

OKB TANISI OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE BELİRTİ DAĞILIMININ
EBEVEYNLERİNDEKİ OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİ DAĞILIMI VE
EBEVEYN TUTUMLARI İLE OLAN İLİŞKİSİ

AYSU ERSİN

Işık Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, 2014,

Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı, 2017

Bu tez, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA) derecesi ile sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2017

IŞIK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

OKB TANISI OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE BELİRTİ DAĞILIMININ
EBEVEYNLERİNDEKİ OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİ DAĞILIMI VE EBEVEYN
TUTUMLARI İLE OLAN İLİŞKİSİ

AYSU ERSİN

ONAYLAYANLAR:

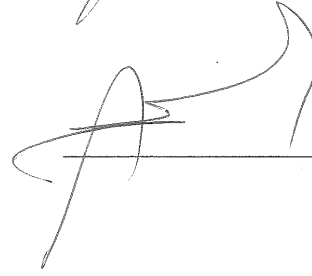
Yrd. Doç. Dr. Nazlı Balkır
(Tez Danışmanı)

Işık Üniversitesi



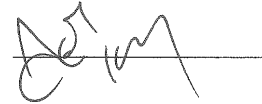
Yrd. Doç. Dr. Rukiye Hayran

Işık Üniversitesi



Prof. Dr. Ayten Erdoğan

Beykent Üniversitesi



ONAY TARİHİ: 05.01.2017

THE DISTRIBUTION OF OBSESSIVE-COMPULSIVE SYMPTOMS IN
CHILD AND ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH OCD AND ITS
RELATIONSHIP WITH PARENTAL CHILD REARING ATTITUDES AND
THE DISTRIBUTION OF OBSESSIVE-COMPULSIVE SYMPTOMS IN
THEIR PARENTS

Abstract

The statement of problem: Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a psychiatric disorder which involves obsessions and compulsions that negatively affect children and adolescents in emotional, cognitive and behavioral areas. The existing OCD symptomatology in children and adolescents may be affected by their parents' obsessive-compulsive symptoms and dysfunctional parental attitudes. This study relies on the hypothesis that there might be a relationship between obsessive-compulsive symptoms of children and their parents' obsessive-compulsive symptoms and parental attitudes.

Method: Eighteen children and adolescents (aged between 7-18 years) diagnosed with OCD and their parents are recruited to research group while eighteen children and adolescents (aged between 7-18 years) and who are not diagnosed with OCD and their parents are included in control group. DY-BOCS (Dimensional Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale), Padua Inventory, Parental Attitude Scale, Y-BOCS Scale Padua Inventory and K-SADS-PL Scale (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version) are used in this study.

Results: When the groups are analyzed separately, the results show that there is not a significant relationship between family attitudes and total severity of OCD symptoms in children and adolescents. On the other hand there is a significant negative relationship between authoritative attitude of the parents and total OCD severity of the children and adolescent when both groups are evaluated together. No significant relationship is found between the family attitudes and obsessive-compulsive sub-dimensions in the research group. In the control group, there is a significant negative relationship between the authoritative attitude of the parents and symmetry, ordering, counting, repetitive behavior and perfectionism sub-dimensions of the OCD. There is a positive significant relationship

between harm-related obsessions-compulsions of children and adolescents and authoritarian and over protective family attitude when both groups are evaluated together.

Conclusion: Despite the limitations of the study, it can be suggested that authoritative attitude of parents seems to be a protective factor in the development of obsessive-compulsive symptom severity of children and adolescents.

Key Words: obsessive compulsive disorder, child and adolescent, child and parent, obsessive compulsive symptoms, parenting styles

OKB TANISI OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE BELİRTİ DAĞILIMININ EBEVEYNLERİNDEKİ OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİ DAĞILIMI VE EBEVEYN TUTUMLARI İLE OLAN İLİŞKİSİ

Özet

Problem tanımı: Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), çocuk ve ergenleri bilişsel, duygusal ve davranışsal alanlarda olumsuz etkileyen ruhsal bir bozukluktur. Çocuk ve ergendeki mevcut obsesif kompulsif semptomatoloji, bu hastaların ebeveynlerindeki obsesif-kompulsif semptomlar ve işlevsel olmayan ebeveyn tutumlarından da etkilenebilmektedir. Bu araştırma, OKB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin obsesif-kompulsif belirtileri ile ebeveynlerinin obsesif kompulsif belirtileri ve anne baba tutumları arasında ilişki olabileceği hipotezinden yola çıkılarak planlanmıştır.

Yöntem: Bu doğrultuda OKB tanısı konulan 7-18 yaşları arasında 18 çocuk ve ergen hasta ve onların ebeveynleri araştırma grubuna, daha önce OKB tanısı almamış 7-18 yaşları arasında 18 çocuk ve ergen ve onların ebeveynleri ise kontrol grubuna dahil edilmiştir. Bu araştırmada DY-BOCS (Boyutsal Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Bozukluk Ölçeği) ölçeği ve Padua Envanteri, Anne-Baba Tutum Envanteri, Y-BOCS ölçeği Padua Envanteri, K-SADS-PL (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli) uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırma sonuçlarına göre OKB tanısı olan ve olmayan gruplar ayrı ayrı değerlendirildiğinde anne-baba tutumu ile çocuk ve ergenlerin obsesif-kompulsif semptomlarının toplam şiddetleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bütün katılımcıların sonuçları birlikte değerlendirildiğinde ebeveynlerinin demokratik tutumu ile OKB toplam ve global şiddet puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. OKB tanılı çalışma grubunda ebeveyn tutumu ve çocuk ve ergenlerin obsesif-kompulsif semptom boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. OKB tanısı olmayan karşılaştırma grubunda ebeveynin demokratik tutumu ile sıralama, simetri, sayma, tekrar tekrar yapma, her şeyin tam ayarında olması ihtiyacı alt boyutu arasında negatif yönde

anlamalı bir ilişki saptanmıştır. Bütün çocuk ve ergenlerin zarar hakkındaki obsesyon ve kompulsiyonları ile ebeveynlerin otoriter ve koruyucu-istekçi tutumları arasında ise pozitif yönde anlamalı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Kısıtlılıklarına bulunmasına rağmen bu çalışma sonucuna göre demokratik ebeveyn tutumunun OKB'nin semptom şiddetinde koruyucu rol oynadığı öne sürülebilir.

Anahtar Kelimeler: obsesif kompulsif bozukluk, çocuk ve ergen, çocuk ve ebeveyn, obsesif kompulsif semptomlar, ebeveyn tutumları

Teşekkür

Yüksek lisans eğitimim sırasında beni destekleyen ve yalnız bırakmayan herkese teşekkürlerimi sunarım. İlk olarak, alan profesörüm Prof. Dr. Ömer Saatçioğlu'na eğitimimin her döneminde sağladığı destek, pozitif ve güç veren yaklaşımı, her konuda açık ve net önerileriyle yol gösterdiği için teşekkürlerimi sunarım. Bitirme tezi süpervizörüm Dr. Betül Mazlum'a değerli bilgileri, önerileri ve deneyimlerini benden esirgemediği için teşekkür ederim.

İki yılın her anını paylaştığım, bu zorlu süreçte dostlukların ne kadar önemli olduğunu bana yaşatan yol arkadaşlarım ve meslektaşlarım Sinem Kaya Özçelik ve Beril Börekçi'ye hem akademik hem özel yaşamımda her zaman yanımda oldukları, sevgi ve destekleri için teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde beni destekledikleri, sevgileri, sabrı ve bugüne gelmeme sebep olan üzerimdeki değerli emekleri, her anlamda bana olan sonsuz güvenleri, mutluluğum için sarf ettikleri çaba için sevgili babam Arif Ersin, sevgili annem Asiye Ersin ve ağabeyim Selçuk Ersin'e sonsuz teşekkür ederim. Bu süreçte anlayışla, benden desteğini esirgemeyen karşılaştığım her soruna çözüm bulan ve hayatımda değerli bir yeri bulunan Okan Eren'e teşekkür ederim.

İçindekiler

Abstract

Özet

Teşekkür

Tablolar Listesi

Semboller Listesi

1.BÖLÜM 1

GİRİŞ 1

1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk 1

1.2. Obsesyon ve Kompulsiyon Çeşitleri 2

1.2.2. Kompulsiyon Alt Boyutları 3

1.3. Epidemiyoloji 3

1.4. Etiyoloji 6

1.5. Birinci Derece Akrabalarda OKB Görülme Sıklığı ve Patoloji 7

1.6. Komorbid Bozukluklar 10

1.7. OKB ve Yaşam Kalitesine Etkileri 10

1.8. Çocuk ve Ergenlerde En Sık Görülen Obsesyon ve Kompulsiyonlar 15

1.9. Ebeveyn Tutumları 17

1.10. Ebeveyn Tutumları ve OKB 17

1.11. Aile Tutumu ve Obsesyon Boyutu 21

1.12. Abartılmış Sorumluluk Bilinci ve Fonksiyonel Olmayan İnançlar 22

BÖLÜM 2 26

YÖNTEM..... 26

2.1. Katılımcılar 26

2.2 Veri Toplama Araçları 27

2.2.1. Sosyodemografik (Kişisel) Bilgi Formu 27

2.2.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS) 28

2.2.3. Boyutsal Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Bozukluk Ölçeği (DY-BOCS) 28

2.2.4. Anne Baba Tutum Envanteri 29

2.2.5. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni

Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (K-SADS-PL) 30

2.2.6. Padua Envanteri 30

2.3. Veri Toplama Yöntemi 31

2.4. Verilerin Çözümlemesi	32
BÖLÜM 3	33
BULGULAR.....	33
3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	33
3.2. Çocuk Ergen ve Annelerinde Görülen Obsesyon-Kompulsiyon Semptom Boyutları ve Şiddeti	37
3.3. Gruplara Göre Anne-Baba Tutumu, Çocukların ve Annelerinin Padua Envanteri Alt Boyutları, Y-BOCS Ölçeği, DY-BOCS Ölçeği Karşılaştırmaları.....	41
3.4. Spearman Non-Parametrik Korelasyon Analizi Sonuçları.....	50
3.4.1. Anne Baba Tutumu ile Obsesyon- Kompulsiyon Altboyut ve Toplam Puanları İlişkisi.....	50
3.4.2. Anne Baba Tutumu ile Padua Ölçeği Altboyut Puanları İlişkisi.....	52
3.4.3. Çocuklarının Altboyut Alanları ile Annelerin Altboyut Alanları İlişkisi.....	52
3.4.4. Çocukların OKB Şiddeti ile Annelerinin OKB Şiddeti İlişkisi.....	52
3.4.5. Çocukların Padua Ölçeği Altboyut Alanları ile Annelerinin Padua Ölçeği Altboyut Alanları İlişkisi	53
3.4.6. Çocukların Geçmişteki OKB Boyutları ile Annelerin Geçmiş OKB Boyutları İlişkisi	53
3.4.7. Annelerin Geçmiş OKB Boyutları ile Çocukların Var Olan OKB Boyutları İlişkisi	53
3.4.8. OKB Olan Çocukların Obsesif-Kompulsif Semptomlarının Başlangıç Yaşı ve OKB Şiddeti İlişkisi.....	54
BÖLÜM 4	55
TARTIŞMA.....	55
KAYNAKLAR	
Özgeçmiş	
Ek A	
Ek B	
Ek C	
Ek D	
Ek E	
Ek F	

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1 Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı	28
Tablo 3.1 Katılımcıların yaş dağılımları.....	34
Tablo 3.2 Sosyodemografik verilerin betimsel istatistiği.....	37
Tablo 3.3 DY-BOCS Semptom boyutları ve toplam şiddeti.....	39
Tablo 3.4 Y-BOCS Semptom boyutları ve şiddeti.....	41
Tablo 3.5 Anne Baba Tutumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 3.6 Çocukların ve Annelerinin Padua Envanteri Sonuçlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	44
Tablo 3.7 Yale Brown Ölçeğinin Gruplara Göre Karşılaştırılması	46
Tablo 3.8 DY-BOCS Ölçeğinin Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	49
Tablo 3.9. Anne Baba Tutumu ile DY-BOCS Obsesyon Boyutları ve Şiddeti İlişkisi.....	52

SEMBOLLER LİSTESİ

N :	Katılımcı sayısı
p :	İstatistiksel anlamlılık
Ss :	Standart Sapma
\bar{X} :	Ortalama değer
% :	Yüzdelerik değer
t :	T-Testi Değeri
df :	Serbestlik Derecesi
X² :	Ki-kare Değeri
U :	Mann Whitney U Testi Değeri
z :	Z Değeri
r_s :	Spearman Sıra İlişki Katsayısı

1.BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) (Takıntı-Zorlantı Bozukluğu), obsesyon ve kompulsiyonlardan oluşan ruhsal bir bozukluktur. Obsesyonlar (takıntılar), kişide zorla istemsiz bir şekilde ortaya çıkan ve belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan ve kişinin bunlara aldırılmamaya, baskılamaya ya da bir eylemle yüksüzleştirmeye (bir kompulsiyonu yerine getirmeye) çalıştığı yineleyici ve sürekli düşünce, itki ya da imgelerdir. Kompulsiyonlar (zorlantılar) ise obsesyona (takıntısına) tepki olarak, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma, bunları azaltma, korkulan durum veya olaydan sakınma amacıyla yapılan, kişinin katı bir biçimde kurallara uyarak yapmak zorunda hissettiği yineleyici davranışlar (örneğin el yıkama, düzenleme, denetleme vb) ya da zihinsel eylemlerdir (örneğin sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme vb). Ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, korunulacağı ya da etkisizleştirileceği tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir veya aşırı düzeydedir (APA,2013).

DSM 5'e göre (APA, 2013) Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı koyabilmek için;

- 1)Takıntıların, zorlantıların ya da her ikisinin birlikte varlığının bulunması,
- 2)Obsesif-kompulsif belirtilerin bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaması ve
- 3)Başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaması (örneğin yaygın kaygı bozukluğunda görülen aşırı kuruntular, yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı, hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığın olduğunu düşünüp durma vb.)

4) Takıntılarının veya zorlantılarının, kişinin belirli bir zamanını alması (örneğin günde bir saatten çok) veya klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, toplumsal, işle ilgili alanlarda ve önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olması gereklidir.

5) Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastalar belirtilerinin aşırı ya da anlamsız olduğuna ilişkin iyi bir içgörüyeye sahip olabileceği gibi, bu farkındalık halinden yoksun olabilir ve bu inançlarının gerçek olduğunu düşünerek kötü bir içgörüyeye de sahip olabilirler. OKB, DSM-IV'te 'Anksiyete Bozuklukları' başlığı altındayken, DSM-V'te 'Obsesif-Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar' ismiyle yeni bir başlık oluşturulmuştur. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve buna benzeyen bozukluklar; Beden Algısı Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani, Deri Yolma Bozukluğu da bu yeni başlık altında değerlendirilmektedir (APA, 2013).

1.2. Obsesyon ve Kompulsiyon Çeşitleri

Kişiden kişiye değişen birçok farklı obsesyon ve kompulsiyon semptom boyutu olduğu düşünülmektedir. Bunlardan bazıları saldırganlık, kirlenme, bulaşma, cinsel, biriktirme/saklama, dini, simetri-düzen, somatik obsesyonları ve temizleme/yıkama, kontrol etme, sayma, sıralama/düzenleme, biriktirme kompulsiyonları ve tekrarlayıcı törensel davranışlar şeklinde görülebilmektedir. Kişide bu semptomların birden fazla görülebildiği gibi zaman zaman yer değiştirdiği de klinik gözlemler arasındadır. Örneğin bir kişi uzun süre dini obsesyonlara sahipken, bu obsesyon son bulduğunda, bazı vakalarda bunun yerini başka bir obsesyon çeşidi alabilmektedir

1.2.1. Obsesyon Alt Boyutları

Saldırganlık obsesyonlarının içeriğinde sıklıkla kendisine veya başkalarına yönelik öldürme, yaralama, çeşitli şekillerde zarar verme düşünceleri vardır. Zarar verme obsesyonu, kişilerde bıçak, makas gibi sivri nesnelere ve sevdikleri kişilerle yalnız kalmaktan kaçınma, kendilerine zarar vermekten korkmaları şeklinde görülebilmektedir. Kirlenme/bulaşma obsesyonları olan bireyler eşyalara dokunmaktan ve insanlarla yakın temasta bulunmaktan kaçınmaktadır. Tuvalete gidildiğinde, üzerlerine idrar sıçramış olabileceği, el sıkışma, kapı tokmakları, para gibi nesnelere dokununca idrar, dışkı, sperm bulaşabileceği gibi düşüncelere sahip oldukları görülebilmektedir. Kuşku obsesyonlarında ise bireyde bir eylemin yapıldığından emin olamama duygusu hakimdir. Örneğin; kişi ütüyü prizden çekip çekmediği, kapıyı kilitleyip kilitlemediği konusunda emin olamamakta ve bunun sonucunda genellikle ardından kontrol etme kompulsiyonları görülmektedir.

Cinsel obsesyonlar, içeriğinde, kişi için sıklıkla utanç verici ve kabul edilemez olan cinsel öğeleri barındırmaktadır. Kişinin kendi çocuklarıyla, ebeveyniyle ya da kendi cinsiyle cinsel ilişkiye girdiği hakkında düşünce veya imgeler şeklinde görülebilmektedir. Simetri/düzenleme obsesyonları, nesnelere ve olayların belirli bir düzen ve konumda olması veya eşyaların tam bir simetride bulunması ile karakterize olan bir obsesyon çeşididir. Dini obsesyonlar, genellikle dindar bir insanın günah sayılan düşünceler aklına gelmesi ve kişinin bundan rahatsızlık duyması şeklinde görülmektedir. Somatik obsesyonlar ise hayatı tehdit eden bir hastalığa (kanser, AIDS, kuduz gibi) yakalanma korkuları ve bunlardan korunmak için çeşitli önlemlere başvurma şeklinde olabilmektedir. (Karamustafalıoğlu, Akpınar, 2006).

1.2.2. Kompulsiyon Alt Boyutları

Temizleme kompulsiyonlarında; kişi, kendini, eşyalarını ya da çevresini kirli hissetmektedir ve bunun üstesinden gelmeye çalışmaktadır. Bu sebeple, yineleyen tarzda görülen el yıkama, banyo yapma, evi eşyalarını sürekli olarak temizleme, saatlerce bulaşık ve çamaşır yıkama gibi kompulsiyonlar şeklinde görülmektedir. Kontrol etme kompulsiyonları sıklıkla güvenliği sağlamak içeriklidir. Ocakların kapalı olup olmadığının veya ütünün fişinin prizde unutulup unutulmadığının defalarca kontrol edilmesi şeklinde görülebilmektedir. Düzenleme kompulsiyonları, bir denge ve simetri sağlamak amacıyla eşyaları belirli bir düzen halinde tutmaya çalışma şeklinde görülen kompulsiyonlardır. Tekrarlama kompulsiyonları, bazı davranışların belirli bir tarzda ve sayıda yinelenmesi şeklinde olan kompulsiyonlardır. Sayma kompulsiyonları, bazı nesnelere (otomobil plakalarını, apartman katlarını) sayma veya belli bir sayıya kadar sayma şeklinde görülen kompulsiyonlardır. Diğer kompulsiyonlardan olan dokunma kompulsiyonları ise, kişinin belirli nesnelere dokunmak zorunda olduğu şeklinde hissettiği bir kompulsiyondur. İstifleme kompulsiyonları, gereksinim duyulmamasına rağmen bir şeyi satın alma ve sahip olunan hiçbir şeyi atamama şeklinde görülen bir kompulsiyondur (Karamustafalıoğlu, Akpınar, 2006).

1.3. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk en fazla yeti yitimi oluşturan 10 hastalık içerisinde yer almaktadır ve işlevselliği olumsuz yönde etkileyen ruhsal ve fiziksel rahatsızlıklar arasında onuncu sırada yer almaktadır (World Health Organization, 1999 akt. Beşiroğlu, Ağargün, 2006). Farklı toplumlarda yapılan epidemiyolojik bir araştırmaya göre, OKB'nin yaşam boyu prevalansı %2-3 arasındadır (Rasmussen & Eisen, 1992).

OKB'nin çocuk ve ergenlerde nadir görüldüğüne inanılırken, son yıllarda yapılan araştırmaların sonuçları OKB'nin çocuk ve ergenlerde sanıldığı kadar seyrek olmadığını belirtmektedir (Swedo, Leonard, Rapport, 1992). Birçok araştırmanın sonucuna göre, OKB'nin çocuk ve ergenlerde yaşam boyu yaygınlığı benzer oranlarda bulunmuştur. Epidemiyolojik çalışmalar geç ergenlik dönemi Obsesif-Kompulsif Bozukluğu'nda yaşam boyu yaygınlığının %2-%3 olduğunu göstermektedir (Zohar, 1999). Başka bir araştırmada, OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %3, subklinik OKB'nin ise %19 olduğu bulunmuştur (Valleni-Basile, Garrison, Jackson, Waller, McKeown, Addy, Cuffe, 1994). Flament'in (1990) 5000 lise öğrencisi üzerinde yaptığı araştırmada ise OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2 olarak bulunmuştur. Diler ve Avcı'nın (2002) yaşları 9 ve 15 arasında değişen 1,739 hasta ile yaptığı bir araştırmada ise, çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine ayaktan başvuran hastalarda OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2.7 olarak bulunmuştur. Ancak bu hastaların sadece %15'inde ilk şikayetlerin obsesyon ve kompulsiyon olduğu görölmüştür. Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada OKB'nin 12 aylık yaygınlık oranı %3 olarak bulunmuştur (illi, Telcioglu, Askin, Kaya, Bodur, Kucur, 2004). Türk lise örnekleminde yapılan bir diğer araştırmada ise, diğer araştırmalara göre daha yüksek olarak OKB %3.9 oranında, yaşam boyu OKB ise %4.2 oranında saptanmıştır. Sonuçlar OKB'nin ergen popölasyonunda sık görölen bir bozukluk olduğunu göstermektedir (Akpınar, 2007). Yaklaşık her 200 çocuk veya ergenden biri OKB geliştirmektedir ve bu hastalık hastalarda eğitim, sosyal ve iş alanlarında anlamlı derecede bir işlev kaybına sebep olmaktadır (March & Leonard, 1996).

OKB'nin başlangıç yaşına bakıldığında ise yapılan araştırmalarda OKB başlangıç yaşlarının farklı olabildiği görölmüştür. Türkiye'de lise öğrencileri ile yapılan bir araştırmada, OKB başlangıç yaşının ortalama 14 olduğu bulunmuştur (Akpınar,2007). Bir araştırmada OKB'nin ortalama başlangıç yaşınının 11 olduğu bildirilmişken, (Nestadt, Samuels, Riddle, Bienvenu, Liang, LaBuda, Walkup, Grados, & Hoehn-Saric, 2000) başka bir çalışmada, obsesif-kompulsif semptomların ortalama 9 yaş civarında başladığı görölmüştür

(Hanna, Himle, Curtis, Gillespie, 2005). OKB'ye ilişkin semptomların geç yetişkinlik dönemi öncesinde başlaması hastalığın genetik temelleri hakkında bilgi vermekte ve bu sayede bozukluğun ailesel olup olmadığı da ayırt edilebilmektedir. OKB'nin 18 yaş ve üstünde başlangıç gösterdiği hastaların ailelerinde OKB görölmemiştir. Bu sonuç, obsesif-kompulsif semptomların başlangıç yaşının ailesellikle yüksek düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir (Nestadt, Samuels, Riddle, Bienvenu, Liang, LaBuda, Walkup, Grados, Hoehn-Saric, 2000).

Buna paralel olarak erken başlangıçlı OKB'si olan bireyler, genetik olarak daha homojen bir grupta yer alır ve aynı zamanda bu grupta tik bozuklukları görülme olasılığının da yüksek olduğu belirtilmiştir (Liakopoulou, Korlou, Sakellariou, Kondyli, Kapsimali, Sarafidou, Anagnostopoulos, 2010). Bunlara ek olarak, erken başlangıçlı OKB'si olan hastaların akrabalarında OKB görülme riski daha yüksektir (Pauls, Alsobrook, Goodman, Rasmussen, Leckman, 1995). Pediatrik OKB hastalarının aile öykülerini araştıran bir çalışmanın sonucuna göre, OKB'nin birinci derece akrabalarda (%22.5) kontrol grubuna göre (%2.6) OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı daha yüksektir. Tüm bu araştırmaların sonuçları, erken başlangıçlı OKB'nin yüksek düzeyde ailesel yatkınlığa bağlı olduğu görüşünü desteklemektedir. (Hanna, Himle, Curtis, Gillespie, 2005).

Yapılan bir meta-analiz çalışmasının sonuçlarına göre, OKB'nin başlangıç yaşının erken dönemde olması, aynı zamanda hastalığın prognozunu da yordamaktadır; çocukluk döneminde OKB tanısı almış olan hastaların %41'inin erişkinlik döneminde de OKB tanısı almış olduğu görülmektedir. (Stewart, Geller, Jenike, Pauls, Shaw, Mullin, Faraone, 2004). Erişkin dönemde OKB tanısı alan bireylerin bildirimine göre, bu hastaların 1/3-1/2'sinde hastalığının başlangıcı çocukluk veya ergenlik dönemine uzanmaktadır (Karno, Golding, Sorenson, Burnam, 1988). Başka bir çalışmada yetişkinlerin üçte ikisi semptomların çocukluk döneminde başladığını belirtmişlerdir (Rasmussen & Eisen, 1992). Diğer bir araştırmanın sonucuna göre, OKB olan erişkin hastaların %80'inde hastalığın başlangıç dönemi çocukluk ya da ergenlikte (Pauls, Alsobrook, Goodman, Rasmussen, Leckman, 1995). Bu sonuçlar doğrultusunda, OKB'nin çocuk-ergen döneminde başlaması yetişkinlikte başlayan vakalardan farklı olarak gelişimsel alt tipi temsil edebileceğini ve yetişkinlikte de devam edebileceğini göstermektedir. Yetişkinlikte Obsesif Kompulsif Bozukluğu'nu araştıran çalışmaların başlangıç yaşını göz önünde bulundurmasının önemi vurgulanmaktadır (Geller, Biederman, Jones, Park, Schwarts, Shapiro, Coffey, 1998).

Cinsiyet açısından bakıldığında ise, Hanna ve arkadaşlarının (2005) araştırmasında kız ve erkekler arasında OKB'nin başlangıç yaşının benzerlik gösterdiği bulunmuştur. Bu sonuçtan farklı olarak bir başka çalışmada, cinsiyet açısından bakıldığında, çocukluk dönemi başlangıçlı OKB'nin erkeklerde kızlardan daha sık görüldüğü ve sıklıkla içgörülerinin bulunmadığı saptanmıştır (Geller, Biederman, Jones, Park, Schwarts, Shapiro, Coffey, 1998). Diğer bir çalışmada da benzer olarak, başlangıç yaşı erkeklerde kızlardan daha erken bulunmuştur ve semptomlar ergenlik ve genç erişkinlik dönemlerinde ilk tepe noktasına ulaşmaktadır (Zohar, 1999).

Ergenlerde OKB sıklığı cinsiyete göre değerlendirildiğinde, kız ve erkeklerde eşit olarak görüldüğü tespit edilmiştir (Flament, Whitaker, Rapoport, Davies, Berg, Kalikow, Sceery, Shaffer, 1988). Taner, Bakar ve Bodur'un (2007) OKB olan çocuk ve ergenler üzerinde yaptıkları araştırmalarında da, OKB tanısı sıklığı bakımından kız ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır. Avcı ve Diler'in (2002) araştırmasında da benzer olarak kız ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Türk örneklemini üzerinde yapılan başka bir çalışmada, cinsiyete göre OKB'nin sıklığı kızlarda erkeklere göre daha yüksek oranda saptanmasına karşın, istatistiksel olarak benzer bulunmuştur (Akpınar,2007). OKB'nin ve subklinik OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranlarının cinsiyet açısından benzer oldukları bulunmuştur. Cinsiyet açısından obsesyon ve kompulsiyonlar karşılaştırıldığında ise erkekler daha çok obsesyon belirtirken, kızlar daha çok kompulsiyon belirtmiştir. Ergenlerin %55'i ise hem obsesyon hem de kompulsiyonları olduğunu belirtmiştir (Valleni-Basile, Garrison, Jackson, Waller, McKeown, Addy, Cuffe, 1994).

Demografik özelliklerden bir diğeri olan, sosyoekonomik düzey açısından OKB incelendiğinde, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olan ergenlerin düşük sosyoekonomik düzeye sahip olanlardan OKB yaygınlığının daha fazla olduğu bulunmuştur. (Avcı & Aslan, 1995). Kardeş sayısının OKB'deki yerine bakıldığında, kardeş sayısı OKB olan hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (Taner, Taner, Bakar, Bodur, 2007).

1.4. Etiyoloji

Obsesif-kompulsif Bozukluk etiyojisi tam olarak bilinmeyen heterojen bir rahatsızlıktır (Hanna, Himle, Curtis, Gillespie, 2005). Araştırmalar OKB'nin oluşumunda genetik faktörlerin etkisinin olduğunu göstermektedir.

Bu sonuç yapılan ikiz çalışmaları ve OKB hastalarının birinci derece akrabaları ile yapılan araştırmalarla desteklenmektedir. Tek ve çift yumurta ikizleriyle yapılan araştırmalarda, OKB bakımından eş hastalanma oranları tek yumurta ikizlerinde % 67, çift yumurta ikizlerinde ise %31 olarak bulunmuştur (Billet, Richter, & Kennedy, 1998 akt. Waters & Barrett, 2000). Aile çalışmalarında ise OKB hastalarının birinci derece akrabalarının da bu bozukluktan etkilenme oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur. OKB'nin oluşumunda genetik faktörün güçlü olduğu geniş çapta kabul edilirken, ayrıca psikososyal (çevresel) faktörlerin de etkilerinin olduğu belirtilmektedir (Waters & Barrett, 2000).

Kognitif-davranışçı model, ikiz çocukların ortak paylaştıkları çevrenin (örneğin ebeveyn tutumunun) obsesif-kompulsif semptomların oluşumunda önemli bir rolü olduğunu ileri sürmektedir (Taylor, 2011). OKB olan çocuk ve ergenler ile aile faktörü ilişkisinin incelendiği bir gözden geçirme çalışmasında, OKB'nin gelişimi ve sürmesinde ailenin model alınması, duyguların fazlaca ifade edildiği ortamda yetişme, ebeveyn tutumları ve ailelerin çocuklarının semptomlarına katılması gibi aile bağlamı muhtemel risk faktörü olarak değerlendirilmiştir (Waters & Barrett, 2000). Araştırmalar, çocuklarda görülen OKB ile aile işlevselliğinin bozuk olması (örneğin ailenin kaygı ve depresyon semptomları, ailelerin semptomlara katılması, aile stres ve gerginliği, ailedeki suçluluk ve korku) arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (Murphy, Flessner, 2015). Ayrıca OKB'nin her bir semptom alt boyutunun oluşumunda da ortak genetik ve çevresel faktörlerin bulunmasının da etkileri mevcuttur (Iervolino, Rijksdijk, Cherkas, Fullana, Mataix-Cols, 2011). Obsesif-kompulsif semptomların ve biriktirmenin yüksek düzeyde kalıtsal olduğu belirlenmiştir (Mathews, Nievergelt, Azzam, Garrido, Chavira, Wessel, Bagnarello, Reus, Schork, 2007).

Bu sonuçlara bakıldığında, OKB oluşumunda genetik faktörlerin yanı sıra ebeveynlerin özellikleri ve yetiştirme tutumlarının da önemli rol oynadığı görülmektedir.

1.5. Birinci Derece Akrabalarda OKB Görülme Sıklığı ve Patoloji

OKB'nin ailesel bir bozukluk olduğu düşünülmektedir. Yapılan birçok araştırmada OKB tanısı konmuş çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında genel popülasyona oranla OKB görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur. OKB olan bireylerin birinci derece akrabalarında OKB görülme riski %17 olarak bulunmuştur (Chabane, Delorme, Millet, Mouren, Leboyer, Pauls, 2005).

Demet, Deveci, Deniz, Taşkın, Şimşek ve Yutsever'in (2005) araştırmasında ise OKB olan bireylerin %28'inin birinci derece akrabalarında OKB saptanmıştır. Yapılan bir diğer araştırmada, OKB olan çocuk ve ergenlerin %71'inin ailesinde OKB veya obsesif-kompulsif semptomlar bulunmaktadır (Riddle, Scahill, King, Hardin, Towbin, Ort, Leckman, Cohen, 1990). OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı, OKB tanısı almış olguların birinci derece akrabalarında kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Obsesyonların ise kompulsiyonlara göre daha çok fenotipe özgü olduğu saptanmıştır (Nestadt, Samuels, Riddle, Bienvenu III, LaBuda, Walkup, Grados, 2000).

Lenane, Swedo, Leonard, Pauls, Sceery, Rapoport'un (1990) yapmış olduğu araştırmada, şiddetli OKB'si bulunan 46 çocuk ve ergenin %30'unun birinci derece akrabalarının en az birinde OKB bulunmaktadır ve bu oran kontrol grubu ve genel popülyasyondaki oranların üzerindedir. Bu araştırmaya benzer olarak Vural, Taneli ve Taneli'nin (2002) araştırmasında da OKB tanısı almış olan olguların birinci derece akrabalarında OKB görölme sıklığı genel popülyasyona oranla daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca çocukların anne ve babalarında bulaşma ile ilgili obsesyonların bulunmasının, çocuklarda bu obsesyonların ortaya çıkma riskini arttırdığı saptanmıştır. Anne babalardaki semptomlarla çocuklarındaki semptomların karşılaştırılması sonucunda ise kirlilik, hastalık, bulaşma, simetri-düzen ile ilgili semptomların diğer semptomlar ile kıyaslandığında anne baba değişkeninden daha çok etkilenebileceğini belirtmişlerdir. Çocukta mevcut bulaşma obsesyonlarının, bu obsesyonların annede bulunmasıyla, simetri-düzen obsesyonlarının ise daha çok babada bulunmasıyla bağlantılı olduğu sonucu bulunmuştur. OKB olan hastaların ebeveynlerinde (%10.3) kontrol grubuna göre (%2) daha yüksek oranda OKB saptanmıştır. Aynı zamanda bu ebeveynlerde tik bozukluğu da yüksek oranda saptanmıştır. OKB'ye sahip bireylerin ailelerinde (%11.7) kontrol grubundaki ailelere (%2.7) göre, OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı anlamlı derecede daha yüksektir (Nestadt, Samuels, Riddle, Bienvenu, Liang, LaBuda, Walkup, Grados, Hoehn-Saric, 2000).

Pediyatrik OKB hastalarının birinci derece akrabalarında OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı (%22.5) kontrol grubu birinci derece akrabalarından (%2.6) daha yüksek bulunmuştur. Düzenleme kompulsiyonları olan pediyatrik OKB hastalarının birinci derece akrabalarında (%45.4) düzenleme kompulsiyonları olmayanlara göre (%18.8) OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı daha yüksek oranda bulunmuştur. Erken başlangıçlı OKB'nin yüksek düzeyde ailesel olduğu bu sonuçlarla desteklenmektedir (Hanna, Himle, Curtis, Gillespie, 2005).

Buna benzer olarak Alsobrook, Leckman, Goodman, Rasmussen, Pauls'un (1999) araştırmasında da simetri ve düzen semptomlarının yüksek olduğu OKB hastalarının ebeveynlerinde OKB görölme riski, bu semptomların düşük olduğu OKB hastalarının ebeveynlerinde görölmesinden daha yüksektir. Bu sonuçlar, simetri ve düzen semptomlarının, OKB'nin genetik semptom altboyutu olabileceği görüşünü öne sürmektedir.

OKB'si olan bireylerin ailelerinde yüksek oranda obsesyon ve kompulsiyon bulunmaktadır ancak bu sonuçlar obsesyonlar açısından daha güçlüdür (Nestadt, Samuels, Riddle, Bienvenu, Liang, LaBuda, Walkup, Grados, Hoehn-Saric, 2000).

Çocukluk dönemi başlangıçlı OKB olan çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında psikopatoloji varlığını araştıran bir çalışmada, kontrol grubundaki anneler ile kıyaslandığında OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerin annelerinde, OKB tanısı anlamlı düzeyde daha fazla oranda saptanmıştır. Babalarında ise daha çok tik bozukluğu bulunmuştur. Babalarda görülen tik bozukluğunun, çocuklardaki OKB için güçlü bir yordayıcı olabileceği belirtilmiştir. Bu sonuç, çocukluk ve ergenlik döneminde başlayan OKB'de ailesel yatkınlığın daha fazla gözlemlendiği görüşünü doğrulamaktadır (Hanna, Himle, Curtis, Gillespie, 2005).

Klinik uygulamalar, OKB'si olan çocuk ve ergenlerin ailelerinde sıklıkla ve önemli derecede psikopatoloji olduğunu göstermektedir ve son 20 yılda yapılan birçok araştırma bu klinik uygulamaları doğrulamaktadır. OKB olan çocuk ve ergenlerin ailelerindeki psikopatolojiyi inceleyen bir araştırmaya göre, hem anne hem de babaların, öğrenme bozukluğu olan kontrol grubu çocuklarının anne babalarına göre daha çok psikopatolojileri olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda, bu ailelerin kontrol grubuna göre daha fazla obsesif-kompulsif semptomlarının olduğu görülmüştür. Görülen diğer psikopatolojiler ise anksiyete, depresyon, kişilerarası duyarlılık ve babalarda paranoid düşüncelerdir. Buna ek olarak kontrol grubuna oranla, OKB olan çocukların babalarının annelerinden daha yüksek oranda obsesif-kompulsif semptomlarının olduğu görülmüştür. Araştırmada çocukların 7'sinin obsesyon ve kompulsiyonlarının hem anne hem de babalarıyla aynı olduğu, 8'inin anne veya babasından biriyle aynı olduğu, geri kalan 10 çocuğun ise ailelerinden farklı obsesyon ve kompulsiyonlarının olduğu görülmüştür. Ailelerin semptomları aile içi ilişkilerde zorluklar yaratabilmekte ve hassasiyeti olan çocuğu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Dolayısıyla da çocukların semptomları ailelerde anksiyete ve depresyon gibi semptomlar yaratabilmekte ya da bunları arttırabilmektedir.

Sonuçlar, OKB olan çocuklarda babalarının semptom gelişimine olan katkılarının sadece genetik yolla değil, aile ortamında yarattıkları kaygı yoluyla olabileceğini de öne sürmektedir. Bu sebeple klinik tedavilerin ailelerdeki olası patolojileri göz önüne alarak düzenlenmesi gerekmektedir. (Liakopoulou, Korlou, Sakellariou, Kondyli, Kapsimali, Sarafidou, Anagnostopoulos, 2010).

Smorti'nin (2012) araştırmasında da bu sonuçlara benzer olarak pediatrik OKB hastaları ile ailelerinin psikolojik sağlıkları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. OKB olan çocukların anneleri olmayanlara göre daha yüksek düzeyde depresyon ve anksiyete göstermiştir.

Buna ek olarak, anksiyete bozuklukları ve özellikle OKB, OKB'li çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında gözlenen en ortak rahatsızlıktır. (Diler & Avcı, 2002).

Bu çalışmalardan farklı olarak Aslan ve Avcı'nın OKB olan çocuk ve ergenlerin ailelerindeki obsesif-kompulsif belirti puanlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında çocuklar ve birinci derece akrabalarının puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ancak bu sonucun, olgu sayısının az olması ile ilişkili olabileceğini yorumlamışlardır (Avcı, Aslan, 1995). Black, Noyes, Goldstein ve Blum'ın (1992) yaptığı çalışmada da, OKB olan bireylerin birinci derece akrabalarında kontrol grubuna göre daha yüksek anksiyete bozuklukları riski bulunurken, OKB gelişime riski artmış bulunmamıştır.

1.6. Komorbid Bozukluklar

Araştırmalar Obsesif Kompulsif Bozukluğa en sık eşlik eden tanının depresyon olduğunu göstermektedir. Erişkinlerde, çocuk ve ergenlere kıyasla komorbid bozukluklar daha sık görülmektedir ancak hem erişkin hem de çocuk ve ergenlerde en sık komorbid tanı olarak depresyon öne çıkmaktadır (Türkbay, Doruk, Erman, Söhmen, 2000). Bu sonuca benzer olarak, çocuk ve ergenlerin %66'sında OKB ile birlikte en az bir komorbid bozukluk bulunmaktadır, bunlardan en sık görüleni ise major depresyondur (%29.8) (Diler & Avcı, 2002). Demet, Deveci, Deniz, Taşkın, Şimşek ve Yutsever'in (2005) araştırmalarında da bu sonuca benzer olarak OKB'ye en sık eşlik eden tanının, Major Depresif Bozukluk (%34.4) olduğu saptanmıştır. Zohar'ın (1999) araştırmasında da benzer olarak, OKB'ye en sık eşlik eden komorbid tanılarının, depresyon ve kaygı bozukluklarından oluştuğu belirtilmiştir. Ergenlerde Obsesif-kompulsif Bozukluğa en sık eşlik eden komorbid durumların, Majör Depresif Bozukluk, ayrılık kaygısı bozukluğu, distimi, intihar fikirleri ve fobik bozukluk olduğu bulunmuştur (Valleni-Basile, Garrison, Jackson, Waller, McKeown, Addy, Cuffe, 1994).

Ancak yapılan bir metaanaliz çalışmasının sonuçlarına göre ise, OKB olan hastalarda komorbid psikiyatrik rahatsızlığın bulunması, hastalığın seyirini kötü etkileyen faktörlerdendir (Stewart, Geller, Jenike, Pauls, Shaw, Mullin, Faraone, 2004).

1.7. OKB ve Yaşam Kalitesine Etkileri

OKB'nin, bireylerin yaşamlarında bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak birçok yönüyle etkisi bulunmaktadır (Hollander, Stein, Kwon, Rowland, Wong, Broatch, & Himelein, 1998; Calvocoressi, Libman, Vegso, McDougale, & Price, 1988).

OKB, kişinin aile, meslek ve sosyal işlevselliğini önemli ölçüde etkilediği için OKB ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki önem kazanmaktadır. Yapılan araştırmalara göre, OKB bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Akdede, Alptekin, Akvardar ve Kitiş'in (2005) araştırmalarına göre, hem obsesif hem de kompulsif belirtiler yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuş, sağlıklı bireylere oranla OKB olan bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu ve yaşam kalitesinin, bilişsel işlevler ve obsesif-kompulsif belirtilerin şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 'kişinin kendi durumunu, kendi kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi' olarak tanımlanmaktadır ve fiziksel sağlık, ruh sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre etkenleri ve kişisel inançlar yaşam kalitesi kavramı içinde yer almaktadır (World Health Organization, 1997 akt. Beşiroğlu & Ağargün, 2006). Yaşam kalitesinin ruh sağlığı alanı, olumlu-olumsuz duygular, bilişsel yetiler, benlik saygısı ve beden imgesi ile ilgilidir. Bağımsızlık düzeyi alanı ise bireylerin günlük işlerini (örneğin çocuk bakımı, ev işleri, mesleki uygulamaları ve sosyal etkinlikleri) başkasının yardımına ihtiyaç duymadan yürütebilme becerisi ve hayatını devam ettirme konusunda tıbbi tedaviye duyduğu ihtiyaç derecesi ile ilgilidir (Beşiroğlu & Ağargün, 2006). Sağlıklı bireyler ile kıyaslandığında, OKB tanısı alan bireylerde en fazla bozulmanın tanımlandığı alan, ruh sağlığı (psikolojik sağlık) ve sosyal ilişkiler alanı olmuştur. Sosyal ilişkiler alanı ile ilişkili olan tek değişkenin ise kompulsiyonların şiddeti olduğu belirlenmiştir. Özetle, OKB şiddeti arttıkça bireylerin sosyal işlevsellik puanlarının düştüğü saptanmıştır. Sosyal işlevsellikle beraber, bu hastalık sebebi ile kişinin aile ve meslek hayatı da belirgin olarak etkilenmektedir (Beşiroğlu, Uğuz, Sağlam, Ertan, Ağargün, Aşkın, 2007; Koran, Thienemann, Davenport, 1996).

OKB ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında, OKB sıklıkla aile ilişkilerine negatif etkisi olan bir durumdur (Cooper, 1996). Ayrıca arkadaş ilişkileri (Allsopp & Verduyn, 1990) ve okul performansına (Toro, Cervera, Osejo, Salamero, 1992) da negatif etkisi vardır. Bu sonuçlara benzer olarak, Hollander, Stein, Kwon, Rowland, Wong, Broatch ve Himelein'in (1998) araştırmasında da OKB'nin, bireylerin aile, akademik, mesleki ve sosyal işlevselliğini negatif yönde etkilediği bulunmuştur. Bu sonuçlar, azalmış kendine güven, aile ilişkilerinin bozulması, arkadaş edinememe ya da ilişkiyi sürdürmemeye, akademik başarıda düşme, kariyer arzusunun azalması, mesleki sorunlar, işine devam edememe şeklinde görülmektedir (Hollander, Stein, Kwon, Rowland, Wong, Broatch, Himelein, 1997).

OKB'si olan bireyler, genellikle düşüncelerinin ve davranışlarının aşırı ve mantıksız olduğunu fark ederler ve bunlara direnmek için mücadele içindedirler (Nestadt ve ark., 2000).

Ancak her OKB'li bireyde bu farkındalık olmamakta ve bazı zamanlarda aileleri tarafından tedaviye getirildikleri gözlenmektedir. Çünkü bu durum sadece hasta için zorlayıcı olmamakta, ailesi için de oldukça zorlayıcı olabilmektedir. Ritüellerine başka bireyleri katma davranışı OKB olan çocuk ve ergenlerin % 27.3'ünde görülmektedir (Türkbay, Doruk, Erman, Söhmen, 2000). Çocuk ve ergenlerde görülen Obsesif Kompulsif Bozuklukta ailelerin semptomlara katılması sıklıkla görülmekte ve aileyi negatif şekilde etkilemektedir. OKB olan çocuk ve ergenlerin ebeveynleri, obsesif-kompulsif semptomların bütün aile sistemine (evlilikte stres, diğer çocukları destekleme becerisinde bozulma gibi) olduğu kadar, bireysel olarak her bir aile bireyi üzerinde de sürekli bir etkisinin olduğunu ifade etmişlerdir (Futh, Simonds, Micali, 2012). Bu sonuca benzer olarak pediatrik Obsesif Kompulsif Bozukluğun, hem aileyi hem de çocukları olumsuz yönde etkilediği ve bunun ailenin yüksek düzeyde semptomlara katılımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ailelerin katılımı, çocuklarının semptomlarının sebep olduğu stresten kaçınma ya da yatışmalarına yardım etmek için kendi davranışlarını değiştirmeleri ile karakterizedir. (Lebowitz, Scharfstein, Jones, 2014). Cooper (1996) ise ailelerin çocuklarının semptomlarına katılmasını, doğrudan (ritüellere katılma ya da yardım etme) ya da dolaylı olarak (ailenin yaşam şeklini çocuklarının semptomları çevresinde değiştirmeleri) obsesif-kompulsif semptomların bir parçası olma şeklinde tanımlamıştır.

OKB olan çocuk ve ergenlerde ailenin semptomlara uyum sağlaması (katılması) yüksek oranda görülmektedir. Ebeveynin obsesif-kompulsif semptomlara katılma şekli incelendiğinde en sık görülenler onay sağlama (%56) ve ritüel davranışlara katılma (%46) olarak bulunmuştur (Peris, Bergman, Langley, Chang, McCracken, Piacentini, 2008). Benzer olarak Lebowitz, Scharfstein ve Jones'un (2014) araştırmasında da ailenin günlük olarak semptomlara katılması yaygın oranda görülmektedir, bu oran Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan çocuklar için %69, Kaygı Bozukluğu olan çocuklar için %61 olarak bulunmuştur. Onay sağlama en çok görülen semptomlara katılma şeklidir. Bu katılım, sözel rahatlatma, kaçınmayı kolaylaştırma, çeşitli materyaller sağlama ve ailenin de kaçınma davranışları şeklinde olmaktadır. Ayrıca ailelerin günlük rutinlerini ve planlamalarını OKB olan çocuklarının semptomlarına göre değiştirmeleri ise %27 oranında bulunmuştur. 7-17 yaşları arasında OKB'si olan çocuk ve ergenler ile yapılan araştırmanın sonucunda ise, ailelerin % 99'unun çocuklarının en az bir semptomuna katılma davranışı olduğu belirtilmiştir. Bu ailelerin %77'si güvence vererek, OKB ritüellerine katılarak veya çocuklarının anksiyete yaratan durumlardan kaçınmalarına yardım ederek semptomlara katıldıklarını ifade etmiştir.

Ayrıca çocukların kompulsiyon şiddeti, karşıt davranışları, yıkama semptomlarının sıklığı ve ailelerin kaygı semptomları gibi değişkenlerin, semptomlara katılımındaki artışı yordadığı bulunmuştur (Flessner, Freeman, Sapyta, Garcia, Franklin, March, & Foa, 2011).

Diğer bir yandan, bu katılımın aile bireyleri üzerinde olumsuz etkisi olabilmektedir. Ailelerin semptomlara yüksek düzeyde katıldığını bulan başka bir araştırmada, aileler obsesif-kompulsif semptomlar sonucunda yaşamlarında anlamlı derecede engellenme yaşadıklarını belirtmektedirler (Shafran, Ralph & Tallis, 1995). Calvocoressi, Mazure, Kasl, Skolnick, Fisk, Vegso, Van Noppen ve Price'ın (1999) araştırmasında da ailelerin çocuklarının semptomlarına %89 oranında katıldığı ve bunun ailede stres, yük, aile bireyleri arasında uyumsuzluk ve OKB'si olan bireye karşı reddedici tutum ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ancak ailelerin birçoğu kendilerinde stres yaratsa da semptomlara katıldıklarını, aile rutinlerini değiştirdiklerini, katılmadıklarında ise istenmeyen sonuçların ortaya çıktığını rapor etmişlerdir (Lebowitz, Woolston, Bar-Haim, Calvocoressi, Dauser, Warnick, Scahill, Chakir, Shechner, Hermes, Vitulano, King, Leckman, 2013). Aynı zamanda ailenin ritüellere katılması, çocuklarda yüksek düzeyde OKB şiddeti, aile psikopatolojisi ve düşük düzeyde aile birliği ile ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte, aileler semptomlara katılmadıklarında, çocuklarının aşırı derecede sinirlendiğini belirtmiştir (Peris, Bergman, Langley, Chang, McCracken, Piacentini, 2008). Bu sonuca benzer olarak, anneler semptomlara katılmadıklarında çocuklarının sıklıkla sinirlendiklerini veya kötü sözler söylediklerini, ve çocuklarının semptomlarının kısa dönemli olarak daha da kötüleştiğini ifade etmişlerdir. Ailelerin semptomlara katılımı çocukta kısa dönemli bir rahatlama sağlayabilmektedir. Bu nedenle, aileler semptomlara katılmaktan kişisel stres duysalar bile çocuklarının bu rahatlama hissi sebebiyle katılım davranışlarını sürdürmeleri pekişmektedir. Bunlara ek olarak, ailenin semptomlara katılmaya devam etmesi, çocukların kendilerini düzenleme becerisine ve semptomlarla baş edebilme becerisine zarar verebilmektedir. Sonuçlar, OKB olan çocukların ailelerini incelerken semptomlara katılma davranışının, dikkat edilmesi gereken önemli bir faktör olduğunu göstermektedir (Lebowitz, Scharfstein, Jones, 2014).

Aileler çocuklarının obsesif-kompulsif semptomlarına sıklıkla nasıl tepki vermeleri gerektiğini bilemez ve bu tepkiler semptomlara katılma davranışından düşmanca (muhalif) davranışa kadar bir spektrum içinde yer alabilirler.

Ailelerin semptomlara katılması; obsesif-kompulsif semptomların bir parçası olma ve bunları destekleme şeklinde görülürken (örneğin, çocukların taleplerini yerine getirme ve ritüellerine yardım etme) düşmanca davranışlar; aile bireylerinin çocukların semptomlarına eleştirel ve karşıt şekilde yaklaşmalarını (örneğin, kaçınma, alay etme, suçlama, obsesif-kompulsif bozukluk semptomlarına son vermelerini talep etme) içermektedir (Smorti, 2012; Waters & Barrett, 2000). Bu iki davranış şekli spektrumun iki karşıt ucu olarak düşünülse de, ikisi de OKB semptomlarını pekiştirebilmektedir (Murphy, Flessner, 2015).

Ailenin semptomlara katılması genellikle iyi niyetle yapılmaktadır. Özellikle sözel güvence verme, kompulsiyonlar ile ilgili araç ve nesnelere sağlama (örneğin yıkama sabunu), ritüellere aktif olarak katılma ve kaygıyı tetikleyen uyarılardan kaçınmayı sağlama, çocuklarda ve ailelerde kısa süreli bir rahatlama sağlar. Dolayısıyla bu davranışların güçlü bir sürdürücü faktör rolü bulunmakta ve çocukların semptomlarının pekişmesine sebep olmaktadır (Calvocoressi, Lewis, Harris, Trufan, McDougale, Price, 1995). Ayrıca duyguların aşırı bir şekilde ifade edildiği ailelerdeki gibi çocuklarının obsesif-kompulsif semptomlarına muhalif ve düşmanca yolla katılan aile bireylerinin, farkında olmadan çocuklarının ritüellerinin sıklığını ve şiddetini arttırdığı düşünülmektedir (Steketee, 1993). Çocuğun yaptığı ritüelleri durdurmaya çalışmak ve zorlamak, korkulan uyarana travmatik bir şekilde maruz bırakmak, ailenin ritüellere düşmanca (karşıt olarak) dahil olmasına örnektir. Aynı zamanda aile bireyleri çocuğun yaptığı ritüelleri eleştirebilmekte ve sinirlenebilmektedir. Ancak bu davranışlarda bulunan ailelerde zayıf tedavi sonuçları ve yüksek düzeyde bozulma (örneğin evlilikte anlaşmazlık) belirtilmiştir. Bu davranışlar duyguların aşırı bir şekilde ifade edilmesi ile aynı etkiyi yaparak ritüellerin sıklığının ve şiddetinin artmasına sebep olabilmektedir (Waters, Barrett, 2000). Renshaw, Steketee ve Chambless (2005) da bu davranışların semptom şiddetinin ve stres düzeyinin artmasına katkı sağlayabileceği varsayımında bulunmuşlardır. Ayrıca ailenin düşmanca ve suçlayıcı davranışları, ailenin psikopatolojisi ile de pozitif ilişkili bulunmuştur (Peris, Benzeon, Langley, Roblek, Piacentini, 2008).

Ailenin semptomlara katılma düzeyi, algılanan aile işlev bozukluğu, kişisel stres ve olumsuz aile tutumuyla pozitif ilişkilidir (Calvocoressi ve ark., 1995). Bu sonuca paralel olarak Black, Gaffney, Schlosser ve Gabel'in (1998) araştırmasında da anlamlı düzeyde yüksek aile işlev bozukluğu, stres ve eşler arasında problemler belirtilmiştir. Çiftlerin %50'si hastaların kompulsif ritüellerini, sözel güvence alma ihtiyaçlarını, kaygılarını, düşük özgüvenlerini ve kararsızlıklarını problem olarak belirtmişlerdir.

Aynı zamanda çiftlerin yarısından fazlası, kişisel ve sosyal hayatlarında bozulmanın zorluğa sebep olduğunu ifade etmiştir. Buna ek olarak, ailenin semptomlara katılması, semptom şiddeti, ailede işlevsel bozulma, dışsallaştırma ve içselleştirme davranış problemleri ile de pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (Storch, Geffken, Merlo, Jacob, Murphy, Goodman, Larson, Fernandez, Grabill, 2007). Aile merkezli kognitif-davranışçı terapi alan OKB tanılı 50 çocuk-ergen ve onların aileleriyle yapılan çalışmanın tedavi öncesi ve sonrası sonuçlarına göre, tedavi öncesi pediatrik OKB hastalarının ebeveynlerinde semptomlara katılım yaygın bir şekilde (%88) görülmektedir ve bu katılım semptom şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Tedavi süresince ailenin semptomlara katılımında azalma olması ise tedavi sonuçlarını yordamaktadır. Bu da ailelerin semptomlara katılma derecesinin pediatrik OKB hastalarının tedavi sonuçları açısından önemli bir etken olduğunun göstergesidir (Merlo, Lehmkuhl, Geffken, Storch, 2009). Peris, Sugar, Bergman, Chang, Langley ve Piacentini'nin (2012) araştırmasında çatışma ve suçlamanın düşük, aile birliğinin ise yüksek düzeyde olduğu ailelerde, aile merkezli kognitif-davranışçı terapiden daha çok yarar sağlandığı görülmüştür. Ailede işlevselliğin düşük olması ise daha düşük oranda tedavi sonuçları ile ilişkili bulunmuştur.

Bu sonuçlar ailelerin semptomlara katılmasının, aile içi stres, yüksek semptom şiddeti, düşük işlevsellik ve zayıf tedavi sonuçları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Dolayısı ile OKB'yi incelerken ailelerin semptomlara katılımının önemi göz önünde bulundurulmalıdır.

1.8. Çocuk ve Ergenlerde En Sık Görülen Obsesyon ve Kompulsiyonlar

Erişkinlerle kıyaslandığında çocuk ve ergenlerde OKB belirti sayısı daha az ancak belirti dağılımı benzer bulunmuştur. Bunun da çocuk ve ergenlerin belirtilerini ifade edememe ve farkında olmamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. (Türkbay, Doruk, Erman, Söhmen, 2000). Çocuk ve ergenlerde birçok farklı obsesyon ve kompulsiyon semptom boyutu bulunabilmektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada, OKB olan katılımcıların %30'unda sadece obsesyon bulunurken %68.5'inde hem obsesyon hem de kompulsiyon bulunmaktadır (Çilli, Telcioglu, Askin, Kaya, Bodur, Kucur, 2004). Çocuk ve ergenlerde en sık görülen obsesyonlar sırasıyla bulaşma, saldırganlık ve cinsel içerikli iken, kompulsiyonlar ise sırasıyla yıkama ve temizleme, kontrol etme ve simetri-düzenle ilgilidir (Türkbay, Doruk, Erman, Söhmen, 2000). Diler ve Avcı'nın (2002) araştırmasında da, çocuk ve ergenlerde en sık görülen semptomun kirlenme-bulaşma obsesyonu (%48.9) ve temizleme kompulsiyonu olduğu bulunmuştur (%68.1).

El yıkama ise temizleme kompulsiyonunda en sık görülen davranıştır. Diğer görülen obsesyonlar ise, şüphe, kötü bir şeylerin olacağı beklentisine dair olumsuz duygular ve cinsel obsesyonlardır. Diğer kompulsiyonlar ise kontrol, sayma ve düzenleme kompulsiyonlarıdır. Y

Yapılan diğer bir araştırmada ergenlerde en sık görülen kompulsiyonlar sıralama-düzenleme (%56), sayma (%41), biriktirme (%38) ve yıkamadır (%17) (Valleni-Basile, Garrison, Jackson,, McKeown, Addy, Cuffe, 1994). Çocuklarda en çok kirlenme-bulaşma, saldırganlık ve cinsel obsesyonlar bulunmaktadır. Kompulsiyon olarak ise, ritüeller, sıralama-düzenleme, yıkama ve temizleme bulunmaktadır (Liakopoulou, Korlou, Sakellariou, Kondyli, Kapsimali, Sarafidou, Anagnostopoulos, 2010). Riddle, Scahill, King, Hardin, Towbin, Ort, Leckman & Cohen'in (1990) yaptığı araştırmada çocuklarda daha çok tekrar etme ritüelleri, yıkama, düzenleme-sıralama, kontrol etme ve kirlenme-bulaşma semptomları rapor edilmiştir. Ayrıca kontrol etme davranışı, diğer aile üyelerini de kapsayarak hastaların %57'sinde görülmektedir. Obsesif-kompulsif semptomların ve Obsesif Kompulsif Bozukluğun yaygınlığı açısından kızlar ve erkekler arasında fark görülmemesine karşın, semptom altboyutları açısından cinsiyet farklılığı bulunabilmektedir (Zohar, 1999). Yapılan bir çalışmada erkek hastalarda en sık görülen obsesyonlar sırasıyla saldırganlık (%70,8), diğer obsesyonlar (bilme ve anımsama gereksinimi, uğurlu-uğursuz sayılar, batıl inançlar) (%62,5), kirlenme (%58,3) ve simetri/düzendir (%54,2).

Kadınlarda ise saldırganlık (%75), kirlenme (%59,7), simetri/düzen (%59,7), kuşku (%58,3) obsesyonlarıdır. En sık görülen kompulsiyonlar ise erkeklerde tekrarlayıcı törensel davranış (%54,2) ve temizlik/yıkama (%50) iken kadınlarda temizlik/yıkama (%69,4) ve kontrol (%54,2) kompulsiyonlarıdır (Demet, Deveci, Deniz, Taşkın, Şimşek, Yutsever, 2005). Bu sonuçlarla benzer olarak, OKB saptanan ergenlerde görülen en sık obsesyonların, kirlenme ve saldırganlık, en sık görülen kompulsiyonların ise kontrol etme, sayma, ve temizleme olduğu saptanmıştır. Cinsiyete göre bakıldığında ise, erkeklerde kirlenme, saldırganlık, dinsel obsesyonlar ve temizleme kompulsiyonları, kızlarda ise kirlenme, somatik obsesyonlar ve kontrol etme kompulsiyonları en sık rastlanılan obsesyon ve kompulsiyon boyutlarıdır (Akpınar,2007). Biriktirme alt boyutu olan pediatrik OKB hastaları ile biriktirme altboyutu olmayan OKB hastalarını inceleyen araştırmanın sonuçlarına göre, biriktirme alt boyutu olan OKB hastalarının içgörülerini, biriktirme alt boyutu olmayan OKB hastalarından daha kötü, büyüsel düşünce obsesyonları ve düzenleme-sıralama kompulsiyonları daha fazla ve kaygı, agresyon, somatik yakınmaları ise daha yüksek düzeyde bulunmuştur(Storch, Lack, Merlo, Geffken, Jacob, Murphy, Goodman, 2007).

1.9. Ebeveyn Tutumları

Aile içi ilişkiler ve anne baba tutumları çocuğun psiko-sosyal gelişimi açısından çok önemlidir. Reddedici, ilgisiz, otoriter, aşırı koruyucu tutumlar çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Demokratik tutuma sahip anne babalar çocuklarının fikirlerini önemseyip, iç denetim geliştirmesini önemserken, otoriter anne babalar çocuklarına karşı çok soğuk ve dıştan denetlemeye çalışan bir davranış sergilemektedir. Koruyucu anne baba tutumunda ise çocuğa yoğun bir ilgi gösterilmekte ve çocuğun kendini gerçekleştirmesine fırsat vermeden sıkı bir dıştan denetim uygulanmaktadır (Kuzgun, Bacanlı, 2005). Aile tutumu, anne ve babanın çocuklarını yetiştirirken onlara davranışlarıyla ifade ettikleri genel duygusal hava olarak adlandırılmaktadır (örneğin disiplin uygulaması veya ödüllendirmesi, çocukların davranışı üzerinde kontrol uygulaması, çocuğa bağımsızlık vermesi gibi) (Darling, Steinberg, 1993).

1.10. Ebeveyn Tutumları ve OKB

Önceki araştırmalar, ailelerin çocuk yetiştirme tutumlarının çocukların psikopatoloji geliştirmesinde etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle ailelerin işlevsel olmayan bazı tutumlarının, belli özellikleri ile çocuklarda OKB oluşumunda bir etkisinin olduğu araştırmalarda belirtilmektedir. Düşük düzeyde ilgi gösteriyor olmanın depresyonla, aşırı korumacı yetiştirme tutumunun ise Obsesif Kompulsif Bozuklukla ilişkili olduğu görülmektedir. Yetişkin bireyler ile yapılan, ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumunu, yoğun obsesif özellikleri olan depresif hastalar, hafif obsesif özellikleri olan depresif hastalar, OKB olanlar ve sağlıklı kontroller ile karşılaştıran araştırmanın sonucuna göre, yoğun obsesif özellikleri olan depresif hastalar ile OKB hastalarında ailelerin koruyucu, kontrolcü ve karışan tutumları diğer gruplara oranla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak özellikle babaların kontrolcü ve karışan yetiştirme tutumu, OKB gelişimi ile ilişkili bulunmuştur (Yoshida, Taga, Matsumoto, Fukui, 2005). Ailenin algılanan koruyucu tutum puanları OKB olan hastalarda sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bireysel ve davranışçı tedavilerin ise en etkili yöntem olduğu belirtilmiştir. Ev dışında çalışan bayanlar, evde olanlara göre daha az obsesif semptom belirtmişlerdir (Hafner, 1988). Ancak Alonso, Menchon, Mataix-Cols, Pifarre, Urretavizcaya, Crespo, Jimenez, Vallejo'nun araştırmasında (2004) kontrol grubuna kıyasla OKB olan hastaların babalarını daha çok reddedici olarak algıladıklarını, aşırı koruyucu tutumun ise bir fark oluşturmadığı bulunmuştur.

Ailede duygusal yakınlığın az olmasının ise OKB'nin biriktirme altboyutu ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu araştırmalar, ailenin algılanan kontrolü ve duygusal yakınlığın az olmasının obsesif-kompulsif semptomlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. OKB'de algılanan ebeveyn tutumunu inceleyen bir araştırmada da, OKB olan bireylerin, ailelerinin kendilerine daha az sıcaklık gösterdiğini, daha çok reddedici tutum ve kontrol davranışı sergilediklerini ifade etmişlerdir. Annenin algılanan aşırı koruyucu tutumu, sorumluluk tutumları ve yaşam olayları anlamlı düzeyde OKB'yi yordamaktadır. Aynı zamanda sorumluluk tutumu aracılığıyla annenin algılanan aşırı koruyucu tutumu ile obsesif-kompulsif semptomlar arasında ilişki bulunmuştur. Bu sonuç OKB'nin kognitif açıklamasını destekler niteliktedir. Buna göre, eğer girici düşünceler sorumluluk ve zarar vermektense korkma şemalarından süzülerek baskın hale geliyorsa, bu, girici düşünceleri yanlış yorumlamaya (intrusif düşüncelerin içeriğinin kendine ya da başkalarına gelecek zarardan kendisinin sorumlu olduğunun yorumlanması) sebep olur.

Annenin algılanan aşırı koruyucu tutumunun, sorumluluk davranışları yoluyla obsesif-kompulsif semptomlar üzerinde bir etkisi bulunmaktadır. Başka bir deyişle, yüksek düzeyde annenin algılanan aşırı koruyucu tutumu katılımcılarda sorumluluk davranışlarını artırarak yüksek düzeyde obsesif-kompulsif semptoma yol açmaktadır. Bu sonuç, annenin algılanan aşırı koruyucu tutumunun obsesif-kompulsif semptomların gelişimine nasıl yol açtığını göstermektedir. Aşırı koruyucu, kontrol eden ve eleştiren ebeveyn tutumu (örneğin çocuğun güvenliği hakkında korkulu ve kaygılı olma, müdahaleci, aşırı dahil olma, çocuğu potansiyel tehlikeleri önleme konusunda yeterli önlemi almada başarısız olduğunda yoğun bir şekilde eleştirme) çocuğun dünyayı tehlikeli ama aynı zamanda kontrol edilebilir, ancak kendini bu tür tehlikelerle baş etme konusunda yetersiz olarak algılamasına sebep olabilmektedir. Bu tür devam eden ebeveyn-çocuk etkileşimi obsesif problemler açısından gelişimsel hassasiyet faktörlerinden biridir (Hacıömeroğlu, Karancı, 2014).

Araştırmalarda genel olarak, OKB olan ve klinik belirti göstermeyen ancak obsesif-kompulsif semptomları olan bireylerin ailelerinin aşırı koruyucu, mükemmeliyetçi, istekçi (talepkar), eleştirel ve suçluluk yükleyen ebeveyn tutumlarının olduğu görülmüştür (Hacıömeroğlu, Karancı, 2014). Ancak bu sonuçlardan farklı olarak Turgeon, O'Connor, Marchand, Freestone'un (2002) ayakta tedavi gören agorofobinin eşlik ettiği panik bozukluk, OKB olan ve anksiyetesi olmayan grupları ebeveyn tutumları açısından karşılaştırdıkları çalışmalarında, ebeveyn tutumlarının iki anksiyete grubu açısından bir farklılık oluşturmadığı bulunmuştur. Ancak kontrol grubuna göre kaygılı olanlar ebeveynlerini daha çok korumacı olarak rapor etmişlerdir.

Obsesif-kompulsif bozukluğun kognitif-davranışçı teorileri OKB'nin gelişiminde sosyal öğrenmenin önemli bir rolü olduğunu varsaymaktadır. Araştırmalar, aile-çocuk etkileşimi gibi gelişimsel ilişkiler yoluyla öğrenmenin, obsesif-kompulsif semptomların yetişkinlik döneminde sürüyor olması veya ortaya çıkmasından sorumlu olabileceğini öne sürmektedir. Baumrind (1971 akt. Timpano ve ark.,2010) üç çeşit aile otorite biçimi tanımlamıştır. Bunlar, davranışsal kontrol ve duygusal yakınlığın yetiştirme alanlarında farklılıkları olan aşırı hoşgörülü (izin verici), demokratik ve otoriter olarak tanımlanmıştır. Yetiştirme tutumunda yüksek düzeyde sıcaklık gösteren aileler daha çocuk merkezli, kabul edici ve duyarlıdır, ancak yüksek düzeyde kontrol gösteren aileler daha diktatör ve istekçidir. Duygusal yakınlığın yüksek ancak kontrolün düşük olduğu aşırı hoşgörülü (izin verici) aileler, çocuklarına çok az disiplin uygulayarak ne yapmak istiyorlarsa yapmalarına izin vermektedir, demokratik aileler ise mantıksal öneriler sunmakta ve aynı zamanda çocuklarını yetiştirdikleri ortamda sıcaklık sağlamaktadır. Bu tutumda hem sıcaklık hem de kontrol yüksek düzeydedir. Üçüncü, otoriter yetiştirme biçiminde ise, düşük düzeyde bakım ve sıcaklıkla beraber aileler yüksek düzeyde kontrolcü ve katıdır, kurallara katı bir şekilde bağlılık görülmektedir. Bu yetiştirme tutumları ve OKB semptomlarını inceleyen bir araştırmanın sonuçları, sıcaklığın az olduğu otoriter aile yetiştirme tutumunun, anlamlı derecede obsesif-kompulsif semptomlar ve obsesif-kompulsif inançlar (örneğin; düşüncelerin ve kişisel sorumluluğun önemi hakkında inançlar) ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda obsesif kompulsif inançların, aile yetiştirme tutumu ve obsesif kompulsif semptomlar arasında aracı rolünün olduğu görülmüştür (Timpano, Keough, Mahaffey, Schmidt, Abramowitz, 2010).

Yapılan araştırmalarda otoriter aile yetiştirme tutumuna sahip olmanın, düşük özgüven, düşük özsaygı, azalan mutluluk, düşük düzeyde başarı motivasyonu, artan madde kullanımı, düşük baş etme becerileri ve artan kaygı düzeyi gibi birçok olumsuz sonuçla ilişkili bulunurken, demokratik aile yetiştirme tutumu ise çocuk gelişimi açısından en ideal tutum olarak görülmektedir ve yüksek problem çözme becerileri, başarı için yüksek motivasyon, yüksek düzeyde mutluluk gibi olumlu sonuçlarla ilişkili bulunmuştur. (Furnham & Cheng, 2000; Klein, O'Bryant, & Hopkins, 1996; Wolfradt, Hempel, & Miles, 2003).

Aşırı koruyucu, mükemmeliyetçi, eleştirel ebeveyn tutumu ile obsesif kompulsif semptomlar ilişkili bulunmuştur. Aynı zamanda OKB olan bireylerin olmayanlara göre daha mükemmeliyetçi oldukları, riski sevmedikleri ve suçluluk duygularının olduğu saptanmıştır (Frost, Steketee, Cohn, Griess, 1994). Aşırı koruyuculuğun ve mükemmeliyetçi ebeveyn tutumunun OKB'nin gelişimine katkı sağladığı yaygın kabul edilen bir görüştür.

Araştırmalarda genel olarak OKB olan çocukların ailelerinin aşırı koruyucu, mükemmeliyetçi, istekçi, eleştirici ve suçluluk yükleyen tutumlarının olduğu görülmüştür. Öğrencilerle yapılan bir araştırmada, psikolojik olarak manipüle eden ve kontrolcü ebeveyn tutumu OKB semptomları ile ilişkili bulunmuştur (Ayçiçeği, Harris, Dinn, 2002). Obsesyon ölçeğinden yüksek puan alan yetişkinler, kontrol grubuna göre, ebeveynlerini daha çok reddedici, aşırı koruyucu ve duygusal olarak yakınlıklarının daha az olduğunu belirtmişlerdir (Ehiobuche, 1988). Bu sonuca benzer olarak, OKB olan ergenlerin olmayanlara göre ailelerinde anlamlı düzeyde daha az duygusal destek ve yakınlık olduğu belirtilmiştir (Valleni-Basile, Garrison, Jackson, Waller, McKeown, Addy & Cuffe, 1995). Araştırmalar aşırı koruyuculuğun ve ailede duygusal yakınlığın olmamasının OKB’de etkili olduğunu göstermiştir (Ehiobuche, 1988; Hoover & Insel, 1984). Ancak başka bir araştırmada, çocuklarda düşük aile işlevselliği depresyon ve kaygı ile ilişkili bulunurken, diğer araştırmalardan farklı olarak OKB semptom şiddeti ile bir ilişkisi bulunamamıştır (Sawyer, Williams, Chasson, Davis, Chapman, 2015).

Barrett, Short ve Healy’nin (2002) araştırmasında OKB olan gençlerin anne ve babalarının, kaygı, dışsallaştırma ve klinik problemi olmayan gruptaki anne babalara göre çocuklarının bağımsızlıklarını daha az ödüllendirdikleri bulunmuştur (örneğin çocuğu sorunlarını çözme yolu hakkında düşünmeye teşvik etmek veya bağımsız düşünebilmesi konusunda model olmak gibi). OKB olan gençlerin ailelerinde yüksek düzeyde aşırı koruyuculuk (Wilcox ve ark., 2008) ve ebeveyn kontrolü (örneğin çocukların davranışları üzerinde kontrol) bulunmuştur (Hacıömeroğlu & Karanci, 2013; Timpano ve ark., 2010; Turgeon ve ark., 2002).

Barret ve ark. (2002) OKB’si olan genç ve ailesi arasında düşük düzeyde etkileşim olmasının, düşük düzeyde pozitif problem çözme (örneğin, çocukların bazı durumlara pozitif ya da kendilerine güvenli bir şekilde ulaşmasına yardım etmede başarısız olma), çocuklarının yeterliliklerine daha az güvenme (örneğin bir problemi çözebilecekleri veya bir sonuca ulaşabileceklerine dair ifade edilen inançların az oluşu veya olmayışı) ve etkileşimlerinde sıcaklığın az olması (düşük beden dili, göz kontağı, güzel bir ses tonu) ile karakterize olduğunu belirtmiştir. Aşırı düzen ve kontrol davranışları subklinik ebeveynlerin yaklaşık %50’sinde görülmüştür (Riddle, Scahill, King, Hardin, Towbin, Ort, Leckman, Cohen, 1990). Ayrıca aile içinde duyguların aşırı bir biçimde ifade edilmesinin OKB'nin şiddetini arttırabileceği belirtilmiştir (Bressi & Guggeri, 1996).

Aile içinde duyguların aşırı bir biçimde ifade edilmesi, aşırı kızgınlık, eleştirel ve duygusal aşırı müdahale ile karakterize olan aile çevresini ifade etmektedir (Waters, Barrett, 2000). Hibbs, Hamburger, Lenane, Rapoport, Kruesi, Keysor, Goldstein'in (1991) araştırmasında, duyguların aşırı bir biçimde ifade edilmesi OKB olan çocukların annelerinde %73 babalarında ise %46 gibi yüksek oranlarda saptanmıştır. Kontrol grubu anne ve babalarında ise bu oran sırasıyla %22 ve %31'dir. Aynı zamanda duyguların aşırı bir biçimde ifade edilmesi ailelerde anlamlı düzeyde psikiyatrik tanı bulunması ile ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlara paralel olarak Leonard, Swedo, Lenane, Rettew, Hamburger, Bartko, Rapoport'un (1993) araştırmasında da annelerin %77'sinde, babaların ise %49'unda duyguların aşırı ifade edilmesinin yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Duyguların aşırı bir biçimde ifade edilmesi, aile çevresinin düşmanca, eleştirel veya duygusal olarak aşırı müdahaleci olması ile karakterizedir. Bir gözden geçirme çalışmasında, araştırmalar pediatrik OKB ile ailenin ruhsal sağlığı (yüksek anksiyete semptomları, stres ve depresyon), aile uygulamaları (arttırılmış sorumluluk, düşük aile çocuk etkileşimi), aile dinamikleri (aile gerginlik ve stresi), ailenin semptomlara katılması (düşmanca ve semptomlara dahil olma davranışları) ve ailenin duygusal havası (duyguların aşırı bir biçimde ifade edilmesi, aileden alınan suçluluk, endişe ve kızgınlık) arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (Murphy, Flessner, 2015).

1.11 Aile Tutumu ve Obsesyon Boyutu

Aile tutumları OKB'nin yanı sıra, Obsesif Kompulsif Bozukluğun semptom boyutlarını da etkileyebilmektedir. Ailelerin daha az sıcaklık göstermesinin OKB'nin simetri ve düzen altboyutunu yordadığı saptanmıştır. Dolayısı ile sonuçlar işlevsel olmayan çocuk yetiştirme tutumlarının OKB gelişiminde önemli bir rolünün olduğunu altını çizmektedir. Buna ek olarak, olumsuz ebeveyn tutumu geç başlangıçlı OKB ve Obsesif Kompulsif Bozukluktan etkilenmemiş olan ailelerin vakalarında da görülmektedir (Lennerts, Grabe, Ruhrmann, Rampacher, Vogeley, Schulze-Rauschenbach, Ettelt, Meyer, Kraft, Reck, Pukrop, John, Freyberger, Klosterkötter, Maier, Falkai, Wagner, 2010). Bu sonuca benzer olarak Wilcox, Grados, Samuels, Riddle, Bienvenu, Pinto, Cullen, Wang, Shugart, Liang, Nestadt'ın (2008) araştırmasında da olumsuz ebeveyn tutumu ve OKB ilişkisi yalnızca Obsesif Kompulsif Bozukluktan etkilenmemiş olan ailelerde bulunmaktadır. Biriktirme boyutu ebeveyn tutumunu yordayan tek alt boyut olarak bulunmuştur, özellikle duygusal sıcaklığın düşük olduğu ailelerde görülmektedir.

Bu sonuçlar, ailelerin çocuk yetiştirme tutumu gibi sosyal ve kültürel faktörlerin, biyolojik ve genetik faktörlerin yanında OKB oluşmasına katkı sağladığını göstermektedir (Alonso, Menchon, Mataix-Cols, Pifarre, Urretavizcaya, Crespo, Jimenez, Vallejo, 2004). Bağlanma ve obsesif-kompulsif belirtiler arasındaki ilişkide obsesif inançların aracı rolünün incelendiği Vatan'ın (2015) araştırmasında kontrol değişkenlerinden cinsiyet ve yaş değişkeninin sadece kirlenme-temizleme belirtilerini yordadığı saptanmıştır. Kadın olmanın ve yüksek yaşın ise bu belirtiler için risk oluşturduğu bulunmuştur. Bağlanmanın kaygı boyutu ile başkalarına veya kendine zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler, kirlenme-temizleme belirtileri, düzen belirtileri arasındaki ilişkide sorumluluk-tehdit obsesif inançlarının aracı rolünün olduğu saptanmıştır. Ayrıca bağlanmanın kaygı boyutu ile kontrol etme obsesyon ve kompulsiyonları arasındaki ilişkiye de bakıldığında, hem sorumluluk-tehdit, hem de mükemmeliyetçilik-kesinlik obsesif inançlarının aracı rolünün olduğu belirlenmiştir.

1.12. Abartılmış Sorumluluk Bilinci ve Fonksiyonel Olmayan İnançlar

Bugüne kadar yapılan araştırma bulguları, obsesif-kompulsif semptomlara, bazı işlevsel olmayan inançların katkı sağladığını öne sürmektedir. Bu inançlar 3 alanda tanımlanmıştır: (a) mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük; hatalar ve mükemmel olmayan şeylerin tolere edilememesi ve kötü olayların olmayacağına ilişkin tamamen emin olma ihtiyacını içermektedir (b) düşüncelere aşırı önem verme ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı; istenmeyen düşüncelerin varlığının kötü bir şeyin habercisi olduğunu (örneğin; istenmiyor olsa bile kötü düşüncelerin kötü olaylara neden olacağı inancı) ve kişinin bu düşünceler üzerinde kontrol sağlaması gerekliliği inancını içermektedir (c) abartılmış sorumluluk ve tehlikeyi gözünde büyütme (olduğundan fazla tahmin etmek) ise; olma olasılığı çok düşük olan olumsuz olaylarda bile bunları önlemenin kişinin sorumluluğunda olduğu inancını içermektedir. Bu inançlar ve obsesif-kompulsif semptomlar kalıtsaldır, ortak genetik ve çevresel faktörlerin ürünüdür. İnançlar, obsesif-kompulsif semptomlar üzerinde ortalama %18 fenotipik varyansa sahiptir. Bu oran genetik faktörler için %36, çevresel faktörler için ise %47'dir (Taylor, Jang, 2011).

OKB'nin kognitif-davranışçı teorisine göre, girici düşüncelerin kendisinden çok bu kognisyonların yorumlanma şekli obsesif davranışı etkileyen önemli bir unsurdur. Yanlış yorumlamalar, kişinin önceki deneyimlerine bağlı olan öğrenilmiş varsayımlarından (zarar hakkındaki sorumluluk inançlarından) doğmaktadır.

Bu sorumluluk varsayımları, kritik bir olay ile aktive olmakta ve girici düşüncelerin zarar hakkında kişinin kendi sorumluluğu olduğu şeklinde yanlış yorumlanmaktadır. Obsesyonlar ve kompulsiyonların, negatif intrusif düşüncelerin (örneğin sevdiği birine zarar vermekle ilgili istenmeyen imajlar ve bunları düşünüyor olmanın kişinin bunu yapacağı anlamına geldiğini düşünmesi) yanlış yorumlanmasına yol açan işlevsel olmayan inançlardan doğduğu belirtilmektedir. Bu tür yanlış yorumlamaların ise kişide anksiyeteye sebep olduğunu ve bu intrusif düşünceleri ortadan kaldırmak ve zarar hakkında algılanan her bir sonucu engellemek amacıyla kişinin kompulsif ritüelleri kullanmasına yol açtığı ifade edilmektedir. İstenmeyen düşüncelerin geçici olarak yok olması ve stresi azaltması sebebiyle kompulsiyonlar aşırı ve kalıcı hale gelmekte ve pekişmektedir. Kompulsiyonlar aynı zamanda kişinin işlevsel olmayan intrusif düşüncelerinin ve inançlarının gerçekçi olmadığını fark etmesine de engel olmaktadır (örneğin kişinin istenmeyen zararlar ilişkili düşüncelerinin gerçekte zarar davranışına sebep olmayacağını öğrenememesi gibi) (Rachman, 1997; 1998; Salkovskis, Forrester, Richards, 1998). Klinik semptomlar (kaygı, depresyon, obsesyonlar) ve sorumluluk inançları ilişkisini inceleyen bir araştırmada (Salkovskis, Wroe, Gledhill, Morrison, Forrester, Richards, Reynolds ve Thorpe, 2000) sorumluluk algıları ve obsesyonel semptomlar arasında ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlar kognitif-davranışçı teorisinin hipotezini destekler niteliktedir ve obsesyonel problemlerin deneyiminde sorumluluk inançlarının önemli olduğu bulunmuştur. OKB'nin kognitif teorisiyle tutarlı olarak, Barret ve Healy'nin (2003) araştırmasında da OKB olan çocuklar anlamlı düzeyde daha yüksek sorumluluk ve daha düşük kognitif kontrol belirtmişlerdir. Benzer olarak, sorumluluk davranışları ve obsesif-kompulsif semptomları arasında anlamlı düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur (Altın & Karancı, 2008). Bazı önemli olayların negatif sonuçları ile ilgili sorumluluk algısı, OKB olan hastalar tarafından daha fazla rapor edilmiştir. Bu da abartılmış sorumluluk algılarının bazı özel olaylarla birlikte OKB'nin gelişimi açısından risk faktörü olabileceğini göstermektedir (Lawrence & Williams, 2011). OKB olan, diğer anksiyete bozuklukları olan ve OKB olmayan 11-18 yaşları arasındaki gençlerle yapılan araştırmada ise, OKB olan gençlerin anlamlı derecede daha yüksek abartılmış sorumluluk ve mükemmeliyetçilik (hatalarla ilgili fazla endişeli olma boyutu) puanları bulunmuştur (Libby, Reynolds, Derisley, Clark, 2004). Buna ek olarak, anne ve çocuk arasında mükemmeliyetçiliğin anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır (Pietrefesa, Schofield, Whiteside, Sochting, Coles, 2010). Yüksek düzeyde sorumluluk davranışlarının, obsesif-kompulsif semptomlarla pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır. Aile tutumlarının ise çocukların bu sorumluluk davranışlarının gelişiminde önemli bir etkisi olabilmektedir.

Ebeveynin aşırı koruyucu tutumu, çocuklarında sorumluluk duygularını arttırarak obsesif-kompulsif semptomları ve OKB gelişimini arttırmaktadır (Hacıömeroğlu, Karancı, 2013). Salkovskis (1999) OKB'li çocukların ailelerinin, çocuklarının kognitif süreçleri üzerinde etkileri olduğunu belirtmiştir. Bu etki, negatif sonuçlardan çocukların kendilerinin sorumlu olduğu inancı ve ailenin aşırı koruyucu, hatalar karşısında eleştirel tutumu, aile çevresinin yüksek düzeyde kaygılı olması sebebiyle dünyayı tehlikeli bir yer olarak algılamaları şeklinde görülmektedir. Sonuç olarak çocuklar, ailesi tarafından korunmazsa güvende olmayacağını hissedebilmektedir. Tehlikeler karşısında yeterli önlemi almadığı takdirde ebeveyni tarafından eleştirilme ve suçlanma ile de kompulsiyon gibi zarardan kaçınma davranışları oluşturmalarına sebep olabilmektedir. Salkovskis, Shafran, Rachman ve Freestone'a (1999) göre ailenin aşırı koruyucu ve kontrol davranışları ile kişi dünyayı tehlikeli olarak algılamakta ve kendisini ise bu tehlikelerle baş etmede yetersiz olarak görmektedir. Bazen bu aşırı koruma ve kontrol davranışları, çocuğun potansiyel tehlikeleri önlemede yeterli önlemi almak konusunda başarısız olduğu zaman, ailenin tekrar eden eleştirileri ile birleşebilmektedir. Bunlara ek olarak, aşırı koruyucu yetiştirme tutumunda, ailenin korku, dikkat ve kaçınma davranışları çocuğa model olabilmekte ve tehlike hakkında yorumlamalarını pekiştirebilmektedir. Bu sebeple, çocuk ve ergenlikteki ebeveyn-çocuk etkileşimleri ve ailenin devam eden aşırı koruyucu, kontrol ve eleştiri tutumları gelişimsel faktör olarak kişinin OKB geliştirme olasılığını arttırmaktadır. Bireyin, suçluluk, sorumluluk, veya kontrol varsayımları da OKB'de önemli bir rol oynamaktadır (örneğin bir davranışla ilgili kötü düşüncelerinin olmasının bu davranışı yapmakla aynı görülmesi ve zararı önleyememiş olmanın zarara sebep olmakla aynı olarak varsayılması gibi). Bu varsayımlar ise, ebeveynlerin katı tutumu ile pekişmektedir (Salkovskis, Shafran, Rachman, Freestone, 1999).

OKB'si olan çocuk-ergenler ve annelerinin obsesif inançlarının ilişkisini araştıran Pietrafesa ve arkadaşları (2010), zarar hakkında abartılmış sorumluluk bilinci ve tehlike algısının anne ve çocukta aynı düzeyde olduğunu bulmuşlardır. OKB'si olan gençler ile annelerinde abartılmış sorumluluk ve tehlike inançları açısından anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Bu sonuç, yüksek düzeyde sorumluluk inançları deneyimleyen annelerin çocuklarının da benzer abartılmış inançlara sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Özetle, ailelerin inançları ve bunun sonucunda oluşan davranışları (örneğin, kaygılı davranışlar sergileme, potansiyel tehlikelerin altını çizme gibi) ile ilişkili olarak çocukların bunu modelleyebileceğine işaret edilmektedir (Pietrafesa, Schofield, Whiteside, Sochting, Coles, 2010).

Örneğin Farrel Hourigan ve Waters (2013) araştırmalarında OKB olan ve olmayan çocuklar ile annelerini abartılmış sorumluluk bilinci açısından karşılaştırmıştır. OKB olan gençlerin annelerinin verilen görevle ilgili çocuklarının sorumluluk bilincini, diğer annelere göre anlamlı düzeyde daha çok yükselttiğini bulmuşlardır. Bu sonuçlar, OKB olan gençlerin özellikle annelerinin, çocuklarına gereğinden fazla sorumluluk bilinci yüklediğini göstermektedir. Lawrence ve Williams (2011) ise OKB tanısı alan ve olmayan ancak obsesif-kompulsif semptomlar gösteren ergenlerle yaptığı araştırmalarında, abartılmış sorumluluk iki grupta da benzer derecede bulunmuştur ancak OKB tanılı grubun bazı olaylar için (rneğin bazı olaylarda bir davranışta bulunmaları veya bulunmamalarının kendileri ve başkaları için negatif sonuçları olacağı) daha yüksek sorumluluk gösterdiğini saptamışlardır.

Bu araştırmanın amacı Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı almış ocuk ve ergenlerdeki obsesif-kompulsif belirti dağılımı ile bu hastaların ailelerindeki obsesif kompulsif belirti dağılımı ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır. Obsesif Kompulsif Bozukluk, bireylerin yaşam kalitesinde ciddi bozulmalara yol açmaktadır. Aynı zamanda araştırmalar, OKB olan ocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde de obsesif kompulsif semptomlar bulunduğunu ve ebeveyn tutumlarının obsesif kompulsif semptom gelişiminde etkili olduğunu göstermektedir. Bu sebeple, bu araştırmada OKB tanısı almış ocuk ve ergenlerin belirti dağılımı ile ebeveynlerindeki obsesif kompulsif belirti dağılımı ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin Türk toplumundan seçilecek bir örnekleme çalışılması ile alan yazınına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Buna ek olarak, OKB tanılı bireylerde mevcut obsesif-kompulsif semptom boyutlarının ve bunların şiddetinin ayrıntılı olarak tanımlanması ile de alan yazınına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM 2

YÖNTEM

OKB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin obsesif kompulsif belirtileri ile ebeveynlerinin obsesif kompulsif belirtileri ve anne baba tutumları arasında ilişki olabileceği hipotezinden yola çıkılarak bu araştırma planlanmıştır. Bu doğrultuda çocuklardaki OKB'nin şiddeti ve buna ek olarak her bir alt boyut şiddetinin yordanması amacıyla ebeveyn tutumları ve ebeveynlerin obsesif kompulsif belirtileri incelenmiştir. Araştırma var olan durumu var olduğu şekliyle göstermeyi amaçlayan tarama modelinde betimsel bir çalışmadır. Bu bölümde sırasıyla katılımcıların özellikleri, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, veri toplama işlemi ve veri çözümleme yöntemleri açıklanmıştır.

2.1. Katılımcılar

Araştırma grubuna, OKB tanısı bulunan 18 çocuk ve ergen hasta, kontrol grubuna daha önce OKB tanısı almamış 18 çocuk ve ergen dahil edilmiştir. OKB olan grubun örnekleme kota örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Araştırma grubu, 2016 yılı içerisinde özel bir psikolojik danışmanlık merkezine tedavi için başvuran, alanında deneyimli bir çocuk ve ergen psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilerek OKB tanısı konulan 7-18 yaşları arası 18 çocuk-ergen hasta grubundan ve onların annelerinden oluşmaktadır. Araştırma grubu 7 kız (% 38.9) ve 11 erkek (% 61.1) hastadan oluşmuştur. Bu gruptaki hastaların yaş ortalaması 13.28 ($SS=3.195$) olarak bulunurken, katılımcıların annelerinin yaş ortalaması 39 ($SS=5.72$) olarak tespit edilmiştir. Kontrol grubunun katılımcıları uygunluk ve kota örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Kontrol grubuna OKB tanısı almamış, normal gelişim gösteren, 7-18 yaşları arası 18 çocuk-ergen (9 erkek, 9 kız) ve onların anneleri dahil edilmiştir. Bu gruptaki çocuk ve ergenlerin yaş ortalaması 12.94 ($SS=3.87$) annelerinin yaş ortalaması ise 40.39'($SS=5.24$) olarak bulunmuştur. Araştırma grubunda obsesif-kompulsif semptomlarının ortalama başlangıç yaşı 10.72 olarak bulunmuştur. ($SS=3.36$)

Tablo 2.1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

	Kız		Erkek	
	n	%	n	%
OKB grubu	7	%38.9	11	%61.1
Kontrol grubu	9	%50.0	9	%50.0
Toplam	16	%44.4	20	%55.6

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine yönelik bilgiler (ebeveynlerin öğrenim düzeyleri, meslekleri, ekonomik durumları, ailede ruhsal veya fiziksel hastalık öyküsü, anne-baba sağlık durumları, katılımcıların okul başarısı, kardeş durumları, tıbbi rahatsızlık bulunma durumu, obsesif-kompulsif semptomlar ile ilgili ebeveynden onay alma davranışının olup olmadığı, ve OKB'nin günlük yaşamda sorun olduğu alanlar) bulgular bölümünde ayrıntılı bir şekilde sunulmuştur.

Hem araştırma hem de kontrol grubunda araştırmaya, katılımcıların ebeveynlerinden herhangi birinin dahil edilmesi amaçlanmış, ancak sadece anneler çalışmaya katılmıştır. Araştırma OKB tanısı alan ve henüz tedavisi başlamamış kişiler ile yapılmıştır. Ancak bu kriterlere uyan yeterli katılımcıya ulaşılamaması sebebi ile tedavisi başlamış olan bireyler de araştırmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların tedavi görmeye başlamış olanlarının, hala OKB semptomları gösteren hastalar içerisinde seçilmesine dikkat edilmiştir.

2.2 Veri Toplama Araçları

2.2.1. Sosyodemografik (Kişisel) Bilgi Formu

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup katılımcı çocuk-ergen ve aile bireylerinin sosyodemografik verilerini toplama amacı ile uygulanmıştır. (Ebeveynin yaşı, öğrenim düzeyi, mesleği, medeni durumu, evde yaşayan aile bireyleri, gelir durumu, ruhsal veya fiziksel hastalık öyküsü, çocuğun cinsiyeti, yaşı, sınıfı, kardeş bilgileri, okul başarısı, bakım vereni, tıbbi hastalığı ve obsesif takıntılar ile ilgili onay alma davranışı ve bunların günlük yaşamda en çok sorun olduğu alanlar gibi sosyodemografik bilgileri içermektedir).

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

Obsesif Kompulsif semptomların türünü ve toplam şiddetini ölçmek üzere Goodman, Price ve Rasmussen tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 19 maddeden oluşan yarı yapılandırılmış bir görüşme ile doldurulur ve değerlendirme klinisyen tarafından yapılır. Semptomlar hastanın zamanını alma, normal yaşamı etkileme, öznel rahatsızlığa neden olma ve semptomlarını kontrol edebilme vb. derecelerine göre 0-4 arasında değişen puanlar alır. Daha sonra bireyin genel obsesyon puanı, genel kompulsiyon puanı ve toplam puan klinisyen tarafından hesaplanır. Toplam puan hesaplanırken yalnızca ilk 10 madde (madde 1b ve 6b dışında) kullanılır. Obsesyon (1-5), kompulsiyon (6-10) alt toplam puanı ve OKB toplam puanı (1-10) olmak üzere her biri ayrı ayrı puanlanmaktadır ve alınabilecek en yüksek puan 40'tır. Ölçekte yer alan diğer 9 soru ise klinik bilgi için kullanılmaktadır. Ölçeğin yanında bireyin o anki semptomlarını tanımlamasına yardımcı olmak için Y-BOCS Semptom Kontrol Listesi kullanılır. Ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması Karamustafaoğlu ve ark. (1993) tarafından yapılmıştır ve Cronbach alfa katsayısı 0.81 olarak bulunmuştur.

2.2.3. Boyutsal Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Bozukluk Ölçeği (DY-BOCS)

DY-BOCS, ilk olarak Rosario-Campos ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçeğin geliştirilmesindeki amaç çocuk ve ergenlerde mevcut obsesif-kompulsif semptom boyutlarının varlığını ve şiddetini değerlendirmektir. Ölçekte toplam 6 obsesif-kompulsif semptom boyutunun ayrıntılı olarak tanımlanması esastır. DY-BOCS'un geçerlik çalışması ilk olarak İngiltere'de yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması Güler ve arkadaşları (2016) tarafından yapılmıştır ve Cronbach alpha değeri saldırganlık alt boyutu için .96, cinsel ve dini obsesyon ve kompulsiyonlar alt boyutu için .94, simetri için .93, kirlenme-bulaşma için .95, biriktirme ve istifleme için .95 ve diğer boyutlar için .94 bulunmuştur.

DY-BOCS, görüşmeye dayalı yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İki bölüm halinde obsesif kompulsif semptom boyutlarının varlığını ve şiddetini değerlendirir. İlk kısım hasta tarafından doldurulan 88 maddelik semptom tarama listesidir. Küçük çocukların bunu yalnız doldurması sağlıklı olmayacağı için ölçeği uygulayan kişinin yardımı ile soru cevap tarzında doldurulması önerilmektedir. İkinci kısımda testi uygulayan kişi tarafından hasta ile görüşülerek her bir boyutun semptomları ve şiddeti değerlendirilir. Klinisyen her bir belirti boyutu için şiddet değerlendirmesi ve ayrıca OKB'nin toplam şiddetinin değerlendirmesini yapar.

Bu ölçekte değerlendirilen semptom boyutları:

- Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar
- Cinsel ve dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar
- Simetri, sıralama, sayma, düzenleme obsesyon ve kompulsiyonları
- Kirlenme-bulaşma obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları
- Biriktirme ve istifleme obsesyon ve kompulsiyonları
- Bedensel obsesyonlar ve kompulsiyonlar
- Diğer obsesyon ve kompulsiyonlar (bilme hatırlama ihtiyacı, batıl inançlar, uğurlu-uğursuz sayılar, özel anlamı olan renkler, istenmeyen zihne gelen anlamsız ses, müzik, görüntüler, aşırı liste yapma, rutin davranışları tekrarlama ile ilgili)
- Obsesif-kompulsif yelpazede yer alan diğer obsesyon ve kompulsiyonlar (yakın bir aile bireyinden ayrı kalma endişesi, sevilen birini kaybetmemek amacıyla yapılan ritüeller, başka birine dönüşme obsesyonları, gözleri dikip bakma ritüelleri, obsesif bir şekilde düşünülen biri hakkında düşünmekten kurtulmak için yapılan kompulsiyonlar, vücudun bir kısmı veya dış görünüş ile ilgili kaygılar, bu kaygılar nedeniyle kontrol davranışları, yemek ile ilgili obsesyonlar, fiziksel egzersiz ile ilgili obsesyon ve kompulsiyonlar)

Her bir belirti boyutu için şiddet değerlendirmesi 3 aşamada yapılır:1-Bu obsesyon ve kompulsiyonların geçen hafta boyunca hastanın ne kadar zamanını aldığı 0-5 arasında puanlanır. 2-Bu obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonların geçen hafta boyunca ne kadar sıkıntıya neden olduğu 0-5 arasında puanlanır. 3-Bu obsesyon ve kompulsiyonların aile yaşamını ve arkadaş ilişkilerini, iş ya da okuldaki başarılarını geçen hafta boyunca ne kadar etkilediği 0-5 arasında puanlanır. Ayrıca klinisyen hastanın obsesif kompulsif semptomlarının genel belirti şiddeti puanını 0-15 arasında puanlar, işlevsellikte bozulmayı 0-15 arasında puanlar ve bu ikisini toplayarak da genel OKB şiddetini bulur ki bu da 0-30 arasında bir puana karşılık gelmektedir.

2.2.4. Anne Baba Tutum Envanteri

Araştırmada anne-baba tutumunu belirlemek için, ilk olarak Kuzgun (1972) tarafından geliştirilen ancak uygulamada elde edilen sonuçlar doğrultusunda, alt ölçeklerin birbirinden bağımsız ölçme yapamaması ve test tekrar test uygulamasından elde edilen korelasyon katsayısı sonuçlarının düşük olması sebebiyle ölçek yeniden ele alınıp geliştirilmiştir (Kuzgun ve Eldeleklioğlu, 2005).

1992-1993 öğretim yılında Gazi Üniversitesi İdari Bilimler Fakültesinde öğrenim gören 100 öğrenciye güvenilirlik geçerlik çalışması için uygulama yapılmıştır. Faktör analizi sonuçlarına göre ölçek birbirinden bağımsız 3 boyuttan ve toplam 40 maddeden oluşmaktadır. 15 madde demokratik tutumu (1, 2, 6, 7, 13, 14, 15, 20, 21, 22, 29, 30, 36, 37, 39) 15 madde koruyucu-istekçi tutumu (4, 9, 10, 11, 17, 18, 19, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 33, 34) 10 madde otoriter tutumu (3, 5, 8, 12, 16, 23, 31, 35, 38, 40) ölçmektedir. Ölçek maddeleri 5 basamaklı Likert tipi derecelendirmeye ölçülmektedir (E=Tamamen uygun, D=Uygun, C=Biraz uygun, B=Pek uygun değil, A=Hiç uygun değil). Koruyucu-istekçi ve demokratik tutum alt ölçeklerinden en yüksek 75, en düşük 15 puan, otoriter tutum alt ölçeğinden alınabilecek en yüksek 50, en düşük ise 10 puandır. Anne-baba tutum alt ölçeklerinde puanlar yükseldikçe bireylerin işaretledikleri tutumu algılama düzeyleri doğru orantılı olarak artmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları demokratik tutum için .89, koruyucu-istekçi tutum için .82, otoriter tutum için .78 olarak hesaplanmıştır.

2.2.5. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme

Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (K-SADS-PL)

Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı konulan çocuk ve ergenlerin tanı kriterlerinin sorgulanması amacıyla bu ölçek kullanılmıştır. Ölçek 6-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik bozuklukları DSM-IV' e göre taramak amacıyla Kaufman ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Ölçekte her bir belirtiyi değerlendirmek için belli tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri mevcuttur ve tarama kısmında pozitif belirtiler tespit edilirse tanıyı doğrulamak için sorun olan tanı kategorisine ait ekteki sorulara geçilir. Görüşmede belirti şiddeti 'yok', 'eşik altı' ve 'eşik' şeklinde derecelendirilir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler, Ünal, Pehlivan Türk, Kültür, Akdemir, Taner (2004) tarafından yapılmıştır.

Anksiyete Bozuklukları için geçerliliğin kappası değeri .517 olarak bulunurken, değerlendiriciler arası güvenilirlik .625, test-tekrar test güvenirligi ise .783 kappası değeri olarak bulunmuştur.

2.2.6. Padua Envanteri

Sanavio tarafından 1988 yılında geliştirilen ve 60 sorudan oluşan form, 1992 yılında Van Oppen ve arkadaşları tarafından 41 soruluk forma uyarlanmıştır. Obsesif Kompulsif belirtilerin şiddetinin ve baskın olan belirti dağılımının belirlenmesinde kullanılır.

Sadece gözlenebilir kompulsif davranışların dışında (temizlik/kontrol) gizli ya da zihinsel olarak yapılanları da değerlendirme imkanı vermektedir. Alt ölçekler temizlik (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10), düşüncelere kapılma (11,24,25,26,27,28,29,30,31,34), dürtüler (35,36,37,38,39,40,41), kontrol (16,17,18,19,20,21,22,23), kesinlik (12,13,14,15,32,33) maddelerinden oluşmaktadır. Bir öz bildirim ölçeği olup, 0-4 arasında puanlandırılır. Her bir test maddesinde yer alan '0' puanı, tanımlanan belirtinin hiç yaşanmaması ya da rahatsız edici olmamasına, '4' puanı ise aşırı derecede yaşanması ya da rahatsız edici olmasına karşılık gelmektedir. Puanlama maddelere karşılık gelen yanıtların toplanması ile yapılır ve tüm alt ölçeklerden elde edilen puanların toplanması ile toplam puan elde edilir. Toplam puanlardaki artış, obsesif kompulsif belirtilerin düzeylerindeki artışla doğru orantılıdır. Türkçeye 2005 yılında Beşiroğlu, Ağargün, Boysan, Eryonucu, Güleç ve Selvi tarafından uyarlanmıştır ve güvenirliği .95 olarak hesaplanmıştır.

2.3. Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama işlemi başlamadan önce araştırma protokolü, Işık Üniversitesi Etik Kurul Komitesi tarafından onaylanmıştır. Katılımın gönüllülük esasına göre olduğu bu çalışmada, uygulama öncesinde tüm katılımcılara bilgi verilmiş ve katılımcılardan hem çocuklarının hem de kendilerinin bu araştırmada yer almayı onayladıklarına dair imzalı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Veriler uygulama yapılacak merkez ile önceden görüşülerek hem merkez hem de aileler için uygun olan gün ve saatte araştırmacı tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış görüşme formu ve ölçekler kullanılarak toplanmıştır. Uygulama her bir katılımcı için yaklaşık 2 saat sürmüştür. Araştırmada OKB olan araştırma grubu için 25 kişiye ulaşılmış ancak 18'i araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Uygulama sırasında katılımcılara veri toplama araçları hakkında bilgi verilmiş, soruları kendilerini en iyi yansıtacakları şekilde yanıtlamaları, yanıtların gizli tutulacağı ve cevaplarda samimi olunmasının en doğru sonuca ulaşmayı sağlayacağı ifade edilmiştir.

Öncelikli olarak sosyodemografik bilgi formu ebeveyn tarafından doldurulmuştur. Sonrasında, daha önce Çocuk ve Ergen Psikiyatri uzmanı tarafından görülerek OKB tanısı almış olan hastanın tanısının K-SADS-PL ile konfirme edilmesi amacı ile bu ölçeğin OKB kısmına ilişkin sorular hastaya ve ebeveynine yöneltilmiştir. Daha sonra ebeveyne obsesif kompulsif belirti dağılımını değerlendirmek üzere Padua Envanteri verilmiştir.

Ek olarak ebeveynde OKB olup olmadığını görmek amacı ile ebeveyn ile Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Bozukluk Ölçeği üzerinden görüşülmüştür. Daha sonra çocuk ve ergen ile DY-BOCS üzerinden görüşme yapılmıştır ve soruları anlamakta zorluk çeken yaşı biraz daha küçük olan hastaların anneleri ile de çocuklarının verdiği bilgiler konfirme edilmiştir. Ek olarak hastaya Padua Envanteri ve Anne-Baba Tutum Envanteri verilmiştir. Araştırma sonunda katılımları için katılımcılara teşekkür edilmiştir.

2.4. Verilerin Çözümlemesi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı) 24.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Öncelikle veri toplama araçlarından elde edilen verilerin programa aktarımı yapıldıktan sonra, veriler üzerinde gerekli işlemler yapılmıştır. Araştırmanın değişkenlerini çocuk ve ergenlerin geçmişte ve şu anda var olan her bir OKB alt boyut şiddeti ve toplam şiddetleri, annelerin geçmişte ve şu anda var olan obsesyon ve kompulsiyon semptomları ve OKB toplam şiddeti, annelerin ve çocuklarının 'Padua Envanteri' alt boyutları ve anne baba tutumları oluşturmuştur.

Analize geçmeden öncelikle elde edilen verilerin normal dağılıp dağılmadığı normallik analizleri ile incelenmiştir. Mevcut çalışmadaki gruptaki katılımcı sayısı (n=18) olduğundan Saphiro Wilk normallik testi kullanılmıştır (Can, 2014). Analiz sonucunda normallik gösteren değişkenlerin az sayıda olması ve katılımcı sayısının az olması sebebi ile araştırmada non-parametrik analizler kullanılmasına karar verilmiştir. Grup karşılaştırmaları için Mann Whitney U testi, ilişkisellik analizleri için Spearman Sıra Farkı Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Ayrıca grupların sosyodemografik değişkenler açısından dengeli olup olmadığını test etmek üzere kategorik değişkenler için ki kare testi ile sürekli değişkenler için ise t-testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak alınmıştır.

BÖLÜM 3

BULGULAR

Araştırmanın amaçları doğrultusunda gerçekleştirilen analizlere geçmeden önce demografik değişkenler açısından grupların durumu incelenmiştir. Bölüm bu analizlerle başlayacaktır. İzleyen aşamada grup karşılaştırmalarına yönelik istatistiksel analiz sonuçları rapor edilecektir.

3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan OKB olan grubun yaş ortalaması 13.28 ($SS=3.19$), annelerinin yaş ortalaması 39.39 ($SS=5.72$), semptom başlangıç yaşlarının ortalaması ise 10.72'dir ($SS=3.36$). OKB olmayan karşılaştırma grubunun ise yaş ortalaması 12.94 ($SS=3.87$), annelerinin yaş ortalaması 40.39'dur ($SS=5.24$).

Tablo 3.1 Katılımcıların Yaş Dağılımları

	OKB Olan Grup		OKB Olmayan Grup		t	df	p
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS			
Çocuk Yaş	13.28	3.19	12.94	3.87	.282	34	.780
Anne Yaş	39.39	5.72	40.39	5.24	-.547	34	.588
Semptom Başlangıç Yaşı	10.72	3.36	0.00	0.00	13.550	17.000	.000

Tablo 3.2'de gösterildiği üzere, OKB olan grupta annelerin %27.8'i ilkokul mezunu, %16.7'si ortaokul mezunu, %33.3'ü lise mezunu, %22.2'si üniversite mezunu ve babaların %27.8'i ilkokul, %11.1'i ortaokul mezunu, %38.9'u lise mezunu ve %22.2'si üniversite mezunudur.

Kontrol grubunda ise annelerin %5.6'sı ilkokul mezunu, % 22.2'i ortaokul mezunu, %50'si lise mezunu, %22.2'si üniversite mezunu, babaların ise %33.3'ü ortaokul mezunu, %38.9'u lise mezunu, %22.2'si üniversite mezunudur ve %1'i doktora yapmıştır.

OKB grubunda babaların meslekleri açısından işçi ve serbest meslek alanlarında en yüksek dağılım görülmüştür. Buna benzer olarak kontrol grubunda da serbest meslek en yüksek dağılımı göstermektedir. Annelerin çalışma durumuna bakılacak olduğunda ise toplamda %69.4'ünün ev hanımı olduğu, %30.6'sının ise çalıştığı görülmektedir. OKB ve kontrol grubu annelerinin de benzer şekilde daha çok ev hanımı olduğu görülmüştür.

Katılımcıların ekonomik düzeyine bakıldığında OKB olan grup ve kontrol grubunda Tablo 3.2'de de görüldüğü gibi ekonomik düzeyler eşittir. OKB olan grup ile kontrol grubunun sosyoekonomik durumları eşitlik göstermektedir.

Araştırma ve kontrol gruplarının her ikisinde de katılımcıların çoğunda ailede ruhsal ve fiziksel hastalığın bulunmadığı görülmektedir. Ancak araştırma grubunda kontrol grubuna kıyasla daha fazla aile öyküsü bildirilmiştir. Anne ve babaların sağlık durumlarına gruplara göre bakıldığında, OKB olan çocukların annelerinin %55'inde fiziksel veya ruhsal bir rahatsızlık bulunmamakta, %11.1'inde sadece ruhsal, % 11.1'inde sadece fiziksel, %22.2'sinde ise hem ruhsal hem de fiziksel hastalık bulunmaktadır. Babalarında ise %38.9'unda sadece fiziksel, %22.2'sinde sadece ruhsal hastalık bulunmakta, %38.9'unda ise ruhsal veya fiziksel hastalık öyküsü bulunmamaktadır. Kontrol grubu annelerinin ruhsal ve fiziksel hastalık durumlarına bakıldığında ise %11.1'inde sadece fiziksel, %5.6'sında sadece ruhsal ve %83.3'ünde ise ruhsal ya da hastalık öyküsü bulunmamaktadır. Babalarının ise %16.7'sinde sadece fiziksel, %16.7'sinde sadece ruhsal, %66.7'sinde ise ruhsal ya da fiziksel hastalık öyküsü bulunmamaktadır. Kontrol grubu babalarının ve annelerinin, OKB olan gruptaki babalar ve annelere göre fiziksel ya da ruhsal bir rahatsızlığın bulunmaması durumunu daha yüksek derecede belirtmişlerdir. Aynı zamanda OKB olan grupta, kontrol grubuna göre daha yüksek oranlarda ruhsal ve fiziksel hastalık bildirilmiştir.

Katılımcıların %91.7'si evinde çekirdek aile ile yaşamaktadır. %8.3'ü ise geniş aile ile yaşamaktadır. Araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin %88.9'unun ailesi evli ve birlikte yaşamaktadır. %11.1'inin ise anne veya babasından biri ölmüştür. Kontrol grubunun ise %94.4'ünün ailesi evli ve birlikte yaşıyorken, %5.6'sı boşanmıştır.

Okul başarısı ise kontrol grubunda (%72.2) OKB olan araştırma grubundan (%55.6) daha fazla 'iyi' olarak ifade edilmektedir. Okul başarısının 'orta' olarak ifade edilmesi ise araştırma grubunda (%38.9) kontrol grubuna göre (%22.2) daha fazladır. Okul başarısının 'kötü' olması ise her iki grupta da eşit oranda görülmektedir (%5.6).

Katılımcıların hepsi bebeklik ve çocuklukta en uzun süre bakımını sağlamış olan kişinin ‘anne’ olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların çoğunda tıbbi bir hastalık bulunmamaktadır. Gruplar açısından bakıldığında ise eşit oranlar olduğu görülmektedir.

Araştırma grubunda obsesif kompulsif semptomların ortalama başlangıç yaşı 10.72 olarak bulunmuştur ($SS=3.36$). Bu grubun tamamında (%100) obsesif kompulsif semptomlar ile ilgili annelerinin onayını alma davranışı bulunmaktadır.

Obsesyonlar günlük yaşamda en çok evde tartışmalar, sosyal ilişkilerde bozulmalar, okul başarısında etkilenme ve yetişememe-geç kalma gibi zaman yönetimi alanlarının hepsinde bozulmaya sebep olmaktadır (%33.3). Bu bulgular Tablo 3.2’de gösterilmektedir.

Tablo 3.2 Sosyodemografik Verilerin Betimsel İstatistiği

		OKB grubu		OKB olmayan grup		X ²	df	p
		n	%	n	%			
Cinsiyet	Kız	7	%38.9	9	%50	.450	1	.502
	Erkek	11	%61.1	9	%50			
Anne Öğrenim Düzeyi	İlkokul	5	%27.8	1	%5.6	3.410	3	.333
	Ortaokul	3	%16.7	4	%22.2			
	Lise	6	%33.3	9	%50.0			
	Üniversite	4	%22.2	4	%22.2			
Baba Öğrenim Düzeyi	İlkokul	0	%0.0	5	%27.8	8.000	4	.092
	Ortaokul	6	%33.3	2	%11.1			
	Lise	7	%38.9	7	%38.9			
	Üniversite	4	%22.2	4	%22.2			
Gelir Durumu	Doktora	1	%5.6	0	%0.0	.000	2	1.000
	Düşük	1	%5.6	1	%5.6			
	Orta	14	%77.8	14	%77.8			
Ailede Ruhsal Fiziksel Hastalık Öyküsü	Yüksek	3	%16.7	3	%16.7	2.215	1	.137
	Var	11	%61.1	15	%83.3			
Anne Sağlık	Yok	7	%38.9	3	%16.7	5.333	3	.149
	Yok	10	%55.6	15	%83.3			
	Sadece fiziksel	2	%11.1	2	%11.1			
	Sadece ruhsal	2	%11.1	1	%5.6			
	Her ikiside	4	%22.2	0	%0.0			
Baba Sağlık	Yok	7	%38.9	12	%66.7	3.059	2	.217
	Sadece fiziksel	7	%38.9	3	%16.7			
	Sadece ruhsal	4	%22.2	3	%16.7			
	Kötü	1	%5.6	1	%5.6			
Çocuk Okul Başarı	İyi	10	%55.6	13	%70.0	1.209	2	.546
	Orta	7	%38.9	4	%22.2			
Tıbbi Hastalık	Yok	15	%83.3	15	%83.3	.000	1	1.000
	Var	3	%16.7	3	%16.7			
Onay Alma	Evet	18	%100.0	0	%0.0	36.000	1	.000
	Hayır	0	%0.0	18	%100.0			

Tablo 3.2. Devamı

	n	%	n	%	X ²	df	p
Günlük Sorunlar							
Ev, Okul, Sosyal ilişki ve zaman yönetiminde sorunlar (hepsi)	6	%33.3	0	%0.0	32.211	5	.000
Okul ev ve sosyal ilişki bozulma	2	%11.1	0	%0.0			
Evde tartışmalar ve zaman yönetiminde sorunlar	2	%11.1	0	%0.0			

Not. * p< .05, N=18 OKB olan araştırma grubu, N=18 OKB olmayan kontrol grubu

3.2. Çocuk Ergen ve Annelerinde Görülen Obsesyon-Kompulsiyon Semptom Boyutları ve Şiddeti

OKB olan çocuk ve ergenlerde en çok sırasıyla zarar hakkındaki obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar ($\bar{X}=7.28$, $SS=4.39$), sıralama simetri sayma tekrar tekrar yapma ve her şeyin tam ayarında olması ihtiyacı ($\bar{X}=6.89$, $SS=3.71$), cinsel ve dini içerikli obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar ($\bar{X}=6.17$, $SS=4.03$), obsesif kompulsif yelpazede yer alan diğer obsesyon ve kompulsiyonlar ($\bar{X}=5.83$, $SS=4.25$), kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları ($\bar{X}=5.44$, $SS=4.25$) alt boyut alanları görülmektedir. Çocuklarda geçmişte, şimdi var olan boyutlar ile aynı şekilde en çok zarar hakkındaki obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar ($\bar{X}=4.94$, $SS=4.49$), sıralama simetri sayma tekrar tekrar yapma ve her şeyin tam ayarında olması ihtiyacı ($\bar{X}=3.44$, $SS=2.96$) cinsel ve dini içerikli obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar ($\bar{X}=3.28$, $SS=3.49$), kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları ($\bar{X}=2.72$, $SS=2.86$) altboyut alanları görülmektedir.

Tablo 3.3. DY-BOCS Semptom Boyutları ve Toplam Şiddeti

		N	Min	Max	\bar{X}	SS
DY-BOCS Zarar	OKB olan	18	0.00	13.00	7.28	12,39
	OKB olmayan	18	0.00	4.00	1.22	1.35
	Toplam	36	0.00	13.00	4.25	4.44
DY-BOCS Cinsel Dini	OKB olan	18	0.00	12.00	6.17	4.03
	OKB olmayan	18	0.00	3.00	0.44	0.85
	Toplam	36	0.00	12.00	3.30	4.08
DY-BOCS Sıralama Simetri Sayma	OKB olan	18	0.00	12.00	6.89	3.71
	OKB olmayan	18	0.00	4.00	1.44	1.62
	Toplam	36	0.00	12.00	4.17	3.95
DY-BOCS Kirlenme Temizlik	OKB olan	18	0.00	15.00	5.44	5.37
	OKB olmayan	18	0.00	5.00	1.67	1.88
	Toplam	36	0.00	15.00	3.55	4.40
DY-BOCS Biriktirme Toplama	OKB olan	18	0.00	9.00	2.67	3.22
	OKB olmayan	18	0.00	4.00	0.72	1.36
	Toplam	36	0.00	9.00	1.69	2.63
DY-BOCS Bedensel	OKB olan	18	0.00	13.00	2.17	4.00
	OKB olmayan	18	0.00	3.00	0.55	0.98
	Toplam	36	0.00	13.00	1.36	2.99
Diğer	OKB olan	18	0.00	13.00	4.94	4.36
	OKB olmayan	18	0.00	2.00	0.28	0.57
	Toplam	36	0.00	13.00	2.61	3.87
OKB Yelpazede Diğer	OKB olan	18	0.00	13.00	5.83	4.24
	OKB olmayan	18	0.00	7.00	1.55	2.15
	Toplam	36	0.00	13.00	3.69	3.96
OKB Toplam Şiddet	OKB olan	18	7.00	14.00	10.72	1.96
	OKB olmayan	18	0.00	3.00	1.39	0.98
	Toplam	36	0.00	14.00	6.05	4.97
OKB Global Şiddet	OKB olan	18	13.00	29.00	22.55	4.60
	OKB olmayan	18	0.00	6.00	1.89	1.81
	Toplam	36	0.00	29.00	12.22	11.03

Bütün obsesyon ve kompulsiyonların OKB olan grupta toplam şiddetinin ortalaması 10.72'dir ($SS=1.96$). Global şiddet ortalaması ise 22.55'dir ($SS=4.60$). Annelerde ise en çok görülen obsesyonlar sırasıyla; kirlenme obsesyonları ($\bar{X}=2.78$, $SS=2.76$), diğer obsesyonlar ($\bar{X}=2.50$, $SS=3.13$), saldırganlık obsesyonları ($\bar{X}=1.94$, $SS=2.31$), cinsel obsesyonlar ($\bar{X}=0.56$, $SS=0.23$), dini obsesyonlardır ($\bar{X}=0.55$, $SS=0.78$). En çok görülen kompulsiyonlar ise; kontrol etme kompulsiyonları ($\bar{X}=1.89$, $SS=1.57$), diğer kompulsiyonlar ($\bar{X}=1.50$, $SS=2.41$), temizleme yıkama kompulsiyonları ($\bar{X}=0.72$, $SS=1.23$) ve tekrarlayıcı törensel davranışlardır ($\bar{X}=0.44$, $SS=0.70$). Geçmişte annelerde en çok görülen obsesyonlar ise diğer obsesyonlar ($\bar{X}=2.50$, $SS=3.18$), saldırganlık obsesyonları ($\bar{X}=2.39$, $SS=2.50$), kirlenme obsesyonları ($\bar{X}=2.05$, $SS=2.41$), dini obsesyonlardır ($\bar{X}=0.67$, $SS=0.77$). Geçmişte en çok görülen kompulsiyonlar ise diğer kompulsiyonlar ($\bar{X}=1.44$, $SS=2.50$), kontrol etme kompulsiyonları ($\bar{X}=1.44$, $SS=1.72$), temizleme yıkama kompulsiyonlarıdır ($\bar{X}=0.61$, $SS=1.09$).

Tablo 3.4. Y-BOCS Semptom Boyutları ve Şiddeti

		N	Min	Max	\bar{X}	SS
Y-BOCS Saldırganlık Obsesyonları	OKB olan	18	0.00	7.00	1.94	2,31
	OKB olmayan	18	0.00	2.00	0.55	0.78
Y-BOCS Kirlenme Obsesyonları	OKB olan	18	0.00	9.00	2.78	2.75
Y-BOCS Cinsel Dini Obsesyonlar	OKB olmayan	18	0.00	7.00	1.83	2.43
	OKB olan	18	0.00	1.00	0.05	0.23
	OKB olmayan	18	0.00	0.00	0.00	0.00
Y-BOCS Biriktirme Saklama Obsesyonları	OKB olan	18	0.00	3.00	0.33	0.77
Y-BOCS Dini Obsesyonlar	OKB olmayan	18	0.00	1.00	0.11	0.32
	OKB olan	18	0.00	2.00	0.55	0.78
Y-BOCS Eşyaların Simetrikliği Düzeni Obsesyonları	OKB olmayan	18	0.00	2.00	0.22	0.55
	OKB olan	18	0.00	2.00	0.44	0.70
	OKB olmayan	18	0.00	1.00	0.33	0.48
Y-BOCS Temizleme Yıkama Kompulsiyonları	OKB olan	18	0.00	4.00	0.72	1.23
	OKB olmayan	18	0.00	2.00	0.39	0.70
Y-BOCS Kontrol Etme Kompulsiyonları	OKB olan	18	0.00	6.00	1.89	1.57
	OKB olmayan	18	0.00	3.00	0.55	0.85
Y-BOCS Tekrarlayıcı Törenselle Davranışlar	OKB olan	18	0.00	2.00	0.44	0.70
	OKB olmayan	18	0.00	2.00	0.11	0.47
Y-BOCS Sayma Kompulsiyonları	OKB olan	18	0.00	1.00	0.22	0.43
	OKB olmayan	18	0.00	1.00	0.05	0.23
Y-BOCS Sıralama Düzenleme Kompulsiyonları	OKB olan	18	0.00	1.00	0.28	0.46
	OKB olmayan	18	0.00	1.00	0.22	0.43
Y-BOCS Biriktirme Toplama Kompulsiyonları	OKB olan	18	0.00	1.00	0.17	0.38
	OKB olmayan	18	0.00	1.00	0.05	0.23
Y-BOCS Obsesyon Şiddet	OKB olan	18	0.00	19.00	8.55	5.57
	OKB olmayan	18	0.00	17.00	3.22	4.35
Y-BOCS Kompulsiyon Şiddet	OKB olan	18	0.00	18.00	9.83	5.28
	OKB olmayan	18	0.00	17.00	4.22	5.36
Y-BOCS Toplam Şiddet	OKB olan	18	0.00	37.00	18.39	10.36
	OKB olmayan	18	0.00	34.00	7.44	9.39

3.3. Gruplara Göre Anne-Baba Tutumu, Çocukların ve Annelerinin Padua Envanteri

Alt Boyutları, Y-BOCS Ölçeği, DY-BOCS Ölçeği Karşılaştırmaları

Mann Whitney U testi sonuçlarına göre, anne baba tutumu bakımından araştırma ve kontrol grubu arasında sadece demokratik tutumun anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ($U= 82.000$; $z= -2,536$; $p= .011$). Kontrol grubunun ($mdn=68.50$) araştırma grubundan ($mdn =56.50$) daha yüksek düzeyde demokratik tutum belirttikleri saptanmıştır. Gruplar arasında otoriter tutum ($U=115.000$; $z= -1.489$; $p= .136$) ve koruyucu istekçi tutum ($U=110.500$; $z= -1.632$; $p= .103$) arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Ancak otoriter tutum OKB olan araştırma grubunda ($mdn=21.50$) kontrol grubundan ($mdn=17.00$) daha yüksektir. Aynı şekilde koruyucu istekçi tutum da araştırma grubunda ($mdn=38.50$) kontrol grubundan ($\bar{X}=32.50$) daha yüksek bulunmuştur. Anne baba tutumu cinsiyet açısından karşılaştırıldığında ise, sadece koruyucu istekçi tutumun kız ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ($U= 97.000$; $z= -2.008$; $p= .045$). Erkeklerde ($mdn= 41.00$) kızlara göre ($mdn=32.00$) daha yüksek düzeyde koruyucu istekçi ebeveyn tutumu görülmektedir. Kız ve erkekler arasında otoriter tutum ($U=99.500$; $z= -1.929$, $p= .054$) ve demokratik tutum ($U=110.500$; $z= -1.579$; $p= .114$) arasında anlamlı bir farklılık görülmemesine karşın kızlar ($mdn=66.50$) erkeklere göre ($mdn=58.50$) daha yüksek düzeyde demokratik tutum ve erkekler ($mdn=22.50$) kızlara göre ($mdn=16.50$) daha yüksek düzeyde otoriter tutum belirtmiştir.

Tablo 3.5 Anne Baba Tutumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

		Medyan	U	Z	p
ABT-Demokratik	Araştırma Grubu	68.50			
	Kontrol Grubu	56.50	82.000	-2.536	.011
ABT-Otoriter	Araştırma Grubu	21.50			
	Kontrol Grubu	17.00	115.000	-1.489	.136
ABT-Koruyucu-İstekçi	Araştırma Grubu	38.50			
	Kontrol Grubu	32.50	110.500	-1.632	.103

Çocuklara uygulanan Padua Envanteri'nin OKB olan araştırma ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığına bakıldığında ise, Padua Envanteri'nin sadece 'düşüncelere kapılma' ($U= 58.000$; $z= -3.296$; $p= .001$) ve 'dürtü' ($U= 98.500$; $z= -2.035$; $p= .042$) alt boyutlarında gruplar açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

OKB olan grupta düşüncelere kapılma (mdn=13.50) kontrol grubundan (mdn=5.50) daha yüksek düzeydedir. Dürtü alt boyutu puanları da yine OKB olan grupta (mdn=6.00) kontrol grubundan (mdn=1.50) daha yüksektir. Padua Envanteri'nin 'temizlik' ($U=141.500$; $z= -.650$; $p= .516$), 'kontrol' ($U= 142.000$; $z= -.635$; $p= .525$) ve 'kesinlik' ($U= 153.500$; $z= -.282$; $p= .778$) alt boyutlarında araştırma ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Ancak 'temizlik' ve 'kontrol' alt boyut puanları sırasıyla OKB olan araştırma grubunda (mdn=9.00, mdn=6.50) kontrol grubundan (mdn=8.50, mdn=4.50) daha yüksektir. 'Kesinlik' alt boyut puanlarında ise OKB olan grup (mdn=1.00) ile kontrol grubu (mdn=1.00) benzerlik göstermektedir.

Padua Envanteri alt boyutlarından 'temizlik' ($U= 122.500$; $z= -1.196$; $p= .232$) 'düşüncelere kapılma' ($U= 140.500$; $z= -.622$; $p= .534$) 'dürtü' ($U= 133.000$; $z= -.871$; $p= .384$) 'kontrol' ($U= 116.500$; $z= -1.390$; $p= .164$) 'kesinlik' ($U= 105.000$; $z= -1,837$; $p= .066$) ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak kızların erkeklere göre daha yüksek temizlik (mdn=12.00, mdn=6.00) düşüncelere kapılma (mdn=11.50, mdn=8.50) dürtü (mdn=6.00, mdn=2.00) kontrol (mdn=7.00, mdn=4.00) kesinlik (mdn=2.50, mdn=0.00) alt boyut puanları olduğu görülmüştür.

Annelerin Padua Envanteri'nde yalnızca 'düşüncelere kapılma' alt boyutu bakımından ($U= 100.000$; $z= -1.972$; $p= .049$) gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Annelerin 'düşüncelere kapılma' alt boyut puanlarının araştırma grubunda (mdn=2.00) kontrol grubundan (mdn=1.50) daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Annelerin 'temizlik' ($U= 134.500$; $z= -.872$; $p= .383$), 'dürtü' ($U=137.500$; $z= -.790$; $p= .429$), 'kontrol' ($U= 121.000$; $z= -1.301$; $p= .193$), 'kesinlik' ($U= 127.000$; $z= -1.142$; $p= .253$) alt boyutları bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Ancak kontrol grubu annelerinin (mdn= 8.50) araştırma grubu annelerinden (mdn=6.00) daha yüksek düzeyde temizlik alt boyutu puanları olduğu görülmüştür. 'Dürtü' alt boyutunda ise araştırma grubu anneleri (mdn=2.00) ile kontrol grubu annelerinin (mdn= 1.50) puanları birbirine yakınlık göstermektedir.

Araştırma grubu annelerinin (mdn=9.00) kontrol grubu annelerinden (mdn=6.00) 'kontrol' alt boyutunda daha yüksek puanları olduğu saptanmıştır. 'Kesinlik' alt boyutu puanları ise araştırma grubu anneleri (mdn= 1.50) ile kontrol grubu annelerinde (mdn=1.00) birbirine yakın oranda görünmektedir.

Tablo 3.6 Çocukların ve Annelerinin Padua Envanteri Sonuçlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

		Medyan	U	Z	p
Padua-Temizlik Çocuk	Araştırma Grubu	9.00			
	Kontrol Grubu	8.50	141.500	-.650	.516
Padua-Düşüncelere Kapılma-Çocuk	Araştırma Grubu	13.50			
	Kontrol Grubu	5.50	58.000	-3.296	.001
Padua-Dürtü-Çocuk	Araştırma Grubu	6.00			
	Kontrol Grubu	1.50	98.500	-2.035	.042
Padua-Kontrol-Çocuk	Araştırma Grubu	6.50			
	Kontrol Grubu	4.50	142.000	-.635	.525
Padua-Kesinlik-Çocuk	Araştırma Grubu	1.00			
	Kontrol Grubu	1.00	153.500	-.282	.778
Padua-Temizlik-Anne	Araştırma Grubu	6.00			
	Kontrol Grubu	8.50	134.500	-.872	.383
Padua-Düşüncelere Kapılma-Anne	Araştırma Grubu	2.00			
	Kontrol Grubu	1.50	100.000	-1.972	.049
Padua- Dürtü-Anne	Araştırma Grubu	2.00			
	Kontrol Grubu	1.50	137.500	-.790	.429
Padua-Kontrol- Anne	Araştırma Grubu	9.00			
	Kontrol Grubu	6.00	121.000	-1.301	.193
Padua- Kesinlik-Anne	Araştırma Grubu	1.50			
	Kontrol Grubu	1.00	127.000	-1.142	.253

Annelere uygulanan ‘Yale Brown Ölçeği’nin skorları bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Obsesyon şiddeti ($U= 63.000$; $z= -3.149$; $p= .002$) kompulsiyon şiddeti ($U= 74.000$; $z= -2.798$; $p= .005$) ve toplam şiddetin ($U= 62.500$; $z= -3.153$; $p= .002$) gruplar arasında anlamlı derecede farklı olduğu görülmüştür.

‘Obsesyon şiddeti’ alt puanı OKB çocuğu olan araştırma grubu annelerinde ($mdn= 7.50$) kontrol grubu annelerinden ($mdn= 2.00$) daha yüksektir. ‘Kompulsiyon şiddeti’ alt puanı da araştırma grubu annelerinde ($mdn= 11.50$) kontrol grubu annelerinden ($mdn=2.00$) daha yüksek düzeyde bulunmuştur. ‘Toplam şiddet’ puanının araştırma grubu annelerinde ($mdn= 18.50$) kontrol grubu annelerinden ($mdn= 4.00$) daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur.

Ayrıca Tablo 3.5'de görüldüğü üzere, 'Yale Brown Ölçeği'nin saldırganlık obsesyonları ($U= 103.500$, $z= -1.992$, $p= .046$), somatik obsesyonlar ($U= 116.500$, $z= -2.093$, $p= .036$), kontrol etme kompulsiyonları ($U= 74.000$, $z=-2.921$, $p= .003$), tekrarlayıcı törensel davranışlar ($U= 119.000$, $z= -1.973$, $p= .049$) alt boyutları gruplar açısından anlamlı bir farklılık göstermiştir.

Tablo 3.7 Yale Brown Ölçeğinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

		Medyan	U	Z	p
YB-Saldırganlık Obsesyonları	Araştırma Grubu	1.50			
	Kontrol Grubu	0.00	103.500	-1.992	.046
YB-Kirlenme Obsesyonları	Araştırma Grubu	2.00			
	Kontrol Grubu	1.00	128.000	-1.107	.268
YB-Cinsel Obsesyonlar	Araştırma Grubu	0.00			
	Kontrol Grubu	0.00	153.000	-1.000	.317
YB-Biriktirme Obsesyonları	Araştırma Grubu	0.00			
	Kontrol Grubu	0.00	143.000	-.929	.353
YB-Dini Obsesyonlar	Araştırma Grubu	0.00			
	Kontrol Grubu	0.00	125.000	-1.489	.136
YB-Eşyaların Simetrikliği Düzeni Obsesyonları	Araştırma Grubu	0.00			
	Kontrol Grubu	0.00	156.000	-.230	.818
YB-Somatik Obsesyonlar	Araştırma Grubu	0.00			
	Kontrol Grubu	0.00	116.500	-2.093	.036
YB-Temizleme Yıkama	Araştırma Grubu	0.00			
	Kontrol Grubu	0.00	147.000	-.583	.560
YB-Kontrol Etme Kompulsiyonları	Araştırma Grubu	2.00			
	Kontrol Grubu	0.00	74.000	-2.921	.003
YB-Tekrarlayıcı Törenselleşen Davranışlar	Araştırma Grubu	0.00			
	Kontrol Grubu	0.00	119.000	-1.973	.049
YB-Sayma Kompulsiyonları	Araştırma Grubu	0.00			
	Kontrol Grubu	0.00	135.000	-1.426	.154
YB-Sıralama Düzenleme Kompulsiyonları	Araştırma Grubu	0.00			
	Kontrol Grubu	0.00	153.000	-.380	.704
YB-Biriktirme Kompulsiyonları	Araştırma Grubu	0.00			
	Kontrol Grubu	0.00	144.000	-1.046	.296
YB-Diğer Kompulsiyonlar	Araştırma Grubu	1.00			
	Kontrol Grubu	0.00	110.500	-1.803	.071
YB-Obsesyon Şiddet	Araştırma Grubu	7.50			
	Kontrol Grubu	2.00	63.000	-3.149	.002
YB-Kompulsiyon Şiddet	Araştırma Grubu	11.50			
	Kontrol Grubu	2.00	74.000	-2.798	.005
YB-Toplam Şiddet	Araştırma Grubu	18.50			
	Kontrol Grubu	4.00	62.500	-3.153	.002

N=18 OKB olan araştırma grubu, N=18 OKB olmayan kontrol grubu

Annelerin geçmişte yalnızca ‘saldırganlık obsesyonları’ bulunması ile gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($U= 98.000$; $z= -2.147$; $p= .032$). Geçmişte saldırganlık obsesyonları araştırma grubu annelerinde ($mdn=2.00$) kontrol grubundan ($mdn=0.00$) daha yüksek düzeyde görülmüştür. Annelerin geçmişte ‘kirlenme obsesyonları’ ($U= 120.500$, $z= -1.364$, $p= .173$), ‘cinsel obsesyonlar’ ($U= 153.500$, $z= -.448$, $p= .654$), ‘biriktirme obsesyonları’ ($U= 143.000$, $z= -.929$, $p= .353$), ‘dini obsesyonlar’ ($U= 115.500$, $z= -1.730$, $p= .084$), ‘eşyaların simetrikliği düzeni obsesyonları’ ($U= 136.500$, $z= -.973$, $p= .331$), ‘diğer obsesyonlar’ ($U= 137.500$, $z= -.817$, $p= .414$), ‘somatik obsesyonlar’ ($U= 134.000$, $z= -1.288$, $p= .198$), ‘temizleme yıkama kompulsiyonları’ ($U= 144.000$, $z= -.723$, $p= .470$), ‘kontrol etme kompulsiyonları’ ($U= 110.500$, $z= -1.799$, $p= .072$), ‘tekrarlayıcı törensel davranışlar’ ($U= 143.500$, $z= -1.073$, $p= .283$), ‘sayma kompulsiyonları’ ($U= 135.000$, $z= -1.426$, $p= .154$), ‘sıralama düzenleme kompulsiyonları’ ($U= 153.000$, $z= -.380$, $p= .704$), ‘biriktirme kompulsiyonları’ ($U= 153.000$, $z= -.475$, $p= .635$), ‘diğer kompulsiyonlar’ ($U= 140.000$, $z= -.794$, $p= .427$) bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Çocuk ve ergenlere uygulanan DY-BOCS ölçeği bakımından gruplar arasında ‘zarar hakkındaki obsesyon ve ilişkili kompulsiyonlar’ ($U= 47.500$; $z= -3.681$; $p= .000$) ‘cinsel ve dini içerikli obsesyon ve ilişkili kompulsiyonlar’ ($U= 35.000$; $z= -4.213$; $p= .000$) ‘sıralama, simetri, sayma, tekrar tekrar yapma, her şeyin tam ayarında olması ihtiyacı’ ($U= 35.500$; $z= -4.073$; $p= .000$) ‘diğer obsesyon ve kompulsiyonlar’ ($U= 47.500$; $z= -3.877$; $p= .000$) ‘obsesif kompulsif yelpazede yer alan diğer obsesyon ve kompulsiyonlar’ ($U= 63.000$; $z= -3.197$; $p= .001$) alt boyutları açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Araştırma grubunda kontrol grubundan daha yüksek düzeyde alt boyut puanları saptanmıştır. Bunlar sırasıyla zarar ($mdn=8.00$, $mdn=1.00$), cinsel ve dini ($mdn=6.00$, $mdn=0.00$), sıralama, simetri, sayma, tekrar tekrar yapma, her şeyin tam ayarında olması ihtiyacı ($mdn=6.50$, $mdn=0.50$), diğer ($mdn=3.50$, $mdn=0.00$), obsesif-kompulsif yelpazede yer alan diğer ($mdn=5.00$, $mdn=0.50$) obsesyon ve kompulsiyon alt boyutlarıdır. Ayrıca ‘toplam şiddet’ ($U= .000$; $z= -5.168$; $p= .000$) ve ‘global şiddet’ skorları ($U= .000$; $z= -5.150$; $p= .000$) ile gruplar arasında da anlamlı bir ilişki görülmüştür.

Araştırma grubunda sırasıyla toplam şiddet puanı ($mdn=10.00$, $mdn=1.50$) ve global şiddet puanı ($mdn=22.00$, $mdn=1.50$) kontrol grubundan daha yüksektir.

‘Kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları’ ($U= 104.000$; $z= -1.907$; $p= .057$)
‘biriktirme-toplama obsesyon ve kompulsiyonları’ ($U= 111.500$; $z= -1.821$; $p= .069$)
‘bedensel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar’ ($U= 143.000$; $z= -.737$; $p= .461$) bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak OKB olan araştırma grubunda ‘kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları’ ($mdn=5.00$, $mdn=1.00$) ‘biriktirme-toplama obsesyon ve kompulsiyonları’ ($mdn=1.00$, $mdn=0.00$) kontrol grubundan daha yüksektir. ‘Bedensel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar’ ($mdn=0.00$, $mdn=0.00$) alt boyutunda ise gruplar açısından bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 3.8 DY-BOCS Ölçeğinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

		Medyan	U	Z	p
DY-BOCS Zarar	Araştırma Grubu	8.00			
	Kontrol Grubu	1.00	47.500	-3.681	.000
DY-BOCS Cinsel&Dini	Araştırma Grubu	6.00			
	Kontrol Grubu	0.00	35.000	-4.123	.000
DY-BOCS Sıralama&Simetri&Sayma	Araştırma Grubu	6.50			
	Kontrol Grubu	0.50	35.500	-4.073	.000
DY-BOCS-Kirlenme&Temizlik	Araştırma Grubu	5.00			
	Kontrol Grubu	1.00	104.000	-1.907	.057
DY-BOCS-Birikirme&Toplama	Araştırma Grubu	1.00			
	Kontrol Grubu	0.00	111.500	-1.821	.069
DY-BOCS-Bedensel	Araştırma Grubu	0.00			
	Kontrol Grubu	0.00	143.000	-.737	.461
DY-BOCS-Toplam Şiddet	Araştırma Grubu	10.00			
	Kontrol Grubu	1.50	.000	-5.168	.000
DY-BOCS-Global Şiddet	Araştırma Grubu	22.00			
	Kontrol Grubu	1.50	.000	-5.150	.000
DY-BOCS-Zarar-Geçmiş	Araştırma Grubu	4.00			
	Kontrol Grubu	1.00	91.500	-2.270	.023
DY-BOCS-Cinsel&Dini	Araştırma Grubu	2.50			
	Kontrol Grubu	0.00	74.500	-2.886	.004
DY-BOCS-Sıralama&Simetri&Sayma Geçmiş	Araştırma Grubu	3.00			
	Kontrol Grubu	1.00	80.500	-2.625	.009
DY-BOCS-Kirlenme&Temizlik Geçmiş	Araştırma Grubu	2.00			
	Kontrol Grubu	0.50	110.500	-1.700	.089
DY-BOCS-Birikirme&Toplama Geçmiş	Araştırma Grubu	1.00			
	Kontrol Grubu	0.00	132.500	-1.018	.309
DY-BOCS-Bedensel Geçmiş	Araştırma Grubu	0.00			
	Kontrol Grubu	0.00	144.500	-.681	.496

Geçmiş DY-BOCS alt boyut puanları ve gruplar arasında ‘zarar hakkındaki obsesyon ve ilişkili kompulsiyonlar’ ($U=91.500$, $z=-2.270$, $p=.023$), ‘cinsel ve dini içerikli obsesyon ve ilişkili kompulsiyonlar’ ($U=74.500$, $z=-2.886$, $p=.004$), ‘sıralama, simetri, sayma, tekrar tekrar yapma, her şeyin tam ayarında olması ihtiyacı’ ($U=80.500$, $z=-2.625$, $p=.009$), ‘diğer obsesyon ve kompulsiyonlar’ ($U=81.500$, $z=-2.908$, $p=.004$), ‘obsesif kompulsif yelpazede yer alan diğer obsesyon ve kompulsiyonlar’ ($U=83.000$, $z=-2.565$, $p=.010$) açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Araştırma grubu çocuk ve ergenlerde, kontrol grubuna göre Tablo 3.5’de gösterildiği üzere bu alt boyut alanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çocuk ve ergenlere uygulanan DY-BOCS ölçeğinin alt boyutları için kız ve erkek cinsiyet arasında fark olup olmadığı test edildiğinde ‘zarar hakkındaki obsesyon ve ilişkili kompulsiyonlar’ ($U=110.500$; $z=-1.601$; $p=.109$) ‘cinsel ve dini içerikli obsesyon ve ilişkili kompulsiyonlar’ ($U=143.500$; $z=-.551$; $p=.582$) ‘sıralama, simetri, sayma, tekrar tekrar yapma, her şeyin tam ayarında olması ihtiyacı’ ($U=153.000$; $z=-.227$; $p=.821$) ‘kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları’ ($U=156.000$; $z=-.132$; $p=.895$) ‘biriktirme-toplama obsesyon ve kompulsiyonları’ ($U=123.500$; $z=-1.324$; $p=.185$) ‘bedensel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar’ ($U=138.500$; $z=-.840$; $p=.401$) ‘diğer obsesyon ve kompulsiyonlar’ ($U=158.500$; $z=-.051$; $p=.959$) ‘obsesif kompulsif yelpazede yer alan diğer obsesyon ve kompulsiyonlar’ alt boyutları ($U=157.500$; $z=-.081$; $p=.935$) ve ‘toplam şiddet’ ($U=137.000$; $z=-.738$; $p=.460$) ile ‘global şiddet’ skorları ($U=137.000$; $z=-.736$; $p=.462$) açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak erkeklerin kızlara göre ‘zarar hakkındaki obsesyon ve ilişkili kompulsiyonlar’ ($mdn=3.00$, $mdn=0.50$), ‘cinsel ve dini içerikli obsesyon ve ilişkili kompulsiyonlar’ ($mdn=2.50$, $mdn=0.50$), ‘obsesif kompulsif yelpazede yer alan diğer obsesyon ve kompulsiyonlar’ ($mdn=3.00$, $mdn=2.00$) alt boyut puanları ve ‘toplam şiddet’ ($mdn=8.00$, $mdn=2.50$) ile ‘global şiddet’ ($mdn=15.50$, $mdn=4.00$) puanları daha yüksektir. Kızların ise erkeklere göre ‘biriktirme-toplama obsesyon ve kompulsiyonları’ ($mdn=1.00$, $mdn=0.00$) ve ‘diğer obsesyon ve kompulsiyonlar’ ($mdn=1.00$, $mdn=0.00$) alt boyut puanları daha yüksektir. Sırayla erkekler ve kızlarda ‘sıralama, simetri, sayma, tekrar tekrar yapma, her şeyin tam ayarında olması ihtiyacı’ ($mdn=3.00$, $mdn=3.50$) ‘kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları’ ($mdn=2.00$, $mdn=2.00$) ‘bedensel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar’ ($mdn=0.00$, $mdn=0.00$) alt boyut alanlarında ise eşit düzeyde puanlar saptanmıştır.

3.4. Spearman Non-Parametrik Korelasyon Analizi Sonuçları

3.4.1. Anne Baba Tutumu ile Obsesyon- Kompulsiyon Altboyut ve Toplam Puanları

İlişkisi

OKB olan araştırma grubundaki anne-baba tutumları ve çocuklarının DY-BOCS obsesyon ve kompulsiyon toplam şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Anne babanın demokratik tutumu ile çocukların toplam şiddeti ($r_s = .035, p = .889$) ve global şiddeti ($r_s = .122, p = .628$), anne babanın otoriter tutumu ile çocukların toplam şiddeti ($r_s = .231, p = .356$) ve global şiddeti ($r_s = .179, p = .478$), anne babanın koruyucu istekçi tutumu ile çocukların toplam şiddeti ($r_s = .386, p = .113$) ve global şiddeti ($r_s = .347, p = .158$) arasında bir ilişki bulunamamıştır. Kontrol grubundaki anne baba tutumu ve çocuklarının DY-BOCS obsesyon ve kompulsiyon toplam şiddeti arasında da Tablo 3.6’da da görüldüğü üzere anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yalnızca araştırmaya katılan bireylerin toplamında (N=36) anne babanın demokratik tutumu ile çocuklarının toplam şiddeti ($r_s = -.427, p = .009$) ve global şiddeti ($r_s = -.418, p = .011$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Araştırma grubundaki anne baba tutumları ile çocuklarının OKB semptom boyutları arasında Tablo 3.6’da da görüldüğü üzere anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak kontrol grubu ebeveynlerinin demokratik tutumu ile çocuklarının sıralama, simetri, sayma tekrar tekrar yapma ve her şeyin tam ayarında olması ihtiyacı alt boyut alanı ile negatif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır ($r_s = -.569, p = .014$). Araştırmaya katılan bütün katılımcıların (N=36) ebeveynlerinin demokratik tutumu ile çocuklarının sıralama, simetri, sayma tekrar tekrar yapma ve her şeyin tam ayarında olması ihtiyacı ($r_s = -.381, p = .022$) ve diğer obsesyon ve ilişkili kompulsiyonlar ($r_s = -.346, p = .038$) alt boyut alanları ile negatif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Otoriter tutum ile zarar hakkındaki obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar alt boyut alanının pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi vardır ($r_s = .355, p = .034$). Koruyucu istekçi tutum ile zarar hakkındaki obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar ($r_s = .432, p = .008$) ve obsesif-kompulsif yelpazede yer alan diğer obsesyon ve kompulsiyonlar ($r_s = .378, p = .023$) alt boyut alanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 3.9. Anne Baba Tutumu ile DY-BOCS Obsesyon Boyutları ve Şiddeti İlişkisi

		Demokratik Tutum			Otoriter Tutum			Koruyucu İstekçi Tutum		
		N	r _s	p	N	r _s	p	N	r _s	p
DY-BOCS	Araştırma	18	.093	.715	18	.355	.148	18	.325	.188
Zarar	Kontrol	18	-.241	.336	18	.156	.535	18	.291	.241
DY-BOCS	Araştırma	18	.233	.353	18	.142	.574	18	-.073	.773
Cinsel	Kontrol	18	-.212	.399	18	-.012	.963	18	.246	.326
Dini										
DY-BOCS	Araştırma	18	.032	.900	18	.258	.302	18	.176	.486
Sıralama	Kontrol	18	-.569	.014	18	-.376	.124	18	-.103	.684
Simetri										
Sayma										
DY-BOCS	Araştırma	18	.228	.362	18	-.080	.752	18	.398	.102
Kirlenme	Kontrol	18	-.192	.444	18	-.004	.986	18	-.140	.579
Temizlik										
DY-BOCS	Araştırma	18	-.041	.872	18	-.126	.617	18	-.012	.963
Biriktirme	Kontrol	18	-.426	.078	18	.226	.366	18	.237	.344
Toplama										
DY-BOCS	Araştırma	18	.073	.774	18	.125	.621	18	.432	.074
Bedensel	Kontrol	18	.005	.983	18	-.022	.930	18	-.034	.893
DY-BOCS	Araştırma	18	-.051	.842	18	.134	.597	18	.114	.651
Diğer	Kontrol	18	-.047	.853	18	.004	.989	18	-.118	.642
DY-BOCS	Araştırma	18	.298	.230	18	.140	.580	18	.337	.171
OKB	Kontrol	18	-.078	.757	18	.058	.820	18	.094	.710
yelpazede										
Diğer										
DY-BOCS	Araştırma	18	.035	.889	18	.231	.356	18	.386	.113
Toplam	Kontrol	18	-.290	.243	18	-.237	.344	18	-.132	.602
Şiddet										
DY-BOCS	Araştırma	18	.122	.628	18	.179	.478	18	.347	.158
Global	Kontrol	18	-.325	.189	18	-.274	.271	18	-.064	.801
Şiddet										

Not * p < 0,05

3.4.2. Anne Baba Tutumu ile Padua Ölçeği Altboyut Puanları İlişkisi

Araştırma grubu annelerinin otoriter tutumu ile çocuklarının Padua Ölçeği ‘dürtü’ alt boyut alanı pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r_s = .580, p = .012$). Kontrol grubunda ise anne babanın demokratik tutumu ile ‘temizlik’ ($r_s = -.570, p = .014$), ‘düşüncelere kapılma’ ($r_s = -.525, p = .025$) ve ‘dürtü’ ($r_s = -.474, p = .047$) alt boyut puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

3.4.3. Çocuklarının Altboyut Alanları ile Annelerin Altboyut Alanları İlişkisi

Annelerin ve çocuklarının obsesyon ve kompulsiyon alt boyut alanlarının ilişkisinin sonuçlarına göre, araştırma grubu annelerinde saldırganlık obsesyonları ile çocuklarında zarar obsesyonları ve kompulsiyonlarının pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi bulunmuştur ($r_s = .524, p = .026$). Çocuklarda kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları ile annede biriktirme saklama obsesyonları ($r_s = .628, p = .005$), dini obsesyonlar ($r_s = .695, p = .001$), diğer obsesyonlar ($r_s = .511, p = .030$) ve diğer kompulsiyonlar ($r_s = .593, p = .009$) pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur. Annede eşyaların simetriklik ve düzeni ile ilgili obsesyonlar ile çocuklarda biriktirme toplama obsesyon ve kompulsiyonları ($r_s = .480, p = .044$) ve annede dini obsesyonlar ile çocuklarda obsesif kompulsif yelpazede yer alan diğer obsesyon ve kompulsiyonlar alt boyut alanları ($r_s = .496, p = .036$) pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur.

3.4.4. Çocukların OKB Şiddeti ile Annelerinin OKB Şiddeti İlişkisi

OKB olan çocukların OKB şiddeti ile annelerinin OKB şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak OKB olmayan kontrol grubunun DY-BOCS toplam şiddet ($r_s = .519, p = .027$) ve global şiddeti ($r_s = .533, p = .023$) ile annelerin obsesyon şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Annelerin kompulsiyon şiddeti ile çocukların global şiddet skoru arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ($r_s = .484, p = .042$). Annelerin obsesyon ve kompulsiyon toplam şiddet skoru ile çocukların toplam şiddet ($r_s = .523, p = .026$) ve global şiddeti ($r_s = .541, p = .021$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi bulunmuştur.

3.4.5. Çocukların Padua Ölçeği Altboyut Alanları ile Annelerinin Padua Ölçeği

Altboyut Alanları İlişkisi

OKB olan çocukların Padua Ölçeği alt boyut alanları ile annelerin Padua Ölçeği alt boyut alanlarının ilişkisinin sonuçlarına göre, annelerde ‘temizlik’ ile çocuklarda ‘temizlik’ ($r_s = .675, p = .002$) ve ‘kontrol’ ($r_s = .549, p = .018$), annelerde ‘düşüncelere kapılma’ ile çocuklarda ‘düşüncelere kapılma’ ($r_s = .480, p = .044$), ‘dürtü’ ($r_s = .632, p = .005$), ‘kesinlik’ ($r_s = .558, p = .016$) alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Annelerde ‘dürtü’ alt boyutu ile çocuklarda ‘düşüncelere kapılma’ ($r_s = .686, p = .002$), ‘dürtü’ ($r_s = .688, p = .002$), ‘kesinlik’ ($r_s = .474, p = .047$) alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Annelerde ‘kontrol’ alt boyutu ile çocuklarda ‘kontrol’ ($r_s = .530, p = .024$) ve ‘kesinlik’ ($r_s = .482, p = .043$), annelerde ‘kesinlik’ alt boyutu ile de çocuklarda ‘düşüncelere kapılma’ ($r_s = .481, p = .043$), ‘dürtü’ ($r_s = .563, p = .015$) ve kesinlik ($r_s = .517, p = .028$) alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

3.4.6. Çocukların Geçmişteki OKB Boyutları ile Annelerin Geçmiş OKB Boyutları

İlişkisi

Annenin geçmişte somatik obsesyonları ile çocuğun geçmişte zarar obsesyon ve kompulsiyonları ($r_s = .545, p = .019$), biriktirme toplama obsesyon ve kompulsiyonları ($r_s = .508, p = .031$), obsesif-kompulsif yelpazede yer alan diğer obsesyon ve kompulsiyonlar ($r_s = .629, p = .005$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Annelerde geçmişte sayma kompulsiyonları ile çocuklarda geçmişte sıralama simetri sayma tekrar tekrar yapma ve her şeyin tam ayarında olması ihtiyacı alt boyut alanlarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r_s = .651, p = .003$). Ayrıca annelerde geçmişte sıralama düzenleme kompulsiyonları ile çocuklarda geçmişte sıralama simetri sayma tekrar tekrar yapma ve her şeyin tam ayarında olması ihtiyacı alt boyut alanlarında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r_s = .471, p = .048$).

3.4.7. Annelerin Geçmiş OKB Boyutları ile Çocukların Var Olan OKB Boyutları İlişkisi

Annenin geçmişte kontrol etme kompulsiyonları ile OKB olan çocuklarda zarar obsesyonları ve kompulsiyonları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r_s = .619, p = .006$).

Annenin geçmişte sıralama düzenleme kompulsiyonları ile çocukların cinsel ve dini içerikli obsesyon ve kompulsiyonları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r_s = -.507, p = .032$). Annenin geçmişte kirlenme obsesyonları ($r_s = .601, p = .008$) ve temizleme yıkama kompulsiyonları ($r_s = .576, p = .012$) ile çocukların kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca çocukların kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları ile annelerin geçmişte biriktirme saklama obsesyonları ($r_s = .628, p = .005$), biriktirme toplama kompulsiyonları ($r_s = .489, p = .039$), dini obsesyonları ($r_s = .496, p = .036$), diğer obsesyonları ($r_s = .703, p = .001$) ve diğer kompulsiyonları ($r_s = .632, p = .005$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Annenin geçmişte dini obsesyonları ile çocukların obsesif-kompulsif yelpazede yer alan diğer obsesyon ve kompulsiyon alt boyutu arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r_s = .601, p = .008$).

3.4.8. OKB Olan Çocukların Obsesif-Kompulsif Semptomlarının Başlangıç Yaşı ve OKB Şiddeti İlişkisi

OKB olan çocukların obsesif-kompulsif semptomlarının başlangıç yaşı ile OKB şiddeti toplam şiddet puanı ($r_s = .287, p = .248$) ve global şiddet puanı ($r_s = .443, p = .066$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

Bu araştırmada OKB tanılı çocuk ve ergenlerin obsesif-kompulsif belirti dağılımları ile ebeveynlerinin obsesif-kompulsif belirti dağılımları arasındaki olası ilişkinin ve çocukların obsesif kompulsif belirti dağılımları ile ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, araştırmaya katılan çocuk ve ergenler ile ebeveynlerinin her bir obsesif-kompulsif semptom alt boyutları ve obsesif-kompulsif belirtilerinin şiddeti ile çocukların ebeveynleri hakkında algıladıkları ebeveyn tutumu incelenmiştir. Sonuçlar doğrultusunda, çocuk ve ergenler tarafından algılanan ebeveyn tutumu ile yine bu çocuklardaki obsesif-kompulsif semptomların alt boyutları ve toplam şiddeti arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Buna ek olarak çocuk ve ergenlerin obsesif kompulsif semptom alt boyutları ve şiddeti ile annelerinin obsesif-kompulsif semptom alt boyutları ve şiddeti arasındaki ilişki de analiz edilmiştir.

Bu bölümde araştırmanın bulguları literatürde yer alan Türkçe ve yabancı kaynaklı araştırmalar doğrultusunda tartışılmıştır. Araştırmada OKB tanılı çocuk ve ergenlerin obsesif kompulsif semptomlarının ortalama başlangıç yaşı 10.72 olarak saptanmıştır. Hanna ve ark. (2005) ortama başlangıç yaşını 9 yaş civarı, Nestadt ve ark. (2000) ise 11 yaş olarak saptamış olup sonuçlar bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Başlangıç yaşının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğine dair çalışmalara bakıldığında yapılan bazı araştırmalarda başlangıç yaşı erkeklerde kızlardan daha erken bulunmuştur (Zohar, 1999 & Geller ve ark. 1998). Bu çalışmada ise; Hanna ve ark. (2005)'nin çalışmasına benzer olarak semptomların başlangıç yaşı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemiş ve başlangıç yaşları birbirine yakın bulunmuştur.

Avcı ve Aslan'ın (1995) yaptıkları araştırmada, sosyoekonomik düzeylere göre OKB yaygınlığına bakıldığında, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeyin diğer düzeylere oranla daha fazla bulunduğu saptanırken, yapılan bu çalışmada ise; sosyoekonomik düzey gruplar arasında farklılık göstermemiştir.

OKB, bireyi olumsuz etkilemenin yanında aile sistemini de etkileyen bir bozukluktur. ocuk ve ergenlerde görülen OKB'de ailelerin semptomlara katılması sıklıkla görülmektedir ve bu durum aileyi negatif şekilde etkilemektedir. Ebeveynin obsesif-kompulsif semptomlara katılma şekli incelendiğinde en sık görülen davranış onay sağlamadır (Futh ve ark., 2012 ; Lebowitz ve ark. 2014; Calvocoressi ve ark. 1999; Peris ve ark. 2008; Flessner ve ark. 2011). OKB olan ocuk ve ergenlerde genellikle obsesif-kompulsif semptomları ile ilgili olarak ebeveynlerinden onay alma ihtiyacı bulunmaktadır. Bu araştırma sonucunda da OKB olan ocuk ve ergenlerin tamamında obsesif-kompulsif semptomlar ile ilgili ebeveynlerinden onay alma davranışının olduğu grlmştir. Çocukların onay alma davranışı ebeveynde agresyona ve strese yol açarak aile ilişkilerinde bozulmalara neden olmaktadır. Yapılan nceki araştırmalarda da onay alma davranışı ve ailelerin çocuklarının semptomlarına katılmasının aile bireyleri arasında uyumsuzluk, ailede işlevsellikte bozulma ve OKB'si olan bireye karşı reddedici tutum ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Calvocoressi ve ark. 1999; Chambless, 2005; Storch ve ark. 2007). Bu araştırmada da, OKB'nin günlük yaşamda en çok sorun olduğu alanlar incelendiğinde, anneler tarafından yüksek oranda evde yaşanan tartışmaların varlığı bildirilmiştir. Diğer sorun olan alanların ise; sosyal ilişkilerde bozulmalar, okul ile ilgili sorunlar (akademik başarıda düşme) ve yetişememe-geç kalma (zaman yönetiminde sorunlar) alanlarında olduğu ifade edilmiştir. nceki yapılan araştırmalarda da bu araştırmanın sonuçlarına benzer olarak OKB'nin bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğinden bahsedilmektedir. OKB bireyin aile, meslek, sosyal, okul başarısı alanlarına negatif etkisi olan bir durumdur ve bu alanlardaki işlevsellikte bozulmalara sebep olmaktadır. (Akdede ve ark. 2005; Beşiroğlu ve ark. 2007; Koran ve ark. 1996; Cooper, 1996; Toro ve ark. 1992 & Hollander ve ark. 1998). Ebeveynlerin çocuklarının obsesif-kompulsif semptomlarla ilgili onay alma ihtiyacını karşılamaları, çocuklarının semptomlarına katılmalarının yani bu semptomlara uyum sağlamalarının bir parçası olarak düşünülebilir. Dolayısıyla ailelerin bir şekilde bu semptomlara dahil olması çocukların bu davranışlarının pekişmesine ve sürmesine sebep olabilmektedir. Bu sürdürücü unsur sebebiyle tedavi süreci de olumsuz etkilenmektedir.

Bu durumlar göz önünde bulundurularak psikoterapi sürecinde aileler de tedaviye dahil edilmeli, ailelerin işbirliği sağlanmalı ve OKB'nin doğası ile ilgili psiko eğitim verilmelidir.

Çocuk ve ergenlerde birçok farklı obsesyon ve kompulsiyon semptomu bulunabilmektedir. Bu araştırmada OKB alt boyut şiddetlerine bakıldığında en çok zarar hakkındaki obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar görülmüştür. Önceki araştırmalarda ise; çocuk ve ergenlerde en sık görülen; kirlenme-bulaşma obsesyonları, saldırganlık obsesyonları, cinsel obsesyonlar, şüphe (kötü bir şeylerin olacağı beklentisine dair olumsuz duygular) obsesyonlarıdır. En sık görülen kompulsiyonlar ise; yıkama-temizleme, kontrol etme, simetri-düzenleme, sayma, tekrar etme ritüelleri, biriktirme kompulsiyonları olduğu saptanmıştır (Türkbay ve ark. 2000; Diler & Avcı, 2002; Valleni-Basile ve ark. 1994; Liakopoulou ve ark. 2010; Riddle ve ark. 1990). Bu araştırmada, OKB alt boyutlarının şiddeti cinsiyete göre değerlendirildiğinde şu sonuçlar bulunmuştur. Kızlarda en çok zarar hakkındaki obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar görüldüğü saptanmıştır. Erkeklerde ise kızlarınkine benzer olarak en çok zarar hakkındaki obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar görüldüğü saptanmıştır. Bu sonuçlara benzer olarak, yapılan önceki araştırmalarda da kızlar ve erkeklerde en çok saldırganlık obsesyonları görülmüştür. (Demet ve ark. 2005; Akpınar, 2007). OKB'nin en çok görülen alt boyutu cinsiyetler arasında benzerlik göstermiştir. Annelerde de benzer şekilde en çok kirlenme ve saldırganlık obsesyonları saptanmıştır. Abartılmış sorumluluk inançlarının zarar obsesyonları ve kompulsiyonlarını tetiklediği düşünülmektedir. Yüksek düzeyde sorumluluk davranışlarının obsesif-kompulsif semptomlarla pozitif ilişkili olduğu yapılan önceki araştırmalarda da gösterilmiştir (Altın & Karancı, 2008; Barret & Healy, 2003). Aile tutumları (aşırı koruyucu tutum) ise çocukların bu sorumluluk davranışlarını arttırarak obsesif kompulsif semptomları ve OKB gelişimini arttırmaktadır (Hacıömeroğlu ve Karancı, 2013).

Bu araştırmada Alonso ve ark. (2004) çalışmasına benzer olarak otoriter ve koruyucu istekçi ebeveyn tutumunda gruplar açısından anlamlı bir farklılık görülmemesine karşın OKB tanılı grupta otoriter ve koruyucu istekçi ebeveyn tutumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ebeveyn tutumları içerisinde, sadece demokratik tutum gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermiştir. OKB olmayan kontrol grubu ebeveynlerinin, OKB olan araştırma grubuna göre, daha yüksek düzeyde demokratik tutum sergiledikleri çocuklar tarafından ifade edilmiştir. Önceki araştırmalar anne baba tutumları ile çocuklarda OKB belirtilerinin artması arasında ilişki olabileceğini göstermiştir.

Aşırı koruyucu, reddedici, kontrolcü, karışan, istekçi, eleştirel, mükemmeliyetçi, suçluluk yükleyen, duygusal yakınlığın az olduğu, otoriter, müdahaleci anne baba tutumunun OKB ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Yoshida ve ark. 2005; Hacıömeroğlu ve Karancı, 2014; Timpano ve ark. 2010; Frost ve ark. 1994; Ayçiçeği ve ark. 2002; Valleni-Basile ve ark. 1995; Wilcox ve ark. 2008). Ancak bu araştırmada OKB olan ve olmayan gruplarda anne baba tutumu ile çocuk ve ergenlerin obsesif-kompulsif semptomlarının toplam şiddetleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Turgeon ve ark. (2002) çalışmalarında da benzer olarak ebeveyn tutumları bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Yapılan bir başka araştırmada da düşük aile işlevselliği ile OKB semptom şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Sawyer, Williams, Chasson, Davis, Chapman, 2015). Ancak katılan bütün katılımcıların anne baba tutumu ve obsesif-kompulsif semptomlarının toplam şiddeti arasındaki ilişkiye bakıldığında; anne babanın demokratik tutumu ile toplam şiddet ve global şiddet puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ebeveynin demokratik tutumu arttıkça OKB toplam şiddet ve global şiddet puanları azalmaktadır. Yapılan araştırmalarda da görüldüğü gibi, ailenin demokratik tutumunun çocuk yetiştirme açısından en ideal tutum olduğu düşünülmektedir. Bu araştırma sonucu da araştırmaya katılan tüm çocuklar açısından demokratik ebeveyn tutumunun OKB'nin semptom şiddetinde koruyucu rol oynadığı görüşünü destekler niteliktedir. Aynı zamanda demokratik ailelerde yetişen çocukların problem çözme becerilerinin genel okul başarılarının, motivasyonlarının, özsaygılarının gelişimi adına da katkısı olduğu düşünülmektedir.

Anne baba tutumu OKB şiddetinin yanı sıra, obsesif-kompulsif semptomlarının alt boyut şiddetlerini de etkilemektedir. Ebeveynlerde duygusal yakınlığın az olmasının OKB'nin simetri - düzen ve biriktirme alt boyutunu yordadığı saptanmıştır (Lennertz ve ark. 2010; Wilcox ve ark. 2008). OKB tanılı araştırma grubunda anne baba tutumu ve çocuk ve ergenlerin obsesif-kompulsif semptom boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak OKB tanısı olmayan kontrol grubunda ebeveynin demokratik tutumu ile sıralama, simetri, sayma, tekrar tekrar yapma, her şeyin tam ayarında olması ihtiyacı alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Araştırmaya katılan OKB tanılı olan ve olmayan bütün çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinin demokratik tutumu ile sıralama, simetri, sayma, tekrar tekrar yapma, her şeyin tam ayarında olması ihtiyacı ve diğer obsesyon ve kompulsiyon alt boyutları arasında da negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Çocuk ve ergenlerin zarar hakkındaki obsesyon ve kompulsiyonları ile ebeveynlerin otoriter ve koruyucu-istekçi tutumları arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Bu araştırma sonucuna benzer olarak Wilcox ve ark. (2008) araştırmasında da; olumsuz ebeveyn tutumu ve OKB arasındaki ilişkinin yalnızca OKB'den etkilenmemiş olan ailelerde görüldüğü saptanmıştır.

Anne babanın otoriter tutumu ile çocuklardaki dürtü alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. OKB tanısı almayan kontrol grubunda ise; anne babanın demokratik tutumu ve temizlik, düşüncelere kapılma, dürtü alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sonuçlardan da anlaşılacağı gibi demokratik ebeveyn tutumunun çocukların temizlik, düşüncelere kapılma ve dürtü ile ilişkili obsesyon ve kompulsiyon semptomları geliştirmelerinde koruyucu rol oynadığı görülmektedir. Temizlik, düşüncelere kapılma, dürtü, kontrol, kesinlik alt boyutlarının anneler ve çocuklarında pozitif yönde anlamlı bir ilişkisinin olduğu görülmüştür. Araştırmanın diğer bir sonucuna göre; annede saldırganlık obsesyonları ile çocuklarda zarar obsesyonları ve kompulsiyonları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Annenin geçmişte var olan obsesif kompulsif semptomlarının çocuklarının şu anda var olan obsesif kompulsif semptomlarını etkilediği görülmüştür. Anneler ve çocuklarında görülen OKB semptomları benzerlik gösterebileceği gibi farklılıklar da gösterebilmektedir. OKB'nin genetik yatkınlık oranı göz önünde bulundurulduğunda, annelerin obsesyon veya kompulsiyonlarının çocukları tarafından hem genetik faktörlerin etkisi hem de model alma yolu ile öğrenilmiş olabileceği düşünülmektedir. Çocuklar genellikle küçük yaşlarda kendisini yetiştiren yetişkinleri model alırlar dolayısıyla bu davranışlar onlar için yapılması gereken davranışlar olarak algılanabilir. Bu durum ebeveyn ve çocukların tedaviye başlama sürecini geciktirebilmekte ve çoğu zaman işlevsellikteki bozulma sebebiyle bu kişiler kliniğe başvurumaktadırlar.

Bu araştırmanın güçlü taraflarından biri diğer araştırmalardan farklı olarak, araştırmacı tarafından katılımcılar ile bire bir görüşülerek yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak yapılmış olmasıdır. Bunun verilen cevapların güvenilirliğini artıracacağı, soruların doğru bir şekilde anlaşılıp cevaplanmasına olanak sağladığı ve aynı zamanda araştırmacıya gözlem yapma imkanı sunduğu da düşünülmektedir. Bunlara ek olarak bu sayede araştırmada verilen cevaplarda veri kaybı yaşanması da engellenmiştir. Ancak gelecek araştırmalarda ailelerin ritüellere katılımı ve çocukların obsesif-kompulsif davranışlarına karşı nasıl bir tepki verdikleri direk gözlem yoluyla incelenebilir.

Bu sayede katılımcıların verdikleri yanıtlar ile davranışlarının örtüşüp örtüşmediği de görülmüş olur. Ancak bu noktada araştırmacının ön yargılı olmaması önemlidir.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; annelerin obsesif kompulsif semptomları ile çocuklarının semptomları arasındaki ilişkiyi inceleyen kaynakların az olması dikkat çekmektedir. Buna ek olarak ebeveynlerin geçmişteki obsesif-kompulsif semptomlarının çocuklarının şimdi var olan semptomları ile ilişkisini inceleyen araştırma bulunmamıştır. Bu sebeple bu araştırmanın gelecek araştırmalara katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Literatürde OKB'nin alt boyutlarının şiddetini ölçen araştırmalara rastlanmamıştır. Ancak yapılan bu çalışmada OKB'nin her bir alt boyutunun şiddeti ölçülmüştür. Araştırmanın bu yönünün alan yazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Obsesif-kompulsif semptomların başlangıç yaşı ile tedaviye başvurma yaşları arasında fark görülmesinin sebeplerinden biri başlangıçta obsesif-kompulsif semptomların normal olarak görülmesidir. Bu kişiler ancak işlevsellikleri ciddi oranda bozulduğunda ya da semptomları çevrelerini de olumsuz etkilediğinde kliniğe başvurumaktadırlar. Kişilerin semptomlarının bozukluğa dönüşmeden önce önlenmesi açısından kişilerin destek almasının önemli olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla OKB hastalarının içgörülerinin az olmasının onları genellikle tedavi alma fikrinden uzak tuttuğu düşünülmektedir.

Anne baba tutum ölçeğinin yalnızca demokratik tutum alanında anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Ancak bu sonuçta çocukların bu envanteri doldururken verilerinin kimseyle paylaşılmayacağına dair yeterli güven verilmesine rağmen uygulama yapılan odanın dışında annelerinin bekliyor olması düşüncesinin verdikleri yanıtlar üzerinde etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Bir başka olasılık ise; çocukların genellikle ebeveynleri hakkında olumsuz yorum yapmaktan kaçınmaları olabilir. Aynı zamanda anne babalara da kendi ebeveynlik tutumlarını yordayıcı bir ölçek verilmeli ve onların kendilerini nasıl değerlendirdiklerinin de incelenmesi ile daha anlamlı sonuçlar elde edilebilir. Bu sayede çocukların algıladıkları tutum ve ailelerinin algıladıkları tutum arasındaki farklılıklar ve benzerlikler de görülebilmeyebilir. Buna ek olarak anneler için ayrı, babalar için ayrı bir ebeveyn tutumu ölçeği uygulanabilir. Çünkü bazı katılımcıların soruları cevaplandırırken okudukları cümlelerin bazılarının anneleri için bazılarının babaları için uygun olduğunu ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar ebeveynlerin davranışlarının kendi içlerinde tutarlı olup olmadığı hakkında da bilgi verebilir.

Ebeveynler arasındaki tutarlılık ebeveyn tutumları içerisinde değerlendirilen ve çocuğa etkileri olan önemli faktörlerden biridir. Bu ayrımın OKB semptomları ve şiddeti ile ilişkisinin incelenmesinin önemli bilgiler sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın en önemli sınırlılıklarından biri katılımcı sayısının az olmasıdır. Katılımcı sayısı artırılarak daha çeşitli sonuçlarla bu araştırma genişletilebilir. Araştırma sırasında yapılan görüşmelerde bazı annelerin kendilerinde OKB olmadığı ancak babalarının çok takıntılı ve mükemmeliyetçi yapılarının olduklarına dair bilgiler edinilmiştir. Bu araştırmada, OKB olan ve olmayan kontrol grubu ebeveynlerinden herhangi biri ile yürütülmesi amaçlanmış, ancak katılım yalnızca anneler ile olduğu için babaları kapsamamıştır. Ancak gelecek araştırmalarda hem anne hem de babanın çalışmaya dahil edilmesi ile daha kapsamlı sonuçlar elde edilecektir. Çocuklar genellikle aynı cinsten ebeveyni model almaya meyillidirler. Dolayısıyla annelerin etkisinin olmadığı durumlarda, babalardan alınan bilgiler anlamlı sonuçlar verebilir, babaların OKB şiddet ve boyutları ile çocuklarının OKB şiddet ve boyutları ilişkisinin de araştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın OKB tanısı alan ve henüz tedavisi başlamamış kişiler ile yapılması hedeflenmiştir. Ancak bu kriterlere uyan yeterli katılımcıya ulaşılamaması sebebi ile tedavisi başlamış olan bireyler de araştırmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların tedavi görmeye başlamış olanlarının, hala OKB semptomları gösteren hastalar içerisinde seçilmesine dikkat edilmiştir. Ancak gelecekteki araştırmalarda, bu araştırmanın tanısı yeni konulan ve terapi ya da ilaç tedavisi henüz başlamayan OKB hastaları ile yapılması ile daha farklı sonuçlar elde edilmesi mümkündür.

KAYNAKLAR

- Akdede, B. B. K., Alptekin, K., Akvardar, Y., Kitiş, A. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi: bilişsel işlevler ve klinik bulgular ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16 (1), 13-19
- Akpınar, A. (2007). Ergenlik döneminde obsesif kompulsif bozukluğun yaygınlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği. Uzmanlık Tezi.
- Alonso, P., Menchon, J. M., Mataix-Cols, D., Pifarre, J., Urretavizcaya, M., Crespo, J. M., Jimenez, S., Vallejo, G., Vallejo J. (2004). Perceived parenting rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry Research Journal*, 127 (3), 267-278
- Alsobrook II, J. P., Leckman, J. F., Goodman, W. K., Rasmussen, S. A., Pauls, D. L. (1999). Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom-based factor scores. *American Journal of Medical Genetics*, 88(6), 669-675
- Allsopp, M., Verduyn, C. (1990). Adolescents with obsessive compulsive disorder: A case note review of consecutive patients referred to a provincial regional adolescent psychiatry unit. *Journal of Adolescence*, 13(2), 157-169
- Altın, M., Karancı, A. N. (2008). How does locus of control and inflated sense of responsibility relate to obsessive-compulsive symptoms in Turkish adolescents? *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1303-1315
- APA (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Avcı, A., Aslan, H. (1995). Obsessive compulsive disorder in children and conversion disorder: a comparative clinical study. *Turkish Journal of Psychiatry*, 6, 49-53
- Avcı, A., Aslan, H. (1995). Obsesif kompulsif bozukluğu olan çocukların ailelerinde obsesif kompulsif belirti puanları: Karşılaştırmalı bir klinik çalışma. *Düşünen Adam*, 8(2), 11-15.
- Ayçiçeği, A., Harris, C. L., Dinn W. M. (2002). Parenting style and obsessive-compulsive symptoms and personality traits in a student sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 406-417
- Barrett, P. M., Healy, L. J. (2003). An examination of the cognitive process involved in childhood obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy Journal*, 41(3), 285-299

- Barrett, P., Shortt, A., Healy, L. (2002). Do parent and child behaviors differentiate families whose children have obsessive-compulsive disorder from other clinic and non-clinic families? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 597-607
- Beşiroğlu, L., Ağargün, M., Y. (2006). Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: hastalık ile ilişkili ve genel etmenlerin rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17 (3), 213-222
- Beşiroğlu, L., Uğuz, F., Sağlam, M., Ertan, Y., Ağargün M. Y., Aşkın, R. (2007). Obsesif kompulsif bozuklukta ve yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8 (1), 5-13
- Black, D. W., Noyes, R., Goldstein Jr., R. B., Blum, N. (1992). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 362-368
- Black, D. W., Gaffney, G., Schlosser S., Gabel, J. (1998). The impact of obsessive-compulsive disorder on the family: Preliminary findings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(7), 440-442
- Bressi, C., Guggeri, G. (1996). Obsessive-compulsive disorder and the family emotional environment. *New Trends in Experimental and Clinical Psychology*, 12(4), 265-269
- Calvocoressi, L., Libman, D., Vegso, S. J., McDougle, C. J., Price, L. H. (1988). Global functioning of inpatients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, and major depression. *Psychiatric Services*, 49, 379-381
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., McDougle, C. J., Price, L. H. (1995). Family accomodation in obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(3), 441-443
- Calvocoressi, L., Mazure, C., Kasl, S. V., Skolnick, J., Fisk, D., Vegso, S. J., Van Noppen, B. L., Price, L. H. (1999). Family accomodation of obsessive-compulsive symptoms: Instrument development and assessment of family behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 636-642
- Can, A. (2014). SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Chabane, N., Delorme, R., Millet, B., Mouren, M. C., Leboyer, M., Pauls, D (2005). Early-onset obsessive-compulsive disorder: a subgroup with a specific clinical and familial pattern. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 46 (8), 881-887
- Cooper, M. (1996). Obsessive compulsive disorder: Effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 296-304
- Çilli, A. S., Telcioglu, M., Askin, R., Kaya, N., Bodur, S., Kucur, R. (2004). Twelve month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 367-374.
- Darling, N., Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.

- Demet, M. M., Deveci, A., Deniz, F., Taşkın, E. O., Şimşek, E., Yutsever, F. (2005). Obsesif-kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(3), 133-144
- Diler, R. S., Avcı, A. (2002). Sociodemographic and Clinical Characteristic of Turkish Children and Adolescents with Obsessive-compulsive Disorder. *Croatian Medical Journal*, 43(3), 324-329
- Ehiobuche, I. (1988). Obsessive-compulsive neurosis in relation to parental child rearing patterns amongst Greek, Italian, and Anglo-Australian subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 115-120
- Farrel, L. J., Hourigan, D., Waters, A. M. (2013). Do mothers enhance responsibility in children with obsessive compulsive disorder? A preliminary study of mother-child interactions during a problem solving discussion. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(2), 78-84
- Flament M. (1990). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Encephale*, 16, 311-316
- Flament, M. F., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, M., Berg, C. Z., Kalikow, K., Sceery, W., Shaffer, D. (1988). Obsessive-compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6), 764-771
- Flessner, C. A., Freeman, J. B., Sapyta, J., Garcia, A., Franklin, M. E., March, J. S., Foa, E. (2011). Predictors of parental accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder: Findings from the pediatric obsessive-compulsive disorder treatment study (pots) trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 716-725
- Furnham, A., Cheng, H. (2000). Perceived parental behaviour, self-esteem and happiness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 463-470.
- Frost, R. O., Steketee, G., Cohn, L., Griess, K. (1994). Personality traits in subclinical and non-obsessive compulsive volunteers and their parents. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 47-56
- Futh, A., Simonds, L. M., Micali, N. (2012). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Parental understanding, accommodation, coping and distress. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 624-632
- Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwarts, S., Shapiro, S., Coffey, B. (1998). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(4), 420-427
- Hacıömeroğlu, B., Karancı, A. N. (2013). Perceived parental rearing behaviours, responsibility attitudes and life events as predictors of obsessive compulsive symptomatology: test of a cognitive model. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 641-652

- Hafner, R. J. (1988). A questionnaire survey of a self-help group. *International Journal of Social Psychiatry*, 34, 310-345
- Hanna, G. L., Himle, J. A., Curtis, G. C., Gillespie, B. W. (2005). A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *American Journal of Medical Genetics Part B Neuropsychiatric Genetics*, 134 B(1), 13-19
- Hibbs, E. D., Hamburger, S. D., Lenane, M., Rapoport, J. L., Kruesi, M. J. P., Keysor, C. S., Goldstein, M. J. (1991). Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32 (5), 757-770
- Hollander, E., Stein, D. J., Kwon, J. H., Rowland, C., Wong, C. M., Broatch, J., Himelein, C. (1997). Psychosocial Function and Economic Costs of Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS Spectrums*, 2, 16-25
- Hoover, C. F., Insel, T. R. (1984). Families of origin in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(4), 207-215
- Iervolino, A. C., Rijksdijk, F. V., Cherkas, L., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D. (2011). A multivariate twin study of obsessive-compulsive symptom dimensions. *Archives of General Psychiatry*, 68(6), 637-644
- Karamustafaloğlu, K. O., Akpınar, A. (2006). Obsesif kompulsif bozukluk. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 2(12), 30-44.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094- 1099
- Klein, H. A., O'Bryant, K., Hopkins, H. R. (1996). Recalled parental authority style and self-perception in college men and women. *Journal of Genetic Psychology*, 157, 5-17
- Koran, L. M., Thienemann, M. L., Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 783-788.
- Kuzgun, Y., Bacanlı, F. (Ed.) (2005). PDR'de kullanılan ölçekler. Ankara: Nobel.
- Lawrence, P. J., Williams, T. I. (2011). Pathways to inflated responsibility beliefs in adolescent obsessive-compulsive disorder: A preliminary investigation. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 39(2), 229-234.
- Lebowitz, E. R., Scharfstein, L. A., Jones, J. (2014). Comparing family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, and nonanxious children. *Depression and Anxiety*, 31, 1018-1025
- Lebowitz, E. R., Woolston, J., Bar-Haim, Y., Calvocoressi, L., Dauser, C., Warnick, E., Scahill, L., Chakir, A. R., Shechner, T., Hermes, H., Vitulano, L. A., King, R. A., Leckman, J. F. (2013). Family accommodation in pediatric anxiety disorders. *Depression and Anxiety*. 30(1), 47-54
- Lenane, M. C., Swedo, S. E., Leonard, H., Pauls, D. L., Sceery, W., Rapoport, J. L. (1990). Psychiatric disorders in first-degree relatives of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 29 (3), 407-412

- Lennerts, L., Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Rampacher, F., Vogeley, A., Schulze-Rauschenbach, S., Ettelt, S., Meyer, K., Kraft, S., Reck, C., Pukrop, R., John, U., Freyberger, H. J., Klosterkötter, J., Maier, W., Falkai, P., Wagner, M. (2010). Perceived parental rearing in subjects with obsessive-compulsive disorder and their siblings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *121*, 280-288
- Leonard, H., Swedo, S. E., Lenane, M. C., Rettew, D. C., Hamburger, S. D., Bartko, J. J., Rapoport, J. L. (1993). A 2-to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *50(6)*, 429-439.
- Liakopoulou, M., Korlou, S., Sakellariou, K., Kondyli, V., Kapsimali, E., Sarafidou, J., Anagnostopoulos, D. (2010). The psychopathology of parents of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, *43*, 209-215.
- Libby, S., Reynolds, S., Derisley, J., Clark, S. (2004). Cognitive appraisals in young people with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, *45(6)*, 1076-1084
- March, J. S., Leonard, H. L. (1996). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*, 1265-1273
- Mathews, C. A., Nievergelt, C. M., Azzam, A., Garrido, H., Chavira, D. A., Wessel, J., Bagnarello, M., Reus, VI. Schork, N. J. (2007). Heritability and clinical features of multigenerational families with obsessive-compulsive disorder and hoarding. *Journal of the American Journal of Medical Genetics Part B Neuropsychiatric Genetics*, *144B(2)*, 174-182
- Merlo, L. J., Lehmkuhl, H. D., Geffken, G. R., Storch, E. A. (2009). Decreased family accomodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77(2)*, 355-360
- Murphy, Y. E., Flessner, C. A. (2015). Family functioning in pediatric obsessive compulsive and related disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, *54*, 414-434
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O. J., 3rd. Liang, K. Y., LaBuda, M., Walkup, J., Grados, M., Hoehn-Saric, R. (2000). A family study of obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, *57(4)*, 358-363
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu III, J., LaBuda, M., Walkup, J., Grados M. (2000). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, *57(4)*, 358-363
- Pauls, D. L., Alsobrook, J. P., Goodman, W., Rasmussen, S., Leckman, J. F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 76-84
- Peris, T. S. Bergman, R. L. Langley, A. Chang, S. McCracken, J. T. Piacentini, J. (2008). Correlates of accomodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: parent, child, and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *47(10)*, 1173-1181
- Peris, T. S., Sugar, C. A., Bergman, R. L., Chang, S., Langley A., Piacentini J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80(2)*, 255-263

- Peris, T. S., Benzeon, N., Langley, A., Roblek, T., Piacentini, J. (2008). Parental attitudes, beliefs, and responses to childhood obsessive compulsive disorder: The parental attitudes and behavior scale. *Child and Family Behavior Therapy*, 30, 199-214
- Pietrefesa, A. S., Schofield, C. A., Whiteside, S. P., Sochting, I., Coles, M. E. (2010). Obsessive beliefs in youths with OCD and their mothers. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 24, 187-197
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401
- Rasmussen S. A., Eisen J. L. (1992). The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 4-10
- Rasmussen, S. A., Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 743-758
- Renshaw, K. D., Steketee, G., Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of ocd. *Cognitive Behavior Therapy*, 34, 164-175
- Riddle, M. A., Scahill, L., King, R., Hardin, M. T., Towbin, K. E., Ort, S. I., Leckman, J. F., Cohen, D. C. (1990). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29 (5), 766-772
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy Journal*, 38(4), 347-372
- Salkovskis, P. M., Forrester, E., Richards, C. (1998). Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, 173, 53-63
- Salkovskis, P. M. Shafran, R. Rachman, S. Freestone, M. H. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1055-1072
- Sawyer, B. A., Williams, M. T., Chasson, G. S., Davis, D. M., Chapman, L. K. (2015). *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 4, 8-13
- Shafran, R., Ralph, J., Tallis, F. (1995). Obsessive compulsive symptoms and the family. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 59(4), 472-479
- Smorti, M. (2012). The impact of family on obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Development, maintenance, and family psychological treatment. *International Journal of Advances in Psychology*, 1(3), 86-94
- Steketee, G. (1993). Social support and treatment outcome of obsessive compulsive disorder at 9-month follow-up. *Behavioral Psychotherapy*, 21(2), 81-95

- Stewart, S. E., Geller, D. A., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., Faraone, S. V. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 4-13
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., Larson, M. J., Fernandez, M., Grabbill, K. (2007). Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(2), 207-216
- Storch, E. A., Lack, C. W., Merlo, L. J., Geffken, G. R., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K. (2007). Clinical features of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and hoarding symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 313-318
- Swedo, S. E., Leonard, H. L., Rapoport, J. L. (1992). Childhood-onset obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 767-775
- Taner, Y., Taner, E., Bakar, E. E., Bodur, Ş. (2007). Obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında psikopatoloji. *Anatolian Journal of Psychiatry* (8), 126-131
- Taylor, S. (2011). Etiology of obsessions and compulsions: A meta-analysis and narrative review of twin studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1361-1372
- Taylor, S., Jang, K. L. (2011). Biopsychosocial etiology of obsessions and compulsions: an integrated behavioral-genetic and cognitive-behavioral analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(1), 174-186
- Timpano, K. R., Keough, M. E., Mahaffey, B., Schmidt, N. B., Abramowitz, J. (2010). Parenting and obsessive compulsive symptoms: implications of authoritarian parenting. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 24, 151-164
- Toro, J., Cervera, M., Osejo, E., Salamero, M. (1992). Obsessive compulsive disorder in childhood and adolescence: A clinical study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33(6), 1025-1037
- Turgeon, L., O'Connor, K. P., Marchand, A., Freestone, M. H. (2002). Recollections of parent-child relationships in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(4), 310-316
- Türkbay, T., Doruk, A., Erman, H., Söhmen, T. (2000). Obsesif kompulsif bozukluğun belirti dağılımının ve komorbitesinin çocuk ve ergenler ile erişkinler arasında karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri* (3). 86-91
- Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., McKeown, R. E., Addy, C. L., Cuffe, S. P. (1995). Family and psychosocial predictors of obsessive compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 4(2), 193-206

- Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., McKeown, R. E., Addy, C. L., Cuffe, S. P. (1994). Frequency of obsessive compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(6), 782-791
- Vatan, S. (2015). Investigating the mediator roles of obsessive beliefs in the relationships between attachment and obsessive compulsive symptoms. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(3), 155-163
- Vural, P., Taneli, S., Taneli, Y. (2002). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerde ailesel özellikler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 9(3), 172-177
- Waters, T. L., Barrett, P. M. (2000). The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3 (3), 173-183
- Wilcox, H. C., Grados, M., Samuels, J., Riddle, M. A., III, Bienvenu, O. J., Pinto, A., Cullen, B., Wang, Y., Shugart, Y. Y., Liang, K. Y., Nestadt, G. (2008). The association between parental bonding and obsessive compulsive disorder in offspring at high familial risk. *Journal of Affective Disorders*, 111 (1), 31-39
- Wolfradt, U., Hempel, S., Miles, J. N. V. (2003). Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 34, 521-532
- Yoshida, T., Taga, C., Matsumoto, Y., Fukui, K. (2005) Paternal overprotection in obsessive-compulsive disorder and depression with obsessive traits. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 533-538
- Zohar, A. H. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8(3), 445-460

EK A

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Hasta Yakınının Adı-Soyadı:

2. Çocuğa yakınlık dereceniz: (1)Anne (2)Baba

3. Yaşınız:

4. Anne-baba öğrenim düzeyi?

	Anne	Baba
(1) İlkokul mezunu	()	()
(2) Ortaokul mezunu	()	()
(3) Lise mezunu	()	()
(4) Üniversite mezunu	()	()
(5) Yüksek lisans mezunu	()	()

5. Babanın Mesleği:

(1) Memur (2) İşçi (3) Serbest (4) Çiftçi (5) İşsiz (6)Diğer:.....

6. Annenin Mesleği

(1)Ev Hanımı (2) Çalışıyor:.....

7. Anne babanın şu anki durumu?

(1) Evliler, birlikte yaşıyorlar

(2) Evliler, ayrı yaşıyorlar

(3) Boşandılar

(4) Anne veya babadan biri öldü

8. Evinizde kimlerle yaşamaktasınız? (1) Çekirdek aile (2) Geniş aile.....

9. Gelir durumunuz? (1)Düşük (2)Orta (3)Yüksek (4)Çok Yüksek

10. Ailede ruhsal veya fiziksel hastalık öyküsü (1) Yok (2) Var
11. Annede sağlık sorunu var mı ?
(1)Yok
(2)Sadece fiziksel.....
(3)Sadece ruhsal.....
(4)Her ikisi de.....
12. Babada sağlık sorunu var mı ?
(1)Yok
(2)Sadece fiziksel.....
(3)Sadece ruhsal.....
(4)Her ikisi de.....
13. Çocuğunuzun adı:
14. Cinsiyeti : (1) Kız (2) Erkek
15. Yaşı : (Doğum tarihi:)
16. Sınıfı:
17. Okulu:
18. Kardeşi: (1) Var (2) Yok
19. Okul Başarısı: (1) Kötü (2) Orta (3) İyi
20. Bebeklik ve çocuklukta en uzun süre ile bakımını sağlamış olan kişi kimdir?
21. Geçmişte psikolojik bir rahatsızlık nedeniyle tedavi gördü mü?
(1) Hayır (2) Evet
22. Tıbbi bir hastalığı? (1) Yok (2) Var.....
23. Obsesif Kompulsif Bozukluk semptomlarının başlangıç yaşı kaçtır?
24. Çocuğunuz obsesif takıntıları ile ilgili olarak sizin onayınızı almak istiyor mu?
(1) Evet (2) Hayır
25. Obsesyonlar günlük yaşamda en çok hangi soruna sebep oluyor?
(1) Okul ile ilgili sorunlar (akademik başarıda düşme)
(2) Evde tartışmalar
(3) Sosyal ilişkilerde bozulmalar
(4) Yetişememe, geç kalma (zaman yönetiminde sorunlar)
(5) Diğer.....

EK B

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

İsim:

Tarih:

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Var olan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları "P" ile işaretleyiniz.
(Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyazise ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. "s" ile işaretlenen semptomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir.)

Şimdi	Geçmişte	
_____	_____	SALDIRGANLIK OBSESYONLARI
_____	_____	Kendine zarar vereceğinden korkma
_____	_____	Başkalarına zarar vereceğinden korkma
_____	_____	Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
_____	_____	Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
_____	_____	Utanılacak bir şey yapmaktan korkma*
_____	_____	İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örn. arkadaşını yaralama)
_____	_____	Çalacağından korkma
_____	_____	Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örn. çarpma/kaçma, motorlu araç kazası)
_____	_____	Olan kötü olaylardan kendinin sorumlu olacağı korkusu (örn. yangın, hırsızlık)
_____	_____	Diğer
_____	_____	KİRLENME OBSESYONLARI
_____	_____	Vücut atık veya salgılarından (örn. idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek
_____	_____	Kir veya mikroplardan kaygılanmak
_____	_____	Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örn. asbestoz, radyasyon, toksik atıklar)
_____	_____	Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örn. temizlik maddeleri, çözücüler)
_____	_____	Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
_____	_____	Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örn. böcekler)
_____	_____	Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
_____	_____	Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırğan)
_____	_____	Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçları düşünmemek
_____	_____	Diğer

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

CİNSEL OBSESYONLAR

- _____ _____ Yasaklanmış veya sapıklık derecesinde cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
- _____ _____ Çocuklar veya incest ilişkisi ile ilgili
- _____ _____ Homoseksüel ilişkisi ile ilgili*
- _____ _____ Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
- _____ _____ Diğer

BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI

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

_____ _____

DİNİ OBSESYONLAR

- _____ _____ Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili
- _____ _____ Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi
- _____ _____ Diğer

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

- _____ _____ Doğaüstü düşünce ile birlikte (örn. eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceği)
- _____ _____ Doğaüstü düşünceler olmadan

DİĞER OBSESYONLAR

- _____ _____ Bilme veya hatırlama ihtiyacı
- _____ _____ Belirli şeyleri söyleme korkusu
- _____ _____ Doğru şeyi söyleyememe korkusu
- _____ _____ Birşeyler kaybetme korkusu
- _____ _____ İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler
- _____ _____ Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma
- _____ _____ Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma*
- _____ _____ Uğurlu veya uğursuz sayılar
- _____ _____ Özel anlamı olan renkler
- _____ _____ Batıl itikatlar
- _____ _____ Diğer

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği

SOMATİK OBSESYONLAR

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

TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

- _____ Aşırı veya törensel el yıkama
- _____ Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat
- _____ Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin aşırı temizliği ile ilgili
- _____ Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
- _____ Diğer

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

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

SAYMA KOMPULSİYONLARI

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI

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

BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

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

DİĞER KOMPULSİYONLAR

Zihinsel törenler (kontrol veya sayma dışında)

Aşırı liste hazırlama

Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi

Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*

Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları*

Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)

Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları*

Batıl davranışlar

Trikotillomani*

Kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar*

Diğer

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSIYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS)

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

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

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

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

1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (toplam puanlamaya katılmaz)

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

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

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERDEN ETKİLENME

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

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

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERE KARŞI DUYULAN RAHATSIZLIK

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

- 0: Hiç.
- 1: Hafif, fazla rahatsızlık vermeyen.
- 2: Orta, rahatsız edici, fakat başedilebilir.
- 3: Ciddi, çok fazla rahatsız edici.
- 4: İleri derecede, yaklaşık sürekli ve kısıtlayıcı rahatsızlık.

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME

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

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

5. OBSESİF DÜŞÜNCELERİ KONTROL ETME DERECEİ

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

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

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

6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN ZAMAN

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

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

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

6b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN SÜRE (Toplam puanlamaya katılmaz)

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

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

7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

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

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

8. KOMPULSİF DAVRANIŞLARA KARŞI DUYULAN RAHATSIZLIK

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

0: Hiç.

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

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

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

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

9. KOMPULSİF DAVRANIŞLARA KARŞI DİRENME

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

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

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

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

4: Kompulsiyonlara, tam ve gönüllü olarak boyun eğmiştir.

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

10. KOMPULSİF DAVRANIŞLARI KONTROL ETME DERESESİ

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

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

11. HAFTANIN OBSESYONLARI VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA İÇGÖRÜSÜ

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

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

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

12. KAÇINMA

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

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

13. KARARSIZLIK DERESESİ

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

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

14. AŞIRI SORUMLULUK HİSSİ

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

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

15. HAREKETLERDE BELİRGİN YAVAŞLAMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ

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

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

16. PATOLOJİK KUŞKU

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

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

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

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

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

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

- 0: Çok daha kötü.
- 1: Daha kötü.

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

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

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

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

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

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

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (9/89)

HASTA ADI: _____
PROTOKOL : _____

Y-BOCS TOPLAM PUANI (Madde 1-10 toplamı) _____
TARİH: _____
HEKİM: _____

1.	OBSESYONLARLA GEÇEN ZAMAN	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4		
1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)		Semptom yok 0	Ortalama uzun 1	Uzun 2	Çok kısa 3	Kısa 4		
2.	OBSESYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4		
3.	OBSESYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4		
4.	OBSESYONLARA KARŞI DİRENME	Sürekli direnme 0	1	2	3	Tam teslimiyet 4		
5.	OBSESYONLARIN KONTROLÜ	Tam kontrol 0	Yeterli kontrol 1	Orta kontrol 2	Az kontrol 3	Kontrol yok 4		
		OBSESYON ALITOPPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____						
6.	KOMPULSİYONLARLA GEÇEN ZAMAN	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4		
6b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)		Semptom yok 0	Uzun 1	Ortalama uzun 2	Kısa 3	Çok kısa 4		
7.	KOMPULSİYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4		
8.	KOMPULSİYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4		
9.	KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENME	Sürekli direnme 0	1	2	3	Tam teslimiyet 4		
10.	KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ	Tam kontrol 0	Yeterli kontrol 1	Orta kontrol 2	Az kontrol 3	Kontrol yok 4		
		KOMPULSİYON ALITOPPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____						
11.	OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ	Mükemmel 0	1	2	3	Yok 4		
12.	KAÇINMA	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4		
13.	KARARSIZLIK	0	1	2	3	4		
14.	PATOLOJİK SORUMLULUK	0	1	2	3	4		
15.	YAVAŞLAMA	0	1	2	3	4		
16.	PATOLOJİK KUŞKU	0	1	2	3	4		
17.	GLOBAL CİDDİYET	0	1	2	3	4	5	6
18.	GLOBAL DÜZELME	0	1	2	3	4	5	6
19.	GÜVENİRLİK	MÜKEMMEL = 0	İYİ = 1	ORTA = 2	ZAYIF = 3			

EK C

Sayın hastamız (Sayın hasta yakını)

Lütfen ilk bu bölümü okuyunuz.

Bu ankette kendiniz veya bir aile bireyiniz hakkında sorular yanıtlayacaksınız. Bu sorular sizi rahatsız etmiş olan obsesif-kompulsif belirtiler ile ilgilidir. Nasıl yanıtlayacağınızdan emin olmadığımız bir soru ile karşılaşsanız elinizden geldiği kadarı ile yanıtlanmanızı ve neden emin olmadığımıza veya yanıtınıza dair bir not yazmanızı öneriyoruz (notları dilediğiniz yere yazabilirsiniz: sayfa kenarlarına, arkasına veya başka bir kâğıda). Daha sonra bunları sizinle görüşecek hekimle konuşabilirsiniz.

Bu formda doğru veya yanlış yanıt yoktur. Eğer yanıtınız ‘**hayır**’ veya ‘**asla**’ ise lütfen bu şekilde işaretleyiniz ve boş bırakmayınız. Eğer boş bırakırsanız, **hayır**’ veya ‘**asla**’ demek mi istediniz yoksa sadece bu soruyu atladınız mı, bunu biz bilememiş oluruz. Bir maddeyi işaretlediğiniz zaman durumu anlatan kelimeleri de işaretleyebilir, altlarını çizebilirsiniz, örneklerde işaretlediğiniz kelimeler; sizin veya aile bireyinizin yaşadıklarına dair çok değerli bir bilgi kaynağı olacaktır.

Devam ettikçe her bölümün bir başlıkla adlandırıldığını ve her bölümün başında açıklamaların yazılmış olduğunu göreceksiniz. Lütfen bölüm başlarında açıklamaları okuyunuz. Ayrıca yanıtlarken sizlere yardımcı olması için bazı kelimelerin anlamlarını da ekledik.

Her bölümün sonunda o gruptaki belirtilerin bir ya da bir kaçının sizde olduğuna karar vermeniz durumunda, geçen bir hafta içinde bu belirtilerin şiddetini kendiniz belirlemeniz sizden istenecektir.

Bu form obsesif kompulsif belirtileri olan kişi veya onları iyi tanıyan bir yakınları tarafından doldurulmalıdır. Eğer sözkonusu olan bir çocuk ise formun anne-baba tarafından doldurulması en uygun olacaktır. Yetişkin bir kişi de formu doldurmak için eşinden veya aile bireylerinden yardım isteyebilir.

Kurşun kalem kullanmanızı tavsiye ederiz. Tüm formu bir oturuşta tamamlamak zorunda değilsiniz. Sizin için uygun olan bir zaman diliminde tamamlayabilirsiniz. Bu formu doldurmak için harcayacağınız çaba ve zamanın farkındayız ve bunun için sizlere teşekkür ediyoruz.

Formu doldurup teslim ettikten sonra obsesif kompulsif bozukluk konusunda bilgili biri sizlerle görüşüp bazı yanıtlarımızı gözden geçirecektir.

Teşekkür Ederiz.

Formu dolduran: _____

Hasta ile yakınlığı: _____

Obsesif-Kompulsif Belirti Listesi

+ NOT: Bu anket formu obsesif kompulsif belirtileri sorgulamaktadır. Lütfen bütün formu doldurunuz.

Bu formu doldururken aşağıdaki tanımları göz önünde tutunuz:

Obsesyonlar: istemeden zihne gelen rahatsız edici düşünceler veya hayallerdir. Bir ışığın kapanıp kapanmadığı veya bir kapının kilitlenip kilitlenmediğine ilişkin tekrarlayıcı düşünceler, bir hastalık veya mikrop kapacağına ilişkin kaygılar örnek olarak verilebilir. Bu düşünceler veya hayaller kişi onları uzaklaştırmaya, düşünmemeye çalışsa da ya da yokmuş gibi davranırsa da zihne gelmeye devam ederler.

Kompulsiyonlar: Kişinin anlamsız olduğunu bildiği halde yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn: el yıkama, düzene koyma, kilitleri kontrol etme) ya da zihinsel eylemlerdir (örn: sayı sayma). Aşağıda bu kelime ile benzer olarak **ritüel** kelimesi de kullanılmıştır

Lütfen aşağıdaki kutucuklardan size uygun düşenleri işaretleyiniz ("geçmişte vardı" seçeneği daha önce var olan ancak son bir haftadır görülmeyen belirtiler içindir). Eğer bir belirti şu anda mevcut ise lütfen başlangıç yaşını belirtiniz. Çocuklar için; aileleri çocuklarının yardımı ile formu doldurmalıdır.

A1. Zarar Hakkındaki Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar

		Hiç bir zaman olmadı	Şu anda var (son 1 haftadır)	Geçmişte vardı	Başlangıç yaşı
1	Kendime zarar verebileceğime ilişkin obsesyonlarım vardır. Örneğin, çatal veya bıçakla kendime zarar verme korkusu, keskin objeleri ellemekten ya da yakınında olmaktan korkma, bir arabanın önüne atlama korkusu, cam kenarında yürümekten korkma.				
2	Zarar görebileceğime ilişkin obsesyonlarım vardır. Örneğin, yeterince dikkatli olmadığım için yaralanacağım korkusu. Belli nesne veya insanların bana zarar vereceği korkusu.				
3	Kendimin veya başka birinin bana zarar verip vermediğini kontrol ederim. Örneğin, keskin bir şeyi tuttuktan sonra yara veya kan izleri aramak, zarar görüp görmediğinizi doktorlar veya diğer kişilerden güvence arayarak kontrol etmek				
4	Başka birine zarar verebileceğim hakkında obsesyonlarım vardır. Örneğin, başkalarının yemeğini zehirleme, bebeklere zarar verme, birini arabanın/trenin önüne itme.				
5	Başka birine istemeden zarar vereceğim hakkında obsesyonlarım vardır. Arabayla birine çarparak kaçma kazasına karışma hakkında endişeler, bazı hayali felaketler için gerekli yardımı sağlayamama korkusu birinin duygularını incitme korkusu, yanlış tavsiye ile zarar verme korkusu.				
6	Korkunç bir olaydan sorumlu olabileceğime ilişkin obsesyonlarım vardır. Örneğin, bir yangını başlatmak, bir hırsızlık/cinayetten sorumlu olmak.				

7	Başkalarına zarar vermediğimi ya da başkalarının zarar görmediğini kontrol ederim. Örneğin., birine onun bilgisi olmadığı halde zarar vermediğinizi kontrol etmek. Diğer insanlara sorarak ya da telefonla arayarak her şeyin yolunda olduğundan emin olmaya çalışma				
8	Aklımdan şiddet ve dehşet dolu hayaller geçer. Örneğin, cinayet, araba kazası görüntüleri veya parçalanmış bedenlere ilişkin kanlı görüntüler				
9	Terbiyesiz sözler veya hakaretler ağızdan kaçırabileceğime ilişkin obsesyonlarım vardır. Örneğin, bir cami ya da okul gibi sessiz fakat çevrede bir çok insanın olduğu bir yerde terbiyesiz sözler söyleme korkusu. Terbiyesiz şeyler yazma korkusu				
10	Utandırıcı bir şey yapacağıma ilişkin obsesyonlarım vardır. Örneğin, kalabalık içinde soyunma korkusu, sosyal ortamlarda aptal durumuna düşme korkusu				
11	İstemediğim bir dürtüye uyma obsesyonlarım vardır. Örneğin, Dürtüsel olarak bir arkadaşımı bıçaklama, arabayla birine çarpma, bir şey çalma korkusu				
12	Korkunç bir şey oldu mu / olacak mı diye kontrol ederim. Örneğin, gazetelerde, radyoda neden olduğuna inandığım bir felaket hakkında haber aramak. Diğer insanlardan güven alma ihtiyacı için de soruyor olabilirsiniz.				
13	Kendime veya başkalarına gelebilecek zararı engellemek için kontrol ederim veya başka yöntemler uygulayım. Örneğin, keskin aletlerden uzak durabilir, Makas ya da bıçak kullanmayı reddedebilirsiniz, Zarar verici bir şey olmadığından emin olmak için yanınızda birinin olmasını isteyebilir, diğer insanlardan güven alma ihtiyacı hissedebilirsiniz				
14	Korkunç sonuçları engellemek için olağan işleri yineleme ihtiyacı duyarım. Örneğin, kötü bir düşünceye sahip olunca kötü bir sonucu engellemek için belli bir hareketi defalarca yapmak. Lütfen bu maddeyi tekrarlama davranışları sadece zarar verici düşüncelere karşılık olarak yapılıyorsa işaretleyin.				
15	Kontrol etme davranışları dışında zihinsel ritüellerim vardır. Örneğin, zihinsel ritüeller zihninizde yaptığımız kompulsiyonlardır; mesela kötü bir düşüncenin etkisini telafi etmek için iyi bir şey düşünmek gibi. Lütfen bu maddeyi zihinsel ritüelleri sadece kendinize veya başkasına zarar verme obsesyonlarına karşılık yapıyorsanız işaretleyin.				

B1. Cinsel ve Dini İçerikli Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar

		Hiç bir zaman olmadı	Şu anda var (son 1 haftadır)	Geçmişte vardı	Başlangıç yaşı
16	Uygunsuz veya yasaklı cinsel düşünce, dürtü veya hayallerim vardır. Örneğin, aile, arkadaş veya yabancılar hakkında istenmeyen cinsel düşünceler				
17	Çocukları veya aile içi ilişkileri içeren cinsel obsesyonlarım vardır. Örneğin, Kendi veya başkasının çocuğuna cinsel tacizde bulunma hakkında istenmeyen düşünceler				
18	Homoseksüallite hakkında obsesyonlarım vardır. Örneğin, Ya homoseksüel isem veya ya birden homoseksüel olursam gibi yersiz endişeler				
19	Diğer insanlara yönelik şiddet içeren cinsel davranışlar hakkında obsesyonlarım vardır. Örneğin, yabancılara, arkadaşlara, aile bireyelerine karşı istenmeyen şiddet içeren cinsel davranış hakkında hayaller				
20	Cinsellik ile ilgili yanlış bir şey yapmadığımdan emin olmak için bir şeyleri kontrol ederim. Örneğin, bir sorun var mı diye özel yerlerinizi, yatağı, kıyafetleri kontrol etmek. Diğer insanlardan bir şey olmadığına dair güven alma ihtiyacı.				
21	Cinsel obsesyon ve kompulsiyonları engellemek için belli, yer, eşya veya kişilerden uzak dururum. Örneğin, Belli resim veya başlık yazılarını görmemek için kitapçıların magazin bölümlerinden uzak durmak.				
22	Allah hakkında kötü konuşma, kutsal şeylere karşı saygısızlık hakkında obsesyonlarım vardır. Örneğin, Allah hakkında kötü bir şey söyleme ve bunun için cezalandırılma endişesi.				
23	Ahlaki olarak doğru neyin gerçekten doğru, neyin yanlış olduğu hakkında obsesyonlarım vardır. Örneğin, her zaman ahlaki olarak doğru olanı yapma kaygısı, yalan söylemiş veya birini kandırmış olma korkusu.				
24	Bazı şeyleri söylemeye korkarım. Örneğin, yanlış bir tavsiye vermekten, ölmüş veya hayatta olan biri hakkında kötü veya uygunsuz bir söz söylemekten korkma.				
25	Dini olarak yanlış bir şey yapıp yapmadığımı kontrol ederim. Örneğin, Kuran' ı veya başka kutsal nesnelere kontrol etmek, İmam, hoca ya da dini bilgisine güvendiğiniz insanlardan kötü bir şey olmadığına dair güvence istemek.				
26	Dini görevler veya eşyalar hakkında kompulsiyonlarım vardır. Örneğin, Dini eşyaları sürekli temizlemek, kontrol etmek. Saatlerce dua etmek, dini kişilerden gereğinden fazla güvence istemek.				
27	Din ve ahlak obsesyon ve kompulsiyonlarını engellemek için belli yer, hareket, eşya veya kişilerden uzak dururum. Örneğin, Camiye gitmemek, şeytanın etkisi altında kalmaya ilişkin düşünceleri artıracakları için bazı televizyon programlarını izlememek.				

28	Korkunç sonuçları engellemek için olağan aktiviteleri yineleme ihtiyacı duyarım. Örneğin, kötü bir cinsel, veya dini tekrarlayıcı düşünceden sonra, kötü bir sonu engellemek için belli bir hareketi defalarca yapma ihtiyacı duymak. Lütfen bu maddeyi tekrarlama davranışları sadece bu düşüncelere karşılık olarak yapıyorsanız işaretleyin.				
29	Bazı şeyleri anlatma, sorma, itiraf etme ihtiyacım vardır. Örneğin, Diğer insanlardan yanlış bir şey yapmadığınıza dair güvence almak, yapmadığın bir şeyi itiraf etmek, daha iyi hissetmek için mahrem düşüncelerinizi birine anlatmak.				
30	Kontrol etme dışında zihinsel ritüellerim vardır. Örneğin, zihinsel ritüeller zihninizde yaptığımız kompulsiyonlardır; kötü bir düşüncenin etkisini telafi etmek için iyi bir şey düşünmek gibi. Lütfen bu maddeyi zihinsel ritüelleri sadece kendinize veya başkasına zarar verme obsesyonlarına karşılık yapıyorsanız işaretleyin.				

C1. Sıralama, simetri, sayma, tekrar tekrar yapma, herşeyin tam ayarında olması ihtiyacı

		Hiç bir zaman olmadı	Şu anda var (son 1 haftadır)	Geçmişte vardı	Başlangıç yaşı
31	Bazı şeylerin 'tam' veya 'mükemmel' olması ile ilgili obsesyonlarım vardır. Örneğin, el yazısının mükemmel olması, kitapların tam dizilmiş, hesapların tam yapılmış olması hakkında endişe veya huzursuzluk hissi				
32	Simetri obsesyonlarım vardır. Örneğin, nesnelerin düzgün veya simetrik olmadığı hakkında zihnin meşgul olması				
33	Hata yapıp yapmadığımı kontrol ederim. Örneğin, okurken, yazarken, basit hesaplamalar yaparken hata yapmadığından emin olmak için sürekli kontrol etme. Yapılacaklar listesi oluşturup bunu sürekli kontrol etme.				
34	Tekrar tekrar okuyup yazarım. Örneğin, tekrar tekrar okuma döngüsüne takılıp kalma nedeniyle birkaç sayfayı okumak veya kısa bir mektup yazmak için saatler harcamak. Mükemmel kelimeyi ya da ifadeyi aramak, okuduğu bir kelimenin tam anlamını bulmaya çalışmak veya bazı harflerin şekillerine takılmak.				
35	Tekrarlamam gereken rutinlerim vardır (sandalyeye oturup kalkmak, kapıdan girip çıkmak). Diğer örnekler bir aleti açıp kapatmak, saç taramak, belli bir yöne bakmak olabilir. Bunları 'doğru' sayıda yapmadıkça veya istenen simetriye ulaşmadıkça rahat edememek. Bu maddeyi kötü bir düşünceden kurtulmak için bir şeyi tekrar tekrar yapmaktan farklı düşünün.				
36	Sayma kompulsiyonlarım vardır. Örneğin, tavan, yer döşemelerini, kitaplıktaki kitapları, evlerin pencerelerini, kiremitleri, halıdaki desenleri, hatta kumsaldaki kum tanelerini saymak.				
37	Sıralama ve düzenleme kompulsiyonlarım vardır. Örneğin, masanın üzerindeki kalemleri, kağıtları, kitaplıktaki kitapları düzenlemek. Evdeki eşyaları düzenlemek için çok zaman harcamak, bu düzen bozulursa çok sinirlenmek.				
38	Simetrik olarak eşyalara dokunma, hareketleri veya nesnelere eşitleme kompulsiyonlarım vardır. Örneğin, bir şeye sağ tarafından dokununca aynı şekilde sol tarafına da dokunma ihtiyacı.				
39	Eşyalara dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi duyarım. Örneğin, kendinizi tahta gibi sert veya ocak gibi sıcak yüzeylere dokunmak için zorlanmış hissedebilirsiniz. Diğer insanlara, eşyalara hafifçe dokunma, eşyalara dokunma için kendini zorlanmış hissetme.				
40	"Tam olarak doğru" şeyi söylemediğimden korkarım. Örneğin, birine yanıt verirken veya bir şey söylerken 'tam doğru' kelimeyi veya deyimini bulma ihtiyacı hissedebilirsiniz				
41	Kontrol etme dışında zihinsel ritüellerim vardır. Örneğin, zihinsel ritüeller zihninizde yaptığımız kompulsiyonlardır. Lütfen bu maddeyi sadece zihinsel ritüelleri simetri ve düzen obsesyonlarına karşılık yapıyorsanız işaretleyin.				
42	Simetri ve düzen obsesyon ve kompulsiyonlarımı engellemek için belli yer, hareket, eşya veya kişilerden uzak dururum. Örneğin, Evde bu obsesyon ve kompulsiyonları arttıracak eşyalara bakmamak				

D1. Kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları

		Hiç bir zaman olmadı	Şu anda var (son 1 haftadır)	Geçmişte vardı	Başlangıç yaşı
43	Kir ve mikroplarla ilgili obsesyonlarım vardır. Örneğin, belli sandalyelere oturmak, el sıkışmak, kapı kollarını ellemek ile mikrop kapma korkusu.				
44	Vücut atık veya salgılarından (idrara, dışkı, tükürük) fazlaca kaygılanmak veya iğrenmek. Örneğin, Kendinin veya başkasının idrar, üreme salgısı veya dışkısına değme korkusu				
45	Çevreyi kirleten maddelerden (asbest, radyasyon, toksik atıklar) kaygı duymak. Örneğin, asbest, radyoaktif maddelerden etkilenme korkusu, toksik atık alanları içeren yerlerle ilişkili şeylerden korkma . Hava kirliliğinden etkilenme korkusu				
46	Böcek ve hayvanlarla ilgili obsesyonlarım vardır. Örneğin, sineklerden mikrop kapma korkusu, kedi, köpek veya diğer hayvanlarla temas korkusu				
47	Yapışkan maddelerden veya atıklardan rahatsızlık duymak. Örneğin, diş macunu, bant, veya diğer yapışkan maddelerin mikrop içerdiğinden korkmak				
48	Bulaşma nedeni ile hastalanacağıma ilişkin endişe duyarım. Örneğin, bulaşmanın direkt bir sonucu olarak hasta olma kaygısı. Bulaşma nedeniyle AIDS veya kanser gibi hastalıklara yakalanma korkusu.				
49	Aşırı veya törensel olarak el yıkama kompulsiyonlarım vardır. Örneğin, Kir ve mikroplar hakkında endişeleriniz ya da yeterince temiz olmadığı hissi nedeniyle defalarca el yıkama. Yıkamanın sırası bozulursa tüm süreci baştan başlatma. Bu davranışlar belli sayıda veya belli bir şekilde el yıkamayı içerebilir				
50	Aşırı veya törensel duş, banyo veya tuvalet alışkanlıklarım vardır. Örneğin, belirli bir şekilde yapılması gereken duş, banyo veya tuvalet alışkanlıkları. Aşırı miktarda tuvalet kâğıdı tüketmek. Yıkama / temizleme davranışı bölündüğünde her şeye baştan başlamak.				
51	Evdeki eşyaların tekrar tekrar temizlenmesi ile ilgili kompulsiyonlarım vardır. Örneğin, aşırı ve/veya defalarca tuvalet, sifon, yer, mutfak tezgahını ve eşyalarını temizleme				
52	Kirlenmeye neden olacak maddeler ile teması önleyen veya onları ortadan kaldıracak diğer şeyler yaparım. Örneğin, aile bireylerinden çöpü, böcek ilaçlarını, benzin bidonlarını boyaları, çiğ etleri, kedi kumunu vs. ortadan kaldırmalarını istemek. Lastik eldiven kullanmak.				
53	Kontrol etme dışında zihinsel ritüellerim vardır. Örneğin, zihinsel ritüeller zihnimizde yaptığımız kompulsiyonlardır. Lütfen bu maddeyi zihinsel ritüelleri sadece kirlenme obsesyonlarına karşılık yapıyorsanız işaretleyin.				
54	Kirlenme obsesyon ve kompulsiyonlarımı engellemek için belli yer, hareket, eşya veya kişilerden uzak dururum. Örneğin, umumi tuvaletlere gitmemek, otel havlularını kullanmamak, el sıkışmamak. Bunun için aile üyelerinden kapıları açmalarını isteyebilir ya eldiven kullanıyor olabilirsiniz				

E1. Biriktirme / Toplama obsesyon ve kompulsiyonları

		Hiç bir zaman olmadı	Şu anda var (son 1 haftadır)	Geçmişte vardı	Başlangıç yaşı
55	Eşyaları biriktirme, gelecek için saklama obsesyonlarım vardır. Örneğin, gelecekte işe yarayabileceği endşesi ile bir şeyi (kağıt, dokuman, bilet) atma hakkında endişelenme				
56	Eşyaları atma konusunda obsesyonlarım vardır. Örneğin, Pek çok şeyi manevi değeri için saklamak, alma veya biriktirme isteği duymak				
57	Eşyaları kaybetme obsesyonlarım vardır. Örneğin, önemsiz şeylerin (bir kağıt parçası) kaybolmasından korkma.				
58	Bir şeyi saklamam gerekip gerekmediği konusunda karar verirken zorlanırım. Örneğin, öylesine alınan bir şeyi atıp atmamaya karar veremeyip saklamak.				
59	Biriktirme, saklama kompulsyonlarım vardır. Örneğin, Bir gün ihtiyacınız olabilir korkusuyla atmadığımız eski gazete, konserve kutuları, notlar, boş kutular, ambalaj kağıtları ile odanız dolu olabilir. Sokaktan, çöpten eşya almak.				
60	Biriktirme ve saklama hakkında zihinsel ritüellerim vardır. Örneğin, zihinsel ritüeller zihninizde yaptığımız kompulsyonlardır, mesela kötü bir düşüncenin etkisini telafi etmek için iyi bir şey düşünmek gibi ya da zihninizdeki hazırladığımız bir listenin sırasına uyma ihtiyacı. Lütfen bu maddeyi zihinsel ritüeller sadece biriktirme ve saklama hakkındaysa işaretleyiniz.				
61	Biriktirme ve saklama kompulsyonlarımı engellemek için belli yer, hareket, eşya veya kişilerden uzak dururum. Örneğin, belirli dükkanlar, marketlerden uzak durmak, gazete okumamak. Eşyaları atmak veya dolabı temizlemek için diğer kişilerden yardım almak.				

F. Bedensel obsesyonlar ve ilişkili kompulsyonlar

		Hiç bir zaman olmadı	Şu anda var (son 1 haftadır)	Geçmişte vardı	Başlangıç yaşı
62	Belli bir hastalık ya da rahatsızlık hakkında endişelenirim. Örneğin doktorların güvencesine rağmen kanser, kalp hastalığı, AIDS gibi bir hastalığa yakalanmak hakkında				
63	Belli bir hastalık ya da rahatsızlığa yakalanmadığımı kontrol ederim. Kalp hastalığı, beyin tümörü, bazı kanser türleri gibi ciddi bir hastalığımın olmadığımı ilişkin arkadaşlarım ya da doktorların güvencesini aramak				
64	Belli bir hastalık ya da rahatsızlığa yakalanmadığıma ilişkin kontrol davranışları dışında zihinsel ritüeller. Bu ritüeller sizin zihninizden yaptığımız kompulsyonlardır. Lütfen bu maddede yaptıklarınızın sadece bedensel bir hastalık ile ilişkili olduğunu kontrol ediniz.				
65	Yakalanmaktan korktuğum bir hastalık ile ilgili obsesyon ve kompulsyonlarımı engellemek için belli yer, hareket, eşya veya kişilerden uzak dururum. Örneğin hastalık düşüncelerini artıracığı için hastanelerden uzak durmak				

G. Diğer obsesyon ve kompulsiyonlar

		Hiç bir zaman olmadı	Şu anda var (son 1 haftadır)	Geçmişte vardı	Başlangıç yaşı
66	Belli şeyleri bilmeye veya hatırlamaya ihtiyacım vardır. Örneğin, plaka numaraları, t-shirt sloganları gibi önemsiz şeyleri hatırlama ihtiyacı				
67	Batıl inançlarla ilgili korkularım vardır. Örneğin, kara kedi, merdivenin altından geçmek, ayna kırmak				
68	Batıl inançlara uygun davranışlarım vardır. Örneğin, Uğursuz bir sayı içeriyorsa (mesala 13) tren, uçak veya otobüse binmeme, ayın 13'ünde evden çıkmakta isteksiz olma, bir cenaze geçerken ya da mezarlıktan geçerken giyilen kıyafetleri atma.				
69	Uğurlu / uğursuz sayılarım vardır. Örneğin, 13 sayısı gibi genelde uğursuz olarak bilinen rakamlar hakkında kaygılar, belirli hareketleri uğurlu sayı kadar tekrarlama, günün belli şanslı saatlerinde bir işe başlamak, kötü şans getireceğine inanılan numaralardan uzak durmak				
70	Özel anlamı olan renklerle ilgili obsesyon ve kompulsiyonlarım vardır. Örneğin, siyah ölüm ile, kırmızı kan ile ilişkilendirilebilir, bu renkleri olan eşyalardan kaçınabilirsiniz				
71	İstenmeden zihne gelen anlamsız sesler, kelimeler, sayılar, veya müzikler. Örneğin, zihninizde durduramadığınız sesler, kelimeler, müzikler duyma. Belli kelime ya da isimlere takılıp kalma				
72	Şiddet içermeksizin istenmeyen görüntüler zihnimi meşgul eder. Örneğin, belli resimlerin, sahnelerin detaylarına takılmak.				
73	Bu obsesyon ve kompulsiyonları engellemek için belli yer, hareket, eşya veya kişilerden uzak dururum. Örneğin, çizgilere basmamak, belli sayıları yazmaktan kaçınmak				
74	Rutin davranışları tekrar tekrar yaparım ve bu beni yavaşlatır. Örneğin, yıkanmak , giyinmek, evden çıkmak saatler alır. Yemek, konuşmak, su içmek gibi olağan aktiviteler için gereğinden çok fazla zaman harcama				
75	İhtiyacım olandan çok daha fazla liste yaparım. Yapılacaklar veya kontrol edilecekler için listeler yaparım.				

F. Obsesif-kompulsif yelpazede yer alan diğer obsesyon ve kompulsiyonlar

		Hiç bir zaman olmadı	Şu anda var (son 1 haftadır)	Geçmişte vardı	Başlangıç yaşı
76	Yakın bir aile bireyinden ayrı kalma ihtimali hakkında aşırı endişelenirim. Örneğin, anne babası, çocuğu ya da eşinin başına korkunç bir şey geleceği ya da onları bir daha göremeyeceği korkusu				
77	Sevdiğim birini kaybetmemi (birinden ayrı kalma) engellemek amacıyla yaptığım kompulsiyon veya ritüellerim vardır. Örneğin, o kişiyi odadan odaya takip etmek, telefonla sürekli aramak, başına kötü bir şey gelmesin diye dua etmek.				
78	Başka birine dönüşme obsesyonlarım vardır. Örneğin, başka biri gibi olma, hatta o kişiye dönüşme korkusu, vücudun bazı kısımlarının kendine ait olmadığı düşüncesi.				
79	Obsesif bir şekilde düşünüp durduğum biri hakkında düşünmekten kurtulmak için yaptığım kompulsiyonlar vardır. Örneğin, istenmeyen düşünceleri bastırmak, bu düşünceleri koymak için belli hareketler yapmak, ya da belli şeyler düşünmek				
80	Gözlerimi dikip bakma ritüellerim vardır. Örneğin, bir şeye belli bir şekilde belli bir süre bakma ihtiyacı hissedebilirsiniz				
81	Kendimin veya bir başkasının söylediği bir şeyi tekrarlama ihtiyacım vardır. Örneğin, Akıldan çıkmayan bir kelime, deyim ya da az önce söylediğiniz ya da duyduğunuz bir ifadenin son kısmı olabilir				
82	Vücudumun bir kısmı veya dış görünüşümün bir bölümü hakkında kaygılarım vardır. Örneğin, kulaklar, burun, yüz, gözler ya da vücudunuzun bir diğer parçasının görünümü ya da işlevi hakkında endişelenme. Tersi söylenmesine rağmen bazı yerlerinin çirkin olduğunu düşünme.				
83	Dış görünüşüm hakkındaki bu kaygılar nedeniyle bir şeyleri kontrol ederim. Örneğin, arkadaşlardan sürekli dış görünüm ile ilgili olumlu yorum duyma isteği. Aynada çirkin olduğuna inanılan bölgeyi sürekli kontrol etme ya da beden kokularını kontrol etme. Sürekli kendine itina gösterme ve diğer insnalarla vücudunun bazı yönlerin karşılaştırma ihtiyacı. Belli günlerde belli kıyafetleri giyme. Kilo ile ilgili takıntılar				
84	Yemek ile ilgili obsesyonlarım vardır. Örneğin, tarifler, kaloriler, diyet ile ilgili obsesyonlar				
85	Fiziksel egzersiz ile ilgili obsesyon ve/veya kompulsiyonlarım vardır. Örneğin, kalori yakmak için egzersiz yapma obsesyonları, bunlara bağlı olarak belli kurallara, sürelere göre egzersiz yapma.				

Ölçeğin doldurmanız aşağı yukarı ne kadar zaman almıştır? _____ dakika

Teşekkürler

1- VAR OLAN BELİRTİ GRUBU (Obsesyon ve İlişkili Kompulsiyonlar) İÇİN ŞİDDET DEĞERLENDİRMESİ (GEÇEN HAFTA)

1. Bu obsesyon ve kompulsiyonlar ne kadar zamanınızı alıyor? Ya da bu tekrarlayıcı düşünce ve davranışlar ne kadar sıklıkla oluyorlar? Kaçınma davranışları ile harcanan zaman miktarını içerdiğine emin olunuz.

- 0 = Hiçbir zaman**
1 = Nadiren, geçen hafta süresince mevcut, her gün görülecek kadar sık değil, tipik olarak haftada 3 saatten az süren.
2= Zaman zaman, haftada 3 saatten fazla, fakat günde 1 saatten az- Ara sıra gelen zorlayıcı düşünceler, kompulsiyonları yerine getirme ya da kaçınma gereksinimi (günde 5 defadan fazla olmayan)
3= Sıklıkla, günde 1-3 saat arası- Sık gelen zorlayıcı düşünceler, kompulsiyonları yerine getirme ya da kaçınma gereksinimi (Günde 8 defadan fazla olan, fakat günün çoğu saatinde bu obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da ilişkili kaçınma davranışları bulunmamaktadır)
4= Hemen hemen her zaman, günde 3 saatten fazla ve 8 saate kadar çıkan- Çok sık zorlayıcı düşünceler, kompulsiyonları yerine getirme ya da kaçınma gereksinimi (günde 8 defadan fazla oluşan ve günün çoğu saati süresince var olan)
5= Her zaman, günde 8 saatten fazla - Hemen hemen sürekli var olan zorlayıcı düşünceler, kompulsiyonlar ya da kaçınma gereksinimi (Sayılamayacak kadar çok ve bir saatin bile obsesyon, kompulsiyon ve/ veya kaçınma davranışı olmaksızın geçmemesi)

2. Bu obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar ne kadar sıkıntıya neden olmaktadır ? Çoğu olguda, sıkıntı; kaygı, suçluluk, korku hissi ya da tükenmişlik hissine eşdeğer kabul edilir. Kompulsiyonlarınız (Tekrarlayıcı davranışlarınız) engellendiğinde hissettikleriniz ne kadar sıkıntı yaşadığınız hakkında düşünmenize yardımcı olabilir. Ya da kompulsiyonlarınızı tekrar tekrar yapmaya duyduğunuz gereksinimden dolayı ne kadar sıkıntı yaşıyorsunuz?? Ya da karşılaşmamayı planladığımız bir şey (kişi, yer ya da düşünce) ile karşılaşırsanız ne kadar sıkıntı duyardınız? (Sadece bu kategorideki obsesyonlar, kompulsiyonları yapma ihtiyacı veya kaçınmayla ilişkili sıkıntı tarafından tetiklenen stres veya rahatsızlık düzeyini derecelendiriniz.

- 0 = Sıkıntı yok**
1 = Çok az- Belirtiler mevcut olduğunda çok az sıkıntı yaşarlar
2 = Hafif- Bir miktar sıkıntı var, fakat çok rahatsız edici değil
3 = Orta- Rahatsız edici fakat hala tahammül edilebilir
4 = Şiddetli- Çok rahatsız edici
5 = Aşırı derecede- Hemen hemen sürekli ve kısıtlayıcı (etkinliklerden alıkoyan, işlevselliği bozan) sıkıntı

3. Bu obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar aile yaşamınızı, arkadaşlık ilişkilerinizi, iş ya da okulda başarılarınızı ne kadar engelliyor? Bunlar nedeniyle yapamadığımız şeyler var mı? Eğer bu düşünceler nedeniyle kaçındığımız bir şey varsa, lütfen bu kaçınmanın yol açtığı zorlukları da dahil ediniz. Şu anda okula gitmiyor ya da çalışmıyorsanız, tam gün okula gittiğinizi ya da çalıştığınızı varsayarsak sizce performansınız ne kadar etkilenirdi?

- 0= Etkilemiyor**
1= Çok az, sosyal ya da mesleki etkinliklerde hafif etkilenme, toplam performans bozulmamış
2= Hafif, sosyal ve mesleki etkinliklerde bir miktar etkilenme, toplam performansta hafif derecede etkilenme
3 = Orta, sosyal ya da mesleki etkinliklerin etkilediği kesin, ancak hala idare edebilir durumda
4 = Şiddetli etkilenme, sosyal ya da mesleki performansta belirgin bozulma
5 = Aşırı derecede, iş göremez düzeyde etkilenme

Var Olan Belirti Grubu (Obsesyon ve İlişkili Kompulsiyonlar) İçin İlgörü Değerlendirmesi

0: Mükemmel içgörü 1: İyi bir içgörü. 2: Orta derecede 3: Zayıf içgörü.. 4: İçgörüsü kaybolmuş,

2- Obsesyon ve Kompulsiyonların Genel Şiddeti (Geçen hafta)

Sonuç olarak geçen hafta süresince mevcut olduğu onaylanan tüm obsesif-kompulsif belirtileri gözden geçiriniz (gerçekte obsesif-kompulsif belirtileri olmadığına kanaat getirdiğiniz diğer belirtileri dışlayarak), bir sonraki sayfadaki sıralı ölçeği kullanarak geçen hafta için genel bir şiddet değerlendirmesi yapın ve puan yaprağını doldurunuz

1. Bu obsesyon ve kompulsiyonlar ne kadar zamanınızı alıyor? Ya da bu tekrarlayıcı düşünce ve davranışlar ne kadar sıklıkla oluşuyorlar? Kaçınma davranışları ile harcanan zaman miktarını içerdiğine emin olunuz.

0 = Hiçbir zaman

1 = Nadiren, geçen hafta süresince mevcut, her gün görülecek kadar sık değil, tipik olarak haftada 3 saatten az süren.

2= Zaman zaman, haftada 3 saatten fazla, fakat günde 1 saatten az- Ara sıra gelen zorlayıcı düşünceler, kompulsiyonları yerine getirme ya da kaçınma gereksinimi (günde 5 defadan fazla olmayan)

3= Sıklıkla, günde 1–3 saat arası- Sık gelen zorlayıcı düşünceler, kompulsiyonları yerine getirme ya da kaçınma gereksinimi (Günde 8 defadan fazla olan, fakat günün çoğu saatinde bu obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da ilişkili kaçınma davranışları bulunmamaktadır)

4= Hemen hemen her zaman, günde 3 saatten fazla ve 8 saate kadar çıkan- Çok sık zorlayıcı düşünceler, kompulsiyonları yerine getirme ya da kaçınma gereksinimi (günde 8 defadan fazla oluşan ve günün çoğu saati süresince var olan)

5= Her zaman, günde 8 saatten fazla - Hemen hemen sürekli var olan zorlayıcı düşünceler, kompulsiyonlar ya da kaçınma gereksinimi (Sayılamayacak kadar çok ve bir saatin bile obsesyon, kompulsiyon ve/ veya kaçınma davranışı olmaksızın geçmemesi)

2. Bu obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar ne kadar sıkıntıya neden olmaktadır ? Çoğu olguda, sıkıntı; kaygı, suçluluk, korku hissi ya da tükenmişlik hissine eşdeğer kabul edilir. Kompulsiyonlarınız (Tekrarlayıcı davranışlarınızı) engellendiğinde hissettikleriniz ne kadar sıkıntı yaşadığınız hakkında düşünmenize yardımcı olabilir. Ya da kompulsiyonlarınızı tekrar tekrar yapmaya duyduğunuz gereksinimden dolayı ne kadar sıkıntı yaşıyorsunuz?? Ya da karşılaşmamayı planladığınız bir şey (kişi, yer ya da düşünce) ile karşılaşırsanız ne kadar sıkıntı duyardınız? (Sadece bu kategorideki obsesyonlar, kompulsiyonları yapma ihtiyacı veya kaçınmayla ilişkili sıkıntı tarafından tetiklenen stres veya rahatsızlık düzeyini derecelendiriniz.

0 = Sıkıntı yok

1 = Çok az- Belirtiler mevcut olduğunda çok az sıkıntı yaşarlar

2 = Hafif- Bir miktar sıkıntı var, fakat çok rahatsız edici değil

3 = Orta- Rahatsız edici fakat hala tahammül edilebilir

4 = Şiddetli- Çok rahatsız edici

5 = Aşırı derecede- Hemen hemen sürekli ve kısıtlayıcı (etkinliklerden alıkoyan, işlevselliği bozan)

sıkıntı

3. Bu obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar aile yaşamınızı, arkadaşlık ilişkilerinizi, iş ya da okulda başarılarınızı ne kadar engelliyor? Bunlar nedeniyle yapamadığınız şeyler var mı? Eğer bu düşünceler nedeniyle kaçındığınız bir şey varsa, lütfen bu kaçınmanın yol açtığı zorlukları da dahil ediniz. Şu anda okula gitmiyor ya da çalışmıyorsanız, tam gün okula gittiğinizi ya da çalıştığınızı varsayarsak sizce performansınız ne kadar etkilenirdi?

0= Etkilemiyor

1= Çok az, sosyal ya da mesleki etkinliklerde hafif etkilenme, toplam performans bozulmamış

2= Hafif, sosyal ve mesleki etkinliklerde bir miktar etkilenme, toplam performansta hafif derecede etkilenme

3 = Orta, sosyal ya da mesleki etkinliklerin etkilendiği kesin, ancak hala idare edilebilir durumda

4 = Şiddetli etkilenme, sosyal ya da mesleki performansta belirgin bozulma

5 = Aşırı derecede, iş göremez düzeyde etkilenme

Bozulmanın Klinisyen Tarafından Derecelendirilmesi

Son olarak bu belirtilerin genel olarak (şu ana kadar) hastanın, öz güveni, sosyal yaşantısı, aile ilişkileri ve mesleki (ya da akademik) işlevselliği yanı sıra yaşam zorlukları ile başa çıkma yeterliliğinde ne kadar kötüleşmeye yol açtığı üzerinde düşünmenizi istiyoruz. Lütfen aşağıda listelenen dereceli ölçekten yararlanınız. Bu rakamlar arasında yer alan herhangi bir sayı da olabilecek şekilde 0-15 arasında en uygun değeri seçiniz.

0 HİÇ (YOK)

3 ÇOK AZ Obsesyon ve kompulsiyonlar özgüven, aile ilişkileri, sosyal yaşantı, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte göze çarpmayacak zorluklar ile ilişkilidir (Obsesyonlar ve kompulsiyonlar nedeniyle aile içi gerilimde hafif, dönemsel artış, obsesyonlar ve kompulsiyonlar hakkında nadiren üzüntü ya da endişe, arkadaşlar ve tanıdıklar obsesyonlar ve/veya kompulsiyonları nadiren fark eder ya da nadiren üzücü bir şekilde onlar hakkında yorum yaparlar).

6 HAFİF Obsesyon ve kompulsiyonlar özgüven, aile hayatı, sosyal kabul, işte ya- da okuldaki işlevsellikte hafif zorluklar ile ilişkilidir.

9 ORTA Obsesyon ve kompulsiyonlar özgüven, aile hayatı, sosyal kabul, iş ya- da okuldaki işlevsellikte bazı belirgin zorluklar ile ilişkilidir (obsesyon ya da kompulsiyonlar nedeniyle disfori atakları, dönemsel stres, aile içi karışıklıklar, akranlar tarafından sıklıkla alay konusu olma veya dönemsel sosyal kaçınmalar, işte ya da okuldaki işlevselliğin bozulması)

12 BELİRGİN Obsesyon ve kompulsiyonlar özgüvende, aile yaşamında, sosyal kabulde, iş ya da okuldaki işlevsellikte büyük (major) zorluklarla ilişkilidir.

15 ŞİDDETLİ Obsesyon ve kompulsiyonlar özgüven, aile yaşamı, sosyal kabul, iş ya da okuldaki işlevsellikte aşırı derecede zorluklarla ilişkilidir (özkıyım düşüncelerinin olduğu şiddetli depresyon, ailenin bağlarının bozulması ya da parçalanması (ayrılık/boşanma, başka bir yere yerleşme), sosyal damgalama ve sosyal kaçınma nedeniyle yaşamın ciddi biçimde kısıtlanması, okuldan ayrılma veya işini kaybetme)

EK D

ANNE –BABA TUTUM ÖLÇEĞİ

Size, ana babaların çocuklarını hangi yöntemlerle eğittiğini, çocuklarına toplumsal davranışlar kazandırırken nasıl davrandığını ifade eden cümlelerden oluşan bir liste verilmiştir. Sizden istenen bu cümleleri okuyup bunların annenizin ya da babanızın sizi eğitirken genellikle benimsediği davranışlara ne derecede benzediğini, onların tutumuna ne kadar uyduğunu düşünerek cevap kâğıdınızdaki seçeneklerden uygun bulduğunuzu işaretlemenizdir.

Cevaplamanın nasıl olacağını bir örnekle gösterelim:

Okula gidiş geliş saatlerini çok sıkı kontrol eder, kimlerle arkadaşlık ettiğimi sorgular.

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

Eğer anne ya da babanız sizin hangi saatte nerede olduğunuzu ve kimlerle ne yaptığınızla hiç ilgilenmiyorsa “Hiç uygun değil”in karşılığı olarak **A**, sizi genellikle serbest bırakıyorsa “pek uygun değil”in karşılığı olarak **B**, ne yaptığınızla çoğunlukla ilgileniyor bazen sizi serbest bırakıyorsa “biraz uygun”un karşılığı olarak **C**, sizin hangi saatte nerede olduğunuzu ve kimlerle olduğunuzu izliyorsa “uygun” un karşılığı **D**’yi çok sıkı bir biçimde izliyorsa “Çok uygun”un karşılığı olarak **E**’yi işaretlemeniz beklenmektedir.

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

1. Bana her zaman güven duygusu vermiş ve beni sevdiğini hissettirmiştir.

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

2. Çok yönlü gelişme için beni olanakları ölçüsünde desteklemiştir

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

3. Her yaptığım işin olumlu yanlarını değil kusurlarını görmüş ve beni eleştirmiştir.

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

4. Her zaman başıma kötü bir şey gelecekmiş gibi beni koruyup kollamaya çalışır.

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

5. Aramızdaki ilişki ona içimi açmaya cesaret edemeyeceğim kadar resmidir.

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

6. Arkadaşlarımı eve çağdırmama izin verir, geldiklerinde onlara iyi davranırdı.

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

7. Elinden geldiği kadar, her konuda fikrimi almaya özen gösterir.

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

8. Çevremizdeki çocuklarla beni karşılaştırır, onların benden daha iyi olduklarını söylerdi.

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

9. Bana hükmetmeye çalışır.

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

10. Bugün bile alışverişe çıkacağım zaman, kandırılacağımı düşünerek benimle gelmek ister.

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

11. Benden her zaman gücümün üstünde başarı beklemiştir.

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

12. Fiziksel ve duygusal olarak kendisine yakın olmak istediğim zaman soğuk ve itici davranırdı.

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

13. Sorunlarımı onunla rahatlıkla konuşabilirim.

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

14. Neden bazı şeyleri yapmam ya da yapmamam gerektiğini bana açıklar.

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

15. Birlikte olduğumuz zamanlar ilişkimiz çok arkadaşçadır.

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

16. Kendi istediği mesleği seçmem konusunda beni zorlamıştır.

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

17. Sevmediğim yemekleri, yarayacağı düşüncesi ile zorla yedirirdi.

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

18. Sınavlarda hep üstün başarı göstermemi istemiştir.

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

19. Kendimi yönetebileceğim yaşlarda bile gittiği her yere beni de götürür, benim evde yalnız kalmamdan kaygılanırdı.

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

20. Evde bir konu tartışılırken görüşlerimi söylemem için beni teşvik eder.

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

21. Küçük yaşımdan itibaren ders çalışma ve okuma alışkanlığı kazanmam konusunda bana yardımcı olmuştur.

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

22. Küçüklüğümde bana yeterince vakit ayırır; parka, sinemaya götürmeyi ihmal etmezdi.

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

23. Benim gibi bir evladı olduğu için kendini bahtsız hissettiğini sanıyorum.

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

24. Okulda başarılı olmam konusunda beni zorlar, kırık not aldığımda cezalandırırdı.

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

25. Beni kendi emellerine ulaşmak için bir araç olarak kullanırdı.

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

26. Beni daima yapabileceğimden fazlasını yapmaya zorlar.

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

27. Paramı nerelere harcadığımı ayrıntılı bir biçimde denetler.

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

28. Her zaman, her işte kusursuz olmam gerektiği inancındadır

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

29. Ona yakınlaşmak istediğimde daima bana sıcak bir biçimde karşılık verir.

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

30. Bana önemli ve değerli bir kişi olduğum inancını aşmıştır.

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

31. Cinsellik konusunda karşılaştığım sorunları kendisine anlatmak istediğimde hep ilgisiz kalmıştır.

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

32. Benim iyiliğimi istediğini, benim için neyin iyi olduğunu ancak kendisinin bileceğini söyler.

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

33. Her zaman nerede olduğumu ve ne yaptığımı merak eder.

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

34. İyi bir iş yaptığımda beni övmekten çok, daha iyisini yapmam gerektiğini söyler.

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

35. Cinsel konularda çok tutucu olduğu için onun yanında bu konulara ilgi gösteremem.

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

36. Aile ile ilgili kararlar alınırken benimde fikrimi öğrenmek ister

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

37. Beni olduğum gibi kabul etmiştir.

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

38. Başkalarına benden daha çok önem verir ve onlara daha nazik davranır.

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

39. Günlük olaylar hakkında anlattıklarımı ilgi ile dinler ve bana açıklayıcı cevaplar verir.

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

40. Benimle genellikle sert bir tonda ve emrederek konuşur.

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

EK E

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK

1. Kompulsiyonlar

Obsesyonlara tepki olarak yapılmak zorunda kalınan ve belirli kurallara göre ya da stereotipik tarzda yapılmasından dolayı rahatsız edici ve yorucu olan, ısrarlı, yineleyici, amaçlı ve kişinin kontrol edemediği davranışlardır.

Hiç aptalca bulsan da tekrar tekrar yapmak zorunda kaldığın hareketler olmuş muydu?

Hiç dokunmak, yıkamak, saymak, kilitleri kontrol etmek gibi tekrarlamaktan kaçamadığın davranışların olmuş muydu?

Hep aynı şekilde ya da sana özel bir yolla yapmak zorunda olduğunu hissettiğin şeyler var mıdır?

Bir yazı yazarken tekrar tekrar silip yazmak ya da ev ödevinin bazı bölümlerini tekrar tekrar okumak gibi nedenlerle ödevini bitirmekte zorlandığın oldu mu? Sabah hazırlanmak çok uzun sürdüğünden, okula zamanında yetişmeyle ilgili güçlük çektin mi? Ödevini yaparken bir hata yapınca baştan başlamak zorunda kalıyor musun?

Nasıl yatıyorsun? Uyumadan önce bir şeyleri bir çok kez kontrol etmek zorunda kalıyor musun? Odadaki bazı eşyaları özel bir şekilde düzenlemek zorunda kalıyor musun? Hiç bu alışkanlıklarla ilgili eleştirildin mi?

AB C Ö

0	0	0	Bilgi yok.
1	1	1	Belirti yok.
2	2	2	Eşik altı: Belirtinin olma olasılığı var ya da şüpheli.
3	3	3	Eşik: Belirti işlevselliği etkileyen ya da sıkıntıya yol açacak düzeyde, kesin olarak varolan kompulsiyonlar.

GEÇMİŞ:

AB Ç Ö

2. Obsesyonlar

Sürekli aklına gelen düşünceler geliyor mu?

Kişinin kontrol edemediği, rahatsız edici ve zorlayıcı, tekrarlayan ve ısrarlı düşünceler, dürtüler ya da imgeler.

AB Ç Ö

0 0 0

Bilgi yok.

1 1 1

Belirti yok.

2 2 2

Eşik altı: Belirtinin olma olasılığı var ya da şüpheli.

3 3 3

Eşik: Belirti işlevselliği etkileyen ya da sıkıntıya yol açacak düzeyde, kesin olarak varolan obsesyonlar.

GEÇMİŞ:

AB Ç Ö

Hiç neden yokken aklına gelen, aklından atamadığın ya da durduramadığın görüntüler, sözcükler ya da düşüncelerle sıkıntıya düştüğün bir dönem olmuş muydu? Ellerin kirli ya da mikroplu diye ya da kir ya da mikroplar yüzünden hastalanabilirsin diye çok endişelendiğin oldu mu? Yaptığın işleri mükemmel yapmak, hep aynı şekilde yapmak ya da belirli bir düzende tutmak için çabaladığın oldu mu? Doğru olmadığını bilsen bile kötü bir şey olacak gibi ya da kötü bir şey yapmışın gibi düşüncelerin oluyor mu? Sürekli aklına gelen başka düşünceler, aklından uzaklaştıramadığın saçma düşünceler, sözcükler ya da sayılar var mı?

Ne sıklıkla bunları düşünürsün? Bu düşünceler sürekli aklına geliyor mu? Hiç geçmeyecek gibi geldi mi?

Bu düşünceler sana sıkıntı veriyor mu? Sana anlamsız geliyor mu? Bu düşünceler seni bir şeyleri yapmaktan alıkoyar mı?

Not: Eksen I bozukluklarla ilişkili ya da sanrı benzeri düşünceleri/fikirleri değerlendirmeye almayın (Örn: yeme bozukluğundaki yemekle ilgili düşünceler, ayrılık anksiyetesi bozukluğundaki anne ya da babasına bir şey olacağı düşüncesi).

ŞİMDİKİ DURUM DERCELENDİRMESİNDE OBSESYON VE KOMPULSİYON MADDELERİNİN HERHANGİ BİRİNDEN 3 ALMIŞSA, TARAMA GÖRÜŞMESİNİ BİTİRDİKTEN SONRA ANKSİYETE BOZUKLUKLARI EKİNİN (EK 3) OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (ŞİMDİKİ DURUM) BÖLÜMÜNÜ TAMAMLAYIN.

GEÇMİŞ DURUM DERCELENDİRMESİNDE OBSESYON VE KOMPULSİYON MADDELERİNİN HERHANGİ BİRİNDEN 3 ALMIŞSA, TARAMA GÖRÜŞMESİNİ BİTİRDİKTEN SONRA ANKSİYETE BOZUKLUKLARI EKİNİN (EK 3) OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (GEÇMİŞ DURUM) BÖLÜMÜNÜ TAMAMLAYIN.

___ OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞA İLİŞKİN KANIT YOK.

Not: Olası şimdiki ve geçmiş obsesif kompulsif bozukluğun tarihlerini kaydedin.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK EKİ

KOMPULSYONLAR:

Daha önce konuşurken kendini ____'yı yapmaktan alıkoyamadığını söylemiştin, aynı zamanda şunları da yapıyor musun?

Ölçütler	AB ŞD	AB GEA	Çocuk ŞD	Çocuk GEA	Özet ŞD	Özet GEA
0 = Bilgi yok 1 = Belirti yok 2 = Klinik açıdan anlamlılığı sorgulanabilir kompulsiyonlar 3 = Kesin kompulsiyonlar						
1. <u>Kompulsiyon tipleri:</u>						
a. Dokunma	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Sayma	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Temizleme/yıkama	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Kontrol etme (ör: başkalarına zarar verip vermediği, kötü bir şey olup olmayacağı, hata yapıp yapmadığı)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Toplama/biriktirme	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
f. Nesnelere sıralama/düzenleme	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g. Etkinlikleri planlama	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
h. Yineleme/yeniden yapma (ör: ödevler, kapıya gidip gelme ya da sandalyeden oturup kalkma gibi etkinlikler)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
i. Diğer (Belirtin) _____	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

<u>Geri kalan maddeler için kodlar:</u>	<u>Ölçütler</u>	<u>AB ŞD</u>	<u>AB GEA</u>	<u>Çocuk ŞD</u>	<u>Çocuk GEA</u>	<u>Özet ŞD</u>	<u>Özet GEA</u>
0 = Bilgi yok 1 = Hayır 2 = Evet							
2. <u>Kompulsiyonların amacı</u> <i>Neden _____ yapıyorsun? _____'yi yapamazsan ne olacağından korkuyorsun?</i>	Davranış, rahatsızlığı ya da korkulan bir olayı önlemek üzere tasarlanır. Ancak bu etkinlik ya gerçekçi değildir ya da açıkca çok aşırıdır.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3. <u>Kompulsiyonların algılanması</u> <i>_____ 'yi yapman gerekenden daha çok yaptığımı düşünüyormusun? _____ 'yi yapmayı durdurabilmeyi ister miydin?</i>	Kişi davranışın aşırı ya da mantıksız olduğunu fark eder	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4. <u>Zaman harcama</u> <i>Yaklaşık ne kadar zamanını _____ yaparak harcıyorsun? Günde bir kaç kez mi yoksa yalnızca günde bir kez mi? Sabah okula gitmeden önce? Okulda? Evde? Gece yarısı?</i>	Günde bir saatten fazla yapılan kompulsiyonlar	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
5. <u>İşlevsellikte Bozulma</u>							
a. Sosyal (yaşlılarıyla)		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Ailesiyle		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c. Okulda		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
d. Aşırı sıkıntı:		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

OBSESYONLAR:

Daha önce konuşurken kendini _____'yi düşünmekten alıkoyamadığını söylemişsin, aynı zamanda şunlarla ilgili düşüncelerin de var mı?

Ölçütler	AB ŞD	AB GEA	Çocuk ŞD	Çocuk GEA	Özet ŞD	Özet GEA
0 = Bilgi yok 1 = Belirti yok 2 = Klinik açıdan anlamlılığı sorgulanabilir obsesyonlar 3 = Kesin obsesyonlar						
1. <u>Obsesyonların içeriği:</u>						
a. Bulaşma, somatik (ör: temizlik/mikroplar, güvenlik vb.)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Saldırgan düşünceler (kendisi ya da başkalarıyla ilgili)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Nihilistik ya da hastalıklı düşünceler	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Şimetri ya da tam olma gereksinimi (kesinlik/doğruluk/düzen)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Anlamsız sözcükler/sesler/görüntüler	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
f. Cinsel obsesyonlar	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g. Biriktirme/saklama	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
h. Dinsel	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
i. Diğer (Belirtin) _____	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

Geri kalan maddeler için Ölçütler
kodlar:

0 = Bilgi yok
1 = Hayır
2 = Evet

2. Girici/anlamsız
düşünceler

Bu düşüncelerin aklına gelmeye devam etmesi seni rahatsız ediyor mu? Bu düşünceler sana bir şey ifade ediyor mu yoksa saçma mı geliyor? İlk başladıklarında nasıldı?

Düşünceler en azından ilk anda girici ve anlamsız olarak algılanır

AB ŞD	AB GEA	Çocuk ŞD	Çocuk GEA	Özet ŞD	Özet GEA
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

3. Baskılama

Bu düşünceleri kafandan atmak için, onları durdurmaya çalışıyor musun? Ne yapıyorsun? Kafandan atmak için hiç başka şeyler düşünmeyi ya da gidip başka şeyler yapmayı denedin mi? Bu düşünceleri kontrol altında tutabiliyor musun, yoksa onlar mı seni kontrol altında tutuyor?

Başka düşünce ya da davranışlar ile düşünceleri yok sayma, baskılama ya da etkisizleştirme girişimleri

4. Düşüncelerin kaynağı

Bu düşüncelerin nereden geldiğini düşünüyorsun? Bunlar kafandan mı geliyor yoksa başka insanlar mı onları kafanın içine sokuyor?

Obsesyonlar kendi zihninin ürünü olarak algılanır, düşünce sokulmasında olduğu gibi dışardan gelmez.

		Ölçütler	AB ŞD	AB GEA	Çocuk ŞD	Çocuk GEA	Özet ŞD	Özet GEA
5. Zaman harcama								
	_____ hakkında düşünmek yaklaşık ne kadar zamanını alıyor?	Günde bir saatten fazla düşünülen obsesyonlar	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	Okulda _____'nin hakkında düşünüyor musun? Teneffüslerde? Evdeyken?							
	Akşam yemeğinde? _____'den dolayı ne tür şeyleri yapamıyorsun?							
6. İşlevsellikte bozulma								
a. Sosyal (yaşlılarıyla)	_____		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Ailesiyle	_____		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c. Okulda	_____		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
e. Aşırı sıkıntı:	_____		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
							Özet ŞD	Özet GEA
7. Obsesif-Kompulsif bozukluk (DSM-III-R Ölçütleri):								
<u>Obsesyonların varlığı:</u>								
1. En azından başlangıçta, girici ve anlamsız olarak algılanan yineleyen sürekli fikirler, düşünceler, 2. çocuk başka düşünceler ve davranışlarla düşüncelerini yok sayma, baskılama ya da etkisizleştirme girişimlerinde bulunur, 3. çocuk obsesyonların kendi zihninin ürünü olduğunun farkındadır, 4. başka bir eksen I tanısı varsa obsesyonların ya da kompulsiyonların içeriği bununla ilişkili değildir (ör: yeme bozukluğunda yemekle ilişkili düşünceler)							0 1 2	0 1 2
<u>YA DA</u>								
<u>Kompulsyonların varlığı:</u>								
1. Bir obsesyona yanıt olarak ya da belli kurallara göre yapılan, yineleyici, belli bir amaca yönelik davranışlar (ör: el yıkama, düzenleme, kontrol), 2. davranış, rahatsızlığı ya da korkulan olay ve durumları etkisizleştirmek ya da önlemek için tasarlanır; ancak bu etkinlik ya gerçekçi değildir ya da açıkça çok aşırıdır.							0 1 2	0 1 2
Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin sıkıntı yaratırlar, zaman alırlar (ör. günde bir saat) ya da işlevselliği belirgin olarak bozarlar. Çocuklar, obsesyon ya da kompulsiyonların aşırı olduğunun farkında olmayabilirler.								
8. Obsesif-Kompulsif bozukluk (DSM-IV)								
Aşağıdaki iki açıklamayla birlikte yukarıdakinin aynısı: 1) Obsesyonlar gerçek sorunlarla ilgili aşırı endişeler değildir ve 2) çocuklar obsesyon ve kompulsiyonların aşırı olduğunun farkında olmayabilirler.							0 1 2	0 1 2

	Ölçütler	AB ŞD	AB GEA	Çocuk ŞD	Çocuk GEA	Özet ŞD	Özet GEA
5. Zaman harcama							
	_____ hakkında düşünmek yaklaşık ne kadar zamanını alıyor? Okulda _____'nin hakkında düşünüyor musun? Teneffüslerde? Evdeyken? Akşam yemeğinde? _____'den dolayı ne tür şeyleri yapamıyorsun?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
6. İşlevsellikte bozulma							
a. Sosyal (yaşlılarıyla)	_____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Ailesiyle	_____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c. Okulda	_____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
e. Aşırı sıkıntı:	_____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

		Özet ŞD	Özet GEA
7. Obsesif-Kompulsif bozukluk (DSM-III-R Ölçütleri):			
	<u>Obsesyonların varlığı:</u>		
	1. En azından başlangıçta, girici ve anlamsız olarak algılanan yineleyen sürekli fikirler, düşünceler, 2. çocuk başka düşünceler ve davranışlarla düşüncelerini yok sayma, baskılama ya da etkisizleştirme girişimlerinde bulunur, 3. çocuk obsesyonların kendi zihninin ürünü olduğunun farkındadır, 4. başka bir eksen I tanısı varsa obsesyonların ya da kompulsiyonların içeriği bununla ilişkili değildir (ör: yeme bozukluğunda yemekle ilişkili düşünceler)	0 1 2	0 1 2
	<u>YA DA</u>		
	<u>Kompulsyonların varlığı:</u>		
	1. Bir obsesyona yanıt olarak ya da belli kurallara göre yapılan, yineleyici, belli bir amaca yönelik davranışlar (ör: el yıkama, düzenleme, kontrol), 2. davranış, rahatsızlığı ya da korkulan olay ve durumları etkisizleştirmek ya da önlemek için tasarlanır; ancak bu etkinlik ya gerçekçi değildir ya da açıkça çok aşırıdır.	0 1 2	0 1 2
	Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin sıkıntı yaratırlar, zaman alırlar (ör. günde bir saat) ya da işlevselliği belirgin olarak bozarlar. Çocuklar, obsesyon ya da kompulsiyonların aşırı olduğunun farkında olmayabilirler.		
8. Obsesif-Kompulsif bozukluk (DSM-IV)		0 1 2	0 1 2
	Aşağıdaki iki açıklamayla birlikte yukarıdakinin aynısı: 1) Obsesyonlar gerçek sorunlarla ilgili aşırı endişeler değildir ve 2) çocuklar obsesyon ve kompulsiyonların aşırı olduğunun farkında olmayabilirler.		

EK F

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

Aşağıdaki ifadeler, hemen herkesin günlük yaşamında karşılaştığı düşünce ve davranışları tanımlamaktadır. Lütfen her bir ifade için size en uygun görünen ve bu tür davranış ya da düşüncelerin oluşturabileceği rahatsızlık derecesine en uygun olan tek bir seçeneği işaretleyiniz.

No	Hiç	Çok az	Çok	Epeyce çok	Asın
1 Paraya dokunduğumda ellerimi kirlenmiş hissedirim	0	1	2	3	4
2 Vücut salgıları ile (ter, tükürük, idrar, vb. gibi) Hafif bir temasta bile giysilerim kirlenebileceğini veya bir şekilde zarar görebileceğimi düşünürüm.	0	1	2	3	4
3 Yabancıların veya belirli insanların dokunduğunu biliyorsam, bir nesneye dokunmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
4 Çöpe veya kirli şeylere dokunmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
5 Mikrop kapmaktan ve hastalıklardan korktuğum için umumi tuvaletleri kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
6 Bulaşıcı hastalıktan korktuğum için halka açık telefonları kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
7 Ellerimi gereğinden daha sık ve daha uzun süre yıkarım.	0	1	2	3	4
8 Bazen sadece kirlendiğim ya da mikrop kapmışımı düşünerek derhal yıkarım veya temizlerim	0	1	2	3	4
9 Bir şeye dokunduğumda "mikrop kapmışımı" düşünerek, derhal yıkarım veya temizlerim.	0	1	2	3	4
10 Bir hayvanın bana dokunması halinde, kendimi kirli hissedim ve derhal yıkanmam veya üstümdeki giysileri değiştirmem gerekir.	0	1	2	3	4

11 Kaygılar ve üzüntüler akıma geldiğinde, onlar hakkında güvenebileceğim birisiyle konuşmadan rahat edemem.	0	1	2	3	4
12 Giyinirken, soyunurken ve yıkanırken, özel bir sırayı takip etme zorunluluğu hissedirim.	0	1	2	3	4
13 Yatmadan önce belirli şeyleri belirli bir sırayla yapmak zorundayım.	0	1	2	3	4
14 Yatmadan önce giysilerimi özel bir şekilde asmak veya katlamak zorundayım.	0	1	2	3	4
15 Belirli sayılan nedensiz yere tekrarlama zorunluluğu hissedirim.	0	1	2	3	4
16 Bir şeyleri doğru olarak yapıldığından emin olana kadar, birkaç kez tekrarlamak zorundayım.	0	1	2	3	4
17 Bir şeyleri gereğinden daha sık kontrol etme eğilimindeyim.	0	1	2	3	4
18 Ocağı, muslukları ve elektrik düğmelerini kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
19 Tam olarak kapalı olduğundan emin olmak için, kapıları, pencereleri, çekmeceleri kontrol etmek uğruna eve geri dönerim.	0	1	2	3	4

20	Doğru bir şekilde doldurduğumdan emin olmak için formların, evrakların veya çeklerin ayrıntılarını sürekli kontrol ederim.	0	1	2	3	4
21	Sigara, kibrit gibi yanan cisimlerin tam olarak söndüğünden emin olana kadar geri dönüp bakarım.	0	1	2	3	4
22	Elime para aldığım zaman, üst üste birkaç kez sayarım.	0	1	2	3	4
23	Mektupları postalamadan önce pek çok kez dikkatle kontrol ederim.	0	1	2	3	4
24	Önemsiz meselelerde bile, karar vermeyi zor bulurum.	0	1	2	3	4
25	Özellikle benimle ilgili önemli konular konuşulurken, bir şeyleri hiçbir zaman tam olarak ifade edemeyeceğim izlenimine kapılırım.	0	1	2	3	4
26	Bir şeyleri özenli bir şekilde yapsam bile, hâlâ yaptığım işi kötü yaptığım veya eksik bıraktığım izlenimini içimde taşıırım.	0	1	2	3	4
27	Yaptığım şeylerin pek çoğuna ilişkin kaygılar ve problemler üretirim.	0	1	2	3	4
28	Belirli şeyler üzerinde düşünmeye başladığımda, onlara takılıp kalırım.	0	1	2	3	4
29	Kendi isteğim dışında, hoş gitmeyen düşünceler aklıma gelir ve onlardan kurtulamam.	0	1	2	3	4
30	Beynim sürekli olarak kendi bildiğini yapıyor ve ben çevremde olup bitene ayak uydurmakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4
31	Dalgınlığının veya yaptığım küçük hataların felâket sonuçlar doğuracağını düşünürüm.	0	1	2	3	4
32	Bazen hiç nedeni yokken nesnelere saymaya başlarım.	0	1	2	3	4
33	Önemsiz sayıları tamamıyla hatırlamam gerektiği hissine kapılırım.	0	1	2	3	4
34	Bir düşünce veya şüphe aklıma takıldığı zaman, onu bütün yönleriyle gözden geçirmem gerekir ve bu şekilde yapana kadar rahat edemem.	0	1	2	3	4
35	Belirli durumlarda, kontrolümü kaybetmekten ve utanç verici şeyler yapmaktan korkarım.	0	1	2	3	4
36	Bir köprüden veya yüksek bir pencereden aşağıya baktığım zaman, kendimi boşluğa bırakacakmış gibi hissederim.	0	1	2	3	4
37	Yaklaşan bir tren gördüğüm zaman, bazen kendimi onun altına atabileceğimi düşünürüm.	0	1	2	3	4
38	Araba sürerken bazen içimden bir his arabayı birilerinin üstüne veya bir şeylere doğru sürmeye zorlar.	0	1	2	3	4
39	Silahlara bakmak beni heyecanlandırır ve şiddet içeren düşüncelere sürükler.	0	1	2	3	4
40	Bıçakların, kamaların ve diğer kesici aletlerin keskin tarafından rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
41	Bazen sebepsiz yere bir şeyleri kırmak veya hasar vermek ihtiyacı hissederim.	0	1	2	3	4

Özgeçmiş

Aysu Ersin 10 Haziran 1991’de İstanbul’da doğdu. 2014 yılında Işık Üniversitesi Psikoloji Bölümü’nden mezun oldu. 2017 yılında Işık Üniversitesi’nde Klinik Psikoloji Yüksek Lisansını tamamladı. Lisans döneminde Işık Üniversitesi’nin araştırma laboratuvarında gönüllü asistanlık yaptı.

Projeler

Cell phone distracts attention while listening to the lecture. *Proje Danışmanı:* Dr. Rob Booth

Evaluation-apprehension theory shows social facilitation. *Proje Danışmanı:* Dr. Rob Booth

The relationship between self-esteem, perceived social support from family and test anxiety among senior high school students (Final Project-Bitirme Tezi) *Tez Danışmanı:* Dr. Rob Booth