmektedir. Hastalığın şiddeti değerlendirilirken belirti tipi, sayısı ya da içeriği dikkate alınmamaktadır. Her bir semptomun hastanın ne derecede zamanını aldığı, normal yaşantıyı ne kadar etkilediği ve öznel rahatsızlığa neden olduğu, bunlara hastanın ne oranda aktif direnç gösterdiği ve ne kadar kontrol edebildiğine göre; 0-4 arasında değişen puanlar alması mümkündür. Her bir belirtinin hem geçmiş haftalar, hem de içinde bulunulan zaman

dilimi için sorgulanması ancak sonuç puanlarının hastanın durumu ile ilgili genel ortalamayı yansıtmaması gerekmektedir (455).

OKB şiddeti açısından toplam puanın belirlenmesi için ölçeğin ilk 10 sorusu kullanılmaktadır. İlk 5 sorunun toplam puanı obsesyonlara ait değerlendirme sağlarken, 6–10. soruların toplamı kompulsiyonlar hakkında değerlendirmeler sağlamaktadır. Daha sonra genel obsesyon puanı ile genel kompulsiyon puanı aritmetik olarak toplanarak toplam puan hesaplanır. Ölçekten elde edilen toplam puan 0-40 arasında değişebilmektedir ve OKB şiddeti açısından şu şekilde yorumlanmaktadır: 0-7 subklinik; 8-15 hafif; 16-23 orta; 24-31 şiddetli; 32-40 çok şiddetli. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yücelen ve arkadaşları tarafından 2006'da yayınlanmıştır (456) (Bkz. Ek 2).

3.3.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children- Present and Lifetime Version, K-SADS-PL*)

Yarı-yapılandırılmış bir klinik görüşme çizelgesi olup, Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından 6-18 yaş çocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesinde ve klinik araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir (457). Ölçeğin bu versiyonu çocuk ve ergenlerin psikopatolojilerinin şimdiki ve geçmiş epizodlarını değerlendirmek için düzenlenmiştir (458). Yarı-yapılandırılmış görüşmeler tanısal klinik görüşmelere benzemekte, fakat tarz ve içerik olarak bazı farkları bulunmaktadır. Bu görüşmelerde standardize edilmiş araçlar ve ölçme kriterleri kullanılmaktadır. Tanı açısından daha fazla güvenilirlik sağladığı için bu araçların kullanımı klinik araştırmalar için uygundur. Diğer yapılandırılmış/yarı-yapılandırılmış görüşmeler gibi K-SADS-PL de bu konuda eğitimi olan görüşmeciler tarafından uygulanmak üzere geliştirilmiştir (459,460).

Çizelge üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm “yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi” olarak adlandırılmaktadır. Bu bölümde çocuğa ait bilgiler, yakınması, geçmiş psikiyatrik öyküsü, okuldaki durumu ve arkadaş-aile içi ilişkileri gibi bilgileri alarak doldurulması gereken bir form mevcuttur. İkinci bölüm “tanı amaçlı tarama görüşmesi” olarak belirlenmiş olup, yaklaşık 200 özgül belirti ve davranışı değerlendirmek üzere tasarlanmıştır. Her bir belirti için tarama soruları ve değerlendirme ölçütleri önceden belirlenmiştir. Yapılan tarama sonucunda 5 tanı

alanında (Duygulanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, davranış bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve diğer bozukluklar)pozitif belirtiler varsa tanıyı doğrulamak amacıyla kullanılan ek soru listeleri verilmektedir. Her bir tanı için DSM-IV (92) tanı ölçütleri kullanılmaktadır. Çocuğun şu andaki işlev düzeyini belirlemek için düzenlenen “çocuklar için genel değerlendirme ölçeği” görüşme formunun üçüncü bölümünü oluşturmaktadır (457).

K-SADS-PL hastalığa ait belirtileri; "yok", "eşik altı" ve "eşik" şeklinde sınıflandırmaktadır. Tanı konulan bireylerde yalnızca belirtilerin varlığına ilişkin bilgi vermekte, belirti şiddeti derecelendirmesi yapmamaktadır. Görüşmelerde anne-baba ve çocuğun kendisinden bilgi alınmakta ve en sonunda tüm kaynaklardan (anne-baba, çocuk, okul vb.) alınan bilgiler derlenerek puanlama yapılmaktadır. Eğer kaynaklardan gelen bilgiler uyumsuz ise klinisyenin kendi klinik yargısına göre karar vermesi önerilmektedir (457). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır (461).

3.3.4. Kısaltılmış Duygu Dışavurumu Ölçeği Ergen Formu (KDDÖ) **(Shortened Level of Expressed Emotion Scale in Adolescents, S-LEE)**

Nelis ve arkadaşları (462) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Vural ve arkadaşları tarafından (2013) yapılmıştır (463). 4’lü Likert tipi derecelendirme (doğru değil; kısmen doğru; büyük ölçüde doğru; doğru) içeren ölçek toplam 33 maddeden oluşmaktadır. Duygusal destek yokluğu, sinirlilik ve müdahaleciliği ölçen üç alt boyuttan oluşmaktadır. Kişinin kendisi tarafından doldurulan ölçek, son üç ay içinde katılımcının hayatındaki en etkili kişi ile etkileşiminde algılanan duygu dışavurumu düzeyini ölçmeyi hedeflemektedir. 1-15 arasındaki maddeler ile 31 ve 33. maddeler ters yüklü maddeler olarak değerlendirilmektedir. Yüksek puanlar duygu dışavurumunun yüksekliğine işaret etmektedir.

Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik araştırmasında Cronbach Alfa katsayısı 0.90, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise 0.81 olarak bulunmuştur (463). Nelis ve arkadaşları tarafından yapılan güvenilirlik çalışmasında ise duygusal destek yokluğu, sinirlilik ve müdahalecilik alt ölçekleri için sırasıyla Cronbach Alfa katsayıları 0,88, 0,82 ve 0,70 olarak bildirilmiştir (462) **(Bkz. Ek 3)**.

3.3.5. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Kısa Formu (DDGÖ-16)

(*Difficulties in Emotion Regulation Scale-Short Form, DERS-16*)

Gratz ve Roemer (2004) tarafından duygu düzenleme güçlüklerinin çeşitli yönlerini kapsamlı şekilde değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan ölçeğin orijinali 36 maddeden oluşmaktadır (36). 2016 yılında Bjureberg ve arkadaşları ölçeğin 16 maddelik kısa formunu geliştirmiştir. “Farkındalık” alt boyutu puanlarının diğer alt ölçeklerle daha düşük korelasyon göstermesi nedeniyle bu faktör ölçeğin kısa formunda kaldırılmıştır (464). Son haliyle 5 alt boyut şu şekilde tanımlanmıştır: 1) Açıklık (duyguların anlaşılmasında zorluk) 2) Amaçlar (amaca yönelik davranışta zorluk) 3) Dürtü (dürtü kontrol zorlukları) 4) Stratejiler (duygu düzenleme ile ilgili uygun stratejileri kullanmada zorluk) 5) Kabul etmeme (duygusal yanıtların kabul edilmesinde zorluk). Ölçeğin her alt faktörü için puanlarda artış duygu düzenleme güçlüğünün artışına işaret etmektedir. Beş faktörlü yapının güvenilirliği yüksek ($\alpha = 0,92$) ve DERS orjinal ölçekle belirgin korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir ($r = 0,93$) (464). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yiğit & Guzey Yiğit (2017) tarafından yapılmıştır (465) (Bkz. Ek 4).

3.3.6. Üstbilişler Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu (ÜBÖ-ÇE)

Bacow ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilen ölçeğin çocuk formu “*Meta-Cognitions Questionnaire for Children (MCQ-C)*” olup (466), Irak tarafından 2012 yılında Türkçe’ye uyarlanmış ve hem çocuk hem de ergen yaş grubu için düzenleme yapılarak test edilmiştir (25). ÜBÖ-ÇE’nin geliştirilmesinde, Cartwright-Hatton ve arkadaşlarının (2004) geliştirdikleri ergen formu “*Meta-Cognitions Questionnaire for Adolescent (MCQ-A)*” esas alınmıştır (467). Bu form üzerinde 7-17 yaş aralığındaki tüm çocukların anlayabilmesi için bazı maddelerde düzenlemeler yapılmış, Bacow ve arkadaşlarının ölçeğin çocuk formunda kullandığı dört faktörlü yapı örnek alınarak form düzenlenmiştir (25).

Sonuç olarak ÜBÖ-ÇE’nin son hali 24 maddeden ve dört alt faktörden oluşmuştur. Bu alt faktörler şu şekildedir: 1) Bilişsel izleme (*cognitive monitoring*) 2) Olumlu üst endişeler (*positive meta-worry*) 3) Olumsuz üst endişeler (*negative meta-worry*) 4) batıl inançlar, ceza ve sorumluluk inançları (BİCS; *superstitious, punishment and responsibility beliefs*). Ölçekteki her madde dört birimli Likert tipi derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanmaktadır. Toplam puanın yükselmesi olumsuz üstbilişsel faaliyetin artışına işaret etmektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa geçerlilik katsayısı 0,73 bulunmuştur. Test-tekrar test analizi sonuçlarında, ölçek maddeleri içinele edilen güvenilirlik katsayılarının alt ölçekler için 0,76 ile 0,82 arasında değiştiği gösterilmiştir (25) (Bkz. Ek 5).

3.3.7. Obsesif İnanışlar Ölçeği (OİÖ-44) (*Obsessive Belief Questionnaire*)

Obsesyonların patogenezi için kritik olduğu düşünülen inanç ve varsayımları değerlendirmek için Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (OKBÇG) (313) tarafından 87 maddelik ölçeğin orjinal uzun formu geliştirilmiştir. OİÖ-44, uzun formun faktör analizi sonucunda 3 faktörün ortaya çıkması ve yüksek tutarlılığı bulunan 44 maddenin seçilmesiyle oluşturulmuştur. Üç faktör yapısı artmış sorumluluk - abartılı tehdit algısı, mükemmeliyetçilik - belirsizliğe tahammülsüzlük, düşüncelere önem verme - düşünceleri kontrol olarak belirlenmiştir. 7'li Likert tipi ölçeğin 2., 3., 4., 9., 10., 11., 12., 14., 18., 20., 25., 26., 31., 37., 40. ve 43. sorularının toplam puanı mükemmeliyetçilik-belirsizliğe tahammülsüzlük alt ölçeğini; 7., 13., 21., 24., 27., 28., 30.,32., 35., 38., 42. ve 44. sorularının toplam puanı düşünceleri kontrol-önem alt ölçeğini; 1., 5.,6., 8., 15., 16., 17., 19., 22., 23., 29., 33., 34., 36., 39. ve 41. sorularının toplamı abartılmış sorumluluk-abartılmış tehdit algısı alt ölçeklerinin puanını oluşturmaktadır (468).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik güvenilirlik çalışması Boysan ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmış olup, tüm maddeleri için iç turtalılık katsayısı 0.95; sorumluluk-tehlike algısı, mükemmeliyetçilik-kesinlik, önem verme-düşünceleri kontrol alt ölçekleri için Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0.88, 0.88, 0.86 olarak tespit edilmiştir (469) (Bkz. Ek 6).

3.3.8. Psikolojik Belirti Tarama Listesi (*The Symptom Checklist-90 Revised Questionnaire, SCL-90-R*)

Psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 maddeden oluşan ölçek Derogatis ve arkadaşları (1976) tarafından geliştirilmiştir (470). Maddelerin yanıtlanması 5'li Likert tipi bir ölçek üzerinde yapılmakta, kişiler belirtileri 0-4 arasında puanlamaktadır. Ölçek somatizasyon (12 madde), obsesif-kompulsif belirtiler (10 madde), kişiler arası duyarlılık (9 madde), depresyon (13 madde), anksiyete (10 madde), öfke-düşmanlık (6 madde), fobik anksiyete (7 madde), paranoid düşünceler (6 madde), psikotik belirtiler (10 madde) ve daha çok uyku ve yeme, sorunları ile ilgili

7 maddelik bir ek skaladan oluşmaktadır (471). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirliği ile ilgili çalışmalar 1991 yılında Dağ tarafından yapılmıştır. Çalışmalarda ölçeğin tümünün Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.97 bulunmuş; ölçeğin tüm alt ölçekler ve genel göstergelerle bulunan korelasyonları 0.51 ile 0.91 değerleri arasında değiştiği saptanmıştır (472) **(Bkz. Ek 7)**.

3.3.9. Duygu Dışavurumu (*Expressed Emotion*) Ölçeği (DDÖ)

Berksun tarafından 1992'de yapılan bir tez çalışmasında geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılmıştır. Hasta yakınlarının hastayı ve kendisini nasıl algıladığıyla ilgili sorular yer almaktadır. 41 soruluk ölçekte verilen yanıtlara göre duygu dışavurumu düzeyi belirlenmektedir (473). Daha önce geliştirilmiş olan “Level of Expressed Emotions- LEE” (432) ölçeğinin ve diğer DD ölçme araçlarının Türkçe’ye uyarlaması yapılarak, bu kez hastanın değil de hasta yakınlarının dolduracağı bir ölçek geliştirilmiştir. En yüksek toplam puan ölçek soru sayısı kadar olup, puan yükseldikçe DD düzeyi yükselmektedir. 29 madde eleştirel-düşmanlık oluşu (ED), 12 madde ise aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcı olmayı (AİKK) göstermektedir. Ankette 3., 8., 14., 28., 30., 36., 38, 39., 41. sorular ters yüklü sorulardır. Toplam puan 0-41 arasında, ED puanı 0-29, AİKK puanı 0-12 arasında olmaktadır. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Berksun tarafından yapılmış olup, Cronbach Alfa katsayısı 0.89 bulunmuştur (473) **(Bkz. Ek 8)**.

3.4. İstatistiksel Analiz

Araştırmada sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler dağılım özelliklerine göre ortalama \pm standart sapma ya da ortanca ve çeyreklikler arası yüzde olarak gösterilmiştir. Kesikli değişkenler ise frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorow testi ve box plot grafiklerle değerlendirilmiştir. İkili karşılaştırmalarda tekrarlayan ölçümlerde eşleştirilmiş t test, bağımsız gruplarda Student t test ya da dağılım özelliklerine göre Wilcoxon testi kullanılmıştır. Kesikli değişkenlerin gruplar arasında karşılaştırılması Ki-Kare testi ile yapılmıştır. Korelasyon analizleri Spearman testi ile değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde istatistik anlamlılık eşik değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Tedavi yanıtı değerlendirilirken kullanılan formül: Tedavi yanıtı= $[(\text{ilk ölçüm}-\text{son ölçüm}) / \text{ilk ölçüm}] \times 100$ olarak belirlenmiştir.

İkili karşılaştırmalar ve korelasyon analizlerinde istatistiksel olarak önemli gözlenen değişkenlere öncelik verilerek ve psikopatoloji hakkında teoriler de dikkate alınarak tedavi yanıtına etki eden faktörler ile ilgili bir model oluşturulmuş ve yol analizi ile model test edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmaya dahil edilen, OKB tanısı yeni konulmuş, akut dönemde olan toplam 35 hastanın % 45,7'sini (n=16) kız, % 54,3'ünü (n=19) erkek ergenler oluşturmaktadır. Olgu grubuna ait doğum şekli-zamanı, kuvöz bakımı gerekip gerekmediği, anne sütü alım süreleri ve erken çocukluk dönemindeki travmatik yaşam olayları ile ilgili veriler **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Olguların cinsiyet ve özgeçmiş bilgileri

	Hasta sayısı (n)	Yüzde değeri (%)
Cinsiyet		
Kız	16	45,7
Erkek	19	54,3
Doğum şekli		
NSVD	20	57,1
Sezeryan	15	42,9
Doğum zamanı		
Term	32	91,4
Preterm	2	5,7
Postterm	1	2,9
Doğumda komplikasyon		
Yok	30	85,7
Mekonyumlu doğum	3	8,6
Enfeksiyon	1	2,9
Zor doğum	1	2,9
Kuvöz bakımı		
Yok	29	82,9
Var	6	17,1
Erken çocukluk travmatik yaşantı		
Yok	28	80,0
Var	7	20,0

NSVD: Normal spontan vaginal doğum

Tüm hastaların yaş ortalaması $14,9 \pm 1,9$ olarak tespit edilmiştir. Anne ve babalarının yaş ortalaması ve ortalama anne sütü alım süreleri de aşağıda gösterilmektedir (**Tablo 2**).

Tablo 2. Olguların yaş, anne sütü alım süreleri ve anne-baba yaşı ortalamaları

	En küçük değer (<i>min</i>)	En büyük değer (<i>max</i>)	ORT±SS
Yaş	12,00	18,00	14,94 ± 1,9
Anne sütü alım(ay)	2,00	36,00	16,71 ± 9,4
Anne yaşı	33,00	58,00	43,48 ± 5,6
Baba yaşı	36,00	60,00	46,25 ± 5,5

ORT: Ortalama değer, SS: Standart sapma

Ergenlerin % 68,6'sı annesi, % 17,1'i anne ve babası ile, % 8,6'sı yalnızca babası eşliğinde başvurmuştur. Annelerin % 71,4'ünün, babaların % 82,9'unun lise ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu izlenmiştir. Olgu grubunun % 77,1'inin (n=27) çekirdek aile, % 8,6'sının (n=3) geniş aile şeklinde, % 14,3'ünün (n=5) ise tek ebeveynle yaşadığı gözlenmiştir (**Tablo 3**).

Tablo 3. Hastaların sosyodemografik bilgileri

	Kişi sayısı	Yüzde değeri (%)
Kliniğe başvuru		
Anne eşliğinde	24	68,6
Anne-baba-çocuk birlikte	6	17,1
Baba eşliğinde	3	8,6
Diğer	2	5,7
Anne Eğitimi		
İlkokul	7	20,0
Ortaokul	3	8,6
Lise	11	31,4
Üniversite	14	40,0
Baba Eğitimi		
İlkokul	3	8,6
Ortaokul	3	8,6
Lise	12	34,3
Üniversite	17	48,6
Aile Yapısı		
Çekirdek aile	27	77,1
Tek ebeveynle yaşama	5	14,3
Geniş aile	3	8,6

Aileler tarafından olguların % 48,6'sının (n=17) ailesinde 1. ve 2. derece yakınlarında, geçmişte veya şu anda devam eden bir psikiyatrik hastalık bulunduğu; % 42,9'unun (n=15) 1.ve 2. derece yakınlarında OKB belirtilerinin mevcut olduğu bildirilmiştir (**Tablo 4**).

Tablo 4. Hastaların soygeçmiş bilgileri

	Kişi sayısı (n)	Yüzde değeri (%)
Ailede psikiyatrik hastalık		
Yok	18	51,4
Var	17	48,6
Ailede OKB belirtileri		
Yok	20	57,1
Var	15	42,9

Araştırmaya alınan ergenlerin 3 tanesinin (% 8,5) eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalığı bulunmazken, 32 tanesinin (% 91,4) psikiyatrik eş hastalanımı olduğu görülmüştür. Bu 32 hastanın % 15,6'sında OKB'ye eşlik eden bir tanı, % 37,5'inde iki ek tanı gözlenirken, geri kalan % 46,9'una üç veya daha fazla psikiyatrik ek tanı konulmuştur. Tüm olgularda en sık gözlenen ek tanıları bakıldığında, yaygın anksiyete bozukluğu hastaların % 42,8'inde (n=15) en sık ek tanı olarak tespit edilmiştir. Bunu depresyon (%40), DEHB (%40) ve tik bozukluğunun (% 28,6) izlediği saptanmıştır. OKB'ye tik bozukluğu eşlik eden hastaların % 60'ında (n=6) DEHB eş tanısı bulunmuştur (**Tablo 5**).

Tablo 5. Olguların OKB'ye eşlik eden diğer psikiyatrik tanıları ve yüzdeleri

	Hasta sayısı (n)	Yüzde değeri (%)
Yaygın anksiyete bozukluğu	15	42,8
Depresif Bozukluklar	14	40,0
DEHB	14	40,0
Tik bozukluğu	10	28,6
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	9	25,7
Sosyal anksiyete bozukluğu	8	22,9
Özgül fobi	3	8,6
İnternet oyun oynama bozukluğu*	3	8,6
Trikotillomani**	3	8,6
Deri yolma bozukluğu**	3	8,6
Karşıt olma/karşı gelme bozukluğu	2	5,7
Sigara kullanımı	2	5,7
Davranım Bozukluğu	1	2,9
Panik bozukluk	1	2,9
Travma sonrası stres bozukluğu	1	2,9
Otizm spektrum bozukluğu**	1	2,9
Yeme bozukluğu	1	2,9
Dışa atım bozuklukları	1	2,9

DEHB:Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, *İnternet oyun oynama bozukluğu tanısı DSM-V ek bölümünde önerilen tanı ölçütleri kullanılarak konulmuştur, **OSB, Trikotillomani ve deri yolma bozukluğu tanıları DSM-V tanı ölçütlerine göre konulmuştur.

Hastaların OKB tanısına yönelik olarak, takip eden çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından düzenlenen SSGİ tedavileri **Tablo 6**'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Hastaların kullandığı SSGİ tedavileri

İlaç tedavisi	Hasta sayısı (n)	Yüzde değeri (%)
Sertralin	22	62,9
Fluoksetin	9	25,7
Essitalopram	2	5,7
Sitalopram	2	5,7

Hastalar ÇY-BOKÖ ile OKB semptom çeşitliliği açısından incelendiğinde, araştırma grubundaki ergenlerde en sık görülen obsesyonların kirlenme obsesyonu (% 85.7), saldırganlık obsesyonu (% 68.6) ve dini obsesyonlar (% 68.6) olduğu bulunmuştur. En sık rastlanan kompulsiyonlar ise yıkama (% 82.9), kontrol (% 77.1), törensel davranışlar (% 71.4) ve düzenleme (% 48.6) kompulsiyonları olarak tespit edilmiştir (**Tablo 7**).

Tablo 7. Hastaların ÇY-BOKÖ'ye göre OKB belirtileri

	Hasta sayısı (n)	Yüzde değeri (%)
Kompulsiyon çeşitleri		
Yıkama/temizleme	29	82,9
Kontrol etme	27	77,1
Tekrarlayıcı törensel davranışlar	25	71,4
Sıralama/düzenleme	17	48,6
Söyleme / sorma / itiraf etme	16	45,7
Abartılı batıl davranışlar	15	42,9
Zihinsel törenler	15	42,9
Dokunma / vurma / ovalama	14	40,0
Diğerlerini içeren törensel davranışlar	13	37,1
Sayma	10	28,6
"Tam yerinde" olana kadar dokunma	10	28,6
Biriktirme/ toplama	7	20,0
Obsesyon çeşitleri		
Kirlenme	30	85,7
Saldırganlık	24	68,6
Dini	24	68,6
"Tam doğru" şeyi yapma/söyleme	20	57,1
Somatik	14	40,0
Girici tarzda imge/sesler	14	40,0
Cinsel	10	28,6
Büyüsel düşünce/batıl inanç	9	25,7
Biriktirme	4	11,4

Ergenlerin cinsiyetlerine göre ÇY-BOKÖ puan ortalamaları aşağıda gösterilmiştir. Kız ve erkek ergenler arasında tedavi öncesi OKB şiddeti açısından fark saptanmamıştır (**Tablo 8**).

Tablo 8. Hastaların cinsiyetlerine göre ÇY-BOKÖ puan karşılaştırmaları

Belirti şiddeti	Cinsiyet	Hasta Sayısı	ORT ± SS	z	p
Obsesyon(T0)	Kız	16	16,87 ± 2,8	0,268	0,789
	Erkek	19	16,52 ± 3,0		
Kompulsiyon(T0)	Kız	16	15,62 ± 3,1	-1,003	0,316
	Erkek	19	14,73 ± 3,2		
Toplam(T0)	Kız	16	32,31 ± 5,5	-0,681	0,496
	Erkek	19	30,78 ± 5,8		

ÇY-BOKÖ: Çocuklar için Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, T0: Tedavi öncesi ölçülen değer, ORT: Ortalama değer, SS: Standart sapma

OKB grubundaki ergenlerin 16'sının (% 45,7) çok şiddetli, 13'ünün (% 37,1) şiddetli, 6'sının (% 17,1) orta şiddette hasta olduğu görülmektedir (**Tablo 9**).

Tablo 9. Hastaların ÇY-BOKÖ'ye göre OKB şiddeti

OKB şiddeti (T0)	Hasta Sayısı (n)	Yüzde Değer (%)	ORT±SS	En düşük-En yüksek
Orta Şiddette (16-23 puan)	6	17,1	21,66 ± 2,3	17-23
Şiddetli (24-31 puan)	13	37,1	29,92 ± 1,2	28-31
Çok Şiddetli (32-40 puan)	16	45,7	36,43 ± 1,8	34-39

ÇY-BOKÖ: Çocuklar için Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, ORT: Ortalama değer, SS: Standart sapma

4.2. Hasta Grubunun Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Ergenlerin doldurduğu üstbilişler ölçeği çocuk ergen formu (ÜBÖ-ÇE) verileri incelenmiştir. Uyumsuz üstbilişlerin düzeyini gösteren ölçek toplam puanının ve "bilişsel izleme" puanlarının duygu düzenleme güçlüğü ölçeğinin (DDGÖ-16) tüm alt faktörleri ile güçlü şekilde ilişkili olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). ÜBÖ-ÇE alt faktörlerinden "olumlu üst endişeler" puanlarının DDGÖ-16 alt faktörleri olan dürtü, stratejiler, kabul etmeme ve ölçek toplam puanları ile pozitif yönde ilişki gösterdiği izlenmiştir. Bununla birlikte ÜBÖ-ÇE'nin "olumsuz üst endişeler" alt ölçeği, DDGÖ-16'nın dürtü dışındaki tüm alt ölçekleri ile; "batıl inançlar-ceza/sorumluluk inançları" alt ölçeği ise duygu düzenlemede güçlükler ölçeğinin amaçlar, stratejiler, kabul etmeme ve toplam ölçek puanları ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermiştir (**Tablo 10**).

Tablo 10. Ergenlerin doldurduğu ÜBÖ-ÇE'nin DDGÖ-16 puanları ile ilişkisi

DDGÖ-16	ÜBÖ-ÇE				
	Olumlu üst endişe	Olumsuz üst endişe	Batıl inanç/ ceza/ sorumluluk	Bilişsel izleme	Toplam
Açıklık	0,270	0,449**	0,250	0,497**	0,497**
Amaçlar	0,213	0,464**	0,375*	0,597**	0,571**
Dürtü	0,436**	0,265	0,321	0,571**	0,518**
Stratejiler	0,442**	0,521**	0,539**	0,536**	0,702**
Kabul	0,295	0,435**	0,465**	0,434**	0,568**
Toplam	0,442**	0,547**	0,529**	0,666**	0,745**

DDGÖ-16:Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği-16, ÜBÖ-ÇE:Üstbilişler Ölçeği Çocuk/Ergen Formu, * işareti ile gösterilen değerler için $p<0.05$, ** işareti ile gösterilen değerler için $p<0.01$ olarak tespit edilmiştir.

Bunun yanında KDDÖ ölçeğinin “sinirlilik” puanları ile DDGÖ-16 alt faktörlerinden dürtü, stratejiler, kabul etmeme ve toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösterilmiştir (**Tablo 11**).

Tablo 11. Hastaların DDGÖ-16 ile KDDÖ alt faktörlerinin birbiri ile ilişkisi

DDGÖ-16	KDDÖ			
	Duygusal destek yokluğu	Sinirlilik	Müdahalecilik	Toplam
Açıklık	0,045	0,136	0,003	0,065
Amaçlar	0,006	0,188	0,096	0,083
Dürtü	0,253	0,444**	0,100	0,304
Stratejiler	0,100	0,391*	0,225	0,230
Kabul etmeme	0,243	0,506**	0,143	0,329
Toplam	0,175	0,456**	0,170	0,280

DDGÖ-16:Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği-16, KDDÖ: Kısaltılmış Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği, * işareti ile gösterilen değerler için $p<0.05$, ** işareti ile gösterilen değerler için $p<0.01$ olarak tespit edilmiştir.

4.3. Ebeveynlerin Ölçek Puanları ile Ergenlerin Üstbiliş, Algılanan Duygu Dışavurumu ve Duygu Düzenleme Güçlüklerinin İlişkilerinin İncelenmesi

Araştırmada her iki ebeveynin de kendileri ile ilgili olarak Obsesif İnanışlar Ölçeği (OİÖ-44) ve DDGÖ-16; OKB'li çocukları ile ilgili duygularını nasıl yansıttıklarını değerlendirmek için ise DDÖ doldurmaları istenmiştir. Annelerin hepsi, babaların ise 3'ü haricinde diğerlerinin kendilerine verilen ölçekleri doldurdukları görülmüştür (2 tanesi vefat, 1 tanesi ilişki sorunları sebebiyle dolduramamıştır).

Annelerin OİÖ-44'deki düşünce kontrolü alt faktörü ile çocukların ÜBÖ-ÇE'deki olumsuz üst endişeler ve ölçek toplam puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmiştir. Benzer şekilde annelerin OİÖ-44'deki abartılmış sorumluluk inancı ile çocukların ÜBÖ-ÇE'deki olumlu üst endişeler, batıl inanç/ceza/sorumluluk inançları ve ölçek toplam puanları negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermiştir. Annelerin OİÖ-44 toplam puanları, ergenlerin ÜBÖ-ÇE'deki batıl inanç/ceza/sorumluluk, bilişsel izleme ve ölçek toplamı ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 12. Annelerin OİÖ-44 puanları ile çocukların ÜBÖ-ÇE ilişkisi

ÜBÖ-ÇE	Anne OİÖ-44			
	M	DK	AS	Toplam
Olumlu üst endişe	-0,204	-0,261	-0,386*	-0,257
Olumsuz üst endişe	-0,138	-0,342*	-0,323	-0,293
Batıl inanç/ceza/sorumluluk	-0,156	-0,316	-0,477**	-0,405*
Bilişsel izleme	-0,322	-0,246	-0,326	-0,337*
Toplam	-0,237	-0,412*	-0,477**	-0,413*

ÜBÖ-ÇE: Üstbilişler Ölçeği Çocuk/Ergen Formu, OİÖ-44: Obsesif İnanışlar Ölçeği-44, M:Mükemmeliyetçilik, DK:Düşünce kontrolü inancı, AS: Abartılmış sorumluluk inancı * işareti ile gösterilen değerler için $p<0.05$, ** işareti ile gösterilen değerler için $p<0.01$ olarak tespit edilmiştir.

Babaların doldurduğu OİÖ-44 alt boyutları ile çocuğun üstbilişsel inanç alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Buna karşılık, babaların OİÖ-44'deki düşüncelerin kontrol edilmesi gerekliliği inancı ve toplam obsesif inanç puanları ile DDÖ'de bildirdikleri hastaya karşı "eleştirelilik/düşmancıl tutum" puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r= 0,412$, $p=0,014$).

Araştırmaya alınan annelerin DDGÖ-16 puanlarının, ergenin olumsuz üstbilişleri ile ilişkisi incelenmiştir. Annelerin duygularının farkında olma ile ilgili “açıklık” alt boyutu ile çocuğun ÜBÖ-ÇE “bilişsel izleme” puanlarının negatif yönde korelasyon gösterdiği izlenmiştir. Bunun yanında annelerin DDGÖ-16’da “dürtü” ve “stratejiler” puanlarının; çocuğun “olumlu üst endişeler” puanları ile negatif yönde ilişki gösterdiği tespit edilmiştir (sırasıyla p=0.046; 0.039) (**Tablo 13**).

Tablo 13. Annelerin DDGÖ-16 puanları ile ÜBÖ-ÇE’nin ilişkisi

ÜBÖ-ÇE	Anne DDGÖ-16					
	Açıklık	Amaçlar	Dürtü	Stratejiler	Kabul	Toplam
Olumlu üst endişe	-0,092	-0,271	-0,339*	-0,351*	-0,164	-0,311
Olumsuz üst endişe	-0,257	0,057	-0,027	0,063	0,052	-0,005
Batıl/ceza/sorumluluk	-0,064	-0,002	-0,049	0,004	0,061	-0,024
Bilişsel izleme	-0,392*	-0,201	-0,173	-0,066	0,130	-0,157
Toplam	-0,219	-0,099	-0,136	-0,083	0,033	-0,126

ÜBÖ-ÇE: Üstbilişler Ölçeği Çocuk/Ergen Formu , DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği
* işareti ile gösterilen değerler için p<0.05 olarak tespit edilmiştir.

Benzer şekilde babaların doldurduğu DDGÖ-16 ile hastaların ÜBÖ-ÇE karşılaştırılmış ve babaların duyguları kabul etmeme puanlarının, ergenlerin olumsuz üst endişeler, bilişsel izleme ve toplam puanları ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunmuştur (sırasıyla p=0.049; 0.039; 0.041) (**Tablo 14**).

Tablo 14. Babaların DDGÖ-16 puanları ile ÜBÖ-ÇE’nin ilişkisi

ÜBÖ-ÇE	BabaDDGÖ-16					
	Açıklık	Amaçlar	Dürtü	Stratejiler	Kabul	Toplam
Olumlu üst endişe	-0,114	-0,080	0,007	-0,044	-0,002	-0,028
Olumsuz üst endişe	0,035	0,147	0,237	0,195	0,351*	0,243
Batıl/ceza/sorumluluk	0,153	0,047	0,019	0,000	0,302	0,117
Bilişsel izleme	0,121	0,075	0,315	0,197	0,367*	0,272
Toplam	0,081	0,096	0,242	0,148	0,363*	0,239

ÜBÖ-ÇE: Üstbilişler Ölçeği Çocuk/Ergen Formu , DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği
* işareti ile gösterilen değerler için p<0.05 olarak tespit edilmiştir.

Çocukların duygu düzenleme güçlükleri ile ebeveynlerinin duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişki araştırılmış; anne/baba ve ergen DDGÖ-16 puanları arasında ilişki bulunamamıştır. Ancak anne ve babaların DDGÖ-16 puanları, birçok alt boyutta birbiri ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili olduğu gözlenmiştir (**Tablo 15**).

Tablo 15. Anne ve babanın DDGÖ-16 puanlarının karşılaştırılması

Baba DDGÖ-16	Anne DDGÖ-16					
	Açıklık	Amaçlar	Dürtü	Stratejiler	Kabul	Toplam
Açıklık	0,323	0,292	0,303	0,158	0,462**	0,362*
Amaçlar	-0,031	0,371*	0,403*	0,255	0,299	0,321
Dürtü	-0,050	0,327	0,459**	0,378*	0,340*	0,358*
Stratejiler	-0,217	0,262	0,398*	0,371*	0,317	0,297
Kabul	-0,005	0,378*	0,438**	0,393*	0,380*	0,374*
Toplam	-0,058	0,392*	0,491**	0,384*	0,371*	0,392*

DDGÖ-16: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, * işareti ile gösterilen değerler için $p<0.05$, ** işareti ile gösterilen değerler için $p<0.01$ olarak tespit edilmiştir.

Hastaların bildirdiği aileden algılanan duygu dışavurumları ile (KDDÖ ölçeği ile belirlenen), anne ve babalarının hasta ile olan iletişimde nasıl olduklarını ifade eden DDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (**Tablo 16**).

Tablo 16. Ergenlerin ve anne-babaların bildirdiği DD karşılaştırılması

KDDÖ ergen	Anne DDÖ E/D	Anne DDÖ AİKK	Anne DDÖ Toplam	Baba DDÖ E/D	Baba DDÖ AİKK	Baba DDÖ Toplam
DDY	0,145	-0,068	0,108	0,027	0,075	0,113
Sinirlilik	-0,024	0,027	0,007	0,241	0,049	0,250
Müdahale	-0,010	0,202	0,058	0,234	0,241	0,301
Toplam	0,105	-0,007	0,093	0,146	0,138	0,214

DDÖ:Duygu dışavurumu ölçeği, E/D:Eleştirelilik/düşmanlık tutum, AİKK:Aşırı ilgi-koruyuculuk-kollayıcılık, KDDÖ:Kısıtlanmış duygu dışavurumu ölçeği, DDY:Duygusal destek yokluğu

Anne ve babaların DDÖ’de bildirdikleri duygu dışavurumu seviyeleri ile ergenin üstbilişsel inançları arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Annelerin DD ile çocuğun duygu düzenleme güçlükleri de ilişki göstermezken, babaların bildirdiği DD toplam puanlarının, ergenlerin DDGÖ-16 “kabul etmeme” puanları ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösterdiği izlenmiştir (p=0,025) (**Tablo 17**).

Tablo 17. Anne-babaların DD ile ergen DDGÖ-16 puanlarının karşılaştırması

DDGÖ-16 (ergen)	Anne DDÖ E/D	Anne DDÖ AİKK	Anne DDÖ Toplam	Baba DDÖ E/D	Baba DDÖ AİKK	Baba DDÖ Toplam
Açıklık	-0,041	-0,279	-0,106	-0,039	-0,140	0,051
Amaçlar	-0,262	-0,045	-0,212	0,166	-0,159	0,096
Dürtü	0,025	0,136	0,095	0,130	0,026	0,219
Stratejiler	-0,248	-0,019	-0,190	0,192	0,023	0,209
Kabul	-0,059	-0,006	-0,032	0,265	0,257	0,378*
Toplam	-0,158	-0,061	-0,130	0,234	0,053	0,300

DDÖ: Duygu dışavurumu ölçeği, E/D:Eleştirelilik/düşmanlık tutum, AİKK:Aşırı ilgi-koruyuculuk-kollayıcılık, DDGÖ-16: Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği-16, * işareti ile gösterilen değerler için p<0.05 olarak tespit edilmiştir.

Anne ve babalarının doldurdıkları Belirti Tarama Envanteri değerlendirilmiş ve ortalama >1 puan o belirti grubunda eşik değer kabul edilmiştir. Anne babalara ait psikiyatrik belirtiler, çocuklarının ölçek puanları ile karşılaştırılmıştır. Annelerinde obsesif belirtiler olan ergenlerin KDDÖ-sinirlilik alt boyutu puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p=0,007) (**Tablo 18**).

Tablo 18. Annelerinde obsesyon varlığı ile ergenlerin KDDÖ ilişkisi

KDDÖ ergen	Annede obsesyon		İstatistik	
	Var (n=19) ORT±SS	Yok (n=16) ORT±SS	z	p
DDY	36,57 ± 12,8	31,56 ± 8,3	-1,111	0,267
Sinirlilik	14,94 ± 5,7	10,31 ± 3,2	-2,694	0,007**
Müdahalecilik	17,26 ± 5,3	16,31 ± 4,7	-0,718	0,473
Toplam	68,78 ± 21,4	58,12 ± 12,6	-1,161	0,246

KDDÖ: Kısaltılmış duygu dışavurumu ölçeği, DDY: Duygusal destek yokluğu, ORT: Ölçek puan ortalamaları, SS: Standart sapma, ** işareti ile gösterilen değerler için p<0.01 olarak tespit edilmiştir.

Annelerinde obsesif belirtiler olan ve olmayan ergenlerin DDGÖ-16 “dürtü” ve “kabul etmeme” alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, anneleri obsesif olan ergenlerin puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 19).

Tablo 19. Annelerinde obsesyon varlığı ile ergenlerin DDGÖ-16 ilişkisi

DDGÖ-16 ergen	Annede obsesyon		İstatistik	
	Var (n=19) ORT±SS	Yok (n=16) ORT±SS	z	p
Açıklık	5,15 ± 2,0	4,87 ± 2,4	-0,485	0,627
Amaçlar	11,21 ± 2,8	10,37 ± 3,6	-0,650	0,516
Dürtü	9,10 ± 4,0	6,25 ± 2,6	-2,203	0,028*
Stratejiler	14,94 ± 6,1	11,12 ± 4,0	-1,843	0,065
Kabul etmeme	8,89 ± 3,5	6,43 ± 3,6	-2,017	0,044*
Toplam	49,31 ± 15,1	39,0 ± 11,7	-1,659	0,097

DDGÖ-16: Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği, ORT: Ölçek puan ortalamaları, SS: Standart sapma, * işareti ile gösterilen değerler için p<0.05 olarak tespit edilmiştir.

Annelerinde depresif belirti puanları yüksek olan ergenlerin “kabul etmeme” puanları, anneleri depresif belirti göstermeyen ergen OKB’lilerden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 20. Annelerde depresif belirti varlığı ile ergenin DDGÖ-16 ilişkisi

DDGÖ-16 (ergen)	Annede depresif belirtiler		İstatistik	
	Var (n=19) ORT±SS	Yok (n=16) ORT±SS	z	p
Açıklık	5,68 ± 2,2	4,25 ± 1,8	-1,891	0,059
Amaçlar	10,47 ± 3,4	11,25 ± 2,9	-0,667	0,505
Dürtü	8,36 ± 3,7	7,12 ± 3,5	-1,018	0,309
Stratejiler	13,52 ± 5,7	12,81 ± 5,4	-0,365	0,715
Kabul etmeme	8,84 ± 2,9	6,50 ± 4,2	-2,117	0,034*
Toplam	46,84 ± 14,4	41,93 ± 14,4	-0,663	0,507

DDGÖ-16: Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği, ORT: Ölçek puan ortalamaları, SS: Standart sapma, * işareti ile gösterilen değerler için p<0.05 olarak tespit edilmiştir.

Babalarına ait belirtilerden “öfke” puanları yüksek olan, ergenlerin ÜBÖ-ÇE “olumlu üst endişeler” alt boyutunun, babalarında öfke puanları düşük olan ergenlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu tespit edilmiştir (p=0,01) (**Tablo 21**).

Tablo 21. Babalarında öfke varlığının ergenlerin üstbilişleri ile ilişkisi

ÜBÖ-ÇE	Baba- Öfke		İstatistik	
	Var (n=19) ORT±SS	Yok (n=16) ORT±SS	z	p
Olumlu üst endişe	8,73 ± 2,6	11,00 ± 3,2	-2,570	0,010*
Olumsuz üst endişe	17,40 ± 5,2	17,41 ± 4,4	-0,114	0,909
Batıl inanç/ceza/sorumluluk	17,06 ± 5,1	17,47 ± 4,1	-0,152	0,880
Bilişsel izleme	18,20 ± 3,3	17,64 ± 4,2	-0,038	0,970
Toplam	61,53 ± 10,9	63,52 ± 12,3	-0,624	0,533

ÜBÖ-ÇE: Üstbilişler Ölçeği Çocuk/Ergen Formu, ORT: Ölçek puan ortalamaları, SS: Standart sapma, * işareti ile gösterilen değerler için p<0.05 olarak tespit edilmiştir.

4.2. OKB Şiddeti ve Tedavi Yanıtı Açısından Bulguların İncelenmesi

Tedavi öncesi ve 12 haftalık SSGİ ile tedavi sonrası ÇY-BOKÖ'deki obsesyon toplam, kompulsiyon ve ölçek toplam puanları incelenmiştir. Hastaların OKB tedavi yanıtları; iki ölçüm arasındaki farkın ilk ölçüme oranının yüzde cinsinden değeri olarak hesaplanmıştır. Her üç kategoride de tedavi öncesi/sonrası değerlendirmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (**Tablo 22**).

Tablo 22. Tedavi öncesi/sonrası ölçülen ÇY-BOKÖ puanları karşılaştırılması

	Ortalama	t	p
ÇY-BOKÖ kompulsiyon toplam (T0)	15,14	6,900	< 0.001**
ÇY-BOKÖ kompulsiyon toplam (T1)	11,45		
ÇY-BOKÖ obsesyon toplam (T0)	16,68	9,346	< 0.001**
ÇY-BOKÖ obsesyon toplam (T1)	11,91		
ÇY-BOKÖ toplam (T0)	31,82	9,297	< 0.001**
ÇY-BOKÖ toplam (T1)	23,37		

ÇY-BOKÖ:Çocuklar için Yale Brown obsesyon kompulsiyon ölçeği, (T0):Tedavi öncesi ölçülen puan, (T1):Tedavi sonrası ölçülen puan, ** işareti ile gösterilen değerler için p<0.01 olarak tespit edilmiştir.

Olguların yaş ve anne sütü alım süreleri tedavi öncesi/sonrası OKB şiddeti ile ilişkili bulunmamıştır. Tedavi sonrası (T1) belirti puanları, T0'da ölçülen puanlar ile istatistiksel olarak anlamlı oranda pozitif yönde ilişkili bulunmuştur ($p<0.01$). Tedaviye yanıt açısından çocuğun yaşı, anne sütü alımı, T0'daki obsesyon, kompulsiyon ve toplam belirti puanı ile tedavi yanıtı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki gözlenmemiştir (**Tablo 23**).

Tablo 23. Tedavi öncesi/sonrası OKB şiddeti ve tedavi yanıtının ergenin yaşı, anne sütü alım süresi ve birbirleri ile ilişkileri

	Yaş	Anne sütü (ay)	ÇY-BOKÖ Kompulsiyon (T0)	ÇY-BOKÖ Obsesyon (T0)	ÇY-BOKÖ Toplam (T0)
Tedavi öncesi şiddet (ÇY-BOKÖ-T0)	0,237	0,287	0,912**	0,840**	-
Tedavi sonrası şiddet (ÇY-BOKÖ-T1)	0,268	-0,049	0,443**	0,520**	0,535**
Tedavi yanıtı (% değişim)	-0,142	0,306	0,192	0,150	0,200

ÇY-BOKÖ: Çocuklar için Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, (T0):Tedavi öncesi ölçülen puan, (T1):Tedavi sonrası ölçülen puan, ** işareti ile gösterilen değerler için $p<0.01$ olarak tespit edilmiştir.

Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan ve olmayan ergen hastaların tedavi öncesi ve sonrası ÇY-BOKÖ puanları incelendiğinde, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan grubun ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur, bu fark tedavi sonrası ÇY-BOKÖ toplam puanlarında daha belirgindir. Ancak bu faktörün tedavi yanıtı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunamamıştır. (**Tablo 24**).

Tablo 24. Ailede bildirilen psikiyatrik hastalık varlığının, ergenlerde OKB şiddeti ve tedavi yanıtına etkisi

	Ailede Psikiyatrik Hastalık		İstatistik	
	Var (n=17) ORT± SS	Yok (n=18) ORT± SS	z	p
Tedavi öncesi OKB şiddeti (ÇY-BOKÖ-T0 Toplam)	34,05 ±3,5	29,72 ±6,1	-2,151	0,031*
Tedavi sonrası OKB şiddeti (ÇY-BOKÖ-T1 Toplam)	26,05 ±4,0	20,83 ±6,1	-2,764	0,006**
Tedavi yanıtı (% değişim)	22,84 ±12,8	29,00 ±17,2	-1,452	0,146

ÇY-BOKÖ: Çocuklar İçin Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, (T0): tedavi öncesi ölçülen puan, (T1): tedavi sonrası ölçülen puan, ORT: ölçek puan ortalamaları, SS: standart sapma, * işareti ile gösterilen değerler için $p<0.05$, **işareti ile gösterilen değerler $p<0.01$ tespit edilmiştir.

Çocuğun ebeveyninden algıladığı duygu dışavurumunu gösteren KDDÖ ölçeği alt faktörlerinden “sinirlilik” puanları, tedavi sonrası ÇY-BOKÖ toplam puanı ile pozitif yönde ve tedavi yanıtı ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermektedir. Bu değişkenlerin tedavi öncesi OKB şiddeti ile anlamlı ilişkisi tespit edilmemiştir (Tablo 25).

Tablo 25. Ergenin KDDÖ puanlarının OKB şiddet ve tedavi yanıtı ile ilişkisi

	KDDÖ Duygusal destek yokluğu	KDDÖ Sinirlilik	KDDÖ Müdahalecilik	KDDÖ Toplam
Tedavi öncesi OKB şiddeti (ÇY-BOKÖ-T0 Toplam)	0,039	0,194	-0,042	0,087
Tedavi sonrası OKB şiddeti (ÇY-BOKÖ-T1 Toplam)	0,121	0,385*	-0,002	0,158
Tedavi yanıtı (% değişim)	-0,215	-0,354*	-0,100	-0,215

ÇY-BOKÖ: Çocuklar İçin Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, (T0): tedavi öncesi ölçülen puan, (T1): tedavi sonrası ölçülen puan, KDDÖ: Kısıtlanmış Duygu Dışavurumu Ölçeği, * işareti ile gösterilen değerler için $p<0.05$ olarak tespit edilmiştir.

Tedavi yanıtını etkileyen bir diğer parametrenin ergenin duygu düzenleme güçlüğü ölçeğindeki (DDGÖ-16) “kabul etmeme” alt faktöründen aldığı puanlar olduğu tespit edilmiştir. Ergenlerin bildirdiği duyguları kabul etmeme puanlarının, tedavi sonrası ÇY-BOKÖ puanlarındaki yüzde değişim oranı ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösterdiği bulunmuştur ($p=0,037$) (Tablo 26).

Tablo 26. Ergenlerin DDGÖ-16'nın OKB şiddeti ve tedavi yanıtı ile ilişkisi

	DDGÖ-16 Ergen					
	Açıklık	Amaçlar	Dürtü	Stratejiler	Kabul	Toplam
Tedavi öncesi şiddet (ÇY-BOKÖ-T0)	0,178	0,164	0,318	0,107	-0,005	0,140
Tedavi sonrası şiddet (ÇY-BOKÖ-T1)	0,107	0,141	0,314	0,177	0,226	0,180
Tedavi yanıtı (% değişim)	-0,059	-0,101	-0,136	-0,217	-0,353*	-0,205

ÇY-BOKÖ: Çocuklar İçin Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, (T0): Tedavi öncesi ölçülen puan, (T1): Tedavi sonrası ölçülen puan, DDGÖ-16: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, * işareti ile gösterilen değerler için $p < 0.05$ olarak tespit edilmiştir.

Araştırmada ebeveynlere ait faktörler de OKB şiddeti ve tedavi yanıtına etkileri açısından incelenmiştir. Yapılan korelasyon analizinde annelerin bildirdiği dışavurulan duygulanımı ölçmeye yarayan DDÖ alt faktörlerinden “aşırı ilgi-koruyuculuk-kollayıcılık” (AİKK) puanlarının doğrudan çocuğun tedaviye yanıt oranlarını etkilediği gözlenmiştir. AİKK puanları arttıkça, ÇY-BOKÖ toplam puan değişim yüzdesinin azaldığı belirlenmiştir ($p=0,033$) (Tablo 27).

Tablo 27. Anne-babaların DDÖ puanlarının, ergenlerin OKB şiddeti ve tedavi yanıtı ile ilişkisi

	Anne DDÖ			Baba DDÖ		
	E/D	AİKK	Toplam	E/D	AİKK	Toplam
Tedavi öncesi şiddet (ÇY-BOKÖ-T0)	0,006	-0,313	-0,087	0,225	0,001	0,099
Tedavi sonrası şiddet (ÇY-BOKÖ-T1)	-0,122	0,089	-0,051	0,292	0,196	0,311
Tedavi yanıtı (% değişim)	0,117	-0,360*	-0,049	-0,166	-0,159	-0,275

ÇY-BOKÖ: Çocuklar İçin Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, (T0): Tedavi öncesi ölçülen puan, (T1): Tedavi sonrası ölçülen puan, DDÖ: Dışavurulan duygulanım ölçeği, E/D: Eleştirelilik/düşmanlık tutum, AİKK: Aşırı ilgi-koruyuculuk-kollayıcılık, * işareti ile gösterilen değerler için $p < 0.05$ olarak tespit edilmiştir.

Araştırmaya alınan ergen hastalardan, annelerinde SCL-90 alt boyutlarından “kişiler arası duyarlılık” ve “obsesyon” puanları yüksek bulunanların istatistiksel olarak anlamlı oranda, tedavi sonu OKB şiddet puanları diğerlerinden yüksek, tedavi yanıtları ise düşük tespit edilmiştir (Tablo 28-29).

Tablo 28. Annelerde kişilerarası duyarlılık belirtilerinin ergenlerin OKB şiddeti ve tedavi yanıtı ile ilişkisi

	Annede Kişilerarası Duyarlılık		İstatistik	
	Var (n=17) ORT ±SS	Yok (n=18) ORT ±SS	z	p
Tedavi öncesi şiddet (ÇY-BOKÖ-T0)	32,64 ± 5,2	31,05 ± 5,6	-0,927	0,354
Tedavi sonrası şiddet (ÇY-BOKÖ-T1)	25,82 ± 5,6	21,05 ± 5,0	-2,483	0,013*
Tedavi yanıtı (% değişim)	20,56 ± 12,8	31,16 ± 16,1	-2,443	0,015*

ÇY-BOKÖ: Çocuklar İçin Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği,, (T0): Tedavi öncesi ölçülen puan, (T1): Tedavi sonrası ölçülen puan, ORT: Ölçek puan ortalamaları, SS: Standart sapma, * işareti ile gösterilen değerler için p<0.05 tespit edilmiştir.

Tablo 29. Annelerde obsesyonun OKB şiddeti ve tedavi yanıtı ile ilişkisi

	Annede Obsesyon		İstatistik	
	Var (n=19) ORT ±SS	Yok (n=16) ORT ±SS	z	p
Tedavi öncesi şiddet (ÇY-BOKÖ-T0)	32,84 ±4,3	30,62 ±6,4	-0,913	0,361
Tedavi sonrası şiddet (ÇY-BOKÖ-T1)	25,89 ±4,8	20,37 ±5,4	-2,773	0,006**
Tedavi yanıtı (% değişim)	20,74 ±13,4	32,26 ±15,5	-2,153	0,031*

ÇY-BOKÖ: Çocuklar İçin Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği,ORT: ölçek puan ortalamaları, SS: standart sapma, * işareti ile gösterilen p<0.05, ** işareti ile gösterilen p<0.01 olarak bulunmuştur.

Babaların SCL-90 ölçeğinde “obsesyon” alt boyutu ergenlerin tedavi sonrası OKB şiddeti ile, “öfke” alt boyutu tedavi öncesi OKB şiddeti ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur (**Tablo 30-31**).

Tablo 30. Babalarda obsesyonun OKB şiddeti ve tedavi yanıtı ile ilişkisi

	Babada Obsesyon		İstatistik	
	Var (n=15) ORT±SS	Yok (n=17) ORT±SS	z	p
Tedavi öncesi şiddet (ÇY-BOKÖ-T0)	33,53 ± 4,9	29,52 ± 6,1	-1,706	0,088
Tedavi sonrası şiddet (ÇY-BOKÖ-T1)	26,0 ± 5,3	21,47 ± 5,4	-2,217	0,027*
Tedavi yanıtı (% değişim)	22,49 ± 14,0	27,33 ± 16,3	-0,585	0,558

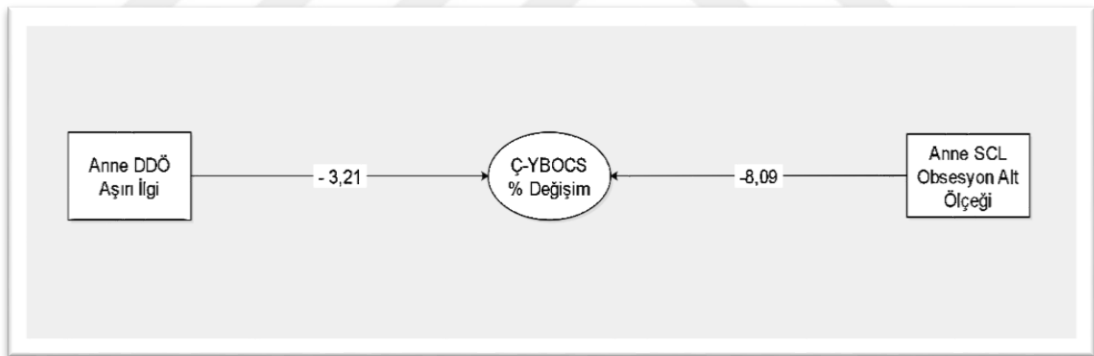
ÇY-BOKÖ: Çocuklar İçin Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği,ORT: ölçek puan ortalamaları, SS: standart sapma, * işareti ile gösterilen değerler için p<0.05 alınmıştır.

Tablo 31. Babalarda öfke belirtisinin OKB şiddeti ve tedavi yanıtı ile ilişkisi

	Babada Öfke		İstatistik	
	Var (n=17) ORT±SS	Yok (n=15) ORT±SS	z	p
Tedavi öncesi şiddet (ÇY-BOKÖ-T0)	34,13 ± 4,1	29,58 ± 5,9	-2,045	0,041*
Tedavi sonrası şiddet (ÇY-BOKÖ-T1)	24,26 ± 5,0	23,0 ± 6,4	-0,739	0,460
Tedavi yanıtı (% değişim)	28,45 ± 14,9	22,07 ± 15,3	-1,001	0,317

ÇY-BOKÖ: Çocuklar İçin Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, ORT: Ölçek puan ortalamaları, SS: Standart sapma, * işareti ile gösterilen değerler için $p < 0.05$ alınmıştır.

Araştırmada tedavi yanıtı üzerine etki eden faktörlerden üstbilişler, duygu düzenleme güçlükleri, duygu dışavurumu ve ebeveynlerde psikiyatrik belirti varlığının birbirleri arasındaki ilişkiler göz önünde bulundurularak kurulan model test edilmek üzere yol analizi yapılmıştır. Annenin bildirdiği DDÖ-aşırı ilgi puanları ve annede obsesyonel belirti puanları doğrudan ve güçlü şekilde tedavi yanıtı üzerinde etkili bulunmuştur (Şekil 3).



Şekil 3. Korelasyon analizleri ve teorik zemin doğrultusunda oluşturulan model

Yol analizi ile ilgili istatistik verileri aşağıdaki gibi olup, model uyum iyiliği yüksek bulunmuştur (Tablo 32).

Tablo 32. Şekil 1 için model uyum iyiliği sonuçları

CMIN	DF	P	CMIN/DF	GFI	CFI	RMSEA
0,042	1	0,838	0,42	0,999	1	0

CMIN: Model Chi-Square Value (Ki-kare modelinin uyumu), GFI: Goodness-of-Fit (Uyum İyiliği), CFI: Comparative Fit Index (Karşılaştırılmış uyum indeksi), RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık hataların ortalama karekökü)

5. TARTIŞMA

Bu çalışma ergen hastalarda obsesif kompulsif bozukluğun SSGİ'ler ile tedavisinde, tedavi yanıtına etki eden faktörlerden bazılarını araştırmak üzere yapılmıştır. Araştırma bulguları çocuğun aileden algıladığı sinirlilik düzeyi, annenin aşırı ilgili-koruyucu duygu dışavurumu, annede obsesif belirti ve kişilerarası duyarlılık seviyesinde yüksekliğin tedavi sonu OKB şiddeti ve tedavi yanıtına doğrudan etkisi olan faktörler olarak ortaya koymaktadır. İncelemeler babaların yüksek düzeyde öfke ve eleştireliliğinin, çocuklarının üstbilişsel izlemede ve duygu düzenleme güçlüklerinde artışa; aynı zamanda tedavi öncesi bazal OKB şiddetinin yüksek olmasına sebep olduğunu göstermiştir. Ergen olgulara ait duygu düzenleme güçlüklerinden tedavi yanıtı üzerinde doğrudan etkisi gösterilen, “duyguları kabul etmeme” alt boyutu olup; pek çok değişkenin bu faktör üzerinde etkili olduğu gözlenmiştir. Araştırma bulgularının teorik zeminde organizasyonu sonrasında yapılan yol analizi ile oluşturulan modelde, annede obsesif belirtilerin varlığı ve annenin aşırı ilgili/koruyucu-kollayıcı duygu dışavurumunun güçlü şekilde OKB’de ilaç tedavisine yanıtı azalttığı gösterilmiştir.

5.1. Örneklem ve Ailenin Klinik Özellikleri

Araştırmaya ergen yaş grubu hastalar (12-18 yaş) dahil edilmiş olup, tüm hastaların yaş ortalaması $14,9 \pm 1,9$ olarak bulunmuştur. Olguların % 45,7’sini (n=16) kız, % 54,3’ünü (n=19) erkek ergenler oluşturmuştur. Araştırılan hastaya ait değişkenlerden üstbilişsel izleme ve üstbilişsel kontrol mekanizmalarının (66) , duygu düzenleme stratejilerinin (71) ve bilişsel kontrolün (72,78,474) ayrışma, organizasyon ve öz-denetimiminin arttığı dönem olması sebebiyle ergenlik dönemindeki hastalar araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırma dahilinde hastanın öncesinde bilinen OKB tanısının ve halihazırda kullandığı bir SSGİ tedavisinin olmamasına dikkat edilmiştir. Bu ayırım hastaların tedaviye yanıtı ile ilişkili karıştırıcı faktörleri ortadan kaldırmak amacıyla yapılmıştır.

Araştırmaya alınan olguların % 48,6’sının ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır. Bulgularımızla uyumlu olarak, literatürde OKB’li çocukların

ailelerinde kontrol grubuna göre daha yüksek psikopatoloji bulunduğu pek çok araştırmada gösterilmektedir (475,476). Bu konuda yapılan eski bir çalışmada OKB tanısı konulan çocukların babalarının % 45'inde, annelerinin % 65'inde, kardeşlerinin ise % 36'sında OKB dışında eksen I ve/veya eksen II tanılarının mevcut olduğu gösterilmiştir (477).

Buna ek olarak OKB'li kişilerin yakınlarında da OKB riskinin artmış olduğu bilinmektedir (138,478). Araştırmamızda olgu grubunun birinci ve ikinci derece yakınlarında OKB belirtileri varlığı ebeveynler tarafından % 42,9 oranında bildirilmiştir. OKB'li çocuklarla yapılan ilk geniş çaplı araştırma, 49 çocuğun % 71'inin aile öyküsünde obsesyon ya da kompulsiyonlara rastlandığını belirtmektedir (479). Sonraki yıllarda yapılan araştırmalar aynı bulguyu doğrular nitelikte olup; OKB'li hastaların birinci derece yakınlarının % 17-25'inin OKB tanısına (138,480), % 32,6-71'inin ise eşik altı OKB belirtilerine sahip olduğunu göstermiştir (138,478).

5.2. Ergenlerin OKB'ye Eşlik Eden Psikiyatrik Tanıları

Araştırma örnekleminde hastaların % 91,4'ünde en az bir psikiyatrik ek tanıya rastlandığı; bunların % 15,6'sına bir ek tanı, % 37,5'ine iki ek tanı, geri kalan % 46,9'una üç veya daha fazla ek tanı konulduğu gözlenmiştir. OKB'li çocuk ve ergen hastalarda eşlik eden psikiyatrik hastalıklar açısından literatürde % 66-100 arasında yüksek oranlar bildirilmiştir (480-485). Türkiye'de de çocuk ve ergenlerde OKB'ye eşlik eden psikiyatrik komorbidite sıklığı % 34,4-100 arasında değişen oranlarda verilmektedir (116,486-488). 2015 yılında Türkiye'den bir araştırmada, OKB'li çocuk ve ergenlerde % 83,6 oranında en az bir, % 63,5 oranında en az üç psikiyatrik ek tanı bildirilmiştir (116). Araştırma bulgularımız literatürle karşılaştırılabilir ve yüksek oranlar sunmakta olup; olguların ergen yaş grubundan ve OKB kliniği ile başvuran kişilerden seçilmiş olması nedeniyle değerlidir. Çünkü ergen grubunun psikiyatrik hastalık açısından en riskli yaş grubu olduğu (241,489,490), OKB'ye eşlik eden psikopatolojilerin de ergenlik çağında diğer yaş gruplarından daha fazla görüldüğü araştırmalarda gösterilmiştir (272,491). Bir çalışmada ergenlerin OKB belirtileri aşırı veya yeti yitimine yol açacak düzeyde olmadıkça nadiren tedaviye başvurdukları belirtilmektedir (113). Çalışmamızda değerlendirilen olgu grubunun da çoğunluğu OKB şikayetleri ile kliniğe başvurmuş hastalar olup, ölçek değerlendirmelerinde en

düşük orta şiddette OKB semptomları gözlenmiştir. Bu bilgiler ışığında eş tanı sıklığı açısından elde edilen bulgular şaşırtıcı gözükmemektedir.

Araştırmamızda ergenlerden oluşan olgu grubunda OKB'ye en sık anksiyete bozuklukları (% 71,4) [anksiyete bozuklukları arasında en sık YAB (% 42,8)], depresyon (% 40), DEHB (% 40) ve tik bozukluğunun (% 28,6) eşlik ettiği izlenmiştir. İlgili literatür incelendiğinde, çocukluk çağı başlangıçlı OKB'de ayrılık anksiyetesi bozukluğu başta olmak üzere anksiyete bozuklukları, KOKB, DEHB ve tik bozukluğu; ergenlik ve sonrasında başlayan OKB'de depresyon ve anksiyete bozuklukları birlikteliğinin daha sık olduğu görülmektedir (99,114,132,146,491,492). Çocuk-ergen yaş grubunda yapılan araştırmalarda OKB'ye ek olarak anksiyete bozukluğu % 19-70, DEHB % 13-60, tik bozukluğu % 13-59, KOKB % 16-51, depresyon % 3-73 oranları arasında tespit edilmiştir (79,480,488,491-496). Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak, bazı araştırmacılar OKB'li çocuk ve gençlerde en sık görülen eştanının anksiyete bozukluğu olduğuna vurgu yapmışlardır (118,488,494).

5.3. Ergenlerin OKB Klinik Görünümleri Açısından İncelenmesi

Bu araştırma dahilinde değerlendirilen olgularda en sık görülen obsesyonlar kirlenme, saldırganlık ve dini obsesyonlardır. Yıkama/temizleme, kontrol, törensel davranışlar ve düzenleme kompulsiyonları ise en sık kompulsiyonlar olarak gözlenmiştir. Araştırmalarda en sık görülen obsesyonların kirlenme, şüphe/kuşku ve saldırganlık obsesyonları olduğu, en sık görülen kompulsiyonların yıkama/temizleme, tekrarlama/yeniden yapma ve kontrol kompulsiyonları olarak bildirilmiştir (116,117). Bu araştırmada olduğu gibi, pek çok araştırma kirlenme obsesyonu ve temizleme kompulsiyonlarının çocuk ve ergenlerde en sık görülen belirti kümesi olduğunu göstermektedir (112,114,116,122,483,497,498). Ivarsson ve Valderhaug araştırmalarında, kirlenme obsesyonunun çocuk ve ergenlerde birçok farklı belirti kümesine de sıklıkla eşlik ettiğini bildirmiştir (498).

Saldırganlık obsesyonu araştırmamızda ikinci sık obsesyon olarak ortaya konulmuştur. Bu obsesyon tipi yapılan birçok araştırmada en sık gözlenen bulgulardan olup, çocuk ve ergenlerde erişkinlerden daha fazla gözlenmektedir (117,118). Erişkinlerde genellikle kontrol kompulsiyonu (499), çocuklarda kesinlik/onay arama ve zihinsel ritüeller ile birlikteliği yüksektir (498,500). Kompulsif davranışın erişkin ve çocuklarda farklı şekilde ortaya çıkması, tehdit algısı ile birlikte çocuğun bağlanma

figüründen onay arama davranışının bir göstergesi (498) veya saldırgan düşüncelerin kişide yarattığı suçluluk, utanç, endişe gibi duyguları dua ederek nötrleme çabası olarak açıklanmıştır (500). Bu durum gelişimsel açıdan beklenen bir bulgu olarak tarif edilmiştir (118).

Ergenlerin incelendiği bu araştırmada dini obsesyonlar % 68,6 oranı ile en sık 3. obsesyon türü olarak izlenmiştir. Literatürde de ergenlerde cinsel ve dini obsesyonlara sahip olma oranları çocuk yaş grubundan yüksek verilmektedir (118,119). Dini obsesyonların sıklığı toplumlara ve kültüre göre değişkenlik göstermektedir. Kirlenme obsesyonları ve dini obsesyonlarda gözlenen yüksek oranlar; dinin temizliğe verdiği önem ve toplumda dini duyguların yaygınlığı ile ilişkilendirilmiştir (87,501). Türkiye’den başka bir araştırma da ergenlerde dini obsesyonlar için, benzer şekilde yüksek oranlar bildirmiştir (% 58,1) (122). Dini obsesyonlar gibi cinsel obsesyonlar da kültürde cinselliğin tabulaştırılması ile ilişkili olarak, toplumlar arasında değişen oranlarda izlenmektedir (502). Bu araştırmada ergenlerde % 28,6 oranında cinsel obsesyonlar gözlenmiş olup, kızlarda fazla tespit edilmiştir. Benzer şekilde bazı araştırmalar konservatif toplumlarda kız ergenlerin erkeklere göre daha yüksek oranda cinsel obsesyonlara sahip olduğunu göstermiştir (122,502). Avrupa’da OKB’li çocuk ve ergenlerde % 25-28 (117,125), Mısır’da % 48,2 (503), Türkiye’den başka çalışmalarda % 15-21,8 oranında cinsel obsesyonlar tanımlanmıştır (116,122).

Araştırmamızda kirlenme obsesyonu ve dini obsesyonlar erkeklerde, cinsel obsesyonlar kızlarda daha fazla izlenmiş olmakla beraber, herhangi bir belirti türünde kız-erkek ergenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Ergenlerle yapılan bazı çalışmalarda cinsel, dini obsesyonlar ve zihinsel ritüellerin erkeklerde; kirlenme obsesyonları ve biriktirme kompulsiyonlarının kızlarda fazla görüldüğü bildirilmiştir (117,121–124). Ancak semptomların kız ve erkeklerde farklılık göstermediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (121,122,497). Bu konudaki farklı bulguların araştırmalar arasındaki metodolojik farklılık, kullanılan ölçme araçları, olgu grubunun özellikleri (örneklem büyüklüğü; olguların yaş, OKB şiddeti, ek tanılarının dağılımı gibi özellikleri) ve kültürel özelliklerden etkilenmesinin mümkün olduğu belirtilmiştir (87,118).

Araştırmaya dahil edilen 35 ergenin ÇY-BOKÖ’ye göre; % 17,1’inin orta şiddette, % 37,1’inin şiddetli ve % 45,7’sinin çok şiddetli OKB semptomları olduğu görülmüştür. Araştırmaya alınan hastaların OKB’ye etki eden herhangi bir ilaç

kullanmayan ve yeni tanı konulan hastalardan seçilmesi önemsenmiştir. Bunun nedeni ilaç tedavi yanıtının incelenmesinde, ilk muayene (T0) ve tedavinin 12. haftasındaki (T1) değerlendirmelerin standardizasyonudur. Bu sebeple kliniğe birincil olarak OKB şikayetleri nedeniyle başvuran hastalar ve/veya depresif duygudurum, kaygı, ilişki sorunları vb. nedenlerle ilk kez başvurmuş, muayene sırasında OKB tespit edilmiş hastalar çalışmaya kabul edilmiştir. Geçmiş araştırmalar göstermektedir ki, çocuk-ergen yaş grubundaki hastaların OKB belirtilerinin doğasını anlamakta/ifade etmekte zorlanması ve egodistonik olan belirtilerini gizleme eğilimleri mevcuttur (108,110,111). Aynı zamanda çocuk ve ergenlerin kendi belirtilerini ebeveynlerine oranla minimize ettiği de gösterilmiştir (504). Geniş ailede alışlagelen ortak davranış örüntüsüne benzer olması sebebiyle (titizlik, sağlık kaygıları, düzenli yaşam, kuralları aşırı bağlılık ve mükemmeliyetçilik gibi...) ailelerin çocuklarının belirtilerini geç fark ettiği; böylece hastaların kliniğe başvurusunun geç olduğu da çocuk ve ergenlerde OKB araştırmalarında bildirilmiştir (112,113). Ayrıca OKB olgularında belirti şiddeti ve tedavi yanıtı açısından önem taşıyan etkenin hastalık süresinin uzunluğu olduğuna vurgu yapılmıştır (104). Bunlara ek olarak, kliniğimizin bölgenin tek yataklı çocuk ergen psikiyatri servisine sahip olması, şehir içi ve şehir dışı kliniklerden nispeten ağır hastaların polikliniklerimize yönlendirilmesi gibi birçok nedenden dolayı, bu araştırma dahilinde değerlendirilen OKB'li ergenlerin ÇY-BOKÖ ile ölçülen ilk belirti şiddetinin orta düzey ve üzerinde olduğu düşünülmüştür.

5.3. OKB Tanısı Konulan Ergenlerin Üstbilişsel Süreçlerinin Duygu Düzenleme, Duygu Dışavurumu ve Ebeveyn Obsesif İnançları ile İlişkisi

Araştırmada ergenlerin işlevsiz üstbilişsel inançlarının, kendilerinin bildirdiği duygu düzenleme güçlükleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Özellikle ÜBÖ-ÇE “bilişsel izleme” alt faktörü ve işlevsiz üstbilişlerin düzeyini gösteren toplam ölçek puanları, DDGÖ-16 tüm alt faktörleri ile istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermiştir. Literatürde üstbilişlerin, duygu ve biliş düzenleme sisteminde bozulmalara yol açarak, işlevsiz başa çıkma tepkilerine neden olduğu ifade edilmektedir. Bu tepkiler; kendine yönelik dikkatin artması, ruminasyon ve endişe döngüleri, düşünce ve tetikleyicilerinden kaçınma, düşünceyi baskılama ve tehdit izleme şeklinde olabilmektedir (21). Bu şekilde kişinin objektif değil, içsel yaşantılarını düzenleme çabaları bilişsel sistemine hakim olmaktadır (10,58,331).

OKB hastalarında test edilen, düşünce içeriğinden bağımsız olarak kendi zihinsel süreçlerine odaklanma eğilimi (505), olumsuz duyguların sürekli, yoğun ve sıkıntı verici şekilde yaşanmasına sebep olmaktadır. Beraberinde hedef odaklı davranış yerine, dürtüsel ve reaktif yanıtların ön planda olduğu davranışsal tepkilere de yol açmaktadır (506). Üstbilişlerin “algılanan stres” ve “algılanan negatif duygular” ile ilgili düzenleyici mekanizma olduğu bildirilmiştir (507). Bu veriler ışığında bilişsel izleme ve diğer üstbilişlerin duygu regülasyonu ile doğrudan ilişkisinin açıklanabileceği; bulguların Wells’in “Üstbilişsel Kuramı” ile uyumlu olduğu söylenebilir (335).

OKB’li ergenlerin işlevsiz üstbilişleri ile ilişkili bulunan bir diğer faktör, anne-babalarının duygu düzenleme güçlükleri olmuştur. Bu çalışmada annelerin kendi duygularını fark etme ile ilgili zorluğu arttıkça, ergenlerin bilişsel izleme ve kontrolünün azalmakta olduğu gözlenmiştir. Ek olarak annelerin duygusal değişimler karşısında dürtüsel davranışları ve uygun olmayan duygu düzenleme stratejileri kullanmasının, çocuklarında endişe ile ilgili olumlu üst-endişelerde azalma ile sonuçlandığı bulunmuştur. Babaların ise; duygularını kabul etme zorluklarının, çocuklarında endişenin olumsuz sonuçları ve bilişsel izleme ile ilgili üstbilişlerde artış ile ilişkili olduğu izlenmiştir. Birinci durum temel bakımveren olarak annenin duygu farkındalığının, çocuğun kendi duygularını fark etme sürecinde etkili olduğu (508); duygu farkındalığı düşük olan ergenlerin bilişsel ve duygusal süreçlerini izleme gereksinimini daha az hissetmesi ile açıklanabilir. Bunun yanında endişe ile baş etmede dürtüsel davranışlar veya uygun olmayan stratejiler kullanan anneler, çocuklarına endişenin olumsuz sonuçlarını öğretirken, endişe ile ilgili ortaya çıkabilecek olumlu inançlarının önüne geçmiş olabileceklerini düşündürmektedir. Kendi duygularını kabul etmeyen anne ve babalar, çocuklarının da olumsuz duygularını kabul etmeme/yok sayma eğiliminde olmaktadır (509). Uygun duygusal ve davranışsal yanıtları veremeyen ebeveyn varlığında, ergen tahmin edilemez tepkiler alacağı endişesi ile güvensiz hissedebilmektedir (403). Bu durumda, ergenin endişe ile ilgili olumsuz inançlarının güçlenmesi, sürekli kendi duygu ve düşüncelerini izleme gerekliliğinin ortaya çıkması mümkündür.

Araştırmada hastaların ailelerinden algıladığı duygu dışavurumunu gösteren KDDÖ ölçeğinin “müdahalecilik” alt boyutu puanları ile ÜBÖ-ÇE alt faktörlerinden “olumsuz üst endişeler” alt boyutu puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki izlenmiştir. Literatürde bu iki kavramı birbiri ile karşılaştıran başka bir

araştırmaya rastlanmamıştır. Duygusal aşırı müdahaleciliğin spesifik özelliklerini araştıran bir çalışmada, bu yapının 3 boyutu olduğu belirtilmiştir: ‘Müdahalecilik’, ‘Fedakarlık’ ve ‘Duygusal Aşırı İlgi’ (510). KDDÖ ölçeğinin de müdahalecilik ile ilgili maddelerine bakıldığında düşmanlık tutum içermeyen; ebeveynlerin aşırı ilgili-özverili ve girici tutumlarını yansıttığı gözlenmektedir (462). Ebeveynin müdahaleciliği; rol tanımının yetersizliği, sınırların yokluğu ve yüksek düzeyde aile uyumunu tanımlamaktadır (510). Yüksek aile uyumu ise; OKB için ritüellere katılım, kişisel ve aile rutinlerinin semptomlara göre modifikasyonu, kaçınmayı destekleme ve hastanın sorumluluğunu almak anlamlarına gelmektedir (511). Aşırı ilgili-koruyucu olan ebeveynlerin, çocuklarının yaşantısında deneyimsel öğrenmelere izin vermedikleri, eyleme yönelik başa çıkma stratejilerinin öğrenilmesine engel oldukları gösterilmiştir (512,513). Araştırmamızdaki bulgular; ebeveynlerin aşırı ilgili-müdahaleci tutumlarının, OKB’li kişide kaygının artmasına müsaade etmeyen, aşırı koruyucu-kollayıcı çevre ve yüksek aile uyumu aracılığıyla, kaygının felaket sonuçları ile ilgili olumsuz üstbilişlerin daha az ortaya çıkması ile sonuçlanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada annelerin obsesif inançlarından olan “düşüncelerin kontrol edilmesi gerekliliği” inancındaki artışın, çocukların ÜBÖ-ÇE’deki olumsuz üst endişeler ve ölçek toplam puanlarında düşmeye neden olduğu;annelerin “abartılmış sorumluluk” inancı ile çocukların olumlu üst endişeler, batıl inanç/ceza/sorumluluk inançları ve toplam puanlarının negatif yönde ilişki gösterdiği bulunmuştur. OKB ile ilgilenen araştırmacılar, işlevsiz bilişlerin ortaya çıkışının aile temelli gelişimsel boyutlarına vurgu yapmıştır (514,515). OKB’li kişinin kendisinde düşünce kontrolü ve abartılmış sorumluluk gibi obsesif inançların, üstbilişsel inançlar ile pozitif yönde ilişkili iken (9,18), ebeveyn ve çocuğun obsesif bilişlerini karşılaştıran çalışmalar farklı sonuçlar bildirmiştir (516–518). Anneler ve çocuklarının “abartılmış sorumluluk” ve “tehdidin abartılı değerlendirilmesi” inançlarının pozitif yönde; ancak “düşünce kontrolü” ve “düşüncelerin önemi” ile ilgili inançlarının ise negatif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (517). Başka bir araştırmada OKB’li ergenler ve onların annelerinde üstbilişsel inanç alanlarında ölçek puanlarının negatif yönde ilişkili olduğu ifade edilirken, küçük çocuklarda bunun tam tersi bulgular bildirilmiştir (518). Araştırmamızda gözlenen OKB’li ergenlerin işlevsiz üstbilişleri arttıkça; annelerdeki obsesif inançların düzeyinin azalması teorik zeminde ilk bakışta şaşırtıcı görünse de literatür bilgisi ile uyumludur. Daha önceki araştırmacılar bu durumu açıklarken iki

hipotezden bahsetmişlerdir. Bunlardan ilki, annelerin işlevsiz bilişsel inançlarını saklama eğilimi ile ilişkili olarak ölçek puanlarının düşük bildirimidir (517,518). İkinci hipotez ise işlevsiz bilişlere sahip annelerin, çocuklar daha küçük yaşlarda iken kaygıyı yansıtma, ebeveynlik stilleri, aile içi işlevsellik ve duygu dışavurumu gibi yollarla çocukları üzerinde ortaya çıkardıkları olumsuz etkilerin ergenlikte daha çok farkına varması ile ilişkilidir. Annelerin ergenlik çağındaki çocuklarında gözledikleri artan takıntı, kaygı ve işlevsiz bilişlerin, kendi bilişsel çarpıtmalarını iyileştirici bir etkiye sahip olabileceği yorumu yapılmıştır (518).

5.5. OKB Tanısı Konulan Ergenlerin Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Ebeveynlerin Duygu Dışavurumu, Duygu Düzenleme ve Psikiyatrik Belirtileri İle İlişkisi

Araştırmada ergenlerin DDGÖ-16'da olumsuz duygular karşısında dürtüsel tepkileri, işlevsiz duygu düzenleme stratejileri, duygularını kabul etmeme ve ölçek toplam puanları, ebeveynlerinden algıladıkları duygu dışavurumu alt faktörlerinden "sinirlilik" puanları ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Bu değerlendirmede kullanılan KDDÖ ölçeğini geliştiren Nelis ve ark. (2011); sinirlilik ve müdahalecilik puanlarındaki yükselmenin, ergende daha fazla depresyon, anksiyete ve düşmançılık ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (462). Başka bir araştırmada ebeveynlerinden sinirlilik ve duygusal destek eksikliği algılayan ergenlerin daha fazla depresif yakınmalarının olduğu, bu bulgunun ise depresif ergenlerin ebeveynle etkileşimlerini daha negatif algıladığının bir göstergesi olabileceği belirtilmiştir (436). Aynı zamanda ergenlerde duygu düzenleme güçlüğü ile ilgili çalışmalar, çocuklarının duygularına karşı reddedici, eleştirel ve cezalandırıcı ebeveyn tepkilerinin ergende daha fazla duygu düzenleme güçlüğünün ortaya çıkmasına sebep olduğunu göstermektedir (519,520). Sonuç olarak araştırma bulgularımız; hem ebeveynlerin öfkeli yaklaşımının ergende işlevsiz duygu düzenleme stratejileri gelişimine yol açması, hem de duygu düzenlemede zorluk yaşayan ergenin anne-babasının tepkilerini daha olumsuz algılaması şeklinde yorumlanabilir. Duygu düzenleme becerisi gelişiminin ilişkisel doğası göz önünde bulundurulduğunda bu faktörlerin karşılıklı olarak birbirlerini etkilediğini söylemek yanlış görünmemektedir.

Ergenlerin duygu düzenleme güçlükleri ile annelerin bildirdiği duygu dışavurumu arasında anlamlı ilişki saptanmazken, babaların DDÖ toplam puanları ile ergenin duygularını kabul etmeme puanlarının pozitif yönde ilişkili olduğu

gözlenmiştir. Aynı zamanda babaların kendi duygularını kabul zorluğu arttıkça, çocuklarına karşı eleştirel davranışlarının artışı da araştırmamızda gözlenen bulgular arasındadır. Geçmiş çalışmalar göstermektedir ki kendi duyguları ile etkin şekilde baş edemeyen anne-babalar çocuklarına daha fevri ve sert tepkiler göstermektedirler (357). Benzer şekilde kendi duygularını kabul zorluğu olan ebeveynlerin, çocuklarının duygularını kabul etme ve onlara bu beceriyi kazandırma oranları da düşük bulunmuştur (403). Ek olarak bu araştırmada ergenlerin algıladığı DD ile anne-babalarının bildirimleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yapılan araştırmalarda; klinik görüşme ile araştırmacı tarafından puanlanan duygu dışavurumu parametreleri ebeveyn ve ergen için büyük oranda korelasyon gösterirken (80,521), öz-bildirim ölçekleri ile yapılan araştırmalarda ebeveyn ve ergen bildirimleri arasında farklılıklar gözlenmiştir (522,523). Ebeveynlerin kendi ebeveynlik davranışları ile ilgili daha kabul edilebilir cevaplar vermek adına yanlış puanlama yaptıkları bildirilmektedir (523,524). Özellikle annelerin kendi davranışlarını değerlendirirken daha yanlış davrandığı, babaların verdiği cevapların ise çocuklarının bildirimleri ile daha uyumlu olduğu gösterilmiştir (523). OKB ve DD ilişkisini inceleyen bir araştırmada, semptomlar üzerinde hastanın algıladığı DD düzeyinin hasta yakınlarının bildirimine göre daha belirleyici olduğu da belirtilmektedir (511).

Ebeveynlerin bildirdiği duygu düzenleme güçlüğü ölçek puanları ile çocuklarının duygu düzenleme güçlükleri arasında anlamlı ilişki saptanmamış olup, anne ve babaların ölçek puanları arasında pek çok alt faktörde korelasyon gözlenmiştir. Aynı aileden anne ve babaların benzer alt boyutlarda duygu düzenleme zorluğu yaşadığı bulunmuştur. Daha önceki araştırmalarda duygu düzenleme güçlüğü yaşayan ebeveynlerin çocuklarında da benzer duygu düzenleme sorun alanları olduğu gösterilmiştir (69,356,420). Genetik aktarım ile ergenlerde ortaya çıkan duygu düzenleme güçlüklerinin yanında (525,526), aile içinde bu becerinin gelişimi için bireylerin kendi duygusal tepkileri ve bunları nasıl ortaya koydukları da önemlidir (527–529). Anne ve babaların ölçeklerinde gözlenen pozitif korelasyonun aksine, ergenlerin duygu düzenleme zorlukları ebeveynleri ile uyumlu bulunmamıştır. OKB’li kişilerde duygu düzenleme konusunda, özellikle dürtü kontrolü, duyguların açıklığı ve fark edilmesinde güçlüklerle vurgu yapan çalışmalar mevcuttur (32–34). Bu farklılığın örneklemin OKB hastası olan gençlerden oluşması sebebiyle ortaya çıkmış olabileceği düşünülmüştür.

Annelerinde SCL-90 obsesif belirti puanı yüksek bulunan ergenlerin, ebeveynlerinden algıladığı sinirlilik düzeyi diğerlerine göre anlamlı oranda yüksek bulunmuş, yukarıda bahsedildiği üzere algılanan sinirlilik düzeyi de ergenin duygu düzenleme güçlükleri ile pozitif yönde ilişki göstermiştir. Ayrıca annelerinde obsesyon puanları yüksek olan ergenlerin “dürtü” ve “kabul etmeme” puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde bu bulgularla uyumlu olarak; obsesif annelerin çocuklarının anksiyetesi ile baş etmek için cezalandırma yöntemini daha fazla kullandıkları, çocuklarına daha az psikolojik otonomi imkanı tanıdıkları ve daha az sıcak davrandıkları bildirilmektedir (516). Ek olarak obsesyoneel anneler, sağlıklı annelere göre çocuklarına karşı daha eleştirel olmaktadır (451). Benzer şekilde çalışmamızda annelerinde depresif belirti puanları yüksek olan hastaların da duygularını kabul etme güçlüğünü daha fazla yaşadığı gözlenmiştir. Pek çok araştırmada depresif anne çocuklarında duygu düzenleme güçlüklerinin daha fazla olduğu, bu annelerin çocuklarının duygu düzenleme becerilerini ketleyici yaklaşımlar sergilediği gösterilmiştir (40,530,531). Depresif annelerin, çocuklarının duygularına daha kayıtsız kaldıkları, duygusal tepkilerini karşılama konusunda daha başarısız oldukları, daha çok öfkeli/mutsuz ve daha az olumlu duygu yansıttıkları gösterilmiştir (532,533). Psikiyatrik hastalığı olan ebeveynlerin kendi duygusal sorunlarına odaklandıkları için çocuklarının duygusal tepkilerine karşı destekleyici olmayan yaklaşımlar sergilediği belirtilmektedir. Özellikle birincil bakım veren olarak annelerin psikolojik sağlığının bozulması ile birlikte, anne-çocuk ilişkisinin niteliğinin zayıfladığı, olumlu ebeveynlik davranışlarının azaldığı gösterilmiştir (534).

5.6. Ergenlerde OKB Belirti Şiddeti ve Tedaviye Yanıt Açısından Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmaya alınan ergen hastaların OKB belirti şiddeti açısından incelenmesinde; ergenlerin ailesinde psikiyatrik hastalık varlığı ve babanın öfke puanlarında artışın, hastalarda bazal OKB belirti şiddetinde yükseklik ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca ailede psikiyatrik hastalık varlığı tedavi sonu OKB şiddetini de artırmakta ve bu etkinin tedavi öncesi şiddet puanlarına etkisinden daha güçlü olduğu gözlenmektedir. Geçmiş çalışmalarda aile öyküsü; düşük tedavi yanıtı (284), hastalık süresinin uzunluğu (476), tedavi sonrası OKB şiddeti ile (79,492,535,536) ilişkili bulunmuş, ancak bazal semptom şiddeti ile ilişkisinin

gösterildiği başka araştırmaya rastlanmamıştır. Bunun yanında araştırmalarda anne-babanın yüksek eleştireliliği, OKB’li çocuklarında yüksek bazal belirti şiddeti ile ilişkilendirilmiştir (80,431). OKB tanısı konulan çocuk ve ergenlerde babaların hem kontrol grubuna hem de annelere göre daha endişeli, obsesif olduğu; aşırı kontrol ve aile ortamında yaratılan endişe yoluyla çocuklarında semptomların gelişmesi ve ciddiyetine katkıda bulunduğu gösterilmiştir (475).

Araştırmada değerlendirilen ergenlere ait komorbiditelerin varlığı ile OKB belirti şiddeti ve tedavi yanıtı arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. Literatürde erken yaşta başlangıç ve tik bozukluğu öyküsünün yanında (120,492), tutarlı şekilde hastada depresif belirtilerin varlığı tedavi öncesi OKB şiddeti ile ilişkili bulunmuştur (494,537–540). Ayrıca eşlik eden anksiyete ve depresif belirtilerin, tedavi sonu OKB şiddetinin yüksek olmasına yol açtığı (541) ve tedavi yanıtını azalttığı da gösterilmiştir (542,543). Bir meta-analizde ise tam tersine eksternalizan belirti gösteren OKB’li çocuk ve ergenlerde tedavi yanıtının düşük olduğu, ancak internalizan belirtilerin tedavi yanıtını etkilemediği bildirilmiştir (285). Bu araştırmada örneklemin küçük olması, hastaların tümünün orta ve üzeri şiddette OKB belirtilerine sahip olması ve ergenlerde belirtilerin değil, doğrudan yarı-yapılandırılmış tanısız görüşme ile ruhsal bozukluk tanılarının araştırılmış olmasının bu sonucu etkilediği düşünülmüştür. Ayrıca tedavi öncesi ve sonrası OKB belirti şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı ilişki gözlenmiş olup; OKB ile ilgili yayınlarda da tedavi sonu belirti şiddetinin en güçlü yordayıcısı olarak kişinin tedavi öncesi belirti şiddeti gösterilmiştir (249,284,285,541).

Araştırmada ergenlerin algıladığı “sinirlilik” düzeyi arttıkça, tedavi sonu OKB şiddetinin artmakta, tedavi yanıtının ise azalmakta olduğu görülmüştür. Aynı zamanda annelerin bildirimlerine dayanan duygu dışavurumu ölçeklerinde aşırı ilgili/koruyucu/kollayıcı davranışlarda artışın ergenlerin tedavi yanıtında azalmaya sebep olduğu bulunmuştur. Kesitsel bir çalışmada erişkinlerde aileden algılanan öfke/düşmanlılık ve eleştireliliğin OKB semptom şiddetini artırmada benzer oranlarda etkili olduğu, duygusal aşırı katılım (*emotional overinvolvement*) alt faktörünün ise aile uyumu üzerinden dolaylı olarak bu etkiye katkıda bulunduğu gösterilmiştir (511). Yüksek ebeveyn DD’nin birçok farklı psikiyatrik hastalığa sahip kişilerde semptom şiddeti, sürekliliği ve tedavi yanıtında azalmaya yol açtığı bildirilmektedir (544–546). Erişkin OKB çalışmalarında ailede yüksek DD tedavi sonu belirti şiddeti ile (449), eleştirel ve sinirli yaklaşımlar düşük tedavi yanıtı ve relapslarla ilişkili bulunmuştur

(547). Çocuk ve ergen OKB'sinde DD etkisini araştıran az sayıda çalışmadan birinde, DD seviyesi ile çocuk/ergenin tedavi sonu işlevsellik düzeyi negatif yönde ilişkili olarak gözlenmiştir (79). Bir diğerinde ise yüksek DD'nin tedavi öncesi OKB belirti şiddetinin öngördürücüsü olduğu ancak tedavi sonu şiddetin belirleyicisi olmadığı ifade edilmekle birlikte; bunun plasebo verilen hastalardan kaynaklanan yanlış bir bulgu olabileceği belirtilmiştir. Bu çalışmada tedavi yanıtı değerlendirilmemiştir (80). Ergenlerde ailenin suçlayıcı yaklaşımının tedavi öncesi ve sonrası OKB şiddetinde yükseklik ile ilişkili olduğu belirtilmekte olup (279); KDDD ölçeği "sinirlilik" alt boyutunun suçlayıcı, öfkeli tutumlar ve eleştireliliği de içeren maddelerden oluştuğu gözlenmiştir (462). Ayrıca çalışmalarda annenin aşırı korumacılığı kişilerde OKB gelişimi ile ilişkili bulunmuş (548), duygusal aşırı katılım ve korumacılık ebeveynlerin çocuğun OKB semptomları ile ilgili suçluluk duyguları ve aşırı sorumluluk inançları ile ilişkilendirilmiştir (549). Erişkin yaş grubunda, aşırı ilgili-korumacı ebeveynleri olan OKB'lilerin kısa ve uzun vadede tedaviye yanıtları daha düşük bulunmuştur (449). Araştırmamız bildiğimiz kadarıyla, literatürde ergen hastalarda yüksek DD'nin, doğrudan medikal tedavi yanıtını azalttığını gösteren ilk çalışmadır.

Bu çalışmada ergenlere ait duygu düzenleme güçlüklerinden duyguları kabul etme zorluğunun, OKB tedavi yanıtını azalttığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda ergenlerin duyguları kabul etme güçlüğü ile annelerin depresif ve obsesyonel belirtileri, babaların duygu dışavurumu düzeyi ve ergenin algıladığı sinirlilik düzeyi pozitif yönde ilişki göstermiştir. Literatürde duygu düzenleme güçlüklerinin OKB semptom şiddeti ve kişide yarattığı stres düzeyi ile ilişkisine işaret eden araştırmalar bulunmaktadır (32,33). Bunun yanında duygular ve düşüncelerin kabul edilmesi ile ilgili terapötik yaklaşımların OKB semptom kontrolüne olumlu etkilerine vurgu yapılmaktadır (422,426). Yakın zamanda bilişsel terapiler ile bütünleştirilen "mindfulness temelli terapiler" veya "kabul-kararlılık terapisi" gibi 3. dalga olarak tanımlanan (550) yeni yöntemlerle yapılan araştırmalar bu verileri destekler niteliktedir (424,427). Nörobilim araştırmaları duygu düzenleme ile üst düzey bilişsel süreçlerin ortak nöral mekanizmaları olduğu ve özellikle işlem belleği ve istemli dikkati sürdürme ile yakın ilişki içerisinde olduğuna dikkat çekmektedir (551). Bununla ilişkili olarak duygu düzenleme becerisi iyi olan ergenlerin, BDT'de sıkıntı yaratan maruziyet görevlerine katılmada daha başarılı ve istekli olacağı, kompulsif dürtülere karşı daha fazla direnç gösterebileceği, bu nedenle duygu düzenleme zorluklarının terapi başarısını etkileyebileceği bildirilmektedir (552,553). Ancak

araştırmamız, OKB'li ergenlerde yalnızca ilaç tedavisine yanıt oranlarının da duyguların kabul zorluğu ile negatif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bulgu; ergenlerde duygu ve düşüncelerin kabul edilmesinin, ergenlere daha fazla deneyimsel öğrenme fırsatı sağlaması; baş etme stratejilerinin gelişiminde ön koşul olması ve OKB şiddeti ile bağlantısı gösterilen üstbilişsel inançların (554) yakın ilişkisi gibi pek çok bağlantının sonucu olarak ortaya çıkmış olabilir.

Araştırmaya dahil edilen annelerde kişilerarası duyarlılık ve obsesyonele belirtilerin varlığı ergenlerde hem tedavi sonu yüksek OKB şiddeti, hem de düşük tedavi yanıtı ile ilişkili bulunmuştur. Babalarında obsesyon ve öfke puanları yüksek olanlarda da sırasıyla tedavi sonu ve tedavi öncesi daha şiddetli OKB belirtileri görülmüştür. Ayrıca bu araştırmada babaların obsesif inançlarındaki artışın, OKB'li çocuklarına karşı eleştirel/düşmancıl tutumlarını artırdığı izlenmiştir. İlgili literatür incelendiğinde, eksen I bozukluğa sahip bir ebeveyne sahip olmanın ergen OKB olgularının klomipramine uzun vadede düşük tedavi yanıtını yordadığı (79), birinci derece yakınlarında OKB olan çocuk ve ergenlerin BDT yanıtlarının olmayanlara göre 6 kat daha düşük olduğu bildirilmiştir (284). Obsesyonele annelerin çocukları ile olan etkileşimde; yüksek eleştirelilik ve daha fazla duygusal aşırı katılım gösterdikleri (451,555), OKB'li çocuklarının anksiyetesi ile başetmek için daha cezalandırıcı ve daha az sıcak yaklaşım sergiledikleri vurgulanmaktadır (516). Kişilerarası duyarlılık, bireylerin sosyal etkileşimde aşırı tehdit algısı, eleştiri ve reddedilme beklentilerini ifade etmektedir (556). Bu belirti geçmiş araştırmalarda OKB'li çocukların ebeveynlerinin her ikisinde de kontrol grubuna göre yüksek olarak gözlenmiş olup (475), ebeveynin hem kendisinde hem de çocuklarında duygu düzenlemede zorluklar ile yakın ilişkili bulunmuştur (556–558). Bu bilgiler ışığında, OKB tanısı konulan ergen hastalarda, obsesyonele anne ve babanın hem ailede ruhsal hastalık yükü, hem de yüksek duygu dışavurumunun etkisi ile tedavi yanıtını olumsuz etkilemesi mümkün görünmektedir. Benzer şekilde kişilerarası duyarlılık seviyesi yüksek olan annelerin hem duygu düzenleme güçlükleri, hem de sosyal çevrenin değerlendirmesine hassasiyetleri sebebiyle daha fazla suçluluk, utanma vb. olumsuz duygu yaşamalarının ergenin tedavi yanıtı üzerinde olumsuz etkileri sözkonusu olabilir.

Araştırmanın temel konusu olan tedaviye yanıt oranının değerlendirilmesi için yapılan korelasyon analizleri ve teorik zemin doğrultusunda bir model oluşturulmuş ve modeli test etmek amacıyla yol analizi yapılmıştır. Analizler sonucunda tüm faktörler içerisinde tedavi yanıtını doğrudan etkileyen iki değişken ortaya çıkmıştır.

Bunlar yukarıda değinilen annelerin aşırı ilgili-koruyucu-kollayıcı duygu dışavurumu ve annelerde obsesyoneel belirti varlığıdır. Oluşturulan modelin uyum iyiliği oldukça yüksek bulunmuş olup, bu faktörlerde artışın güçlü şekilde tedavi yanıtını azalttığı gösterilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Mevcut araştırmanın temel amacı olan ergenlerin OKB belirti şiddeti ve tedavisine etki eden faktörler ile ilgili analizlerin sonuçları şu şekildedir:

1. Ergenlerin tedavi sonrası OKB şiddeti, tedavi öncesi OKB şiddeti ile pozitif yönde ilişkilidir.
2. Tedavi öncesi ve sonrası OKB şiddeti, 1. ve 2. derece yakınlarında psikiyatrik hastalık olan ergenlerde daha yüksek gözlenmiştir.
3. Ergenlerin ebeveynlerinden algıladığı sinirlilik düzeyi, tedavi sonu OKB şiddeti ile pozitif, tedavi yanıtı ile negatif yönde ilişkilidir.
4. Annelerinin bildirdiği aşırı ilgili/koruyucu/kollayıcı duygu dışavurumu ve ergenlerin duygularını kabul güçlüğü OKB tedavi yanıtlarını azaltmaktadır.
5. Annelerdeki obsesyoneel belirtiler ve kişilerarası duyarlılık seviyeleri, ergenlerin tedavi sonu OKB şiddeti ile pozitif, tedavi yanıtı ile negatif yönde ilişkilidir.
6. Babalardaki obsesyoneel belirtiler tedavi sonu OKB şiddeti ile, öfke belirtisi tedavi öncesi OKB şiddeti ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.
7. Yol analizi ile ortaya konulan modelde tedavi yanıtını doğrudan ve güçlü şekilde azalttığı gösterilen iki faktör öne çıkmıştır. Bunlar; annelerin aşırı ilgili/koruyucu duygu dışavurumu ve annelerdeki obsesyoneel belirtilerdir.

Bu araştırma çerçevesinde yapılan korelasyon analizlerinde pek çok faktör hem OKB şiddeti ve tedaviye yanıt hem de birbirleri ile ilişkisi bakımından incelenmiştir. Daha önceki çalışmalar üstbilişsel inançları OKB klinik görünümü ve şiddeti ile ilişkilendirmekte olup, araştırma bulgularımız bunu desteklememiştir. Ancak Wells ve arkadaşlarının (2017) ortaya koyduğu OKB'nin metakognitif modelinde vurgulanan, içsel uyarılara üstbilişler aracılığı ile yüklenen deneyimsel anlamlar ve öz-düzenleme stratejileri, duygu düzenleme kavramı ile yakın ilişki içindedir. Çalışmamızda da

üstbilişlerin duygu düzenleme güçlükleri ile birçok alt boyutta anlamlı ilişki gösterdiği izlenmiştir. Ebeveynle etkileşimler incelendiğinde; babaların yüksek duygu dışavurumunun, ergenlerin üstbilişsel izleme inançlarında artışa yol açtığı gözlenmiştir. Ek olarak annelerdeki depresif/obsesyonel belirtiler ve babaların yüksek öfke düzeyi hastanın duyguları kabul etme güçlüğü ile pozitif yönde ilişkilidir. Ergenlerin ebeveynlerinden algıladığı sinirlilik düzeyi arttığında, duygularını kabul etme güçlüğünün de arttığı görülmektedir. Elde edilen veriler ışığında; ebeveynlerin psikiyatrik belirtileri, ailenin duygusal iklimi ve ergenlerin üstbilişsel inançlarının OKB tedavisi üzerine etkilerine, hastanın duygu düzenleme güçlüklerinin aracılık ediyor olabileceği düşünülmüştür.

Bulgularımız çocuk ve ergenlerde OKB'nin klinik görünümü ile ilgili olarak daha önceki araştırmalar ile uyumlu bulgular ortaya koymuş olmakla birlikte, örneklemin klinik örneklem olması ve az sayıda olgu içermesi sebebiyle genelleme yapılamaz. Araştırma kliniğimiz koşullarında yalnızca medikal tedavi uygulanan hastalar ile yapılmış olup, BDT ve kombine tedavi seçeneklerinde aynı faktörlerin tedavi yanıtına etkilerinin incelenmesi için daha geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç vardır. Ek olarak bu araştırma OKB'li ergen hastalarda yüksek duygu dışavurumu düzeylerinin tedavi yanıtını azalttığı gösterilen bilinen ilk çalışma ve literatürde ergen hastalarda bu konuda yapılan birkaç çalışmadan birisidir. Ergen yaş grubunun hala ebeveynlere duygusal açıdan bir miktar bağımlılığı olması sebebiyle, ailenin yüksek duygu dışavurumu karşısında erişkinlerden daha kırılgan oldukları belirtilmektedir (559). Bu nedenle mevcut araştırma bulguları, OKB tedavisinde özellikle küçük yaş grubu için önerilen, aileyi kapsayıcı terapi yaklaşımlarının ergenlere de uygulanmasının önemini ortaya koymuştur. Bu süreçte ailenin yüksek duygu dışavurumu düzeyinin azaltılması ve ebeveynlere ergenin duygu düzenleme stratejileri ile ilgili koçluk becerilerinin kazandırılması önemlidir. Bunun yanında; daha önce birçok araştırmacının vurguladığı gibi, BDT'ye ek olarak uygulanacak duygu ve düşüncelerin kabul edilmesi ile ilgili terapötik yaklaşımların ergenlerde OKB tedavisinde, hem SSGİ hem de BDT ve kombine tedavilerin etki boyutunu artırabileceği düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Wolters Kluwer, Philadelphia, Pa. 2015.
2. American Psychiatric Association [APA]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (Washington, DC). Am Psychiatr Assoc. 2013.
3. Shafran R. Cognitive-Behavioral Models of OCD. Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder, Springer US, 2006; 229-260
4. Højgaard DRMA, Hybel KA, Ivarsson T, Skarphedinsson G, Becker Nissen J, Weidle B, et al. One-Year Outcome for Responders of Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 56(11): 940-947.
5. Clark DA, Purdon C, Wang A. The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: Development of a measure of obsessional beliefs. *Behav Res Ther*. 2003; 41(6) 655-669.
6. Myers SG, Fisher PL, Wells A. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *J Anxiety Disord*. 2008; 22(3) 475-484.
7. Salkovskis PM, Freeston MH. Obsessions, compulsions, motivation, and responsibility for harm. *Aust J Psychol*. 2001; 53(1) 1-6.
8. Rachman S, Thordarson DS, Shafran R, Woody SR. Perceived responsibility: Structure and significance. *Behav Res Ther*. 1995; 33(7) 779-784.
9. Purdon C, Clark DA. Metacognition and obsessions. *Clin Psychol Psychother*. 1999; 6(2) 102-110.
10. Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SK. Too much thinking about thinking?: Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2003; 17(2) 181-195.
11. Wells A. Meta-Cognition and Worry: A Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder. *Behav Cogn Psychother*. 1995; 23(3) 301-320.
12. Flavell JH. Speculations about the nature and development of metacognition. In: Metacognition motivation and understanding. 1987;21-29.
13. Wells A. Metacognitive therapy: Cognition applied to regulating cognition. *Behav Cogn Psychother*. 2008; 36(6) 651-658.
14. Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 1997. p. xiv, 314–xiv, 314.
15. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord*. 1997; 11(3) 279-296.
16. Wells A, Cartwright-hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*. 2004;42:385–96.
17. Cohen RJ, Calamari JE. Thought-Focused Attention and Obsessive – Compulsive Symptoms : An Evaluation of Cognitive Self-Consciousness in a Nonclinical Sample *Cognitive Therapy and Research* 2004;28(4):457–71.
18. Gwilliam P, Wells A. Does Meta-cognition or Responsibility Predict Obsessive – Compulsive Symptoms : A Test of the Metacognitive Model. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2004;144:137–44.
19. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008; 39(2) 117-132.
20. Solem S, Myers SG, Fisher PL, Vogel PA, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders* 2010;24:79–86.
21. Spada MM, Nikčević A, Moneta G, Wells A. Metacognition , perceived stress , and negative emotion. *Personal Individ Differ*. 2008;44:1172–81.

22. Yılmaz AE, Gencoz T, Wells A. The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress : A prospective study. *J Anxiety Disord.* 2011;25:389–96.
23. Cucchi M, Bottelli V, Cavadini D, Ricci L, Conca V, Ronchi P, et al. An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Compr Psychiatry.* 2012;53(5):546–53. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.09.008.
24. Cartwright-hatton S, Mather A, Illingworth V, Brocki J, Harrington R, Wells A. Development and preliminary validation of the Meta-cognitions Questionnaire — Adolescent Version. *J Anxiety Disord.* 2004;18:411–22.
25. Irak M. Üstbiliş Ölçeği Çocuk ve Ergen Formunun Türkçe Standardizasyonu, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyat Derg.* 2012;23(1):47–54.
26. Wenar C, Kerig P. Developmental Psychopathology: From Infancy Through Adolescence. McGraw-Hil. 2005. 544 p.
27. Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences.* 2005; doi: 10.1016/j.tics.2005.03.010.
28. Oatley K, Johnson-Laird PN. Cognitive approaches to emotions. *Trends in Cognitive Sciences.* 2014; doi: 10.1016/j.tics.2013.12.004.
29. Salkovskis PM, Millar JF. Still Cognitive After All These Years? Perspectives for a Cognitive Behavioural Theory of Obsessions and Where We Are 30 Years Later. *Aust Psychol.* 2016; 51(1) 3-13
30. Purdon C. Empirical investigations of thought suppression in OCD. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2004; 35(2) 121-136.
31. Yap K, Mogan C, Moriarty A, Dowling N, Blair-West S, Gelgec C, et al. Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol.* 2018; 74(4): 695–709.
32. Stern MR, Nota JA, Heimberg RG, Holaway RM, Coles ME. An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2014.
33. Fergus TA, Bardeen JR. Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2014; 3(3) 243-248.
34. Robinson LJ, Freeston MH. Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: Reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review.* 2014;doi: 10.1016/j.cpr.2014.03.003
35. Smith AH, Wetterneck CT, Hart JM, Short MB, Björgvinsson T. Differences in obsessional beliefs and emotion appraisal in obsessive compulsive symptom presentation. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2012;1(1) 54-61.
36. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathology and Behavioral Assessment.* 2004; 26(1) 41-54.
37. Larson R, Lampman-Petratis C. Daily emotional states as reported by children and adolescents. *Child Dev.* 1989; 60(5) 1250-1260.
38. Yap MBH, Allen NB, Sheeber L. Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2007; 10(2) 180-196.
39. Gottman JM, Katz LF, Hooven C. Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *J Fam Psychol.* 1996; 10(3) 243-268.
40. Morris AS, Silk JS, Steinberg L, Myers SS, Robinson LR. The role of the family context in the development of emotion regulation. *Soc Dev.* 2007; 16(2) 361-388.
41. Eisenberg N, Cumberland A, Spinrad TL. Parental Socialization of Emotion. *Psychol Inq.* 1998; 9(4) 241-273.
42. Bell KL, Calkins SD. Relationships as Inputs and Outputs of Emotion Regulation. *Psychol Inq.* 2000;11:160–163.

43. Fox NA, Calkins SD. The development of self-control of emotion: Intrinsic and extrinsic influences. *Motivation and Emotion*. 2003; doi: 10.1023/A:1023622324898.
44. Cummings EM, Davies P. Emotional security as a regulatory process in normal development and the development of psychopathology. *Dev Psychopathol*. 1996; 8(1) 123-139.
45. Brown GW, Birley JL, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry*. 1972; 121(562) 241-258.
46. Sourander A, Helstelä L, Helenius H. Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999; 34(12) 657-663.
47. Verhulst FC, van der Ende J. Agreement Between Parents' Reports and Adolescents' Self-reports of Problem Behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 1992; 33(6) 1011-1023.
48. Saunders JC. Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*. 2003;doi: 10.1080/01612840305301.
49. Gülseren L. Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatr Derg*. 2002; 13(2):143-151.
50. Wearden AJ, Tarrrier N, Barrowclough C, Zastowny TR, Rahill AA. A review of expressed emotion research in health care. *Clin Psychol Rev*. 2000; 20(5) 633-666.
51. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55(6) 547-552.
52. Hooley JM, Parker HA. Measuring expressed emotion: An evaluation of the shortcuts. *J Fam Psychol*. 2006; 20(3) 386-396.
53. Stubbe DE, Zahner GEP, Goldstein MJ, Leckman JF. Diagnostic Specificity of a Brief Measure of Expressed Emotion: a Community Study of Children. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993; 34(2) 139-154.
54. Hibbs ED, Hamburger SD, Lenane MC, Rapoport JL, Kruesi MJP, Keysor CS, et al. Determinants of Expressed Emotion in Families of Disturbed and Normal Children. *J Child Psychol Psychiatry*. 1991; 32(5) 757-770.
55. Schwartz CE, Dorer DJ, Beardslee WR, Lavori PW, Keller MB. Maternal expressed emotion and parental affective disorder: Risk for childhood depressive disorder, substance abuse, or conduct disorder. *J Psychiatr Res*. 1990; 24(3) 231-250.
56. le Grange D, Eisler I, Dare C, Hodes M. Family criticism and self-starvation: a study of expressed emotion. *J Fam Ther*. 1992; 14(2) 177-192.
57. Roebbers CM. Executive function and metacognition: Towards a unifying framework of cognitive self-regulation. *Dev Rev* 2017; 45:31–51. doi: 10.1016/j.dr.2017.04.001
58. Wells A. *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2000. 236 pages. ISBN 0-471-49168-3.
59. Carleton RN. Fear of the unknown: One fear to rule them all? *J Anxiety Disord*. 2016; 41:5–21. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.03.011.
60. Moulding R, Doron G, Kyrios M, Nedeljkovic M. Desire for control, sense of control and obsessive-compulsive checking: An extension to clinical samples. *J Anxiety Disord*. 2008; 22(8) 1472-1479.
61. Moulding R, Kyrios M, Doron G. Obsessive-compulsive behaviours in specific situations: The relative influence of appraisals of control, responsibility and threat. *Behav Res Ther*. 2007; 45(7):1693-702.
62. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *Am Psychol*. 1979; 34(10), 906–911.
63. Flavell JH. Development of children's knowledge about the mental world. *Int J Behav Dev*. 2000; 24(1):15-23.
64. Brüne M, Brüne-Cohrs U. Theory of mind-evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2006; 30(4):437-55.
65. Perner J, Lang B. Development of theory of mind and executive control. *Trends in Cognitive Sciences*. 1999; 3(9):337-344.

66. Alexander JM, Johnson KE, Albano J, Freygang T, Scott B. Relations between intelligence and the development of metaconceptual knowledge. *Metacognition Learn.* 2006; 1(1): 51–67.
67. Karakelle S, Sarac S. Çocuklar İçin Üst Bilişsel Farkındalık Ölçeği (ÜBFÖ-Ç) A ve B Formları: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikol Yazıları.* 2007;10(20):87-103.
68. Veenman MVJ, Van Hout-Wolters BHAM, Afflerbach P. Metacognition and learning: Conceptual and methodological considerations. *Metacognition and Learning.* 2006; 1(1):3-14.
69. Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monogr Soc Res child Dev.* 1994; 59(2-3):25-52
70. Steinberg L. Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences.* 2005; 9(2):69-74.
71. Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 2008; 1124:111–126. doi:10.1196/annals.1440.010.
72. Steinberg L. A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Dev Rev.* 2008; 28(1):78–106. doi:10.1016/j.dr.2007.08.002.
73. Cartwright-hatton S, Reynolds S, Wilson C. Adultmodels of anxiety and their application to children and adolescents. In: Silverman WK, Field AP, editors. *Anxiety Disorders in Children and Adolescents.* Cambridge University Press; 2011. p. 129–58.
74. Reynolds S, Reeves J. Do cognitive models of obsessive compulsive disorder apply to children and adolescents? *Behav Cogn Psychother.* 2008; 28(1):78-106.
75. Williams TI, Salkovskis PM, Forrester L, Turner S, White H, Allsopp MA. A randomised controlled trial of cognitive behavioural treatment for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010;19(5):449–56.
76. Wilson C, Hall M. Thought control strategies in adolescents: Links with OCD symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behav Cogn Psychother.* 2012;40(4):438–51.
77. Farrell L, Barrett P. Obsessive-compulsive disorder across developmental trajectory: Cognitive processing of threat in children, adolescents and adults. *British Journal of Psychology.* 2006; 97(Pt 1):95-114.
78. Klaczynski PA. Metacognition and cognitive variability: A dual-process model of decision making and its development. In: *The Development of Judgment and Decision Making in Children and Adolescents.* eds. Mahwah NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 2005.
79. Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC, Rettew DC, Hamburger SD, Bartko JJ, et al. A 2- to 7-Year Follow-up Study of 54 Obsessive-Compulsive Children and Adolescents. *Arch Gen Psychiatry.* 1993; 50(6):429-39.
80. Przeworski A, Zoellner LA, Franklin ME, Garcia A, Freeman J, March JS, et al. Maternal and child expressed emotion as predictors of treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2012;43(3):337–53.
81. Tükel R, Demet MM. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. Tükel R, Demet MM, TPD yayıncılık ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2017. 246 p.
82. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13th ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015;788
83. Işık U, Şener Ş. Obsesif Kompulsif Bozukluk. In: Aysev A, Taner Y, editors. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları.* İstanbul: Golden Print; 2007. p. 507–19.
84. Akgün N. Obsesyonel nevroz- Saplantı zorlantı bozukluğu. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 1989.
85. Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 10th ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004.
86. Maj M, Sartorius N, Okasha A, Zohar J. Obsesive Compulsive Disorder. 2nd ed. Maj M, Sartorius N, Okasha A, Zohar J, editors. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry; 2002.
87. Okasha A, Saad A, Khalil AH, El Dawla AS, Yehia N. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transcultural study. *Compr Psychiatry.* 1994; 35(3):191-7.
88. Bayraktar E. Obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatr dünyası.* 1997;(1):25–32.
89. Özerdem A. Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Psikoz Üzerine Bir Gözden Geçirme. *J Clin Psy.* 1998; 1(2): 98-102

90. Freud S. Ketlemeler, semptomlar ve kaygı. In: Budak S, editor. Psikopatoloji üzerine. Ankara-1997: Öteki Yayınları; 1926. p. 229–329.
91. Freud S. Saplantı nevrozuna yatkınlık (Nevroz Seçimi Sorununa Bir Katkı). In: Budak S, editor. Psikopatoloji üzerine. Ankara-1997: Öteki Yayınları; 1913. p. 125–43.
92. American Psychiatric Association [APA]. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV APA, editor. Washington, DC: Fourth edition. 1994.
93. WHO. International statistical classification of diseases and related health problems - 10th revision. World Heal Organ. 2011.
94. Shin LM, Liberzon I. The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2010; 35(1):169-91.
95. Menzies L, Chamberlain SR, Laird AR, Thelen SM, Sahakian BJ, Bullmore ET. Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of obsessive-compulsive disorder: The orbitofronto-striatal model revisited. *Neurosci Biobehav Rev*. 2008;32(3):525–49.
96. Figeo M, Vink M, De Geus F, Vulink N, Veltman DJ, Westenberg H, et al. Dysfunctional reward circuitry in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 2011; 69(9):867-74.
97. Insel TR. The nimh research domain criteria (rdoc) project: Precision medicine for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*. 2014; 171(4):395-7.
98. Sassano-Higgins SA, Pato MT. Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis, Epidemiology, Etiology, and Treatment. Focus (Madison). 2015.
99. Geller DA. Obsessive-Compulsive and Spectrum Disorders in Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*. 2006; 29(2), 353–370.
100. Insel TR. Phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1990; 51(2, Suppl), 4–8.
101. Kolada JL, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1994; 376:24-35.
102. Delorme R, Golmard JL, Chabane N, Millet B, Krebs MO, Mouren-Simeoni MC, et al. Admixture analysis of age at onset in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*. 2005; 35(2):237-43.
103. Karaca E, Doksat M. Klinik Açıdan Obsesif-Kompulsif Bozukluk. Yeni Symp. 1998;36:59–68.
104. Lomax CL, Oldfield VB, Salkovskis PM. Clinical and treatment comparisons between adults with early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2009; 47(2):99-104.
105. Juckel G, Siebers F, Kienast T, Mavrogiorgou P. Early recognition of obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2014; 202(12):889-91.
106. Zohar AH, Ratzoni G, Pauls DL, Apter A, Bleich A, Kron S, et al. An Epidemiological Study of Obsessive-Compulsive Disorder and Related Disorders in Israeli Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992; 31(6):1057-61.
107. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A Family Study of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152 (January):76–84.
108. Piacentini J, Langley AK. Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2004; 60(11):1181-94.
109. Grados MA, Riddle MA. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Treatment guidelines. *CNS Drugs*. 1999; 12(4), 257-277.
110. Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL. Childhood-onset obsessive compulsive disorder. Vol. 15, Psychiatric Clinics of North America. Netherlands: Elsevier Science; 1992. p. 767–75.
111. Öner P, Aysev A. Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Sted*, 2001; 10(11):409.
112. Diler RS, Avci A. Sociodemographic and clinical characteristics of Turkish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Croat Med J*. 2002;43(3):324–9.
113. Cameron CL, Region CH. Obsessive Compulsive Disorder in children and adolescents: A longitudinal study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007;14:696–704.

114. Geller DA, Biederman J, Jones J, Shapiro S, Schwartz S, Park KS. Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents: A Review. *Harv Rev Psychiatry*. 1998; 5(5):260–73.doi: 10.3109/10673229809000309.
115. IACAPAP, Alvarenga PG De, Mastrorosa RS, Conceição M. Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents. In: Rey J, ed. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012. p. 1–17.
116. Tanidir C, Adaletli H, Gunes H, Kilicoglu AG, Mutlu C, Bahali MK, et al. Impact of Gender, Age at Onset, and Lifetime Tic Disorders on the Clinical Presentation and Comorbidity Pattern of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015;25(5):425–31.
117. Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N, Heyman I. Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 47(7):773-778.
118. Geller DA, Biederman J, Faraone S, Agranat A, Cradock K, Hagermoser L, et al. Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: Findings in children, adolescents, and adults. *J Nerv Ment Dis*. 2001; 189(7):471-7.
119. Scahill L, Kano Y, King RA, Carlson A, Peller A, LeBrun U, et al. Influence of Age and Tic Disorders on Obsessive-Compulsive Disorder in a Pediatric Sample. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2003;13:7–17.
120. Do Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Da Silva Prado H, Sada P, et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(11):1899-903.
121. Vivan A de S, Rodrigues L, Wendt G, Bicca MG, Braga DT, Cordioli AV. Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: A population-based study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014; 36(2):111-8.
122. Terzioğlu MA, Çakaloğlu B, Ünlü G. Clinical features of obsessive compulsive disorder and comorbid disorders in child and adolescent. *Yeni Symp*. 2018;56(2):17–23.
123. Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atli H. Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2004; 45(5):362-6.
124. Cherian A V., Narayanaswamy JC, Viswanath B, Guru N, George CM, Bada Math S, et al. Gender differences in obsessive-compulsive disorder: Findings from a large Indian sample. *Asian J Psychiatry*. 2014; 9:17-21.
125. Fernández De La Cruz L, Barrow F, Bolhuis K, Krebs G, Volz C, Nakatani E, et al. Sexual obsessions in pediatric obsessive-compulsive disorder: Clinical characteristics and treatment outcomes. *Depress Anxiety*. 2013; 30(8):732-40
126. Jakubovski E, Pittenger C, Torres AR, Fontenelle LF, Do Rosario-Campos MC, Ferrão YA, et al. Dimensional correlates of poor insight in obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2011;35(7): 1677-1681.
127. Storch EA, De Nadai AS, Jacob ML, Lewin AB, Muroff J, Eisen J, et al. Phenomenology and correlates of insight in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2013; 55(3).
128. Ardizzone I, Soletti L, Panunzi S, Carratelli TI. Autistic dimension in obsessive-compulsive disorder in adolescence | La dimensione autistica nel disturbo ossessivo-compulsivo in adolescenza. *Riv Psichiatr*. 2010; 45(2):94-101.
129. Selles RR, Storch EA, Lewin AB. Variations in Symptom Prevalence and Clinical Correlates in Younger Versus Older Youth with Obsessive-Compulsive Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2014; 45(6):666-74.
130. Lewin AB, Piacentini J, De Nadai AS, Jones AM, Peris TS, Geffken GR, et al. Defining clinical severity in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychol Assess*. 2014; 26(2):679-84.
131. Geller DA, Biederman J, Faraone SV., Cradock K, Hagermoser L, Zaman N, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: Fact or Artifact? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41(1):52–8.

132. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Milantoni L, Arcangeli F. A naturalistic study of referred children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 44(7):673-81.
133. Anholt GE, Aderka IM, Van Balkom AJLM, Smit JH, Schruers K, Van Der Wee NJA, et al. Age of onset in obsessive-compulsive disorder: Admixture analysis with a large sample. *Psychol Med*. 2014; 44(1):185-94.
134. Do Rosario-Campos MC, Leckman JF, Curi M, Quatrano S, Katsovitch L, Miguel EC, et al. A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet - Neuropsychiatr Genet*. 2005; 136B(1):92-7.
135. Geller DA, Coffey B, Faraone S, Hagermoser L, Zaman NK, Farrell CL, et al. Does Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Impact the Clinical Expression of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder? *CNS Spectr*. 2003;8(4):259–64.
136. Mancebo MC, Garcia AM, Pinto A, Freeman JB, Przeworski A, Stout R, et al. Juvenile-onset OCD: Clinical features in children, adolescents and adults. *Acta Psychiatr Scand*. 2008; 118(2):149-59.
137. Franklin ME, Sapyta J, Freeman JB, Khanna M, Compton S, Almirall D, et al. Cognitive Behavior Therapy Augmentation of Pharmacotherapy in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *JAMA*. 2011.
138. Chabane N, Delorme R, Millet B, Mouren MC, Leboyer M, Pauls D. Early-onset obsessive-compulsive disorder: A subgroup with a specific clinical and familial pattern? *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2005; 46(8):881-7.
139. Lewin AB, Chang S, McCracken J, McQueen M, Piacentini J. Comparison of clinical features among youth with tic disorders, obsessive-compulsive disorder (OCD), and both conditions. *Psychiatry Res*. 2010; 178(2):317-22.
140. Towbin K, Riddle MA. Obsessive Compulsive Disorder. In: Martin A, Volkmar F, editors. *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
141. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 47(8):921-9.
142. Russell AJ, Jassi A, Fullana MA, Mack H, Johnston K, Heyman I, et al. Cognitive behavior therapy for comorbid obsessive-compulsive disorder in high-functioning autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Depress Anxiety*. 2013; 30(8):697-708.
143. Wahl K, Schönfeld S, Hissbach J, Küsel S, Zurowski B, Moritz S, et al. Differences and similarities between obsessive and ruminative thoughts in obsessive-compulsive and depressed patients: A comparative study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2011;42(4)454-61.
144. Amerio A, Odone A, Liapis CC, Ghaemi SN. Diagnostic validity of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2014; 129(5):343-58.
145. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in Five US Communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45(12):1094-9.
146. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010; 15(1):53-63.
147. Flament M. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Encephale*. 1990;16 Spec No:311—316
148. Zohar AH. The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 8(3):445–60
149. Geller DA, Biederman J, Jones J, Park K, Schwartz S, Shapiro S, et al. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 12(6):290-7.

150. Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, Rettew DC, Gershon ES, Rapoport JL. Tics and Tourette's disorder: A 2- to 7-year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. *Am J Psychiatry*. 1992; 149(9):1244-51.
151. Penn J, March J, Leonard HL. Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescents. In: Dickstein L, Riba M, Oldham J, ed. *The American Psychiatric Press Review of Psychiatry*. Washington D.C: American Psychiatric Press; 1997.p.1-23.
152. Chowdhury U, Frampton I, Heyman I. Clinical characteristics of young people referred to an obsessive compulsive disorder clinic in the United Kingdom. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2004; 9(3):395-401.
153. Kalra SK, Swedo SE. Children with obsessive-compulsive disorder: are they just "little adults"? *J Clin Invest* 2009;119(4):737-46.
154. Van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Twin studies on obsessive-compulsive disorder:A review.*Twin Research and Human Genetics*. 2005; 8(5):450-8.
155. Eichstedt JA, Arnold SL. Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: A tic-related subtype of OCD? *Clin Psychol Rev*. 2001;21(1):137-57.
156. Janowitz D, Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettl S, Buhtz F, Hochrein A, et al. Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. *Depression and Anxiety*. 2009; 26(11):1012-7.
157. Sobin C, Blundell ML, Karayiorgou M. Phenotypic differences in early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2000; 41(5):373-9.
158. Taylor S. Etiology of obsessions and compulsions: A meta-analysis and narrative review of twin studies. *Clinical Psychology Review*. 2011; 31(8):1361-72.
159. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R, et al. Impact of obsessive compulsive disorder on quality of life.*Compr Psychiatry*.2006; 47(4):270-5.
160. Sørensen CB, Kirkeby L, Thomsen PH. Quality of life with OCD. A self-reported survey among members of the Danish OCD Association.*Nord J Psychiatry*.2004;58(3):231-6.
161. Albert U, Maina G, Ravizza L, Bogetto F. An exploratory study on obsessive-compulsive disorder with and without a familial component: Are there any phenomenological differences? *Psychopathology*. 2002; 35(1):8-16.
162. Fontenelle LF, Mendlowicz M V., Marques C, Versiani M. Early- and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: An exploratory clinical and therapeutic study. *J Psychiatr Res*. 2003; 37(2):127-33.
163. Taylor S. Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: Evidence for distinct subtypes. *Clinical Psychology Review*. 2011; 31(7):1083-100.
164. Nestadt G, Samuels J, Riddle MA, Bienvenu OJ, Liang KY, Labuda M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; (4):358-63.
165. Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder: A review of the evidence. *American Journal of Medical Genetics, Part C: Seminars in Medical Genetics*. 2008; 148C(2):133-9.
166. Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, Geller DA. Obsessive-compulsive disorder: An integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*. 2014; 15(6):410-24.
167. Rotge JY, Aouizerate B, Tignol J, Bioulac B, Burbaud P, Guehl D. The glutamate-based genetic immune hypothesis in obsessive-compulsive disorder. An integrative approach from genes to symptoms. *Neuroscience*. 2010; 165(2):408-17.
168. Rauch S, Whalen P, Dougherty D, Jenike M. Neurobiologic models of obsessive compulsive disorder. In: Jenike M, Baer L, Minichiello W, editors. *Obsessive-Compulsive Disorders: Practical Management*. 3rd ed. 1998.
169. Brody AL, Saxena S. Brain Imaging In Obsessive-Compulsive Disorder: Evidence for the Involvement of Frontal-Subcortical Circuitry in the Mediation of Symptomatology. *CNS Spectr*. 1996; 1(01):27-41.
170. Carey G, Gottesman I. Twin and family studies of anxiety, phobic, and obsessive disorders. in *Anxiety: New Research and Changing Concepts*. Edited by Klein DF, Rabkin J. New York, Raven Press, 1981, pp 117-136.

171. Bolton D, Rijdsdijk F, O'Connor TG, Perrin S, Eley TC. Obsessive-compulsive disorder, tics and anxiety in 6-year-old twins. *Psychol Med.* 2007;37(1):39–48.
172. Geller DA, Wieland N, Carey K, Vivas F, Petty CR, Johnson J, et al. Perinatal factors affecting expression of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2008; 18(4):373-9.
173. Lafleur DL, Petty C, Mancuso E, McCarthy K, Biederman J, Faro A, et al. Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Is there a link? *J Anxiety Disord.* 2011; 25(4): 513–519.
174. Murphy TK, Kurlan R, Leckman J. The Immunobiology of Tourette's Disorder, Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcus , and Related Disorders: A Way Forward . *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2010; 20(4): 317–331.
175. Sinopoli VM, Erdman L, Burton CL, Park LS, Dupuis A, Shan J, et al. Serotonin system genes and obsessive-compulsive trait dimensions in a population-based, pediatric sample: a genetic association study. *J Child Psychol Psychiatry* 2019; doi: 10.1111/jcpp.13079
176. Abelson JF, Kwan KY, O'Roak BJ, Baek DY, Stillman AA, Morgan TM, et al. Medicine: Sequence variants in SLITRK1 are associated with Tourette's syndrome. *Science* 2005; 310(5746):317-20.
177. Shugart YY, Samuels J, Willour VL, Grados MA, Greenberg BD, Knowles JA, et al. Genomewide linkage scan for obsessive-compulsive disorder: Evidence for susceptibility loci on chromosomes 3q, 7p, 1q, 15q, and 6q. *Mol Psychiatry.* 2006; 11(8):763-70.
178. Hanna GL, Veenstra-VanderWeele J, Cox NJ, Boehnke M, Himle JA, Curtis GC, et al. Genome-wide linkage analysis of families with obsessive-compulsive disorder ascertained through pediatric probands. *Am J Med Genet- Neuropsychiatr Genet.* 2002; 114(5):541-52.
179. Willour VL, Yao Shugart Y, Samuels J, Grados M, Cullen B, Bienvenu OJ, et al. Replication Study Supports Evidence for Linkage to 9p24 in Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Hum Genet.* 2004; 75(3):508-13.
180. Hanna GL, Veenstra-VanderWeele J, Cox NJ, Van Etten M, Fischer DJ, Himle JA, et al. Evidence for a Susceptibility Locus on Chromosome 10p15 in Early-Onset Obsessive-Compulsive Disorder. *Biol Psychiatry.* 2007; 62(8):856-62.
181. Ross J, Badner J, Garrido H, Sheppard B, Chavira DA, Grados M, et al. Genomewide linkage analysis in Costa Rican families implicates chromosome 15q14 as a candidate region for OCD. *Hum Genet.* 2011; 130(6): 795–805.
182. Arnold PD, Sicard T, Burroughs E, Richter MA, Kennedy JL. Glutamate transporter gene SLC1A1 associated with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006; 63(7):769-76.
183. Stewart SE, Mayerfeld C, Arnold PD, Crane JR, O'Dushlaine C, Fagerness JA, et al. Meta-analysis of association between obsessive-compulsive disorder and the 3' region of neuronal glutamate transporter gene SLC1A1. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet.* 2013; 162B(4):367-79.
184. Taylor S. Molecular genetics of obsessive-compulsive disorder: A comprehensive meta-analysis of genetic association studies. *Mol Psychiatry.* 2013; 18(7):799-805.
185. Pujol J, Soriano-Mas C, Alonso P, Cardoner N, Menchón JM, Deus J, et al. Mapping structural brain alterations in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2004; 61(7):720-30.
186. Jenike MA, Breiter HC, Baer L, Kennedy DN, Savage CR, Olivares MJ, et al. Cerebral structural abnormalities in obsessive-compulsive disorder: A quantitative morphometric magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry.* 1996; 5(4):290-6.

187. Murphy DL, Moya PR, Fox MA, Rubenstein LM, Wendland JR, Timpano KR. Anxiety and affective disorder comorbidity related to serotonin and other neurotransmitter systems: Obsessive-compulsive disorder as an example of overlapping clinical and genetic heterogeneity. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2013; 368(1615):20120435.
188. Sinopoli VM, Burton CL, Kronenberg S, Arnold PD. A review of the role of serotonin system genes in obsessive-compulsive disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2017; 80:372-381.
189. Via E, Cardoner N, Pujol J, Alonso P, López-Solà M, Real E, et al. Amygdala activation and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*. 2014; 204(1):61-8.
190. Swedo SE, Grant P. The Neurobiology and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. In: Dennis Charney, Eric Nestler (Eds.) *Neurobiology of Mental Illness*. 2013; 691-702 doi: 10.1093/med/9780199798261.003.0042.
191. Harrison BJ, Pujol J, Cardoner N, Deus J, Alonso P, López-Solà M, et al. Brain corticostriatal systems and the major clinical symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 2013; 73(4):321-8.
192. Baytunca MB, Donuk T, Eremiş S. Evaluation of a neuropsychiatric disorder: From PANDAS to PANS and CANS. *Turk Psikiyat Derg*. 2016; 27(2):0.
193. Murphy TK, Patel PD, McGuire JF, Kennel A, Mutch PJ, Parker-Athill EC, et al. Characterization of the Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome Phenotype. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015; 25(1):14-25.
194. Chang K, Frankovich J, Cooperstock M, Cunningham MW, Latimer ME, Murphy TK, et al. Clinical evaluation of youth with pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome (PANS): Recommendations from the 2013 PANS consensus conference. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015; 25(1):3-13.
195. Mataix-Cols D, Frans E, Pérez-Vigil A, Kuja-Halkola R, Gromark C, Isomura K, et al. A total-population multigenerational family clustering study of autoimmune diseases in obsessive-compulsive disorder and Tourette's/chronic tic disorders. *Mol Psychiatry*. 2018; 23(7):1652-1658.
196. Fluitman SBAHA, Denys DAJP, Heijnen CJ, Westenberg HGM. Disgust affects TNF- α , IL-6 and noradrenalin levels in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2010; 35(6):906-11.
197. Cappi C, Diniz JB, Requena GL, Lourenço T, Lisboa BCG, Batistuzzo MC, et al. Epigenetic evidence for involvement of the oxytocin receptor gene in obsessive-compulsive disorder. *BMC Neurosci*. 2016; 17(1).
198. Stein DJ, Arya M, Pietrini P, Rapoport JL, Swedo SE. Neurocircuitry of disgust and anxiety in obsessive-compulsive disorder: A positron emission tomography study. *Metab Brain Dis*. 2006; 21(2-3):267-77.
199. Fitzgerald KD, Welsh RC, Stern ER, Angstadt M, Hanna GL, Abelson JL, et al. Developmental alterations of frontal-striatal-thalamic connectivity in obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 50(9):938-948.
200. Whiteside SP, Port JD, Abramowitz JS. A meta-analysis of functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res - Neuroimaging*. 2004; 132(1):69-79.
201. Abramovitch A, Mittelman A, Henin A, Geller DA. Neuroimaging and neuropsychological findings in pediatric obsessive-compulsive disorder: A review and developmental considerations. *Neuropsychiatry*. 2012; 2(4), 313-329.
202. Nakao T, Nakagawa A, Nakatani E, Nabeyama M, Sanematsu H, Yoshiura T, et al. Working memory dysfunction in obsessive-compulsive disorder: A neuropsychological and functional MRI study. *J Psychiatr Res*. 2009; 43(8):784-91.
203. Baxter LR, Schwartz JM, Mazziotta JC, Phelps ME, Pahl JJ, Guze BH, et al. Cerebral glucose metabolic rates in nondepressed patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1988; 145(12):1560-3.
204. Saxena S, Rauch SL. Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2000; 23(3):563-86.

205. Koch K, Wagner G, Schachtzabel C, Peikert G, Schultz CC, Sauer H, et al. Aberrant anterior cingulate activation in obsessive-compulsive disorder is related to task complexity. *Neuropsychologia*. 2012; 50(5):958-64.
206. Breiter HC, Rauch SL, Kwong KK, Baker JR, Weisskoff RM, Kennedy DN, et al. Functional magnetic resonance imaging of symptom provocation in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1996; 53(7):595-606.
207. Van Oppen P. Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Clin Case Stud*. 2004; 32(1): 79-87.
208. Clark DA. Cognitive-behavioral therapy for OCD. Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York, NY, US: Guilford Press; 2004. p. xi, 324–xi, 324.
209. Zohar J. Obsessive-Compulsive Disorder: Current Science and Clinical Practice. Zohar J, ed. John Wiley & Sons, Ltd; 2012. doi: 10.1002/9781119941125.
210. Westenberg HG m., Fineberg NA, Denys D. Neurobiology of Obsessive-Compulsive Disorder: Serotonin and Beyond. *CNS Spectr*. 2007; 12(2 Suppl 3):14-27.
211. Lopez-Ibor JJ. The involvement of serotonin in psychiatric disorders and behaviour. *Br J Psychiatry*. 1988; (3):26-39.
212. Leonard HL, Swedo SE, Rapoport JL, Koby E V., Lenane MC, Cheslow DL, et al. Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder With Clomipramine and Desipramine in Children and Adolescents: A Double-blind Crossover Comparison. *Arch Gen Psychiatry*. 1989; 46(12):1088-92.
213. Zohar J, Mueller EA, Insel TR, Zohar-Kadouch RC, Murphy DL. Serotonergic Responsivity in Obsessive-Compulsive Disorder: Comparison of Patients and Healthy Controls. *Arch Gen Psychiatry*. 1987; 44(11):946-51.
214. Insel TR, Mueller EA, Alterman I, Linnoila M, Murphy DL. Obsessive-compulsive disorder and serotonin: Is there a connection? *Biol Psychiatry*. 1985; 20(11):1174-88.
215. Altemus M, Pigott T, Kalogeras KT, Demitrack M, Dubbert B, Murphy DL, et al. Abnormalities in the Regulation of Vasopressin and Corticotropin Releasing Factor Secretion in Obsessive-Compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49(1):9-20.
216. Chou-Green JM, Holscher TD, Dallman MF, Akana SF. Compulsive behavior in the 5-HT_{2C} receptor knockout mouse. *Physiol Behav*. 2003;78(4–5):641–9.
217. Tucci MC, Dvorkin-Gheva A, Graham D, Amodeo S, Cheon P, Kirk A, et al. Effects of the serotonergic agonist mCPP on male rats in the quinpirole sensitization model of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Psychopharmacology (Berl)*. 2013; 227(2): 277-85.
218. Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications (3rd ed.). Stahl's essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications. Cambridge University Press: 2008.
219. Klanker M, Feenstra M, Denys D. Dopaminergic control of cognitive flexibility in humans and animals. *Front Neurosci*. 2013; 7:20.
220. Tolin DF, Abramowitz JS, Hamlin C, Foa EB, Synodi DS. Attributions for thought suppression failure in obsessive-compulsive disorder. *Cognit Ther Res*. 2002; 26(4):505-517.
221. Magee JC, Harden KP, Teachman BA. Psychopathology and thought suppression: A quantitative review. *Clinical Psychology Review*. 2012; 32(3): 189–201.
222. Albelda N, Joel D. Current animal models of obsessive compulsive disorder: An update. *Neuroscience*. 2012; 211:83-106.
223. Chamberlain SR, Fineberg NA, Blackwell AD, Robbins TW, Sahakian BJ. Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(7):1282-1284.
224. Stewart SE, Yu D, Scharf JM, Neale BM, Fagerness JA, Mathews CA, et al. Genome-wide association study of obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*. 2013; 18(7):788-98.

225. Mattheisen M, Samuels JF, Wang Y, Greenberg BD, Fyer AJ, Mccracken JT, et al. Genome-wide association study in obsessive-compulsive disorder: Results from the OCGAS. *Mol Psychiatry*. 2015; 20(3):337-44.
226. Groman SM, Lee B, London ED, Mandelkern MA, James AS, Feiler K, et al. Dorsal Striatal D2-Like Receptor Availability Covaries with Sensitivity to Positive Reinforcement during Discrimination Learning. *J Neurosci*. 2011; 31(20):7291-9.
227. Aoyama K, Sang WS, Hamby AM, Liu J, Wai YC, Chen Y, et al. Neuronal glutathione deficiency and age-dependent neurodegeneration in the EAAC1 deficient mouse. *Nat Neurosci*. 2006;108(3): 227-238.
228. Shmelkov S V., Hormigo A, Jing D, Proenca CC, Bath KG, Milde T, et al. Slitrk5 deficiency impairs corticostriatal circuitry and leads to obsessive-compulsive-like behaviors in mice. *Nat Med*. 2010; 16:598–602.
229. Ting JT, Feng G. Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: Insights into neural circuitry dysfunction through mouse genetics. *Current Opinion in Neurobiology*. 2011; 21(6):842-8.
230. Welch JM, Lu J, Rodriguiz RM, Trotta NC, Peca J, Ding JD, et al. Cortico-striatal synaptic defects and OCD-like behaviours in Sapap3-mutant mice. *Nature*. 2007; 448(7156):894-900
231. Van Der Wee NJ, Stevens H, Hardeman JA, Mandl RC, Denys DA, Van Megen HJ, et al. Enhanced dopamine transporter density in psychotropic-naive patients with obsessive-compulsive disorder shown by [¹²³I]β-CIT SPECT. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(12):2201-6.
232. Bailey CG, Ryan RM, Thoeng AD, Ng C, King K, Vanslambrouck JM, et al. Loss-of-function mutations in the glutamate transporter SLC1A1 cause human dicarboxylic aminoaciduria. *J Clin Invest*. 2011; 121(1):446-53.
233. Abramovitch A, Abramowitz JS, Mittelman A. The neuropsychology of adult obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2013; 33(8):1163-71.
234. Abramovitch A, Abramowitz JS, Mittelman A, Stark A, Ramsey K, Geller DA. Research Review: Neuropsychological test performance in pediatric obsessive-compulsive disorder - a meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2015; 56(8):837-47.
235. Bloch MH, Sukhodolsky DG, Dombrowski PA, Panza KE, Craiglow BG, Landeros-Weisenberger A, et al. Poor fine-motor and visuospatial skills predict persistence of pediatric-onset obsessive-compulsive disorder into adulthood. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2011; 52(9):974-83.
236. Lawrence NS, Wooderson S, Mataix-Cols D, David R, Speckens A, Phillips ML. Decision making and set shifting impairments are associated with distinct symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychology*. 2006; 20(4):409-19.
237. Jang JH, Kim HS, Ha TH, Shin NY, Kang DH, Choi JS, et al. Nonverbal memory and organizational dysfunctions are related with distinct symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2010; 180(2-3):93-8.
238. Cha KR, Koo M-S, Kim C-H, Kim JW, Oh W-J, Suh HS, et al. Nonverbal memory dysfunction in obsessive-compulsive disorder patients with checking compulsions. *Depress Anxiety*. 2007; 25(11):E115-20.
239. McGuire JF, Crawford EA, Park JM, Storch EA, Murphy TK, Larson MJ, et al. Neuropsychological performance across symptom dimensions in pediatric obsessive compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2014; 31(12):988-96.
240. Grisham JR, Brown TA, Savage CR, Steketee G, Barlow DH. Neuropsychological impairment associated with compulsive hoarding. *Behav Res Ther*. 2007; 45(7):1471-83.
241. Storch EA, Lack CW, Merlo LJ, Geffken GR, Jacob ML, Murphy TK, et al. Clinical features of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and hoarding symptoms. *Compr Psychiatry*. 2007; 48(4):313-8.

242. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. 2007; 59(Suppl 1): S74–S90.
243. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ, Allgulander C, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - First revision. *World J Biol Psychiatry*. 2008; 9(1):6-23.
244. AACAP. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(1):98–113.
245. NICE. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment. *National Inst Heal Care Excell*. Clinical guideline 31, 2005.
246. McGuire JF, Piacentini J, Lewin AB, Brennan EA, Murphy TK, Storch EA. A Meta-Analysis Of Cognitive Behavior Therapy And Medication For Child Obsessive-Compulsive Disorder: Moderators Of Treatment Efficacy, Response And Remission. *Depress Anxiety*. 2015; 32(8):580-93.
247. Sánchez-Meca J, Rosa-Alcázar AI, Iniesta-Sepúlveda M, Rosa-Alcázar Á. Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 2014; 28(1):31-44.
248. Ivarsson T, Skarphedinsson G, Kornør H, Axelsdottir B, Biedilæ S, Heyman I, et al. The place of and evidence for serotonin reuptake inhibitors (SRIs) for obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents: Views based on a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2015;227(1):93–103.
249. Öst LG, Riise EN, Wergeland GJ, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2016;43:58–69.
250. POTS Team TPOTST. Cognitive-Behavior Therapy, Sertraline, and Their Combination for Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2004; 292(16):1969–76.
251. Melin K, Skarphedinsson G, Thomsen PH, Weidle B, Torp NC, Valderhaug R, et al. Treatment Gains Are Sustainable in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Three-Year Follow-Up From the NordLOTS. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019; 59(2):244-253.
252. Do Rosario-Campos MC, Alvarenga P, de Mathis A. Obsessive compulsive disorder in childhood. In: Banaschewski T, Rohde L, editors. *Biological Child Psychiatry Recent Trends and Developments*. Basel: Karger; 2008. p. 83–95.
253. March JS, Johnston H, Jefferson JW, Kobak KA, Greist JH. Do Subtle Neurological Impairments Predict Treatment Resistance to Clomipramine in Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder? *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 1990; 1(2):133-40.
254. Deveaugh-Geiss J, Moroz G, Biederman J, Cantwell D, Fontaine R, Greist JH, et al. Clomipramine Hydrochloride in Childhood and Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder-a Multicenter Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992; 31(1):45-9.
255. Geller DA, Wagner KD, Emslie G, Murphy TK, Carpenter DJ, Wetherhold E, et al. Paroxetine treatment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43(11):1387-96.
256. March JS, Biederman J, Wolkow R, Safferman A, Mardekian J, Cook EH, et al. Sertraline in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A multicenter randomized controlled trial. *J Am Med Assoc*. 1998; 280(20):1752-6.
257. Piccinelli M, Pini S, Bellantuono C, Wilkinson G. Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder. A meta-analytic review. *British Journal of Psychiatry*. 1995; 166(4):424-43.

258. Soomro GM, Altman D, Rajagopal S, Oakley-Browne M. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008; (1):CD001765.
259. Greist J, Jefferson JW, Kobak KA, Katzelnick DJ, Serlin RC. Efficacy and Tolerability of Serotonin Transport Inhibitors in Obsessive-compulsive Disorder: A Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52(1):53-60.
260. Varigonda AL, Jakubovski E, Bloch MH. Systematic Review and Meta-Analysis: Early Treatment Responses of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Clomipramine in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016;55(10):851-859.
261. Ackerman DL, Greenland S. Multivariate meta-analysis of controlled drug studies for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2002; 22(3):309-17.
262. Puig-Antich J, Perel JM, Lupatkin W, Chambers WJ, Tabrizi MA, King J, et al. Imipramine in Prepubertal Major Depressive Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1987; 44(1):81-9.
263. Biederman J. Sudden Death in Children Treated with a Tricyclic Antidepressant. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991; 32(819):53.
264. Watson HJ, Rees CS. Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2008; 49(5):489-98.
265. Mancuso E, Faro A, Joshi G, Geller DA. Treatment of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Review. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2010; 20(4):299-308.
266. Storch EA, Lewin AB, Geffken GR, Morgan JR, Murphy TK. The role of comorbid disruptive behavior in the clinical expression of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2010; 48(12):1204-10.
267. Masi G, Pfanner C, Millepiedi S, Berloffia S. Aripiprazole augmentation in 39 adolescents with medication-resistant obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2010; 30(6):688-93.
268. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. The Guilford Press. 2011.
269. Edwards JH. OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual. *Psychiatr Serv*. 2000; 8(4): 319–321.
270. Benazon NR, Ager J, Rosenberg DR. Cognitive behavior therapy in treatment-naive children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: An open trial. *Behav Res Ther*. 2002;40(5):529–39.
271. Freeman JB, Choate-Summers ML, Moore PS, Garcia AM, Sapyta JJ, Leonard HL, et al. Cognitive Behavioral Treatment for Young Children With Obsessive-Compulsive Disorder. *Biol Psychiatry*. 2007; 61(3): 337–343.
272. Peris TS, Rozenman MS, Sugar CA, McCracken JT, Piacentini J. Targeted Family Intervention for Complex Cases of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017 1;56(12):1034-1042.
273. Himle JA, Rassi S, Haghigatgou H, Krone KP, Nesse RM, Abelson J. Group behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: Seven vs. twelve-week outcomes. *Depress Anxiety*. 2001; 13(4):161-5.
274. Franklin ME, Kozak MJ, Cashman LA, Coles ME, Rheingold AA, Foa EB. Cognitive-behavioral treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: An open clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37(4):412-9.
275. Lenhard F, Andersson E, Mataix-Cols D, Rück C, Vigerland S, Högström J, et al. Therapist-Guided, Internet-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56(1):10-19.
276. Andersson E, Enander J, Andrén P, Hedman E, Ljótsson B, Hursti T, et al. Internet-based cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2012; 42(10):2193-203.

277. Stewart SE, Hu YP, Leung A, Chan E, Hezel DM, Lin SY, et al. A Multisite Study of Family Functioning Impairment in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Elsevier Inc.; 2017. p. 241-249.
278. Lebowitz ER, Panza KE, Su J, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2012; 12(2):229-38.
279. Peris TS, Sugar CA, Lindsey Bergman R, Chang S, Langley A, Piacentini J. Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2012; 80(2):255-263.
280. Storch EA, Abramowitz JS, Keeley M. Correlates and mediators of functional disability in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2009; 26(9):806-13.
281. Peris TS, Benazon N, Langley A, Roblek T, Piacentini J. Parental attitudes, beliefs, and responses to childhood obsessive compulsive disorder: The parental attitudes and behaviors scale. *Child Fam Behav Ther*. 2008; 30(3):199-214.
282. Piacentini J, Bergman RL, Keller M, McCracken J. Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2003; 13 Suppl 1:S61-9
283. Wu MS, Lewin AB, Murphy TK, Geffken GR, Storch EA. Phenomenological considerations of family accommodation: Related clinical characteristics and family factors in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2014; 3(3):228-235.
284. Garcia AM, Sapyta JJ, Moore PS, Freeman JB, Franklin ME, March JS, et al. Predictors and moderators of treatment outcome in the pediatric obsessive compulsive treatment study (POTS I). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49(10):1024-33; quiz 1086.
285. Ginsburg GS, Kingery JN, Drake KL, Grados MA. Predictors of treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008; 47(8):868-78.
286. Merlo LJ, Lehmkuhl HD, Geffken GR, Storch EA. Decreased Family Accommodation Associated With Improved Therapy Outcome in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2009; 77(2):355-60.
287. Renshaw KD, Steketee G, Chambless DL. Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2005; 34(3):164-75.
288. Rendon M, Ingram D. The language of psychoanalysis. *The American Journal of Psychoanalysis*. 1988;48(1):1-3.
289. Odağ C. Kendilik - Kimlik. In: Nevrozlar-2. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları; 2001. p. 124.
290. Freud S. (1908) Kişilik ve anal erotizm. In: Budak S, ed. Cinsellik üzerine üç deneme. Ankara: Öteki Yayınları; 1997. p. 199–209.
291. Fenichel O. Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. Tuncer ÇS, ed. İzmir: Ege Üniversitesi matbaası; 1945. 246–284 p.
292. Topçuoğlu V. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikanalitik Görüşler. *Klin Psikiyat Derg*. 2003;6:46–50.
293. Freud S. Notes upon a case of obsessional neurosis (“The rat man”). Stand Ed. 1909.
294. Freud A. Obsessional neurosis: a summary of psycho-analytic views as presented at the Congress. *Int J Psychoanal*. 1966; 47(2):116-22.
295. Klein M. The Psychoanalytic Review (1913-1957). *Int J Psychoanal*. 1942; 29(81): New York.
296. Mallinger AE. The obsessive’s myth of control. *J Am Acad Psychoanal*. 1984; 12(2), 147–165.
297. Salzman L. Treatment of the obsessive personality. New York. Aronson J, ed. 1980.
298. Leib PT. Integrating Behavior Modification and Pharmacotherapy with the Psychoanalytic Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Case Study. *Psychoanal Inq*. 2001; 21(2):222-241.

299. Sungur MZ. OKB'nin Anlaşılması ve Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar. Anksiyete bozukluklarında son gelişmeler. Pozitif Matbaacılık; 2006. 107–123 p.
300. Foa EB, Steketee GS, Ozarow BJ. Behavior Therapy with Obsessive-Compulsives. In: Mavissakalian M., Turner S.M., Michelson L. (eds) Obsessive-Compulsive Disorder. Springer, Boston, MA 1985: pp 49-129.
301. Stanley MA, Turner SM. Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther.* 1995; 26(1), 163–186.
302. Clark DA, Cognitive-behavioral therapy for OCD. Guilford Press; 2004.
303. Beck AT, Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, NY: International Universities Press 1976.
304. Carr AT, Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychol Bull* 1974;81(5):311-8
305. Salkovskis PM, Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther.* 1985; 23(5):571-83.
306. Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C, et al. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2000; 38(4):347-72.
307. Rachman S, A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behav Res Ther.* 1998; 36(4):385-401.
308. Shafran R, Rachman S. Thought-action fusion: A review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 2004; 35(2):87-107.
309. Rassin E, Merckelbach H, Muris P, Spaan V. Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behav Res Ther.* 1999; 37(3):231-7.
310. Berle D, Starcevic V. Thought-action fusion: Review of the literature and future directions. *Clin Psychol Rev.* 2005; 25(3):263-84.
311. Clark DA. Focus on “cognition” in cognitive behavior therapy for OCD: Is it really necessary? *Cognitive Behaviour Therapy.* 2005; 34(3):131-9.
312. Tischler Blechman L. Ironic processes in the mental control of obsessive thinking in obsessive-compulsive disorder. ETD Collection for Fordham University. 2002: AAI3045139.
313. OCCWG. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. *Behav Res Ther.* 1997; 35(7):667-81.
314. Julien D, O'Connor KP, Aardema F, Todorov C. The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Pers Individ Dif.* 2006;47(1): 1205-1216.
315. Lopatka C, Rachman S. Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. *Behav Res Ther.* 1995; 33(6):673-84.
316. Pişgin İ, Özen DŞ. OKB Çocukluktan Erişkinliğe OKB Hatalı Değerlendirme ve İnanç Alanları. *Curr Approaches Psychiatry.* 2010;2(1):117–31.
317. Emmelkamp PMG, Aardema A. Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clin Psychol Psychother.* 1999; 6(2):139 - 145.
318. Gilboa-Schechtman E, Franklin ME, Foa EB. Anticipated reactions to social events: Differences among individuals with generalized social phobia, obsessive compulsive disorder, and nonanxious controls. *Cognit Ther Res.* 2000; 24:731–746.
319. Verhaak LM, De Haan E. Cognitions in children with OCD: A pilot study for age specific relations with severity. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2007; 16(6):353-61.
320. Nieto MÁP, Delgado MMR, Mateos LL, Bueno N. Cognitive control and anxiety disorders: Metacognitive beliefs and strategies of control thought in GAD and OCD. = Control cognitivo en trastornos de ansiedad: Creencias y estrategias metacognitivas. *Clínica y Salud.* 2010; 21(2):159-166.
321. Morrison N, Westbrook D. Obsessive-Compulsive Disorder. In: Bennett-Levy J, Butler G, Fennell M, editors. Oxford Guide to Behavioral Experiments in Cognitive Therapy. New York: Oxford University Press; 2004. p. 101–18.
322. Lind C, Boschen MJ. Intolerance of uncertainty mediates the relationship between responsibility beliefs and compulsive checking. *JAnxiety Disord.* 2009; 23(8):1047-52.
323. Frost RO, Steketee G. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behav Res Ther.* 1997; 35(4):291-6.

324. Rhéaume J, Freeston MH, Dugas MJ, Letarte H, Ladouceur R. Perfectionism, responsibility and Obsessive-Compulsive symptoms. *Behav Res Ther.* 1995; 33(7):785-94.
325. Wu KD, Cortesi GT. Relations between perfectionism and obsessive-compulsive symptoms: Examination of specificity among the dimensions. *J Anxiety Disord.* 2009; 23(3):393-400.
326. Carleton RN. Metacognitive therapy for anxiety and depression by A. Wells. *Br J Psychol.* 2011.
327. Dienes Z, Perner J. A theory of implicit and explicit knowledge. *Behav Brain Sci.* 1999; 22(5):735-55.
328. Wells A. Theory and Nature of Metacognitive Therapy. In: Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: The Guilford Press; 2011. p. 1–23.
329. Nelson TO. Metamemory: A Theoretical Framework and New Findings. *Psychol Learn Motiv - Adv Res Theory.* 1990;26: 125-173.
330. Matthews G, Hillyard EJ, Campbell SE. Metacognition and maladaptive coping as components of test anxiety. *Clin Psychol Psychother.* 1999; 6(2):111 - 125.
331. Fisher PL, Wells A. The CBT Distinctive Features Series. Metacognitive therapy: Distinctive features. Routledge/Taylor & Francis Group, 2009.
332. Wells A, Myers S, Simons M, Fisher PL. Metacognitive Model and Treatment of OCD. *Wiley Handb Obs Compuls Disord.* 2017;(December 2018):644–62.
333. Şenormancı Ö, Konkan R, Güçlü OG, Sungur MZ. Metacognitive model of obsessive compulsive disorder. *Psikiyatrl Güncel Yaklaşımlar.* 2012;4(3): 335 - 349.
334. Fisher PL, Wells A. Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behav Res Ther.* 2005; 43(6):821-9.
335. Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. John Wiley & Sons Inc., editor. Hoboken, NJ, US; 1997.
336. Spada MM, Georgiou GA, Wells A. The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety. *Cogn Behav Ther.* 2010; 39(1):64-71.
337. Spada MM, Wells A. Metacognitions, emotion and alcohol use. *Clin Psychol Psychother.* 2005; 12(2):150-155.
338. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognit Ther Res.* 2003; 27(3), 261–273.
339. Marino C, Marci T, Ferrante L, Altoè G, Vieno A, Simonelli A, et al. Attachment and problematic Facebook use in adolescents: the mediating role of metacognitions. *J Behav Addict.* 2019; 8(1):63-78.
340. Yavuz M, Aluç N, Tasa H, Hamamcıoğlu İ, Bolat N. The relationships between attachment quality, metacognition, and somatization in adolescents: The mediator role of metacognition. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2019; 32(1):33-39.
341. Sibley MH, Ortiz M, Graziano P, Dick A, Estrada E. Metacognitive and motivation deficits, exposure to trauma, and high parental demands characterize adolescents with late-onset ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019; doi:10.1007/s00787-019-01382-w.
342. Natalucci G, Faedda N, Quinzi A, Fegatelli DA, Fazi M, Verdecchia P, et al. Metacognition and theory of mind in children with migraine and children with internalizing disorders. *Neurol Sci.* 2019;40:187–9.
343. Reinholdt-Dunne ML, Blicher A, Nordahl H, Normann N, Esbjørn BH, Wells A. Modeling the relationships between metacognitive beliefs, attention control and symptoms in children with and without anxiety disorders: A test of the S-REF model. *Front Psychol.* 2019;10(JUN):1–11.
344. Wells A, Matthews G. Attention and emotion: A clinical perspective. Attention and emotion: A clinical perspective. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1994. p. xiii, 402–xiii, 402.
345. Tosun A, Irak M. Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. 2008;19(1):67–80.

346. Muris P, Meesters C, Rassin E, Merckelbach H, Campbell J. Thought-action fusion and anxiety disorders symptoms in normal adolescents. *Behav Res Ther.* 2001;39(7):843-52.
347. Barrett PM, Healy LJ. An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2003; 41(3):285-99.
348. Mather A, Cartwright-Hatton S. Cognitive predictors of obsessive-compulsive symptoms in adolescence: A preliminary investigation. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2004; 33(4):743-9.
349. Campos JJ, Campos RG, Barrett KC. Emergent Themes in the Study of Emotional Development and Emotion Regulation. *Dev Psychol.* 1989; 25(3):394-402.
350. Thompson RA. Emotional regulation and emotional development. *Educ Psychol Rev.* 1991; 3(4):269-307.
351. Izard CE. Facial Expressions and the Regulation of Emotions. *J Pers Soc Psychol.* 1990; 58(3):487-98.
352. Gross JJ, Levenson RW. Emotional Suppression: Physiology, Self-Report, and Expressive Behavior. *J Pers Soc Psychol.* 1993.
353. Dodge KA. Coordinating Responses to Aversive Stimuli: Introduction to a Special Section on the Development of Emotion Regulation. *Dev Psychol.* 1989;25(3),339-342.
354. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology.* 1998;2(3): 271-299.
355. Gross JJ. Antecedent and Response-Focused Emotion Regulation: Divergent Consequences for Experience, Expression, and Physiology. *J Pers Soc Psychol.* 1998; 74(1):224-37.
356. Cole PM, Michel MK, Teti LOD. The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1994; 59(2-3):73-100.
357. Zeman J, Cassano M, Perry-Parrish C, Stegall S. Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics.* 2006; 27(2):155-68.
358. Thompson RA. Emotion dysregulation: A theme in search of definition. *Dev Psychopathol.* 2019; 59(2-3):25-52.
359. Thompson RA, Lagattuta KH. Feeling and Understanding: Early Emotional Development. In: K. McCartney & D. Phillips (Eds.) *Blackwell Handbook of Early Childhood Development.* Blackwell Publishing. 2008; p. 317-337.
360. Rothbart MK, Ziaie H, O'Boyle CG. Self-regulation and emotion in infancy. *New Dir Child Adolesc Dev.* 1992;55:7-23.
361. Mangelsdorf SC, Shapiro JR, Marzolf D. Developmental and Temperamental Differences in Emotion Regulation in Infancy. *Child Dev.* 1995; 66(6):1817-28.
362. Hildebrandt K, Karraker K, Lake MA, Parry T. Infant coping with everyday stressful events. *Merrill-Palmer Q.* 1994; 40(2), 171-189.
363. Gordon SL. The socialization of children's emotions: emotional culture, competence, and exposure. In: C. Saarni & P. L. Harris Eds. *Children's Understanding of Emotion.* Cambridge University Press, 1989; p. 319-349
364. Walden TA, Smith MC. Emotion regulation. *Motiv Emot.* 1997; 21(1), 7-25.
365. Damon W, Hart D. The Development of Self-Understanding from Infancy Through Adolescence. *Child Dev.* 1982; 53(4):841-864.
366. Flavell JH, Flavell ER, Green FL. Development of the appearance-reality distinction. *Cogn Psychol.* 1983; 15(1): 95-120.
367. Fischer KW. A theory of cognitive development: The control and construction of hierarchies of skills. *Psychol Rev.* 1980; 87(6): 477-531.
368. Coyne J. Social Factors And Psychopathology: Stress, Social Support, And Coping Processes. *Annu Rev Psychol.* 1991; 42:401-25.
369. Hunter EC, Katz LF, Shortt JW, Davis B, Leve C, Allen NB, Sheeber LB. How do I feel about feelings? Emotion Socialization in Families of Depressed and Healthy Adolescents. *J Youth Adolesc.* 2011; 40(4):4 28-41.
370. Bariola E, Hughes EK, Gullone E. Relationships Between Parent and Child Emotion Regulation Strategy Use: A Brief Report. *J Child Fam Stud.* 2012; 21: 443-448

371. Gottman JM, Katz LF. Children's emotional reactions to stressful parent-child interactions: The link between emotion regulation and vagal tone. *Marriage and Family Review*. 2002; 34(3-4): 265–283
372. Steinberg L, Silk JS. Parenting adolescents. Handbook of parenting: Children and parenting, Vol. 1, 2nd ed. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2002. p. 103–33.
373. Gross JJ, Muñoz RF. Emotion Regulation and Mental Health. *Clin Psychol Sci Pract*. 1995; 2(2): 151–164
374. Cortez VL, Bugental DB. Children's Visual Avoidance of Threat: A Strategy Associated With Low Social Control. *Merrill Palmer Q*. 1994; 40(1): 82–97
375. Kopp CB. Regulation of Distress and Negative Emotions: A Developmental View. *Dev Psychol*. 1989; 25(3): 343–354.
376. Zeman J, Garber J. Display Rules for Anger, Sadness, and Pain: It Depends on Who Is Watching. *Child Dev*. 1996; 67(3): 957–973
377. Garner PW, Spears FM. Emotion Regulation in Low-income Preschoolers. *Soc Dev*. 2000; 9(2): 246–264
378. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, Polusny MA, Dykstra TA, Batten SV, Bergan J, Stewart SH, Zvolensky MJ, Eifert GH, Bond FW, Forsyth JP, Karekla M, McCurry SM. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychol Rec*. 2004; 54(4): 553-578
379. Paivio SC, Greenberg LS. Experiential theory of emotion applied to anxiety and depression. In: Flack WF, Laird JD ed. Emotions in psychopathology Theory and research. Oxford University Press, 1998;16: p.229-242.
380. Eisenberg N, Spinrad TL. Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*. 2004; 75(2):334-9.
381. Cole PM, Hall SE, Hajal NJ. Emotion dysregulation as a vulnerability to psychopathology. In: Beauchaine TP, Hinshaw SP, editors. Child and adolescent psychopathology. 3rd ed. Hoboken, NJ, US: Wiley; 2017; p. 346–386.
382. Smith CA, Haynes KN, Lazarus RS, Pope LK. In Search of the “Hot” Cognitions: Attributions, Appraisals, and Their Relation to Emotion. *J Pers Soc Psychol*. 1993; 65(5):916-29.
383. Kim-Spoon J, Cicchetti D, Rogosch FA. A Longitudinal Study of Emotion Regulation, Emotion Lability-Negativity, and Internalizing Symptomatology in Maltreated and Nonmaltreated Children. *Child Dev*. 2013; 84(2):512-27 .
384. Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. A developmental perspective on antisocial behavior. *Am Psychol*. 1989; 44(2):329–335.
385. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev*. 1999; 106(3): 458–490.
386. Rogosch FA, Cicchetti D, Toth SL. Expressed emotion in multiple subsystems of the families of toddlers with depressed mothers. *Dev Psychopathol*. 2004; 16(3):689-709.
387. Maughan A, Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. Early-occurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children's emotion regulation and socioemotional difficulties. *J Abnorm Child Psychol*. 2007; 35(5):685-703.
388. Ulmer-Yaniv A, Djalovski A, Priel A, Zagoory-Sharon O, Feldman R. Maternal depression alters stress and immune biomarkers in mother and child. *Depress Anxiety*. 2018; 35(12):1145-1157.
389. Zahn-Waxler, C., & Kochanska, G. The origins of guilt. In R. A. Thompson (Ed.), Current theory and research in motivation, Vol. 36. Nebraska Symposium on Motivation, Socioemotional development. University of Nebraska Press, Lincoln. 1990; p. 183–258.
390. Barratt S. Marital Conflict and Children: An Emotional Security Perspective. *Child Adolesc Ment Health*. 2011; 16(3):173-173.

391. Belsky J, Pluess M. Beyond Diathesis Stress: Differential Susceptibility to Environmental Influences. *Psychol Bull.* 2009; 135(6): 885–908.
392. Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Bernstein A, Leyro T. Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Curr Dir Psychol Sci.* 2010; 19(6): 406-410.
393. Ameral V, Palm Reed KM, Cameron A, Armstrong JL. What are measures of distress tolerance really capturing? A mixed methods analysis. *Psychol Conscious Theory, Res Pract.* 2014; 1(4): 357–369.
394. Anestis MD, Lavender JM, Marshall-Berenz EC, Gratz KL, Tull MT, Joiner TE. Evaluating distress tolerance measures: Interrelations and associations with impulsive behaviors. *Cognit Ther Res.* 2012; 36(6):593–602.
395. Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress Tolerance and Psychopathological Symptoms and Disorders: A Review of the Empirical Literature Among Adults. *Psychol Bull.* 2010; 136(4):576-600.
396. McHugh RK, Kertz SJ, Weiss RB, Baskin-Sommers AR, Hearon BA, Björgvinsson T. Changes in distress intolerance and treatment outcome in a partial hospital setting. *Behav Ther.* 2014; 45(2):232-40.
397. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion.* 2005; 29(2):83-102.
398. Akbari M. Metacognitions or distress intolerance: The mediating role in the relationship between emotional dysregulation and problematic internet use. *Addict Behav Rep.* 2017; 26(6):128-133.
399. Vujanovic AA, Rathnayaka N, Amador CD, Schmitz JM. Distress Tolerance: Associations With Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Trauma-Exposed, Cocaine-Dependent Adults. *Behav Modif.* 2016; 40(1-2):120-43.
400. Jeffries ER, McLeish AC, Kraemer KM, Avallone KM, Fleming JB. The Role of Distress Tolerance in the Use of Specific Emotion Regulation Strategies. *Behav Modif.* 2015; 40(3):439-51.
401. Thompson RA. Socialization of Emotion and Emotion Regulation in the Family. In J. J. Gross ed., *Handbook of emotion regulation.* Guilford Press, 2013; p. 173–186.
- Socialization of emotion and emotion regulation in the family.
402. Dadds MR, Barrett PM, Rapee RM, Ryan S. Family process and child anxiety and aggression: An observational analysis. *J Abnorm Child Psychol.* 1996; 24(6):715-34.
403. Johnson AM, Hawes DJ, Eisenberg N, Kohlhoff J, Dudeney J. Emotion socialization and child conduct problems: A comprehensive review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review.* 2017; 54:65-80.
404. Brumariu LE. Parent-Child Attachment and Emotion Regulation. *New Dir Child Adolesc Dev.* 2015; 2015(148):31-45.
405. Thompson RA. Stress and child development. *Futur Child.* 2014; 24(1):41-59.
406. Blair MM, Glynn LM, Sandman CA, Davis EP. Prenatal maternal anxiety and early childhood temperament. *Stress.* 2011; 14(6):644-51.
407. Davis EP, Glynn LM, Waffarn F, Sandman CA. Prenatal maternal stress programs infant stress regulation. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2011; 52(2):119-29.
408. Arnsten AFT. Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience.* 2009; 10(6): 410–422.
409. Mead HK, Beauchaine TP, Shannon KE. Neurobiological adaptations to violence across development. *Dev Psychopathol.* 2010; 22(1): 1.
410. Chen Y, Baram TZ. Toward understanding how early-life stress reprograms cognitive and emotional brain networks. *Neuropsychopharmacology.* 2016; 41(1):197-206.
411. Swartz JR, Monk CS. The role of corticolimbic circuitry in the development of anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Top Behav Neurosci.* 2014; 16:133-48.
412. Dozier M, Peloso E, Lewis E, Laurenceau JP, Levine S. Effects of an attachment-based intervention on the cortisol production of infants and toddlers in foster care. *Dev Psychopathol.* 2008; 20(3):845-59.

413. Fisher PA, Van Ryzin MJ, Gunnar MR. Mitigating HPA axis dysregulation associated with placement changes in foster care. *Psychoneuroendocrinology*. 2011; 36(4):531-9.
414. Waters SF, West T V., Mendes WB. Stress Contagion: Physiological Covariation Between Mothers and Infants. *Psychol Sci*. 2014; 25(4): 934–942.
415. Thompson RA. Relationships, Regulation, and Early Development. In: In M. E. Lamb & R. M. Lerner, Ed. *Handbook of Child Psychology and Developmental Science: Socioemotional processes*. John Wiley & Sons Inc. 2015: p. 201–246.
416. Yang BZ, Zhang H, Ge W, Weder N, Douglas-Palumberi H, Perepletchikova F, et al. Child abuse and epigenetic mechanisms of disease risk. *Am J Prev Med*. 2013; 44(2):101-7.
417. Meaney MJ. Epigenetics and the biological definition of gene X environment interactions. *Child Development*. 2010; 81(1):41-79.
418. Morris AS, Silk JS, Steinberg L, Sessa FM, Avenevoli S, Essex MJ. Temperamental vulnerability and negative parenting as interacting predictors of child adjustment. *Journal of Marriage and Family*. 2002; 64(2):461 - 471.
419. Calkins SD. Toddler regulation of distress to frustrating events: Temperamental and maternal correlates. *Infant Behav Dev*. 1998; 21(3), 379–395.
420. Sarıtaş D, Gençöz T. Ergenlerin Duygu Düzenleme Güçlüklerinin, Annelerinin Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Çocuk Yetiştirme Davranışları ile İlişkisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2011;18(2):117–26.
421. Abramowitz JS, Storch EA, Keeley M, Cordell E. Obsessive-compulsive disorder with comorbid major depression: What is the role of cognitive factors? *Behav Res Ther*. 2007; 45(10):2257-67.
422. Allen LB, Barlow DH. Relationship of exposure to clinically irrelevant emotion cues and obsessive-compulsive symptoms. *Behav Modif*. 2009; 33(6):743-62.
423. Blackledge JT, Hayes SC. Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2001; 57(2):243-55.
424. Cristea IA, Montgomery GH, Szamoskozi Ş, David D. Key Constructs in “Classical” and “New Wave” Cognitive Behavioral Psychotherapies: Relationships Among Each Other and With Emotional Distress. *J Clin Psychol*. 2013; 69(6):584-99.
425. Aldao A, Sheppes G, Gross JJ. Emotion Regulation Flexibility. *Cognit Ther Res*. 2015; 39(3), 263–278.
426. Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC, Pruitt LD, Collins AB, Hazlett-Stevens H, et al. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2010; 78(5):705-16.
427. Kuyken W, Watkins E, Holden E, White K, Taylor RS, Byford S, et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behav Res Ther*. 2010; 48(11):1105-12.
428. Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 1992; 160:601-20.
429. Brown GW, Monck EM, Carstairs GM, Wing JK. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Illness. *J Epidemiol Community Heal*. 1962; 16(2): 55–68.
430. Pickett-Schenk SA, Lippincott RC, Bennett C, Steigman PJ. Improving knowledge about mental illness through family-led education: The journey of hope. *Psychiatr Serv*. 2008; 59(1):49-56.
431. De Berardis D, Campanella D, Serroni N, Gambi F, Carano A, La Rovere R, et al. Insight and perceived expressed emotion among adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Pract*. 2008; 14(3):154-9.
432. Cole JD, Kazarian SS. The level of expressed emotion scale: A new measure of expressed emotion. *J Clin Psychol*. 1988; 44(3):392-7.
433. Kazarian SS, Malla AK, Baker B, Cole JD. Comparisons of two expressed emotion scales with the Camberwell family interview. *J Clin Psychol*. 1990; 46(3):306-9.
434. Donat DC. Level of Expressed Emotion Scale scores and psychiatric rehospitalization. *Psychiatr Rehabil J*. 1996; 19(4), 57–60.

435. Finnema EJ, Louwerens JW, Slooff CJ, Van den Bosch RJ. Expressed emotion on longstay wards. *J Adv Nurs*. 1996; 24(3):473-8.
436. Gerlisma C, Hale WW. Predictive power and construct validity of the Level of Expressed Emotion (LEE) scale. Depressed out-patients and couples from the general community. *Br J Psychiatry*. 1997; 170(6):520-5.
437. Chambless DL, Floyd FJ, Rodebaugh TL, Steketee GS. Expressed emotion and familial interaction: A study with agoraphobic and obsessive-compulsive patients and their relatives. *J Abnorm Psychol*. 2007; 116(4):754-61.
438. Hooley JM, Gotlib IH. A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Appl Prev Psychol*. 2000;9(3): 135-151.
439. Hooley JM, Richters JE. Expressed emotion: A developmental perspective. In D. Cicchetti, S. L. Toth, Eds., Rochester symposium on developmental psychopathology, Vol. 6. Emotion, cognition, and representation, Rochester, NY, US: University of Rochester Press; 1995. p. 133–66.
440. Chambless DL, Bryan AD, Aiken LS, Steketee G, Hooley JM. Predicting expressed emotion: A study with families of obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *J Fam Psychol*. 2001; 15(2), 225–240.
441. Renshaw KD, Chambless DL, Steketee G. The Relationship of Relatives' Attributions to Their Expressed Emotion and to Patients' Improvement in Treatment for Anxiety Disorders. *Behav Ther*. 2006; 37(2):159-69.
442. Wamboldt MZ, Wamboldt FS. Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: Selected research findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000; 39(10):1212-9.
443. Caspi A, Moffitt TE, Morgan J, Rutter M, Taylor A, Arseneault L, et al. Maternal Expressed Emotion Predicts Children's Antisocial Behavior Problems: Using Monozygotic-Twin Differences to Identify Environmental Effects on Behavioral Development. *Dev Psychol*. 2004; 40(2):149-61.
444. Jacobsen T, Hibbs ED, Ziegenhain U. Maternal expressed emotion related to attachment disorganization in early childhood: A preliminary report. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2000; 41(7):899-906.
445. McCleary L, Sanford M. Parental expressed emotion in depressed adolescents: Prediction of clinical course and relationship to comorbid disorders and social functioning. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2002; 43(5):587-95.
446. Fristad MA, Gavazzi SM, Centolella DM, Soldano KW. Psychoeducation: A promising intervention strategy for families of children and adolescents with mood disorders. *Contemp Fam Ther*. 1996;18(3): 371-383.
447. Salkovskis PM, Shafran R, Rachman S, Freeston MH. Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. *Behav Res Ther*. 1999; 37(11):1055-72.
448. Dowson JH. Obsessions and Compulsions. By S. J. Rachman and R. J. Hodgson, New Jersey: Prentice-Hall. 1980. Pp 437. £12.95. 1980;137(3): 295.
449. Chambless DL, Steketee G. Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *J Consult Clin Psychol*. 1999; 67(5):658-65.
450. Ozkiris A, Essizoglu A, Gulec G, Aksaray G. The relationship between insight and the level of expressed emotion in patients with obsessive - compulsive disorder. *Nord J Psychiatry*. 2015; 69(3):204-9.
451. Hibbs ED, Zahn TP, Hamburger SD, Kruesi MMPJ, Rapoport JL. Parental expressed emotion and psychophysiological reactivity in disturbed and normal children. *Br J Psychiatry*. 1992; 160:504-10.
452. Hibbs ED, Hamburger SD, Kruesi MJP, Lenane MC. Factors affecting expressed emotion in parents of ill and normal children. *Am J Orthopsychiatry*. 1993; 63(1), 103–112.
453. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1989; 46(11):1012-6.

454. Scahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin M, Ort SI, King RA, Goodman WK, et al. Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997;36(6):844-52.
455. Scahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin M, Ort SI, King RA, Goodman WK, et al. Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(6):844-52.
456. Yucelen AG, Rodopman-Arman A, Topcuoglu V, Yazgan MY, Fisek G. Interrater reliability and clinical efficacy of Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale in an outpatient setting. *Compr Psychiatry*. 2006; 47(1):48-53.
457. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(7):980-8.
458. Kaufman, Birmaher, Rao R. Diagnostic Interview Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). October. 1996;135(October):153-62.
459. Ambrosini PJ. Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 39(1):49-58.
460. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th edition, Sadock VA, Ed. Philadelphia, LippincottWilliams & Wilkins 2005.
461. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg* 2004;11(3):109-16.
462. Nelis SM, Rae G, Liddell C. The level of expressed emotion scale: A useful measure of expressed emotion in adolescents? *J Adolesc*. 2011; 34(2):311-8.
463. Vural P, Sigirli D, Eray S, Ercan I, Kilic EZ. The reliability and validity study of shortened level of expressed emotion scale in adolescents. *Türkiye Klin J Med Sci*. 2013;33(1):191-9.
464. Bjureberg J, Ljótsson B, Tull MT, Hedman E, Sahlin H, Lundh LG, et al. Development and Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *J Psychopathol Behav Assess*. 2016; 38(2):284-296.
465. Yiğit İ, Guzey Yiğit M. Psychometric Properties of Turkish Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Curr Psychol*. 2017;1-9.
466. Bacow TL, Pincus DB, Ehrenreich JT, Brody LR. The metacognitions questionnaire for children: Development and validation in a clinical sample of children and adolescents with anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2009; 23(6):727-36.
467. Cartwright-Hatton S, Mather A, Illingworth V, Brocki J, Harrington R, Wells A. Development and preliminary validation of the Meta-cognitions Questionnaire - Adolescent Version. *J Anxiety Disord*. 2004; 18(3):411-22.
468. Steketee G, Frost R, Bhar S, Bouvard M, Calamari J, Carmin C, et al. Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory - Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behav Res Ther*. 2005; 41(8):863-78.
469. Boysan M, Beşiroğlu L, Çetinkaya N, Atlı A, Aydın A. Obsesif İnanışlar Ölçeği-44'ün (OİÖ-44) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliliği. *Nöro Psikiyatry Arşivi*. 2011;48(3):1-1.
470. Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the scl-90: A study in construct validation. *J Clin Psychol*. 1977;33(4): 981-989.
471. Derogatis LR. SCL-90-R. Administration, scoring, and procedures manual I for the revised version of the SCL-90. John Hopkins Univ Press. 1977.
472. Dağ I. Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenirliliği ve geçerliği. / Reliability and validity of the Symptom Check List (SCL-90-R) for university students. *Türk Psikiyatry Dergisi*. 1991;41(5): 117 - 128.

473. Berksun O. Dışavurulan Duygulanım Ölçeği: Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma. *Türk Psikol Derg* 1993;29(10):5.
474. Calkins SD, Marcovitch S. Emotion regulation and executive functioning in early development: Integrated mechanisms of control supporting adaptive functioning. In: Calkins SD, Bell MA, Eds, Human brain development. Child development at the intersection of emotion and cognition. American Psychological Association, 2010;p. 37–57.
475. Liakopoulou M, Korlou S, Sakellariou K, Kondyli V, Kapsimali E, Sarafidou J, et al. The psychopathology of parents of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*. 2010;43(4):209–15.
476. Calvo R, Lázaro L, Castro J, Morer A, Toro J. Parental psychopathology in child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007; 42(8):647-55.
477. Lenane MC, Swedo SE, Leonard H, Pauls DL, Sceery W, Rapoport JL. Psychiatric Disorders in First Degree Relatives of Children and Adolescents with Obsessive Compulsive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990; 29(3):407-12.
478. Riddle MA, Scahill L, King R, Hardin MT, Towbin KE, Ort SI, et al. Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents: Phenomenology and Family History. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990; 29(5):766-72.
479. Adams PL. Obsessive Children, a Sociopsychiatric Study. Brunner/Mazel. 1973.
480. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents: Clinical Phenomenology of 70 Consecutive Cases. *Arch Gen Psychiatry*. 1989; 46(4):335-41.
481. Peris TS, Rozenman M, Bergman RL, Chang S, O'Neill J, Piacentini J. Developmental and clinical predictors of comorbidity for youth with obsessive compulsive disorder. *J Psychiatr Res*. 2017;93: 72–8. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.05.002.
482. Canals J, Hernández-Martínez C, Cosi S, Voltas N. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Spanish school children. *J Anxiety Disord*. 2012; 26(7):746-52.
483. Walitza S, Melfsen S, Jans T, Zellmann H, Wewetzer C, Warnke A. Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Dtsch Arztebl Int*. 2011;108(11):173–9.
484. Fontenelle LF, Hasler G. The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: Risk factors and correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2008; 32(1):1-15.
485. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62(6):593-602.
486. Tunas SD, Göker Z, Dinç G, Bozkurt ÖH, Güney E, Üneri ÖŞ. Bir Eğitim Araştırma Hastanesine Başvuran Obsesif-Kompulsif Bozukluk Tanılı Çocuk ve Ergenlerin Klinik ve Demografik Özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2016;23(2):111–24.
487. Baykal S, Karabekiroğlu K, Şenses A, Karakurt MN, Çalik T, Yüce M. Çocukluk Çağı Başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk tanılı Çocuk ve ergenlerde klinik ve nöropsikolojik Özelliklerin İncelenmesi. *Noropsikiyatri Ars*. 2014;51(4):334–49.
488. Coskun M, Zoroglu S, Ozturk M. Phenomenology, psychiatric comorbidity and family history in referred preschool children with obsessive-compulsive disorder. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012; 6: 36.
489. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-Year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 45(1):8-25.
490. Rutter M, Sroufe LA. Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Dev Psychopathol*. 2000; 12(3):265-96.

491. Huang LC, Tsai KJ, Wang HK, Sung PS, Wu MH, Hung KW, et al. Prevalence, incidence, and comorbidity of clinically diagnosed obsessive-compulsive disorder in Taiwan: A national population-based study. *Psychiatry Res.* 2014; 220(1-2):335-41.
492. Garcia AM, Freeman JB, Himle MB, Berman NC, Ogata AK, Ng J, et al. Phenomenology of early childhood onset obsessive compulsive disorder. *J Psychopathol Behav Assess.* 2009; 31(2):104-111.
493. Hanna GL. Demographic and Clinical Features of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995; 34(1):19-27.
494. Ivarsson T, Melin K, Wallin L. Categorical and dimensional aspects of co-morbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2008; 17(1):20-31
495. Masi G, Millepiedi S, Perugi G, Pfanner C, Berloffia S, Pari C, et al. A naturalistic exploratory study of the impact of demographic, phenotypic and comorbid features in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology.* 2010; 43(2):69-78.
496. Reddy YCJ, Reddy PS, Srinath S, Khanna S, Sheshadri SP, Girimaji SC. Comorbidity in juvenile obsessive-compulsive disorder: A report from India. *Can J Psychiatry.* 2000; 45(3):274-8.
497. Højgaard DRMA, Hybel KA, Mortensen EL, Ivarsson T, Nissen JB, Weidle B, et al. Obsessive-compulsive symptom dimensions: Association with comorbidity profiles and cognitive-behavioral therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2018; 270:317-323.
498. Ivarsson T, Valderhaug R. Symptom patterns in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behav Res Ther.* 2006;44(8):1105–16.
499. Calamari JE, Wiegartz PS, Janeck AS. Obsessive-compulsive disorder subgroups: A symptom-based clustering approach. *Behav Res Ther.* 1999; 37(2):113-25.
500. Agarwal V, Yaduvanshi R, Arya A, Gupta PK, Sitholey P. A study of phenomenology, psychiatric co-morbidities, social and adaptive functioning in children and adolescents with OCD. *Asian J Psychiatr.* 2016; 22:69-73.
501. Mahgoub OM, Abdel-Hafeiz HB. Pattern of obsessive-compulsive disorder in eastern Saudi Arabia. *Br J Psychiatry.* 1991; 158:840-2.
502. Okasha A. OCD in Egyptian Adolescents: The Effect of Culture and Religion. *Psychiatr Times.* 2004 Jan 1;21.
503. Rady A, Salama H, Wagdy M, Ketat A. Obsessive compulsive phenomenology in a sample of Egyptian adolescent population. *Eur J Psychiatry.* 2013; 27(2):89-96
504. Canavera KE, Wilkins KC, Pincus DB, Ehrenreich-May JT. Parent-child agreement in the assessment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2009; 38(6):909-15.
505. Exner C, Kohl A, Zaudig M, Langs G, Lincoln TM, Rief W. Metacognition and episodic memory in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2009; 23(5):624-31.
506. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognit Ther Res.* 2009; 33(3), 291–300.
507. Spada MM, Nikčević AV., Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Pers Individ Dif* 2008;44(5):1172–81.
508. Garside RB, Klimes-Dougan B. Socialization of discrete negative emotions: Gender differences and links with psychological distress. *Sex Roles.* 2002; 47(3-4), 115–128
509. Kaya Bican E, Saritas Atalar D. Ana babaların duygu sosyalleştirme uygulamaları ve erken çocukluk döneminde duygusal ve sosyal gelişim. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Derg - DTCF Derg.* 2017;57(2):1365–88.
510. Fredman SJ, Chambless DL, Steketee G. Development and validation of an observational coding system for emotional overinvolvement. *J Fam Psychol.* 2004; 18(2):339-47.
511. Van Noppen B, Steketee G. Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behav Res Ther* 2009;47(1):18-25.
512. Cheron DM, Ehrenreich JT, Pincus DB. Assessment of parental experiential avoidance in a clinical sample of children with anxiety disorders. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2009; 40(3):383-403.

513. Nolen-Hoeksema S, Wolfson A, Mumme D, Guskin K. Helplessness in Children of Depressed and Nondepressed Mothers. *Dev Psychol.* 1995; 31(3):377-387.
514. Rector NA, Cassin SE, Richter MA, Burroughs E. Obsessive beliefs in first-degree relatives of patients with OCD: A test of the cognitive vulnerability model. *J Anxiety Disord.* 2009; 23(1):145-9.
515. Kawamura KY, Frost RO, Harmatz MG. The relationship of perceived parenting styles to perfectionism. *Personality and Individual Differences.* 2002; 32(2):317-327.
516. Challacombe F, Salkovskis P. A preliminary investigation of the impact of maternal obsessive-compulsive disorder and panic disorder on parenting and children. *J Anxiety Disord.* 2009; 23(7):848-57.
517. Pietrefesa AS, Schofield CA, Whiteside SP, Sochting I, Coles ME. Obsessive beliefs in youth with OCD and their mothers. *J Cogn Psychother.* 2010; 24(3):187-197.
518. Farrell LJ, Waters AM, Zimmer-Gembeck MJ. Cognitive Biases and Obsessive-Compulsive Symptoms in Children: Examining the Role of Maternal Cognitive Bias and Child Age. *Behav Ther.* 2012; 43(3):593-605.
519. Denham SA, Bassett HH, Wyatt T. Chapter: The Socialization of Emotional Competence. In Grusec JE, Hastings PD, Eds. *Handbook of socialization: Theory and research*, Guilford Press, 2007; p. 590–613.
520. Meyer S, Raikes HA, Virmani EA, Waters S, Thompson RA. Parent emotion representations and the socialization of emotion regulation in the family. *Int J Behav Dev.* 2014; 38(2):164-173.
521. Medina-Pradas C, Navarro JB, López SR, Grau A, Obiols JE. Further development of a scale of perceived expressed emotion and its evaluation in a sample of patients with eating disorders. *Psychiatry Res.* 2011; 190(2-3):291-6.
522. Nalbant K, Kalaycı BM, Akdemir D. Anoreksiya Nervoza Tanısı Alan Ergenlerde Algılanan Duygu Dışavurumu ve Bağlanma Güvenliği. *Turkish J psychiatry.* 2019; doi: 10.5080/u23602.
523. Bögels SM, Van Melick M. The relationship between child-report, parent self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. *Pers Individ Dif.* 2004; 37(8):1583-1596.
524. Schwarz JC, Mearns J. Assessing parental childrearing behaviors: A comparison of parent, child, and aggregate ratings from two instruments. *J Res Pers.* 1989;23(4): 450-468
525. Gratz KL, Kiel EJ, Latzman RD, David Elkin T, Moore SA, Tull MT. Maternal borderline personality pathology and infant emotion regulation: Examining the influence of maternal emotion-related difficulties and infant attachment. *J Pers Disord.* 2014; 28(1):52-69.
526. Stepp SD, Whalen DJ, Pilkonis PA, Hipwell AE, Levine MD. Children of mothers with borderline personality disorder: Identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personal Disord Theory, Res Treat.* 2012; 3(1):76-91.
527. Beauchaine TP. Future Directions in Emotion Dysregulation and Youth Psychopathology. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2015; 44(5), 875–896.
528. Beauchaine TP, Zalewski M. Physiological and developmental mechanisms of emotional lability in coercive relationships. *Oxford Handb Coerc Relatsh Dyn.* 2016. Oxford handbook of coercive relationship dynamics, Chapter: Physiological and developmental mechanisms of emotional lability in coercive relationships, Publisher: Oxford University Press, Editors: T. J. Dishion, J. J. Snyder
529. McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, Mennin DS, Nolen-Hoeksema S. Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behav Res Ther.* 2011.
530. Silk JS, Shaw DS, Skuban EM, Oland AA, Kovacs M. Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2006; 47(1):69-78.

531. Radke-Yarrow M, Nottelmann E, Belmont B, Welsh JD. Affective interactions of depressed and nondepressed mothers and their children. *J Abnorm Child Psychol.* 1993; 21(6):683-95.
532. Field T, Healy B, Goldstein S, Guthertz M. Behavior-State Matching and Synchrony in Mother-Infant Interactions of Nondepressed Versus Depressed Dyads. *Dev Psychol.* 1990; 26(1), 7–14.
533. Hops H, Biglan A, Sherman L, Arthur J, Friedman L, Osteen V. Home Observations of Family Interactions of Depressed Women. *J Consult Clin Psychol.* 1987; 55(3), 341–346.
534. Baydar N, Akcinar B, Imer N. Environment, Socio-Economic Context, and Parenting. In: Sayil M, Yagmurlu B, ed. *Parenting: Theory and Research.* Istanbul: Koc University Press; 2012. p. 81–128.
535. Wewetzer C, Jans T, Müller B, Neudörfel A, Bücherl U, Remschmidt H, et al. Long-term outcome and prognosis of obsessive-compulsive disorder with onset in childhood or adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2001; 10(1):37-46.
536. Stewart SE, Geller DA, Jenike M, Pauls D, Shaw D, Mullin B, et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2004; 110(1):4-13.
537. Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ, Geffken GR, Lehmkuhl HD, Jacob ML, et al. Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008; 47(5):583-592.
538. Canavera KE, Ollendick TH, Ehrenreich May JT, Pincus DB. Clinical correlates of comorbid obsessive-compulsive disorder and depression in youth. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2010; 41(6):583-94.
539. Brown HM, Lester KJ, Jassi A, Heyman I, Krebs G. Paediatric Obsessive-Compulsive Disorder and Depressive Symptoms: Clinical Correlates and CBT Treatment Outcomes. *J Abnorm Child Psychol.* 2015; 43(5):933-42.
540. Storch EA, Lewin AB, Larson MJ, Geffken GR, Murphy TK, Geller DA. Depression in youth with obsessive-compulsive disorder: Clinical phenomenology and correlates. *Psychiatry Res.* 2012; 196(1):83-9.
541. Højgaard DRMA, Schneider SC, La Buissonnière-Ariza V, Kay B, Riemann BC, Jacobi D, et al. Predictors of treatment outcome for youth receiving intensive residential treatment for obsessive-compulsive disorder (OCD). *Cogn Behav Ther.* 2019; doi: 10.1080/16506073.2019.1614977.
542. Leonard RC, Jacobi DM, Riemann BC, Lake PM, Luhn R. The effect of depression symptom severity on OCD treatment outcome in an adolescent residential sample. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2014;3(2): 95-101.
543. Rudy BM, Lewin AB, Geffken GR, Murphy TK, Storch EA. Predictors of treatment response to intensive cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2014; 220(1-2):433-40.
544. Goldstein MJ, Tompson M, Guthrie D. One-Year Outcomes of Depressive Disorders in Child Psychiatric In-patients: Evaluation of the Prognostic Power of a Brief Measure of Expressed Emotion. *J Child Psychol Psychiatry.* 1993; 34(2):129-37.
545. Greenberg JS, Seltzer MM, Hong J, Orsmond GI. Bidirectional effects of expressed emotion and behavior problems and symptoms in adolescents and adults with autism. *American journal of mental retardation: AJMR* 2006; 111(4):229-49
546. Miklowitz DJ, Axelson DA, George EL, Taylor DO, Schneck CD, Sullivan AE, et al. Expressed emotion moderates the effects of family-focused treatment for bipolar adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009.
547. Steketee G. Social Support and Treatment Outcome of Obsessive Compulsive Disorder at 9-Month Follow-up. *Behav Psychother.* 1993; 21(2), 81–95.
548. Wilcox HC, Grados M, Samuels J, Riddle MA, Bienvenu OJ, Pinto A, et al. The association between parental bonding and obsessive compulsive disorder in offspring at high familial risk. *J Affect Disord.* 2008; 111(1):31-9.

549. Steketee G, Noppen B V., Lam J, Shapiro L. Expressed emotion in families and the treatment of obsessive compulsive disorder. *In Session - Psychotherapy in Practice*. 1998;4(3): 73-91.
550. Hayes SC, Hofmann SG. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*. 2017; 16(3), 245–246.
551. Bell MA, Wolfe CD. Emotion and cognition: An intricately bound developmental process. *Child Development*. 2004; 75(2):366-70.
552. Hannesdottir DK, Ollendick TH. The role of emotion regulation in the treatment of child anxiety disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2007; 10(3):275-93.
553. Selles RR, Franklin M, Sapyta J, Compton SN, Tommet D, Jones RN, et al. Children's and Parents' Ability to Tolerate Child Distress: Impact on Cognitive Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive Compulsive Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2018; 49(2):308-316.
554. Moritz S, Peters MJV, Larøi F, Lincoln TM. Metacognitive beliefs in obsessive-compulsive patients: A comparison with healthy and schizophrenia participants. *Cogn Neuropsychiatry*. 2010; 15(6):531-48.
555. Hirshfeld DR, Biederman J, Brody L, Faraone S V., Rosenbaum JF. Expressed emotion toward children with behavioral inhibition: Associations with maternal anxiety disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(7):910-7.
556. Suveg C, Jacob ML, Payne M. Parental Interpersonal Sensitivity and Youth Social Problems: A Mediatlional Role for Child Emotion Dysregulation. *J Child Fam Stud*. 2010; 19(6):677-686.
557. Watson DC, Sinha B. Emotion Regulation, Coping, and Psychological Symptoms. *Int J Stress Manag*. 2008; 15(3):222-234.
558. Eisenberg N, Liew J, Pidada SU. The Relations of Parental Emotional Expressivity With Quality of Indonesian Children's Social Functioning. *Emotion*. 2001; 1(2):116-36.
559. Weintraub P, Wamboldt MZ. Expressed emotion in child psychiatry: A risk factor for psychopathology and treatment resistance? *Current Opinion in Psychiatry*. 1996; 9(4): 241-246.

8. EKLER

EK. 1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Ad- soyad: TC kimlik no:
Adres: Başvuru tarihi:
Tel:
Cinsiyet: Yaş: Sınıfı: Okulu:
Okul başarısı: iyi / orta / kötü
Bilgi Kaynağı: Anne/ Baba/ Kendisi / diğer (yazınız)
Anne-baba birlikte/ ayrı /vefat üvey anne /baba : var / yok
AnneYaş/Eğitim/Meslek:/...../.....
Baba Yaş/Eğitim/Meslek:...../...../.....
Ailenin ortalama aylık geliri: 1000 tl altı 1000-3000tl 3000-5000tl 5000tl üstü
Aile yapısı: Çekirdek aile / Geniş aile/ Tek ebeveynle yaşama /Büyük ebeveyn ile

1. ÖZGEÇMİŞ BİLGİLERİ:

Doğum şekli zamanında mı oldu? Kaç haftalık doğdu?
Doğumda herhangi bir sorun oldu mu ? Evet /Hayır varsa nedir?
Anne sütü alım süresi:
Erken çocuklukta geçirilen hastalık? Kaza? Aile içi çatışmalar? Ailede ciddi sorunlar?
Varsa yazınız
.....

2. SOYGEÇMİŞ

Ailede psikiyatrik hastalık.....varsa kimde?
Tedavi almış mıydı?
Ailede tıbbi hastalık
.....
Ailede takıntıları olan kimse var mı?
Kardeşler (yaş-cinsiyet):
Kardeşlerde sağlık sorunu :

EK. 2

Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (ÇY-BOKÖ)

Adı, soyadı:

Tarih:

Doğum tarihi:

Tanı:

KOMPULSİYON TARAMA LİSTESİ

YIKAMA/ TEMİZLEME KOMPULSİYONLARI

Şimdi/Geçmişte

_____ Uzun uzun, sık sık veya belli bir sırayla el yıkama.

_____ Uzun uzun, sık sık veya belli bir sırayla duş, banyo, diş fırçalama, kendine çeki düzen verme ve tuvalet temizliği alışkanlıkları.

_____ Kişisel veya önemli eşyalarını çok fazla temizleme.

_____ Kirlenmeye neden olacak diğer maddelerle teması önlemek için önlem almak veya bu maddeleri ortadan kaldırmak/kaldırtmak.

_____ Diğer(tanımlayın) _____

KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI

Şimdi/Geçmişte

_____ Kilitleri, oyuncakları, okul gereçlerini, elektrikli ev aletlerini kontrol

_____ Yıkama, giyinme veya soyunma ile ilgili kontrol etme.

_____ Başkalarına zarar verip vermediğini/vermeyeceğini kontrol etme.

_____ Kendine zarar verip vermediğini/vermeyeceğini kontrol etme.

_____ Kötü veya korkunç birşey olmadığını/olmayacağını kontrol etme.

_____ Hata yapıp yapmadığını kontrol etme.

_____ Somatik obsesyonlara bağlı kontrol.

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

Şimdi/Geçmişte

_____ Tekrar tekrar okuma, silme veya tekrar tekrar yazma.

_____ Sıradan faaliyetleri tekrar tekrar yapmak zorunda hissetme.

_____ Diğer (tanımlayın) _____

SAYMA KOMPULSİYONLARI

Şimdi/Geçmişte

_____ Eşyaları, belirli sayıları, sözcükleri v.b. sayma.

_____ Diğer (tanımlayın) _____

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

Şimdi/Geçmişte

_____ Simetri veya düzenleme ihtiyacı.

_____ Diğer (tanımlayın) _____

BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

(Hobi ve maddi veya manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır).

Şimdi/Geçmişte

_____ Eşyaları atarken zorlanmak, ufak tefek şeyleri sınıflamak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek.

_____ Diğer (tanımlayın) _____

AŞIRI BÜYÜSEL DÜŞÜNCELER/ BATIL DAVRANIŞLAR

(Yaşa uygun tekrarlayıcı çocuk oyunlarından ayırt edilmesi gerekir.)

_____ Diğer (tanımlayın) _____

DİĞER İNSANLARI İÇEREN TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

Şimdi/Geçmişte

_____ Törensel davranışlarına diğer insanları/ bir ebeveyni dahil etme ihtiyacı

DİĞER KOMPULSİYONLAR

Şimdi/Geçmişte

_____ Zihinsel törenler (toplama ve sayma dışında).

_____ Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi.

_____ Kendine _____, başkalarına _____ zarar gelmemesi için veya kötü durumlara _____ karşı önlem alma (kontrol etme dışında).

_____ Tören haline gelmiş yemek yeme davranışları.

_____ Aşırı uzun liste hazırlama.

_____ Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi.

_____ "Tam yerinde" olduğunu hissedene dek dokunma veya eşyaları düzenleme

_____ Göz kırpma veya gözünü bir noktaya dikmeyi içeren törensel davranışlar

_____ Trikotillomani (saç koparma)

_____ Diğer kendine zarar verici veya kendini yaralayıcı davranışlar

_____ Diğer (tanımlayın) _____

OBSESYON TARAMA LİSTESİ

KİRLENME OBSESYONLARI

Şimdi/Geçmişte

_____ Kir, mikrop ve bazı hastalıklardan kaygılanmak

_____ Vücut atık veya salgılarından iğrenirim veya bunları aklıma takarım.

_____ Çevreyi kirleten maddelerden aşırı kaygı duymak.

_____ Evde kullanılan temizlik maddelerinden aşırı derecede kaygılanmak.

_____ Hayvanlardan/ böceklerden aşırı derecede kaygılanmak.

_____ Yapışkan maddeler veya atıklardan aşırı derecede rahatsızlık duymak.

_____ Hastalık bulaşacak diye korkmak.

_____ Birine hastalık bulaştırmaktan korkmak.

_____ Hastalık veya mikrop bulaşması halinde olabileceklerden korkmak.

_____ Diğer (tanımlayın) _____

SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

- _____ Kendine zarar vereceğinden korkmak.
_____ Başkalarına zarar vereceğinden korkmak
_____ Kendine zarar geleceğinden korkmak.
_____ Yaptığı veya yapmadığı birşeyden dolayı başkalarına zarar geleceğinden korkma
_____ Aklına vahşi veya korkutucu görüntüler gelmesi.
_____ Ayıp sözler söyleme veya küfür etme korkusu.
_____ Utanılacak birşey yapmaktan korkmak
_____ Kötü şeyler yapmaktan korkmak.
_____ Hırsızlık yapmaktan korkmak.
_____ Yangın, hırsızlık gibi kötü olaylardan kendisinin sorumlu tutulacağından korkma
_____ Diğer (tanımlayın) _____

CİNSEL OBSESYONLAR

- _____ Rahatsız edici ve kabul edilemez cinsel düşünceler, görüntüler ve dürtülerim var.
_____ Homoseksüellik ile ilgili
_____ Başkalarına karşı cinsel davranışlar (saldırgan)
_____ Diğer (tanımlayın) _____

BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI

- _____ Eşyalarını kaybetme korkusu.

BÜYÜSEL DÜŞÜNCELER/ BATIL İNANÇ OBSESYONLARI

- _____ Uğurlu veya uğursuz sayılar.
_____ Diğer (Batıl inançlar)(tanımlayın) _____

SOMATİK OBSESYONLAR

Şimdi/Geçmişte

- _____ Hastalık veya rahatsızlıklardan aşırı kaygı duymak*.
_____ Vücudun bir parçası veya görünümü ile ilgili aşırı kaygı duymak*

DİNİ OBSESYONLAR

- _____ Dini konulara karşı çıkmak veya günah işlemek ile ilgili aşırı kaygı duymak.
_____ Doğru/ yanlış kavramları ve ahlak kuralları ile aşırı uğraşmak.
_____ Diğer (tanımlayın) _____

DİĞER OBSESYONLAR

- _____ Bilme veya hatırlama ihtiyacı
_____ Belirli şeyleri söyleme korkusu
_____ Tam doğru şeyi söyleyememe korkusu
_____ İstenmeyen (şiddet içermeyen), zihni meşgul eden görüntüler
_____ Zihni meşgul eden, girici tarzda sesler, kelimeler, sayılar veya müzik duymak
_____ Diğer (tanımlayın) _____

EK. 3

Ergenlerde Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği (KDDÖ)

Aşağıda, başkalarının size karşı davranma biçimlerini açıklayan çok sayıda açıklama bulunmaktadır. Her açıklamayı dikkatli bir şekilde okuyunuz ve hayatınızdaki en etkili kişinin/ailenin son 3 ay içinde size karşı bu şekilde davranıp davranmadıklarını aşağıdaki dört seçenek üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

- 1- Doğru değil.
- 2- Kısmen doğru.
- 3- Büyük ölçüde doğru.
- 4- Doğru.

1. Moralim bozuk olduğu zaman beni sakinleştiriyor. 1 2 3 4
2. Hasta veya moralim bozuk olduğu zaman bana karşı sempattir. 1 2 3 4
3. Ona çok sorun yarattığımı hissetmiyor. 1 2 3 4
4. Bir kişi olarak kendimi değerli hissetmemi sağlıyor. 1 2 3 4
5. Stresli durumlarda kontrollü olmayı başarır. 1 2 3 4
6. Moralim bozuk veya hasta olduğum zaman kendimi daha iyi hissetmemi sağlamaya çalışıyor. 1 2 3 4
7. Yapabileceklerim ve yapamayacaklarım hakkında gerçekçidir. 1 2 3 4
8. Beni sonuna kadar dinliyor. 1 2 3 4
9. Yakınımda olduğu zaman rahatlamış hissetmemi sağlıyor. 1 2 3 4
10. İşler iyi gitmese bile bana iyi davranır, beni zorlamaz. 1 2 3 4
11. Hasta veya moralim bozuk olduğu zaman düşüncelidir. 1 2 3 4
12. İhtiyacım olduğu zaman beni destekler. 1 2 3 4
13. Kendimi iyi hissetmediğim zaman durumumu anlamak için daha fazla bilgi toplamaya isteklidir. 1 2 3 4
14. Ben bir hata yaparsam bile anlayışlı davranır. 1 2 3 4
15. Kendimi kötü hissettiğimde bana güven vermeye çalışır. 1 2 3 4
16. İyi olmadığımı söylediğim zaman sadece dikkat çekmek istiyorsun der. 1 2 3 4
17. Beklentilerini gerçekleştiremediğimde beni aşağılar. 1 2 3 4
18. Moralim bozuk olduğu veya kötü hissettiğim zaman bana yardımcı olmaz. 1 2 3 4
19. Beklentilerine uygun bir şekilde yaşamazsam beni eleştirir. 1 2 3 4
20. Kendimi iyi hissetmediğim zaman duygularıyla nasıl baş edeceğini bilmiyor 1 2 3 4
21. İşler yolunda gitmediğinde bana kızar. 1 2 3 4
22. İyi olmadığım zaman beni durumu abartmakla suçlar. 1 2 3 4
23. İşler yolunda gitmediği zaman meseleleri daha da kötüleştirir. 1 2 3 4
24. Kendimi iyi hissetmediğim zaman beni, olayları uydurmakla suçlar. 1 2 3 4
25. Bir işi iyi yapmadığım zaman çılgına döner. 1 2 3 4
26. İşler yolunda gitmediği zaman gergin hale gelir. 1 2 3 4
27. Kendimi iyi hissetmediğim zaman aynı düzeyde çaba bekler. 1 2 3 4
28. Her zaman işlerime burnunu sokar. 1 2 3 4
29. Her zaman, hakkımdaki her şeyi bilmek zorundadır. 1 2 3 4
30. Özel meselelerime burnunu sokar. 1 2 3 4
31. Hayatıma burnunu sokmaz. 1 2 3 4
32. Benden çok fazla şey bekler. 1 2 3 4
33. Çok fazla kişisel soru sormaz. 1 2 3 4

EK. 4

Duygu Dzenleme Gçlçüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleiniz.

	Hemen hemen hiç	Bazen	Yaklaşık Yarı yarıya	Çoğu zaman	Hemen hemen her zaman
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissettiğim konusunda karmaşıa yaşıarım.					
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.					
5. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.					
6. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
7. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
8. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım korkusu yaşıarım.					
9. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
10. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
12. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

EK. 5

ÜSTBİLİŞLER ÖLÇEĞİ- ÇOCUK ERGEN FORMU

Bu anket gençlerin nasıl düşündüklerini incelemektedir. Aşağıda sizin gibi genç bireyler tarafından ifade edilmiş bazı cümleler listelenmiştir. Her bir maddeyi okuyarak her birinin sizin için **genellikle** ne kadar uygun olduğunu ilgili rakamı daire içine alarak belirtin. Lütfen tüm maddeleri cevaplandırın. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

1: kesinlikle katılmıyorum

2: biraz katılmıyorum

3: biraz katılıyorum

4: kesinlikle katılıyorum

1. Bir şeyler hakkında şimdi endişelenirsem, gelecekte daha az sorun yasarım.

(1) (2) (3) (4)

2. Endişelenmek iyi bir şey değil çünkü bana hiç iyi gelmiyor. (1) (2) (3) (4)

3. Kafamdan geçenleri çoğu zaman fark ederim. (1) (2) (3) (4)

4. Eğer çok endişelenirsem kendimi hasta edebilirim. (1) (2) (3) (4)

5. Bir sorunu düşünürken, kafamın nasıl çalıştığına dikkat ederim. (1) (2) (3) (4)

6. Endişelendiğim bir düşünceyi durduramazsam ve sonra kötü bir şey olursa, benim hatam olur. (1) (2) (3) (4)

7. Endişelenmek, kendimi ve çevremi düzenli tutmama yardımcı olur. (1) (2) (3) (4)

8. Engellemeye çalışsam da endişe verici düşüncelerim devam eder. (1) (2) (3) (4)

9. Kafam karıştığında, endişelenmek bunları düzene sokmama yardım eder.

(1) (2) (3) (4)

10. Beni endişelendiren şeyleri düşünmeden duramıyorum. (1) (2) (3) (4)

11. Kafamdaki düşünceleri takip edebilmek için çok çaba harcarım. (1) (2) (3) (4)

12. İstedğim zaman düşünmeye başlayabilmeli ya da düşünmeyi durdurabilmeliyim.

(1) (2) (3) (4)

13. Endişelenmek beni çıldırtabilir. (1) (2) (3) (4)

14. Sürekli kafamdan geçenleri düşünürüm. (1) (2) (3) (4)

15. Nasıl düşündüğüme sürekli dikkat ederim. (1) (2) (3) (4)

16. Endişelenmek kendimi daha iyi hissetmemi sağlar. (1) (2) (3) (4)

17. Düşüncelerimi durduramazsam, benim için hiç iyi olmaz. (1) (2) (3) (4)

18. Endişelenmeye başladığımda bunu durduramam. (1) (2) (3) (4)

19. Eğer düşüncelerimi durduramazsam kötü şeyler olacak. (1) (2) (3) (4)

20. Endişelenmek sorunları çözmeme yardım eder. (1) (2) (3) (4)

21. Bazı şeyler hakkında düşünmek kötüdür. (1) (2) (3) (4)

22. Düşüncelerimi kontrol edemezsem, darmadağın olurum. (1) (2) (3) (4)

23. İşlerimi bitirmek için endişelenmeye ihtiyacım var. (1) (2) (3) (4)

24. Düşüncelerimi tekrar tekrar gözden geçiririm. (1) (2) (3) (4)

EK. 6

OBSESİF İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ-44

Bu envanterde, insanların zaman zaman takındıkları bir dizi tutum ve inanış sıralanmıştır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve ifadeye ne kadar katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

Her bir ifade için, nasıl düşündüğünüzü en iyi tanımlayan cevaba karşılık gelen rakamı seçiniz. İnsanlar birbirinden farklı olduğu için envanterde doğru veya yanlış cevap yoktur.

Sunulan ifadenin, tipik olarak yaşama bakış açınızı yansıtıp yansıtmadığına karar vermek için sadece çoğu zaman nasıl olduğunuzu göz önünde bulundurunuz.

Derecelendirme için aşağıdaki ölçeği kullanınız:

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

1	Sıklıkla çevremdeki şeylerin tehlikeli olduğunu düşünürüm	1 2 3 4 5 6 7
2	Birşeyden tamamıyla emin değilsem, kesin hata yaparım	1 2 3 4 5 6 7
3	Benim standartlarıma göre, herşey mükemmel olmalıdır	1 2 3 4 5 6 7
4	Değerli biri olmam için yaptım herşeyde mükemmel olmalıyım	1 2 3 4 5 6 7
5	Herhangi bir fırsat bulduğumda, olumsuz şeylerin gerçekleşmesini önlemek için harekete geçmeliyim	1 2 3 4 5 6 7
6	Zarar verme/görme olasılığı çok az olsa bile, ne yapıp edip onu engellemeliyim	1 2 3 4 5 6 7
7	Bana göre, kötü/uygunsuz dürtülere sahip olmak aslında onları gerçekleştirmek kadar kötüdür	1 2 3 4 5 6 7
8	Bir tehlikeyi önceden görmeme karşın bir harekette bulunmazsam, herhangi bir sonuç için suçlanacak kişi konumuna ben düşerim	1 2 3 4 5 6 7
9	Birşeyi mükemmel biçimde yapamayacaksam hiç yapmamalıyım	1 2 3 4 5 6 7
10	Her zaman sahip olduğum tüm potansiyelimi kullanmalıyım	1 2 3 4 5 6 7
11	Benim için, bir durumla ilgili tüm olası sonuçları düşünmek çok önemlidir	1 2 3 4 5 6 7
12	En ufak hatalar bile, bir işin tamamlanmadığı anlamına gelir	1 2 3 4 5 6 7
13	Sevdiğim insanlarla ilgili saldırgan düşüncelerim veya dürtülerim varsa, bu gizlice onları incitmeyi istediğim anlamına gelir	1 2 3 4 5 6 7
14	Kararlarımdan emin olmalıyım	1 2 3 4 5 6 7
15	Her türlü günlük aktivitede zarar vermeyi engellemede başarısız olmak, kasten zarar vermek kadar kötüdür	1 2 3 4 5 6 7
16	Ciddi problemlerden (örneğin, hastalık veya kazalar) kaçınmak benim açımdan sürekli bir çaba gerektirir	1 2 3 4 5 6 7
17	Benim için, zararı önlememek zarar vermek kadar kötüdür	1 2 3 4 5 6 7
18	Bir hata yaparsam üzüntülü olmalıyım	1 2 3 4 5 6 7
19	Diğerlerinin, kararlarım veya davranışlarımdan doğan herhangi bir olumsuz sonuçtan korunduğundan emin olmalıyım	1 2 3 4 5 6 7
20	Benim için, herşey mükemmel olmazsa işler yolunda sayılmaz	1 2 3 4 5 6 7
21	Müstehcen düşüncelerin aklımdan geçmesi çok kötü bir insan olduğum anlamına gelir	1 2 3 4 5 6 7

22	ilave önlemler almazsam, ciddi bir felaket yaşama veya felakete neden olma ihtimalim, diğer insanlara kıyasla daha fazladır	1 2 3 4 5 6 7
23	Kendimi güvende hissetmek için, yanlış gidebilecek herhangi bir şeye karşı olabildiğince hazırlıklı olmalıyım	1 2 3 4 5 6 7
24	Tuhaf veya iğrenç düşüncelerim olmamalı	1 2 3 4 5 6 7
25	Benim için, bir hata yapmak tamamen başarısız olmak kadar kötüdür	1 2 3 4 5 6 7
26	En önemsiz konularda bile herşey açık ve net olmalıdır	1 2 3 4 5 6 7
27	Din karşıtı bir düşünceye sahip olmak, kutsal şeylere karşı saygısız davranmak kadar kötüdür	1 2 3 4 5 6 7
28	Zihnimdeki tüm istenmeyen düşüncelerden kurtulabilmeliyim	1 2 3 4 5 6 7
29	Diğer insanlara kıyasla, kendime veya başkalarına kazara zarar vermem daha muhtemeldir	1 2 3 4 5 6 7
30	Kötü düşüncelere sahip olmak tuhaf veya anormal biri olduğum anlamına gelir	1 2 3 4 5 6 7
31	Benim için önemli olan şeylerde en iyi olmalıyım	1 2 3 4 5 6 7
32	İstenmeyen bir cinsel düşünce veya görüntünün aklıma gelmesi onu gerçekten yapmak istediğim anlamına gelir	1 2 3 4 5 6 7
33	Davranışlarımın olası bir aksilik üzerinde en küçük bir etkisi varsa sonuçtan ben sorumluyum demektir	1 2 3 4 5 6 7
34	Dikkatli olsam da kötü şeylerin olabileceğini sıklıkla düşünürüm	1 2 3 4 5 6 7
35	İstenmeyen biçimde zihnimde beliren düşünceler, kontrolü kaybettiğim anlamına gelir	1 2 3 4 5 6 7
36	Dikkatli olmadığım takdirde zarar verici hadiseler yaşanabilir	1 2 3 4 5 6 7
37	Birşey tam anlamıyla doğru yapıncaya kadar üzerinde çalışmaya devam etmeliyim	1 2 3 4 5 6 7
38	Şiddet içerikli düşüncelere sahip olmak, kontrolü kaybedeceğim ve şiddet göstereceğim anlamına gelir	1 2 3 4 5 6 7
39	Benim için bir felaketi önlemekte başarısız olmak ona sebep olmak kadar kötüdür	1 2 3 4 5 6 7
40	Bir işi mükemmel biçimde yapmazsam insanlar bana saygı duymaz	1 2 3 4 5 6 7
41	Yaşamımdaki sıradan deneyimler bile tehlike doludur	1 2 3 4 5 6 7
42	Kötü bir düşünceye sahip olmak, ahlaki açıdan kötü bir şekilde davranmaktan çok da farklı değildir	1 2 3 4 5 6 7
43	Ne yaparsam yapayım, yaptığım iş yeterince iyi olmayacaktır	1 2 3 4 5 6 7
44	Düşüncelerimi kontrol edemezsem cezalandırılırım	1 2 3 4 5 6 7

EK. 7

SCL-90-R Belirti Tarama Testi

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun, bugün de dahil olmak üzere son onbeş gün içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, aşağıda belirtilen tanımlamalardan (Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / Aşırı düzeyde) uygun olanının altındaki yeri işaretleyerek seçiniz.

Cevaplar	Hiç	Çok az	Orta derece	Oldukça fazla	Aşırı düzeyde
1. Baş ağrısı					
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi					
3. Zihinden atamadığınız yineleyici hoş gitmeyen düşünceler					
4. Baygınlık veya baş dönmeleri					
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı					
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu					
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri					
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu					
9. Olayları anımsamada güçlük					
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler					
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi					
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar					
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi					
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali					
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri					
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma					
17. Titreme					
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi					
19. İştah azalması					
20. Kolayca ağlama					
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi					
22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi					
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma					
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları					
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu					
26. Olanlar için kendini suçlama					
27. Belin alt kısmında ağrılar					
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi					
29. Yalnızlık hissi					
30. Karamsarlık hissi					
31. Her şey için çok fazla endişe duyma					
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali					
33. Korku hissi					
34. Duyularınızın kolayca incitilebilmesi hali					

35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi hissi					
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu					
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi					
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak					
39. Kalbin çok hızlı çarpması					
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi					
41. Kendini başkalarından aşağı görme					
42. Adele (kas) ağrıları					
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi					
44. Uykuya dalmada güçlük					
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme					
46. Karar vermede güçlük					
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu					
48. Nefes almada güçlük					
49. Soğuk ve sıcak basması					
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu					
51. Hiç bir şey düşünememe hali					
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması					
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi					
54. Gelecek konusunda ümitsizlik					
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük					
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi					
57. Gerginlik veya coşku hissi					
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi					
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri					
60. Aşırı yemek yeme					
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma					
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma					
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması					
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma					
65. Yılanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali					
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama					
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği					
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması					
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme					
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi					
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi					
72. Dehşet ve panik nöbetleri					

73. Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi					
74. Sık sık tartışmaya girme					
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali					
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu					
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme					
78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma					
79. Değersizlik duygusu					
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu					
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma					
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu					
83. Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması					
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi					
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller					
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi					
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duyamama					
89. Suçluluk duygusu					
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi					

EK. 8

DUYGU DIŞAVURUM ÖLÇEĞİ (DDÖ)

Adınız Soyadınız:

Hastanızın Adı Soyadı:

Yaşınız:

Eğitim Düzeyiniz:

Hastanızın Eğitim Düzeyi:

Hastanızın Yaşı:

Yakınlık Dereceniz:

Mesleğiniz:

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

- (D) (Y) 1.Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyor ve öfkeleniyorum.
(D) (Y) 2.Onun hasta olduğuna inanmıyorum.
(D) (Y) 3.Onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum.
(D) (Y) 4.Benim için onun istekleri, diğer aile üyelerinin isteklerinden daha önemli.
(D) (Y) 5.Onunla ilgili her şeyi, kendine ait özel meselelerini bile araştırıp öğrenmeye çalışıyorum.
(D) (Y) 6.Onun varlığı beni deli ediyor.
(D) (Y) 7.Düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye.
(D) (Y) 8.Onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum.
(D) (Y) 9.Ona sık sık öğüt veriyorum.
(D) (Y) 10.Onunla uyuşamıyoruz.
(D) (Y) 11.Bıraktım artık ne hali varsa görsün.
(D) (Y) 12.Aile içinde onun her şeyiyle ben ilgileniyorum.
(D) (Y) 13.Ona kırılıyor, güceniyorum.
(D) (Y) 14.Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim.
(D) (Y) 15.Onun üstüne titrerim.
(D) (Y) 16.Onunla birlikteyken başka bir şeyle ilgilenmiyorum, ilgim sürekli onun üstünde oluyor.
(D) (Y) 17.O benim hayatımı yaşamama engel oluyor.
(D) (Y) 18.O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi hissediyorum.
(D) (Y) 19.Onun yaptığı işleri beğenmiyorum.
(D) (Y) 20.Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve ona bunu söylüyorum.
(D) (Y) 21.Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum.
(D) (Y) 22.Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum.
(D) (Y) 23.Onun her şeyiyle ben ilgileniyorum.
(D) (Y) 24. "Ondan ah bir kurtulsam!" diye düşündüğüm oluyor.
(D) (Y) 25.Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyor ve ondan uzak duruyorum.
(D) (Y) 26.Onun kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum.
(D) (Y) 27.Hastaneye yatması beni perişan ediyor,ondan ayrılmaya hiç dayanmıyorum.
(D) (Y) 28.Biz birbirimize benziyoruz.
(D) (Y) 29.Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum.
(D) (Y) 30.Onunla iyi anlaşıyorum.
(D) (Y) 31.Aklım fikrim hep onda başka hiç bir şey düşünemiyorum.
(D) (Y) 32.Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum.
(D) (Y) 33.Ondan uzak kalmak istiyorum.
(D) (Y) 34.Başıma bir sürü dert açıyor.
(D) (Y) 35.O olmasa bütün işler yoluna girecek.
(D) (Y) 36.Bir zorlukla karşılaştığımda bu zorlukla başa çıkabiliyorum.
(D) (Y) 37.Onun her şeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor.
(D) (Y) 38.Öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmak için uğraşırım.
(D) (Y) 39.Huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla konuşmaya,sohbet etmeye çalışırım.
(D) (Y) 40.Onun, hastalığını abarttığını düşünüyorum.
(D) (Y) 41.Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum.