



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU (OKB) OLAN
HASTALARIN GRAY'İN PEKİŞTİRME DUYARLILIK
KURAMINA GÖRE İNCELENMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ
DR. ALİ BATUŞ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. SÜHEYLA ÜNAL

MALATYA- 2019



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU (OKB) OLAN
HASTALARIN GRAY'İN PEKİŞTİRME DUYARLILIK
KURAMINA GÖRE İNCELENMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ
DR. ALİ BATUŞ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. SÜHEYLA ÜNAL

MALATYA- 2019

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
SUMMARY.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Obsesif kompulsif bozukluk	4
2.1.1. Tanım.....	4
2.1.2. Tarihçe	4
2.1.3. Sınıflama.....	6
2.1.4. Tanı.....	7
2.1.5. OKB Klinik Özellikler	10
2.1.6. Epidemiyoloji	13
2.1.7. OKB Başlangıç yaşı	14
2.1.8. OKB ve Cinsiyet.....	14
2.1.9. OKB ve Medeni Durum	15
2.1.10. Hastalığın gidişi.....	15
2.1.11. OKB ile birlikte görülen bozukluklar.....	16
2.1.12. Ayırıcı tanı.....	18
2.1.13. Etiyoloji	20
2.1.13.1. OKB'nin Psikanalitik Kuramı	20
2.1.13.2. Bilişsel- Davranışçı Etkenler	22
2.1.13.3. Genetik.....	24
2.1.13.4. Nöroimmünoloji.....	26
2.1.13.5. Nöroanatomi	27
2.1.13.6. Nörokimyasal faktörler	28
2.2. Kişilik.....	32
2.2.1. Hans Eysenck ' in Biyolojik Kişilik Kuramı	33
2.2.2. Gray'in Pekiştirme Duyarlılığı Kuramı.....	34

2.2.3. Pekiştirme Duyarlılığı Kuramı'nın Revizyonu	36
2.2.4. Pekiştirme Duyarlılığı Kuramı ve Psikopatolojiler	37
2.3. Anksiyete ve Anksiyete Duyarlılığı	38
2.3.1. Anksiyete Duyarlılığı ve Cinsiyet	40
2.4. Kaçınma	41
2.4.1. OKB'de Kaygı- Kaçınma İlişkisi	43
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	44
3.1. Çalışma Grubunun Seçimi	44
3.1.1. Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri:.....	44
3.1.2. Hastaların dışlanma kriterleri:	44
3.2. Kullanılan Ölçüm Araçları	44
3.2.1. Sosyodemografik veri formu	45
3.2.2. Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DİS/DAS) Ölçeği	45
3.2.3. Boyutsal Obsesyon ve Kompülsiyon Ölçeği (BOKÖ).....	45
3.2.4. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3)	45
3.3. İstatistiksel analiz	46
4. BULGULAR.....	47
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
KAYNAKLAR	64
EKLER.....	88
EK 1. Sosyodemografik veri formu	88
EK 2. Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DİS/DAS) Ölçeği	89
EK 3. Boyutsal Obsesyon ve Kompülsiyon Ölçeği (BOKÖ)	91
EK 4. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3)	95

TEŞEKKÜR

Tüm asistanlığım boyunca desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, bana psikiyatriyi sevdiren, bilgi ve deneyimleri ile yoluma her zaman ışık tutan, tezimin tüm aşamalarında bana yardımcı olan, kendisine gönülden sevgi ve saygıyla bağlı olduğum sevgili hocam Prof. Dr. Süheyla Ünal'a,

Asistanlığa başladığım ilk günden beri bana samimi ve içten davranan sayın Prof. Dr. Şükrü Kartalci'ya,

Kendisi ile çalışmaktan onur duyduğum ve benim için ayrı bir yeri olan sayın Prof. Dr. Ahmet Ünal'a,

Eğitimim boyunca bana klinik deneyim ve tecrübelerini aktaran sayın Prof. Dr. H. Birgül Cumurcu, Prof. Dr. Rıfat Karlıdağ ve Doç. Dr. Lale Gönenir Erbay'a,

Bana zamanını ayırarak değerli fikir ve görüşleri ile tezime katkıda bulunan sayın Prof. Dr. Cemal Özcan'a,

Tezimin veri toplama aşamasında göstermiş olduğu ilgiden dolayı sayın Prof. Dr. F. Özlem Orhan'a,

Aileme ve eşime sonsuz teşekkürler...

ÖZET

Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastaların Gray'in Pekiştirme Duyarlılık Kuramına Göre İncelenmesi

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, obsesif-kompulsif bozukluğu (OKB) olan hastalarda Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DİS /DAS)'ın duyarlılığı arttıkça kaçınmanın arttığı hipotezini test etmektir.

YÖNTEM: DSM-5 kriterlerine göre OKB olan 30 hasta ve 30 sağlıklı gönüllü çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu, hasta grubu ile yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş sağlıklı denekler arasından rastgele seçildi. Tüm katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DİS / DAS) ölçeği, Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (BOKÖ) ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi - 3 (ADI-3) uygulandı. Sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmamızda OKB ve sağlıklı kontrol grubunun DİS / DAS puanları karşılaştırıldığında, OKB hastalarında toplam DİS puanı daha yüksekti. Cinsiyet açısından karşılaştırıldığında, toplam DİS skoru erkek hastalarda sağlıklı erkek kontrollere göre anlamlı derecede yüksek iken, kadın hastalarda bu fark anlamlı düzeye ulaşmadı. Kadınlarda farkın anlamlı düzeyde olmamasının nedeni, sağlıklı kadınlarda da DİS puanlarının yüksek olmasıydı. DAS- dürtü puanı kadın hastalarda sağlıklı kadınlardan daha yüksekti. OKB'li hasta grubunda BOKÖ-kaçınma düzeyi ile DİS/DAS ölçek puanları arasında korelasyon bulunmamaktaydı. BOKÖ-kaçınma düzeyi, kadın hastalarda DİS ile pozitif, erkek hastalarda DAS-dürtü ile negatif korelasyon göstermekteydi. Kadınlarda BOKÖ toplam puanı arttıkça DAS-dürtü puanı artmaktaydı. Her iki cinsiyette de BOKÖ- toplam puanı arttıkça kaçınma artmaktaydı.

TARTIŞMA: Çalışmamızda OKB hastalarında DİS/DAS Ölçeği puanları ile kaçınma toplam puanı arasında korelasyon olmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuç DİS/DAS duyarlılığı arttıkça kaçınmanın artacağı şeklindeki hipotezimizi doğrulamamaktadır. Ancak veriler cinsiyet değişkeni üzerinden analiz edildiğinde fark oluşması literatür açısından yeni bir bulgudur. Kadınlarda DİS'le artan kaygı, kaçınmayı arttırırken, erkeklerde DAS-Dürtünün devreye girmesi kaçınmayı azaltıyor görünmektedir. Kadın hastalarda DAS-dürtü düzeylerinin sağlıklı kadınlardan daha yüksek olması ve BOKÖ toplam puanı arttıkça DAS-Dürtü puanının artış göstermesi hastalığın belirti şiddeti arttıkça DAS'la ilgili aktif kaçınma ve dürtüsellik devreye giriyor olabileceğini düşündürmektedir.

SONUÇ: OKB'de bozulmuş bilişsel-davranışsal süreçlerin ve başa çıkma stratejilerinin kadınlarda erkeklerden farklı olabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: obsessive compulsive disorder, davranışsal inhibisyon sistemi, davranışsal aktivasyon sistemi, kaçınma, cinsiyet

SUMMARY

Investigation of Patients with Obsessive Compulsive Disorder According to Gray's Sensitivity Theory

OBJECTIVE: The aim of this study was to test the hypothesis that avoidance increases as the sensitivity of the Behavioral Inhibition System / Behavioral Activation System (BIS / BAS) increases in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD).

METHODS: Thirty patients with OCD according to DSM-5 criteria and 30 healthy volunteers were included in the study. The control group was randomly selected among the healthy subjects matched with the patient group in terms of age, gender, marital status, occupation and education level. All participants were filled with Sociodemographic Data Form, Behavioral Inhibition System / Behavioral Activation System (BIS / BAS) scale, Dimensional Obsession Compulsion Scale (DOCS) and Anxiety Sensitivity Index – 3 (ASI-3). The results were evaluated statistically.

RESULTS: In our study, when BIS / BAS scores of OCD and control groups were compared, no difference was found in terms of BAS score. The total BIS score was higher in OCD patients. When the BIS / BAS scores were compared in terms of gender, the total BIS score was significantly higher in male patients compared to male controls, but this difference did not reach a significant level in female patients. However, the reason why the difference did not reach a significant level in female patients was that DIS scores were also higher in healthy female subjects. The BAS-impulse score was higher in female patients than in healthy women. The DOCS-avoidance level showed a positive correlation with DIS in female patients and a negative BAS-impulse in male patients. The BAS-Impulse score increased in female patients as the total score of DOCS increased. In both sexes avoidance increased as the total score of DOCS increased.

DISCUSSION: In our study, no correlation was found between BIS / BAS Scale scores and total avoidance scores in OCD patients. This result does not confirm our hypothesis that avoidance increases as BIS / BAS sensitivity increases. However, when the data were analyzed over the gender variable, the difference presents a new finding for the literature. While increasing anxiety with BIS in women increases avoidance, in men, the introduction of BAS-impulse seems to reduce avoidance. The fact that BAS-impulse levels are higher in female patients and that BAS-impulse scores increase with increasing DOCS total score suggest that active avoidance and impulsivity related to BAS may be activated as the symptom severity increases.

CONCLUSION: It should be kept in mind that impaired cognitive-behavioral processes and coping strategies in OCD may be different in women than in men.

Key words: obsessive compulsive disorder, behavioral inhibition system, behavioral activation system, avoidance, gender

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADİ-3	: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BOKÖ	: Boyutsal Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği
DİS	: Davranışsal İnhibisyon Sistemi
DAS	: Davranışsal Aktivasyon Sistemi
DİS/DAS Ölçeği	: Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği
DKDS	: Dövüşme/Kaçma/Donma Sistemi
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
ICD	: Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması
KKT	: Kabul ve Kararlılık Terapisi
MDB	: Major depresif bozukluk
NIMH	: Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKKB	: Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu
OKSB	: Obsesif-Kompulsif Spektrum Bozuklukları
PDK	: Pekiştirme Duyarlılığı Kuramı
SSRI	: Serotonin Gerilim İnhibitörü

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. DSM-5'e göre OKB Tanı Kriterleri.....	8
Tablo 4.1. Sosyodemografik özellikler	47
Tablo 4.2. Hasta ve sağlıklı deneklerin yaş ortalaması.....	48
Tablo 4.3. Hasta ve kontrol grubunun cinsiyete göre yaş ortalamalarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.4. Hastalık başlangıç yaşı ve süresi	49
Tablo 4.5. Örnekleme DİS/DAS değerlerinin karşılaştırılması	50
Tablo 4.6. Hasta ve kontrol grubunun BOKÖ değerlerinin karşılaştırılması	51
Tablo 4.7. Hasta ve kontrol grubunun kaçınma değerlerinin karşılaştırılması	52
Tablo 4.8. Hasta ve kontrol grubunun ADİ-3 ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.9. Kontrol grubunda cinsiyetler açısından DİS/DAS, BOKÖ değişkenleri ve kaçınma değerleri karşılaştırması.....	53
Tablo 4.10. Hasta ve kontrol grubunda klinik değişkenler arasındaki korelasyon analizleri.....	55
Tablo 4.11. Cinsiyetler açısından hasta grubunda klinik değişkenlerin korelasyon analizleri	56

1. GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk, kişide belirgin kaygı ve/veya sıkıntı hissine yol açan, rahatsızlık veren, zaman kaybına neden olan, kişinin iş verimini düşüren, genel işlevselliğini azaltan, çevresiyle sağlıklı ilişkiler kurmasını engelleyen, aşırı ve şiddetli obsesyon ve/veya tekrarlayan kompulsiyonların eşlik ettiği bir ruhsal hastalıktır (1).

Obsesyonlar zihne istem dışı gelen, kişiye olumsuz duygular yaşatan ve rahatsızlık veren, belirgin kaygı ve sıkıntıya sebep olan, benliğe yabancı, tekrarlayıcı ve sürekli nitelikte olan düşünceler, dürtüler veya düşlemlerle karakterize iken kompulsiyonlar, obsesyonlara ikincil olarak gelişen, kişinin rahatsızlık ve sıkıntıdan kurtulmak için yapmak zorunda hissettiği ve kendini yapmaktan alıkoyamadığı, yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemlerdir (2).

OKB ile ortak bir etiyoloji, nörobiyoloji, aile öyküsü, tedaviye yanıt gibi değişkenleri belirli oranlarda örtüştüğü iddia edilen ve obsesif kompulsif bozuklukla belirli ortak özelliklere sahip olan ruhsal ve nöropsikiyatrik bozukluklara Obsesif-Kompulsif Spektrum Bozuklukları (OKSB) adı verilmiştir (3). OKSB'nin kapsadığı bazı psikiyatrik bozukluklar arasında obsesif kompulsif bozukluk, beden biçim algı bozukluğu, yeme bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, tik bozuklukları ve Tourette bozukluğu sayılmaktadır (3, 4).

Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) OKSB içerisine girmemekle birlikte birçok özelliği açısından OKSB ile yakından ilişkilidir. Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun temel özelliklerini mükemmeliyetçilik, önceden belirlenmiş kurallara uyma konusunda esnek olmayan katı bir tutum, karar vermede güçlük ve sınırlı duygusal ifade nedeniyle yakın ilişkiler kurulması ve sürdürülmesinde güçlükler yaşama şeklinde sıralanabilir. OKKB çoğunlukla katı bir disiplinle yetiştirilmiş kişilerde görülmektedir (5).

Kişilik özelliklerinin beyin işlevlerindeki bireysel farklılıklarını ele alan biyolojik ve fizyolojik temelli en geçerli kişilik kuramları Hans J. Eysenck ve Jeffrey A. Gray tarafından önerilmiştir (6, 7). Her iki kuramcı beyin işlevlerinin, kişilik ve davranışla ilgili önemli alanları kapsayan "kavramsal bir sinir sistemi" yoluyla tanımlanabileceğini ileri sürmüşlerdir (8).

Eysenck'in (1967) modelinde birbirinden bağımsız iki uçlu bir yapıya sahip bir yapı olan kişiliğin bir ucunda içedönüklük-dışadönüklük, diğer ucunda nörotizm-

kararlılık/istikrarlılık boyutları yer almaktadır (6, 8, 9). Gray, Eysenck'in bu kişilik modelini uyarlayarak geliştirdiği biyopsikolojik kişilik kuramını daha sonra alternatif bir kuram haline dönüştürmüştür (10, 11, 12).

Gray (1970), Eysenck'in öne sürdüğü kişilik boyutlarını öncelikle ceza ve ödüle duyarlılıkların türevleri olarak düşünmüş, temeli daha çok hayvan çalışmalarına dayalı olan biyopsikolojik kişilik kuramında, kişilik ile pekiştirme (ödül veya ceza) arasındaki ilişkiyi vurgulamıştır (10). Dışadönüklük- içedönüklük boyutu, ceza ve ödüle karşı duyarlılıkların dengesini, nörotizm boyutu ise her ikisinin birleşik gücünü göstermektedir. Kurama göre dürtüsel kişiler ödül uyarılarına, kaygı düzeyi yüksek kişiler ise ceza uyarılarına karşı daha duyarlıdırlar. Bu sebeple kuram günümüzde *Pekiştirme Duyarlılığı Kuramı-PDK (Reinforcement Sensitivity Theory-RST)* adıyla tanınmaktadır (6,8, 9).

Gray'in kuramına göre temel kişilik boyutları olan kaygı ve dürtüsellik beyinde iki güdüleyici sistemin çalışmasındaki bireysel farklılıklarla ilişkilidir (11, 12, 13, 14). Çevresel uyaranlara karşı yaklaşma ve kaçınma davranışını düzenleyen bu iki güdüleyici sistem "*Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DAS)*" (*Behavioral Approach/Activation System (BAS)*) ve "*Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DİS)*" (*Behavioral Inhibition System (BIS)*) olarak isimlendirilmiştir.

"*Davranışsal Aktivasyon Sistemi/Davranışsal İnhibisyon Sistemi* arasındaki dengenin bozulmasıyla çeşitli psikopatolojiler oluşabilmektedir (15). Bir çok araştırmada DİS/DAS aktivasyon değişiklikleriye anksiyete bozuklukları, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), yeme bozuklukları, şizofreni, madde bağımlılığı ve kişilik bozuklukları gibi çeşitli ruhsal hastalıklar arasında bir ilişki olduğu öne sürülmüştür (16). Yapılan çalışmaların bir çoğunda yüksek DİS aktivasyonu veya düşük DAS aktivasyonu kaygı belirtileriyle bağlantılı bulunmuştur (17, 18, 19, 20). Depresyonlu hastaların kontrol grubuna göre DAS aktivasyonu daha düşük bulunmuştur (21, 22).

Obsesif kompulsif bozukluk ile DİS/DAS arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırmada obsesif-kompulsif hastalarda normal bireylere göre daha yüksek bir DİS ve daha düşük bir DAS aktivasyonu olduğu gösterilmiştir (23, 24, 25).

Düşük DİS aktivasyonunun DEHB'nin dikkat eksikliği boyutuyla (26, 27), yüksek DAS aktivasyonunun ise DEHB'nin hiperaktivite boyutuyla (26) ilişkili patolojilere yol açabileceği ifade edilmektedir (28, 29, 30, 31, 32).

Psikopatolojiler ile DİS/DAS Sistemi arasındaki ilişkiyi destekleyen bu kanıtlarla beraber bu ilişkinin daha mütevazi olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin Johnson ve arkadaşlarının yaptığı epidemiyolojik bir çalışmada DİS/DAS skorlarındaki değişkenlik psikiyatrik tanılarının ancak %10' unu açıklamaktadır. Bu bulgu benzer kişilik boyutlarına sahip olan kişilerin farklı gelişim gösterebileceğini düşündürmektedir (18).

Kaygı, gerçek bir tehdit karşısında kişiyi ondan uzaklaştırarak bir koruma işlevi görür. (33). Ancak kaygıya bağlı olarak gelişen duyum ve belirtilerin zararlı fizyolojik ve/veya sosyal sonuçları olduğuna dair aşırı düzeyde bir korku olarak tanımlanan "anksiyete duyarlılığı" aşırı olduğunda obsesif kompulsif bozukluk, panik atak, agorafobi, depresyon ve diğer kaygı ve duygu durum bozuklukları gibi birçok rahatsızlığa götürebilmektedir (34, 35, 36).

OKB'de oldukça sık ve farklı şekillerde yaşanan bir duygu olan kaygı gerçek veya algılanan tehditlere ilişkin olabildiği gibi diğer olumsuz duyguların varlığından endişelenmek şeklinde de ortaya çıkabilmektedir (37). Bu da "korkmaktan korkmak" şeklinde de tanımlanabilen anksiyete duyarlılığının (38) OKB'nin ortaya çıkmasında ve devam etmesinde önemli bir rol oynamasına yol açmaktadır (39, 40). Duygulanımdan kaçınmayı içeren bir bozukluk olan OKB'de kaçınma tehdit edici unsurlardan uzaklaşma çabası olarak ortaya çıkmakla birlikte, bir süre sonra sorun çözme işlevini yitirerek, kendisi sorun niteliği kazanmaktadır (40).

Tüm bu bilgiler ışığında kaygı, kaygı duyarlılığı, DİS/DAS sistemlerinin birbiriyle ilişkili olduğunu söyleyebiliriz. Bu ilişkinin OKB'deki işleyiş tarzını araştırmak amacıyla düzenlenen bu çalışmada OKB'li hastalarda DİS/DAS duyarlılığı arttıkça kaçınmanın artacağı hipotezi test edilmeye çalışılacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.1. Tanım

Obsesif Kompulsif Bozukluk, kişide belirgin kaygı ve/veya sıkıntı hissine yol açan, rahatsızlık veren, zaman kaybına neden olan, kişinin iş verimini düşüren, mesleki işlevsellikte ya da diğer alanlarda işlevselliğini azaltan, çevresiyle sağlıklı ilişkiler kurmasını engelleyen, aşırı ve şiddetli obsesyon ve/veya tekrarlayan kompulsiyonların eşlik ettiği bir ruhsal hastalıktır (1).

Kişinin kendisini belli bir zihin içeriğinden kurtaramaması olarak yorumlanan “obsesyon” terimi, Latince “obsidere” sözcüğünden türemiştir (41). Obsesyonlar; zihne istem dışı gelen, kişiye olumsuz duygular yaşatan ve rahatsızlık veren, belirgin kaygı ve sıkıntıya sebep olan, benliğe yabancı, tekrarlayıcı ve sürekli nitelikte olan düşünce, dürtü veya düşlemlerle karakterizedir (2).

Obsesyonlara sıklıkla bulaşma, kendine veya başkasına zarar verme, cinsel-dini içerikli, simetri-sayma-sıralama, biriktirme-istifleme tarzında olabilir. Obsesyonlar genellikle hastanın düşünce/değer sistemiyle çelişerek hastaya rahatsızlık verir. Örneğin çocuğunu çok seven bir babanın ona zarar vermekten korkması veya dindar birinin aklına tanrıya küfretme isteğinin gelmesi gibi (42, 43).

“Kompulsiyon” terimi ise Latince zorlanmış, köşeye sıkışmış anlamına gelen “compellere” sözcüğünden türemiştir (41). Kompulsiyonlar obsesyonlara ikincil olarak gelişen, kişinin rahatsızlık ve sıkıntıdan kurtulmak için yapmak zorunda hissettiği ve kendini yapmaktan alıkoymadığı, yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemlerdir (2).

Hastaların çoğunda obsesyon ve kompulsiyonlar birlikte bulunur. Sadece obsesyonlarla seyrettiği düşünülen hastalar dikkatle incelendiğinde, çoğunda obsesyonlarının yol açtığı kaygıdan kurtulmak zihinsel eylemlerde de buldukları görülmüştür (43, 44).

2.1.2. Tarihçe

Tanımlanmış olan en eski hastalıklardan olan OKB’ye (45) ilişkin eski din kitaplarında örnekler bulunmaktadır (46). Örneğin İsa’dan Önce 11. yüzyılın ikinci

yarısının da İsrail'in ilk kralı olan Saul'ün şeytanın etkisiyle zararlı düşüncelere yakalandığı ve damadının arp çalmasıyla rahatladığı anlatılmaktadır (46).

Bir din adamının yazdığı Malleus Maleficarum (Şeytanın Çekici) adlı eserde bir papazın kilisenin önünden geçtiği ve dua ettiği zamanlarda şeytanın etkisiyle sürekli dilini çıkardığı, dikkatini rahibi dinlemeye vermeye çalıştıkça aklını şeytanın daha da fazla karıştırdığı anlatılmaktadır (47).

17. yüzyılın başında Macbeth adlı eserinde Shakespeare obsesif kompulsif nevrozun bir örneğini anlatır. Lady Macbeth'in etkilemesiyle kocası, Kral Duncan'ı öldürür. Bu olaydan sonra Lady Macbeth 'Arabistan'ın bütün kokulu sabunları getirilse bu elin kirleri temizlenemez' diyerek devamlı ellerini yıkamaya başlar (43, 46).

Obsesyonlar tıp literatüründe ilk defa 1838'de Esquirol tarafından "Mental Hastalıklar" eserinde dile getirilmiş ve akıl sağlığı normal bireylerin istemeden yaptığı, önleyemediği bir dürtüsel aktivite olarak tariflenmiştir. Belirtilerin bir tür "dürtü monomanisi" olarak tanımlanması OKB için yeni bir çağ açılmasına neden olmuştur (42, 43).

Morel 1886'da "Deliré Emotif" olarak nitelendirdiği bu durumu otonom sinir sisteminin karışık bir görünümü olarak tanımlamış, içgörünün olduğu bir durum olarak nevroz kavramı içinde ele almıştır (42, 43).

Bunu takiben Carl Frederich Westphal de obsesyonun hastanın iradesi dışında meydana gelen düşünceler olduğunu ifade etmiştir. 20.yüzyılın başında Pierre Janet klinik tabloyu takıntılı, saplantılı düşünceler (obsesyon), tepkiler-ataklar (kompulsiyon) ve fobiler üçlüsü olarak "psikasteni" yani ruhsal zayıflık şeklinde kavramsallaştırmıştır (43, 48).

Freud ise obsesif kompulsif nevrozu fobik nevrozdan ayrı olarak değerlendirmiştir. Saldırgan ve cinsel dürtülerden kaynaklanan obsesyonların oluşturduğu kaygının gerileme ve karşıt tepki kurma gibi savunma düzenekleriyle etkisizleştirilmeye çalışıldığını iddia etmiştir (43, 49, 50).

20. yüzyılın başlarında Schneider ve Janet obsesif kompulsif nevrozu ayrı bir kavram olarak tanımlamış ve aşağıdaki ölçütleri getirmiştir:

- a) Belli bir şey düşünmeye, hissetmeye veya yapmaya yönelik öznel bir zorlanmışlık duygusunun varlığı,

- b) Obsesyon içeriğinin saçma veya mantık dışı, benliğe yabancı olarak algılanması,
- c) Obsesyona direncin eşlik etmesi (51,52,53).

Yirminci yüzyılda öğrenme kuramları, obsesif kompulsif bozukluk etiyojisi ve sağaltımına önemli katkıları sağlamıştır. 20. yüzyılın sonlarına doğru kalıtsal ve nörobiyolojik etkenlerin obsesif kompulsif bozukluğun gelişiminde önemli olabileceğine ilişkin veriler elde edilmiştir (46). Nörobiyolojik yaklaşım, MRI ve PET tekniklerini kullanarak beyinde bazal ganglia, frontal korteks ve limbik yapıları OKB ile ilişkili disfonksiyon bölgeleri olarak saptamıştır (54).

2.1.3. Sınıflama

Obsesif kompulsif bozukluk yüzyılı aşkın süredir iyi bilinmesine rağmen, tanı sistemlerine ayrı bir bozukluk olarak girmesi ancak 1980 yılından sonra DSM sınıflaması içinde yerini almasıyla olmuştur (55). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin 1952 yılında yayınladığı Ruh Hastalıkları I. Tanı ve İstatistik Kılavuzunda (DSM-I) Obsesif Kompulsif Reaksiyon; 1968 yılında DSM II'de Obsesif Kompulsif Nevroz ve 1978 yılında ise DSM-III'te Obsesif Kompulsif Bozukluk olarak yer almıştır. Güncel fenomenolojik bakış açımıza en uygun tanımlama ilk defa DSM-III'te yapılmış, obsesyon ve kompulsiyon ayrımı netleştirilmiş, belirtilerin biçimsel özellikleri ve içerik olarak en sık görülenleri tanımlanmıştır (41).

Kompulsiyonların kavramsallaştırılması DSM-III ile DSM-IV-TR arasındaki temel farklılığı oluşturmaktadır (56). DSM-III'te kompulsiyonlar davranış olarak nitelendirilirken, DSM-IV'te kompulsiyonların hem davranış hem de zihinsel etkinlik olabileceği belirtilmiştir.

Daha sonra DSM-IV ve DSM-IV-TR'de "Obsesif Kompulsif Bozukluk" terimi "Anksiyete Bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılmıştır (57). DSM-5'te ise OKB "Obsesif Kompulsif Bozukluk ve ilişkili Bozukluklar" başlığıyla "Anksiyete Bozuklukları"ndan ayrılarak ayrıca sınıflandırılmıştır (1). "Obsesif Kompulsif Bozukluk" ve benzerlik gösteren bozukluklar bu bölüme kaydırılmıştır. Bu ayrıştırma bu bozuklukların anksiyete bozukluklarından farklı bir etiyojisi ve seyire sahip olması gerekçesiyle yapılmıştır. Bu bölüme dahil edilen bozukluklar bazı açılardan birbirleriyle ilişkilidir ve sağaltımları da benzer şekilde yapılmaktadır.

Bu grupta bulunan diğer bozukluklar; Beden Biçim Algısı Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Saç ve Deri Yolma Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluk, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluk, Tanımlanmış Diğer Bir Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluk, Tanımlanmamış Obsesif Kompulsif Bozukluğu ve İlişkili Bozukluktur.

DSM-5'te içgörü bir belirteç olarak ele alınmış, içgörüsü “iyi veya çok iyi”, “kötü”, “içgörüsü yok/sanrısız düzeyde” şeklinde derecelendirilmiştir. Ayrıca ‘tikle ilişkili’ alt tip tanımlanmıştır (1).

OKB, Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırması olan ICD-10'da (International Classification of Diseases and Related Health Problems- Tenth Revision, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması) “nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar” başlığı altında tanımlanmıştır (58). ICD-10'da kompulsiyonların hoşnutluk oluşturmaması vurgulanmaktadır. Ayrıca obsesyon ve kompulsiyonların iki haftanın hemen hemen bütün günlerinde olması gerektiği belirtilmektedir. DSM'den diğer farkı DSM-5'te obsesyon ve kompulsiyonların günde bir saatten daha uzun zaman alması vurgulanırken, ICD-10'da kompulsiyonlarla ilgili bir süre tanımlanmamıştır.

2.1.4. Tanı

Günümüzde psikiyatrik hastalıkların tanı ve sınıflandırılmasında ICD-10 ve DSM-5 tanı sistemleri kullanılmaktadır.

DSM-5'e göre OKB Tanı Kriterleri aşağıdaki tabloda sunulmaktadır (1, 43) (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. DSM-5'e göre OKB Tanı Kriterleri

A. Obsesyonlar, kompulsiyonlar veya her ikisinin birlikte varlığı:
Obsesyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman zorla ve istenmeden gelen ve çoğu kişide kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler
2) Kişi bu düşünce, dürtü veya düşlemlerine önem vermemeye, baskılamaya veya başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır.

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

1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak veya katı bir biçimde uygulaması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma)
2) Davranışlar veya zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya veya korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar veya zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

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

C. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavide kullanılan bir ilaç) veya genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Başka bir eksen 1 bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; beden biçim algısı bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğunu düşünüp durma; bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler veya fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine gevişleyici tarzda düşünme).

Varsa belirtiniz:
İçgörüsü iyi: Kişi inanışlarının gerçek olmadığını farkındadır.
İçgörüsü kötü: Kişi inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.
İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi inanışlarının gerçek olduğuna kesin inanır.
Varsa belirtiniz:
Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.

ICD-10 OKB tanı ölçütleri

ICD-10 ise Obsesif- Kompulsif Bozukluğu “nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar” başlığı altında tanımlamıştır (58).

ICD-10 OKB'li bir kişide en az iki haftadan beri ve günlerin çoğunda obsesyonların, kompulsiyonların veya her ikisinin de olması gerektiğini belirtir. Obsesyonlar ve kompulsiyonlar aşağıdaki özellikleri taşırlar:

1- Hasta bunların kendi zihninin bir ürünü olduğunu ve dışarıdan yerleştirilmediğini kabul eder. Bu OKB'yi şizofrenideki düşünce sokulmasından ayırır.

2- Obsesyonlar ve kompulsiyonlar tekrarlayıcı olmalıdır.

3- En azından bir obsesyonun aşırı veya anlamsız olduğunun hasta tarafından kabul edilmesi gerekir.

4- Hasta obsesyonların davetsiz şekilde zihnine girmesine ve kompulsiyonları gerçekleştirmeye karşı direnmelidir. Ancak çok uzun süreden beri var olan obsesyonlara karşı çok az direnilebileceği unutulmamalıdır. Tanı için, en az bir tane, başarısız şekilde de olsa direnilen obsesyon veya kompulsiyon gereklidir.

5- Obsesif düşünce veya kompulsif eylem kaygıdan kurtulmayı sağlamalı ama haz vermemelidir.

6- Belirtiler sıkıntı vericidir ve hastanın bireysel veya sosyal işlevselliğini genellikle zaman kaybına uğratacak şekilde etkilemelidir (58).

ICD-10'da OKB "F42" kodu ile yer almış olup, beş alt tipi tanımlanmıştır (58);

F42.0: Obsesyonel düşünceler ve ruminasyonların baskın olduğu tip

F42.1: Kompulsif hareketlerin baskın olduğu tip

F42.2: Obsesyonel düşüncelerin ve kompulsif hareketlerin birlikte olduğu tip

F42.8: Diğer obsesif ve kompulsif bozukluklar

F42.9: OKB, belirlenmemiş

ICD-11'de obsesif kompulsif veya ilgili bozukluklar, 06 Zihinsel, davranışsal veya nörogelişimsel bozukluklar kodu altında ele alınmıştır. Obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar, tekrarlayıcı düşünce ve davranışlarla belirgin, etiyoloji ve kilit tanı doğrulayıcılarında benzerlikler paylaşan bir grup hastalıktır. Obsesyonlar, zihne dalıcı düşünceler ve zihin meşguliyeti gibi bilişsel fenomenler, bu durumlarda (yani, obsesif kompulsif bozukluk, beden biçim algısı bozukluğu, hipokondriyazis ve koku alma referans bozukluğu) merkezi öneme sahiptir ve bunlara ilgili tekrarlayıcı davranışlar eşlik eder. İstifleme bozukluğu daha çok mal biriktirmek, bunları atmakla ilgili zorunlu bir

itkiyle karakterizedir. Beden odaklı tekrarlayıcı davranış bozuklukları, öncelikle deriye yönelik tekrarlayıcı ve alışılmış eylemlerle (örneğin, saç çekme, cilt toplama) karakterizedir ve belirgin bir bilişsel özellikten yoksundur. Belirtiler kişisel, aile, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli iş alanlarında önemli sıkıntı veya bozulmayla sonuçlanır (59).

Maddeyle ortaya çıkan obsesif kompulsif veya ilişkili bozukluklar, ikincil obsesif-kompulsif veya ilişkili sendrom ve Tourette sendromu başka kodlar altında sınıflandırılmaktadır (59).

2.1.5. OKB Klinik Özellikler

OKB tanılı hastalar genellikle yakınmalarını psikiyatristler yerine diğer tıp doktorlarına anlatırlar. Çatlamış veya egzematoid görünümlü ellerle dermatologlara ya da immün yetersizliği olduğuna dair dirençli bir inançla onkolog veya enfeksiyon hastalıkları uzmanlarına başvurabilirler (60).

Aşırı düzenli, titiz ve aşırı kontrollü görünüşleriyle dikkat çekerler. Düzgün bir konuşma tarzına sahiptirler ve konuşurken çok dikkatlidirler. Sözcükleri özenli bir şekilde kullanırlar. Önemsiz sayılabilecek bir noksanlık bırakmamaya özen gösterirler ve dolayısıyla ayrıntıcıdır. İlişkilerinde rahatsız edecek düzeyde saygılı ve kuralcıdır (61).

OKB hastalarının çoğunda (%75) obsesyonlar ve kompulsiyonlar birlikte gözlenmektedir. Ancak tek başına obsesyonlar (%9-29) veya tek başına kompulsiyonlarla (%11-31) seyreden klinik tablolar da mevcuttur (48, 62, 63). Hastaların önemli bir kısmında birden fazla obsesyon (%33-60) ve birden fazla kompulsiyon (%38-48) bir arada bulunmaktadır (63, 64). Başlangıçta obsesyonlar baskınken, zamanla kompulsiyonlar şiddetlenerek ön plana çıkabilirler (48).

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında sık görülen obsesyon çeşitleri:

- *Bulaşma obsesyonları:*

Bulaşma obsesyonlarına sık olarak temizleme, yıkama kompulsiyonları eşlik etmektedir. En sık pislik ve mikrop olmak üzere hemen herşey bulaşma obsesyonu olabilir. Hastalarda kirli olduğunu düşündüğü nesnelere karşı yoğun kaygı ve kaçınma davranışları vardır. OKB'li hastalarda yaklaşık %45-55 oranıyla en sık görülen obsesyon çeşididir (65, 66).

- Kuşku obsesyonları:

Sıklıkla kontrol etme-denetleme kompulsiyonlarıyla birlikte görülmektedir. Gerçekleşme olasılığı düşük olsa dahi hastalar, kontrolleri dışında kalırsa felaket olacağı düşüncesiyle emin olmaya çalışırlar. Patolojik kuşku OKB'li hastaların hemen hepsinde vardır, ancak özellikle bu tipte kuşku tabloya hakimdir. Bulaşma obsesyonundan sonra en sık karşılaşılan obsesyonudur (66).

- Saldırganlık obsesyonları:

Kişinin kendine veya etrafındakilere zarar verme düşünceleri nedeniyle bu tür obsesyona sahip olan hastalar kesici delici aletlerden vs uzak dururlar. OKB olan hastaların yaklaşık %10-20'si oranında görülmektedir (65).

- Cinsel obsesyonlar:

Toplum ve kendisi tarafından kabul edilemeyecek düzeyde kendisine veya başkalarına yönelik cinsel düşünce, dürtü veya görüntülerdir. Hastaların %13-26'sında görülmektedir. Sıklıkla kontrol ve yıkanma kompulsiyonları eşlik etmektedir (65).

- Dinsel obsesyonlar:

Günah gibi dini kavramları içeren dinsel obsesyonlar Allah'a ya da peygambere küfretme ya da varlıklarını sorgulayıp kendilerini suçlu hissetme şeklinde olabilmektedir. Batı toplumlarına göre ülkemizde daha sık oranda görülmektedir. Ülkemizde sıklığı %11-46 oranında değişmektedir (65).

- Simetri ve düzen obsesyonları:

Bu obsesyona sahip kişiler olay veya nesnelerin tam istedikleri düzende, mükemmel bir düzende olmasını isterler. Bu olmadığı takdirde yaşadıkları öznel duygu kaygıdan çok gerilim ya da hoşnutsuzluktur. Sıklıkla obsesyonel yavaşlık eşlik etmektedir.

- Bedensel obsesyonlar:

Sıklıkla kontrol etme ve güvence arama ritüelleriyle birlikte görülür. Bu hastaların esas endişeleri kendi sağlıkları veya ölüm endişeleridir. Bedensel uğraşlar sıklıkla AIDS, kanser gibi güncel hastalıklar ile ilgilidir.

Kompulsiyon çeşitleri:

Kompulsiyon (zorlantı) ise ya kişinin katı kurallarına göre kendini yapmaktan alıkoymadığı ya da bir obsesyona karşı tepki olarak gerçekleştirdiği tekrarlayıcı, törensel davranış veya düşünsel eylemlerdir. Yıkama, kontrol etme, sayma, dokunma, düzen, biriktirme gibi dışarıdan fark edilebilecek açık davranışlar (açık kompulsiyonlar) şeklinde olabileceği gibi, dua etme benzeri gizli zihinsel aktiviteler (örtük kompulsiyonlar) şeklinde de ortaya çıkabilir. Çoğu kez obsesyona bir tepki olarak veya onun meydana getirdiği huzursuzluğu azaltmak amacıyla yapılmakla birlikte kompulsiyonlar doğası gereği zaman ve yoğun çaba gerektirirler, bu nedenle kişide huzursuzluğu artırır (67,68).

Sık görülen kompulsiyon çeşitleri şunlardır:

- *Temizlik kompulsiyonları:*

Kişi kirli olduğunu düşündüğü yere elini sürdüğü zaman yoğun sıkıntı hissi duyar, bu sebeple gereksiz ve aşırı derecede ellerini yıkar. Tekrar kirleneceğini düşündüğü için kirli olarak düşündüğü nesnelere kaçınır. Banyoda ve tuvalette uzun süre durabilirler. Temizlik kompulsiyonu görülme oranı %45-52'dir (69, 70).

- *Kontrol kompulsiyonları:*

Kişiler yaptıkları şeylerden emin olamayıp kapıyı, pencereyi vs defalarca açıp kapatırlar. Bu şekilde tatmin olamazlarsa etrafındaki kişilere sorup onay almak isterler. Kontrolü kaybedip etrafındakilere zarar vereceği şeklinde takıntısı olanlar ise kesici delici aletlerden uzak durup, zarar vermektense endişe duydukları kişilere zarar vermedikleri konusunda tekrar tekrar sorup onay alma davranışları gösterebilirler. Görülme sıklığı %28-45 arasındadır (63, 69).

- *Sıralama veya simetri kompulsiyonları:*

Kişi vaktinin çoğunu sayı sayarak veya nesnelere belli bir düzene koymaya çalışarak geçirirler. OKB hastalarında sıralama görülme oranı %5,9 iken simetri %13,5 bulunmuştur (63).

- *Biriktirme kompulsiyonları:*

Eski kitap, dergi gibi kullanılmayacak eşyaları toplamak ve biriktirmekle nitelendirilir (69). Kişi eşyaların değerine veya işlevine bakmaksızın elinden çıkartmakta zorluk yaşar. Bir gün lazım olabileceği kaygısı, onunla kurduğu duygusal bağ veya bir

takım estetik nedenlerle bu eşyaları atamaz. Biriktirme davranışı, kişinin evdeki yaşam alanını önemli derecede kısıtlayabilir (71).

DSM-5'e kadar OKB bağlamında değerlendirilen istifleme obsesyon ve kompulsiyonları, daha kötü içgörü düzeyi, daha olumsuz tedavi yanıtı ve daha geç başlangıç yaşı gibi özellikleri sebebiyle ayrı bir bozukluk olarak obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar çatısı altında sınıflandırılmıştır (72).

Obsesif-kompulsif bozukluk hastalarında görülen birkaç belirti grubu vardır. Birinci grupta kirlenmeyle ilgili obsesyonların olduğu ve kirlilik düşüncesine dayalı yıkama ve kirli nesnelere sakınma kompulsiyonlarının olduğu grup yer alır. İkinci grupta patolojik sayma ve kompulsif kontrol etme, üçüncü grupta kompulsif bulgusu olmaksızın sadece obsesyonu olan hastalar bulunur. Son gruptaki hastaların temel belirtisi olan obsesyonel yavaşlıkta hastalar her gün yıkanmak, giyinmek, ödevlerini yapmak için saatler harcayabilirler ve yaşamları son derece yavaş seyreder (73).

Obsesyon ve kompulsiyonların şekil ve içerikleri kültürden kültüre değişim göstermese de yaygınlıkları arasında bazı farklılıklar saptanmaktadır. OKB'nin fenomenolojisiyle ilgili yapılan çalışmalar sosyokültürel faktörlerin etkisiyle farklı sonuçlar göstermektedir. Özellikle dini değer ve yaşantıların yoğunluğu ile farklılıkların gözlemlendiği belirtilmektedir. Örneğin Arabistan'da yapılan bir araştırmada dini obsesyonlar %50 oranındayken, İngiliz ve Hindu hastalarda bu oran düşük bulunmuştur (48, 65).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda farklı yörelerde farklı sonuçlar elde edilmiştir. İzmir'de yapılan bir araştırmada (Gülseren 1995) dini obsesyonlar yaygın değilken, Elazığ'da yapılan araştırmada ise (Tezcan 1998) bu oran daha yüksek olarak saptanmıştır (74, 75).

2.1.6. Epidemiyoloji

OKB 1980'li yıllara dek ender görülen bir hastalık olarak varsayılmıştır. OKB'nin psikiyatrideki hasta kayıtları gerçek oranları göstermemektedir. Hastaların damgalanmaktan çekindikleri için psikiyatri kliniklerine müracaat etmemeleri, OKB'nin belirti ve bulgularını kendi kişilik özellikleri gibi benimsemeleri buna yol açıyor olabilir. Bazı hastalar ise belirtilerin ortaya çıkardığı sonuçlar nedeniyle psikiyatri haricindeki diğer kliniklere başvuru yapmaktadır (örn. ellerini sık yıkadığından dolayı elinde dermatit gelişen bir hastanın sadece dermatoloji kliniğine başvuru yapması gibi). Bu sebeple

araştırmacılar OKB'nin genel nüfusta tahmin edilenden daha sık olduğunu düşünmektedirler (50).

OKB, psikiyatrik bozukluklar içerisinde fobiler, madde kullanımı ve majör depresyondan sonra dördüncü en sık rastlanılan bozukluktur (76). Panik bozukluk ve şizofreniden iki kat daha yaygındır (76). Görülme sıklığı yaklaşık olarak diyabet ve astımın görülme sıklığı kadardır (77).

Amerika'da yapılan araştırmalarda, OKB'nin yaşam süresince yaygınlığı %2,5; Amerika dışındaki dört kıtada yapılan bir çalışmada ise OKB'nin yaygınlık oranı daha düşük (%0,7) bulunmuştur (78, 79).

Ülkemizde obsesif kompulsif bozukluğun yaşam boyu görülme sıklığı %1,9 ile %3,3 arasında olduğu tespit edilmiştir (80). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada ise bir yıllık görülme sıklığı %3 olarak bildirilmiştir (81).

Klinik örneklem ve toplumsal örneklem çalışmalarının sonuçlarının farklı olmasının sebebi kişilerin, belirtilerinin katlanılmaz hale gelmedikçe psikiyatriye başvurmamaları ve çoğunlukla belirtilerini gizleme eğiliminde olması olarak düşünülmektedir.

2.1.7. OKB Başlangıç yaşı

OKB, çoğunlukla genç yaşlarda başlangıç göstermektedir. Erkeklerde hastalık başlangıç yaşı (ortalama: 19) kadınlara (ortalama: 22) göre biraz daha erken olsa da genellikle başlangıç yaşı 20'dir (82). Bazı yazarlar ise OKB'nin %80 oranda çocukluk çağında ortaya çıktığını iddia etmektedir (83). Çocukluk yaşlarında başlayan OKB vakaları da bildirilmiştir. Başlangıç yaşı 2 olan vaka bildirimleri mevcuttur (60). Çocukluk çağı OKB vakalarına bakıldığında erkeklerde kadınlara göre 3-4 kat daha fazla bulunmuştur.

OKB, 50 yaşından sonra ender rastlanılan bir hastalık olup bundan yapısal beyin hasarıyla alakalı organik nedenler sorumlu gösterilmektedir (84). İleri yaşlarda ortaya çıkan hastalarda organik etiyolojinin ekarte edilmesi gereklidir.

2.1.8. OKB ve Cinsiyet

OKB'nin cinsiyetler arası dağılımına ilişkin araştırmalar incelendiğinde; Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmaya göre, OKB'nin görülme sıklığı açısından

cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır (85). Yetişkin yaştaki hastalarda kadın ve erkeklerin eşit bir dağılım gösterdiğini rapor eden başka çalışmalar da vardır (86, 87). Ülkemizde yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nın verilerine göre bir yıllık sürede toplumda toplam OKB oranı %0,5 olarak saptanırken; kadınlarda (%0,6) erkeklere (%0,2) göre 3 kat yüksek bir oran tespit edilmiştir (61).

Toplum temelli OKB prevalans araştırmalarında kadınlarda daha yüksek oran saptanırken; klinik çalışmalarda kadın ve erkeklerde benzer oranlar saptanmaktadır (78, 79, 88). Bu durum, OKB belirtilerinin erkeklerde işlevselliği daha çok etkilediği ve tedavi arayışının bu nedenle daha yüksek olabileceği şeklinde açıklamıştır (89).

Çeşitli vaka serilerinde kadın hastalarda (%13-%36) OKB'nin hamilelik veya doğum sonrası dönemde başladığı saptanmıştır (90, 91).

Hastalık belirtilerinin cinsiyetler arasında farklı bir dağılımının olduğu bildirilmiştir (92,93). Alanyazın kadınlarda çoğunlukla saldırganlık obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları olduğunu belirtirken, erkeklerde ise cinsel obsesyonlar ve simetri kompulsiyonlarının daha fazla bulunduğunu bildirmektedir. Ancak cinsiyetler arasındaki bu farklılıkların sosyokültürel etkenlerle bağlantılı olup olmadığı tam olarak tespit edilememiştir (93). Erken yaşta başlayan hastalık grubunda erkek cinsiyetinin, trikotillomani ve tik bozukluklarıyla birlikteliğin, ailesel geçişin ve simetri obsesyon ve kompulsiyonunun daha fazla olduğu, tedaviye yanıtın daha kötü olduğu saptanmıştır (94, 95).

2.1.9. OKB ve Medeni Durum

OKB tanısı olan 830 hastanın dahil edildiği bir çalışmada, daha önce evlilik öyküsü olmayan hasta oranı %48 olarak saptanmıştır (96). Ülkemizde 147 OKB vakasıyla yapılan çalışmada ise bu oran %67 bulunmuştur (66). Bekar kişilerin evli olanlara göre OKB belirtilerinden daha çok etkilendiği veya OKB tanısı olan hastaların kişiler arası ilişkileri sürdürmede zorlandıkları öne sürülmüştür (60).

Yapılan bazı çalışmaların sonuçlarına göre OKB tanısı olan kadınlarda evli olma oranı, erkek hastalardan anlamlı olarak yüksektir (97).

2.1.10. Hastalığın Gidişi

OKB, kronik ve dirençli bir hastalıktır. Hastaların bazılarında belirtiler sinsi ve yavaş bir başlangıç gösterirken, klinik açıdan belirtilerin anlamlı bir seviyeye gelmesi için

uzun zamana ihtiyaç vardır (61). Hastalar çoğunlukla 5-10 yıl kadar belirtilerini gizlemekte ve doktora başvurmamaktadırlar.

Belirtiler gebelik, cinsel bir problem veya bir yakının kaybı gibi stresli bir olay sonrasında ani başlangıç gösterebilir. Obsesyon içeriğiyle gidiş arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (98).

Hastaların bazıları epizodik, bazıları ise sabit bir seyir göstermektedir (82). Hastaların %20-30'unda belirtilerde belirgin düzelme, %40-50'sinde orta derecede düzelme olur. %20-40'ında ise belirtiler aynı kalır veya daha da kötüleşir. %15'inde işlevsellikte progresif bir bozulmaya rastlanılır. %5'inde ise epizodlar arasında çok az belirtili veya belirtisiz seyreden iyi bir gidiş vardır. Çoğunlukla belirtilerin alevlenip yatıştığı süreğen bir gidiş vardır. Alevlenmeler ise genellikle stresle ilişkilidir (98). Demal ve arkadaşları (1993) OKB'yi 'sürekli ve değişmeyen', 'kötüleşmeyle birlikte sürekli', 'iyileşmeyle birlikte sürekli', 'kısmi remisyonla birlikte epizodik' ve 'tam remisyonla birlikte epizodik' olarak 5 grupta incelemişlerdir (99).

Çocuklukta başlangıç, kompulsiyonlara direnememe, hastaneye yatırılma, aşırı değerlendirilmiş düşüncelerin veya saçma kompulsiyonların varlığı, birlikte depresif bozukluğun veya kişilik bozukluklarının olması (özellikle şizotipal kişilik bozukluğu) OKB'de kötü gidiş belirtileri olarak kabul edilmektedir (100). İyi gidiş belirtileri ise hastalığı meydana getiren bir olayın varlığı, belirtilerin epizodik bir seyir göstermesi, iş ve sosyal yaşantıda uyumun iyi olması olarak gösterilmektedir (100). OKB tedaviye dirençli süreğen bir hastalık olmakla birlikte uygun tedavilerle iyi sonuçlar elde edilebilmektedir (100).

Günümüzde SSRI'lar OKB tedavisinde ilk seçenek olarak gösterilmektedir. Hastaların ancak %40-60'ının tedaviye cevap verdiği bilinmektedir (101). Tedavi edilmediğinde erişkinlerde kendiliğinden iyileşme oranları düşüktür (örneğin 40 yıl sonra yeniden değerlendirildiğinde %20). Çocukluk veya ergenlik döneminde başlayan OKB ömür boyu sürebilmektedir. Bununla birlikte, çocukluk veya ergenlik başlangıçlı OKB'lerin %40'ı erken erişkinlik döneminde düzelebilmektedir. OKB diğer hastalıklarla birliktelik gösterdiğinde seyri çoğu zaman kötüleşmektedir (1).

2.1.11. OKB ile Birlikte Görülen Bozukluklar

OKB'de eş tanı görülme oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (3). OKB tanılı kişilerde yürütülen epidemiyolojik çalışmalar hastaların %90'a yakın bir oranının bir

başka bozukluğun da tanı ölçütlerini karşıladığını belirtmektedir (102). Yapılan araştırmaların büyük bir kısmında %50 oranında I. eksen bozukluğunun, %40 oranında II. eksen bozukluğunun OKB ile birlikte olduğu saptanmıştır (103).

OKB tanısı olan kişilerde, olmayanlara oranla daha sık görülen hastalıklar, beden biçim algısı bozukluğu, kıl ve deri yolma bozukluğu gibi obsesif kompulsif bozuklukla ilişkili diğer bozuklukları kapsar. OKB ile yakın ek tanı ilişkisi bilinen bir başka hastalık da Tourette sendromudur. Bu sendromunun OKB hastalarında yaşam boyu yaygınlığı %5-10, Tourette sendromu olan hastalarda ise OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %30-40 olarak saptanmıştır (104). Tourette sendromu olan OKB hastalarında; saldırganlık obsesyonları, biriktirme ve sayma kompulsiyonları, cinsel ve dini obsesyonlar ile bunlara ikincil gelişen kompulsiyonlar, sadece OKB tanısı olan hastalarla kıyaslandığında daha sık görülmektedir (105,106).

OKB hastalarına en sık eşlik eden ruhsal bozukluk gruplarının duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları olduğu belirtilmiştir (107). 2010'da yapılan bir çalışmada, OKB ile anksiyete bozukluğu eş tanısı görülme oranı %75,8 iken duygudurum bozuklukları için bu oran %63,3 olarak tespit edilmiştir (102). Alanyazındaki bazı araştırmalarda ise duygudurum bozukluklarının eş tanı olarak görülme oranları anksiyete bozukluklarına göre daha yüksek olarak bulunmuştur (108, 109). Major depresif bozukluk (MDB) obsesif kompulsif bozukluğa eşlik eden I. Eksen tanılarında en sık görülenidir. Major depresyon ile yaşam süresince birliktelik %65, eş zamanlı birliktelik %30 olarak gözlemlenmiştir (99).

Denys ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada MDB sıklığını OKB hastalarında sağlıklı popülasyona göre on kat sık bulunmuşken yine yapılan başka bir çalışmada OKB hastalarının %60-80'ine varan kısmında yaşamlarının bir döneminde depresyon geçirdikleri saptanmış, çoğu çalışmada da OKB hastalarının en az üçte birinin değerlendirme esnasında eş zamanlı MDB'si olduğu bildirilmiştir (110).

OKB'nin tek uçlu depresyonla beraberliği olduğu gibi iki uçlu duygudurum bozukluğuyla da birlikteliği görülmektedir (111). OKB hastalarının iki uçlu duygudurum bozukluk açısından, depresyon hastalarına göre 1,7 kat artmış riske sahip olduğu saptanmıştır (112). Yapılan çalışmalara göre OKB ile iki uçlu duygudurum bozukluğuyla eştanı sıklığı %2,7 ile %17,7 arasında değişmektedir (113). Eş tanılı iki uçlu duygudurum bozukluğunun epizodik gidiş gösteren OKB olgularında daha sık görüldüğü bildirilmiştir (114).

OKB hastalarında eşlik eden diğer anksiyete bozukluklarının önemli oranda eşlik ettiği gözlenmektedir. Yapılan çalışmalar, OKB' de bir başka anksiyete bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığını %40-60 olarak bildirmektedir (99). Alanyazında yer alan çeşitli çalışmalarda en sık görülen eş tanımlı anksiyete bozukluğu hakkında birbirleriyle uyuşmayan sonuçlar mevcuttur (107). Tükel ve arkadaşları tarafından OKB tanısı alan hastalarda yapılan bir araştırmada, %17,7 oranında basit fobi, %15,6 oranında sosyal fobi, %12,2 oranında yaygın anksiyete bozukluğu ve %9,5 oranında panik bozukluk görüldüğü bildirilmiştir (66). Karno ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada ise OKB hastalarında yaşam boyu fobik bozukluk yaygınlığı %46, panik bozukluk yaygınlığı ise %13,8 olarak saptanmıştır (78).

Şizofreninin ek tanı olarak görüldüğü hastalarda şizofreni tanısının OKB'den daha önce konulduğu bildirilmiştir. Şizofreni ek tanısının olmadığı OKB hastalarında da zaman zaman psikotik belirtiler görülebildiği gibi şizofreninin prodromal döneminde obsesif kompulsif belirtiler görülebilir. Psikotik belirtileri olan OKB hastalarının kliniği bu belirtilerin görülmediği OKB hastalarına göre daha kötü seyretmektedir (115).

OKB' ye alkol ve madde kullanım bozuklukları da eşlik edebilmektedir. OKB 'de alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı görülme oranı %24,1; ilaç kötüye kullanımı veya bağımlılığı görülme oranı %17,6 olarak bildirilmiştir (116).

OKB ile karşıt olma karşı gelme gibi dürtüsellikle karakterize edilmiş bazı bozukluklar arasında da ilişki rapor edilmiştir (1).

Eksen II kişilik bozukluklarının da OKB ile sıkça birliktelik gösterdiği izlenmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğuna en sık eşlik eden eksen II tanıları obsesif kompulsif (%28), çekingen (%12) ve pasif agresif (%12) kişilik bozuklukları olarak bildirilmiş; başka bir araştırmacı ise OKB de bağımlı (%12), histriyonik (%9), obsesif kompulsif (%6) kişilik bozukluklarının sık görüldüğünü ifade etmiştir (117, 118). Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun OKB'ye özgü olmaktan ziyade anksiyete bozukluklarının bir özelliği olduğu ileri sürülmüştür (119).

2.1.12. Ayırıcı Tanı

Obsesyonlar başka birçok ruhsal bozuklukta da sıklıkla karşılaşılabilen belirtilerdir. Ancak diğer bozukluklarda kompulsiyonların da eşlik etmesi o denli sık değildir. Muayene esnasında gerçek obsesyonlar ile endişeleri birbirinden ayırmak her zaman kolay olmamaktadır. Özellikle belirtilerin 30 yaştan sonra başladığı hastalarda

bazal gangliyon hastalıkları gibi organik hastalıklarla ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Aşağıda OKB ile ayırıcı tanıya girebilen psikiyatrik hastalıklara değinilmiştir (80):

1. Yaygın anksiyete bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğundaki endişeler, obsesyonlara göre daha gerçekçidir. Ayrıca yaygın anksiyete bozukluğunda ritüeller nadirdir.

2. Panik bozukluk

OKB'li hastaların yaklaşık %60'ı panik atak tarifler. Ancak bunların çoğu obsesif korkularına ikincildir. Panik bozukluğunda ise yineleyen beklenmedik panik atakların olması beklenir. Panik bozuklukta ritüeller nadirdir.

3. Hipokondriyazis

Bedensel obsesyonlu OKB'li bireyler hipokondriyazisle karışabilir. Hipokondriak hastalar da sağlıklarını kontrol ettirmek amacıyla ritüeller geliştirebilir. Hastanın daha önceki öyküsünde obsesyon ve kompulsiyonların olması OKB lehinedir.

4. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu

Obsesyon veya kompulsiyonların bulunması şart değildir, varsa bile hasta tarafından benlikle uyumlu olarak tarif edilir.

5. Dürtü kontrol bozukluğu

Yapılan eylemlerden haz alındığı tarif edilir.

6. Özgül fobi ve sosyal fobi

Kaçınmanın sınırlı ve belli koşullara bağlı olmasıyla ayırılır.

7. Major depresif bozukluk

Depresyonda görülen gevişleyici (ruminatif) düşünceler genellikle duygudurumla uyumludur.

8. Beden biçim algısı bozukluğu

OKB'den ayrılan en önemli özelliği kişinin tüm ilgi ve uğraşısının bedeninin kusurlu olduğu yönündeki düşüncesine odaklanmasıdır. Diğer bir farkı da beden biçim algısı bozukluğunun zihinsel uğraşlarının genellikle anlamsız veya saçma olarak görülmemesi ve sıklıkla içgörünün zayıf olmasıdır.

9. Tikler

Kompulsiyona göre daha az karmaşıktırlar. Amaçsız ve irade dışı oluşları, ilerde olmasından korkulan olayların önlenmesi veya kaygıyı azaltma gibi amaçlarının olmaması ile kompulsiyonlardan ayrılmaktadır.

10. Psikotik bozukluk (Şizofreni, sanrısız bozukluk)

Diğer psikotik bulgularla ayırt edilir.

2.1.13. Etiyoloji

2.1.13.1. OKB'nin Psikanalitik Kuramı

OKB için önerilen psikanalitik teorilerin geçersiz olduğuna ilişkin görüşlerin artışına paralel olarak nörobiyolojik çalışmalar çoğalmaktadır. Bu hastalıkta psikanalitik tedavinin başarısızlığı ortaya çıkarılmakla birlikte psikanalitik kuram açıklamalarının tamamen geçersiz olduğunu söylemek doğru değildir (46). Klasik psikanalitik görüşe göre obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, anal özellikler taşıy ve anal dönemde saplanma (fiksasyon) sözkonusudur (46).

Anal dönemde özellikle tuvalet eğitiminde yaşanan güçlükler anal döneme saplanmayı kolaylaştıran bir etkendir. Tuvalet eğitimi, çocuğun benliğiyle dürtüleri arasındaki ilişkinin gelişmesinde önemlidir. Bu eğitim çocuğun dürtü doyumundan vazgeçmeyi öğreneceği ilk durumdur. Tuvalet eğitimiyle dürtülerinin anında tatmininin engellenmesi çocukta kızgınlık oluşturabilir veya annesinin cezalandırma ihtimaline karşı korku geliştirebilir. Bunun sonucunda çocuk ya dışkısını boşaltarak protesto eder ya da korkarak dışkısını boşaltmaz. Anne çocuğu suçlar ve cezalandırırsa çocuk suçluluk duyguları ve itaat etme zorunluluğuyla öfke ve karşı koyma isteği arasında bocalar. Freud tuvalet eğitimi sırasındaki çatışmaların anal karakter özelliklerinin oluşmasında etkili olduğunu düşünmektedir (120, 121).

Anal dönemin özellikleri: cimrilik, aşırı düzenlilik, aşırı titizlik, inatçılık ve kararsızlıktır. Anal dönemin önemli bir özelliği de iki cinsiyetlilik. Bu iki cinsiyetlilik iki değerliliği beraberinde getirir. Anal dönemdeki temel tutma-bırakma davranış biçimi de iki değerlilik gelişiminde önemlidir. Sevgi ve düşmanlık gibi karşıt duygular sağlıklı ruhsal gelişimde fallik dönemde uygun bir biçimde kaynaştırılır (122).

Freud'a göre OKB hastaları kaygı oluşturan çözülmemiş ödipal isteklerine bağlı bir çatışma içine girince, yaşadıkları kaygıdan kurtulmak için psikoseksüel gelişimin anal dönemine gerilerler (100). Bu gerileme fallik dönemde sağlanan kaynaşmanın çözülmemesine neden olur. Bunun neticesinde ikideğerlilik, büyüsel düşüncenin ortaya çıkması ve üstbenlik değişiklikleri meydana gelir (98). Kişi aynı nesneye karşı hem sevgi hem de düşmanlık besleyebilir konuma gelir (122). Düşüncede gerileme çocuklarda olduğu gibi büyüsel düşüncenin egemen olmasına neden olur. Kişi, eylem olmaksızın sadece düşünceyle veya sözcüklerle gerçeğin değişeceğini düşünür (123). Benlik kontrolü kısmen yetersizleşir, üstbenlik daha katı ve daha ilkel hale gelir.

OKB'de saldırgan ve cinsel dürtülerle baş edebilmek için temel olarak üç savunma düzeneği kullanılır. Bunlar yalıtma, yapma-bozma ve karşıt tepki kurmadır. Yalıtma ile dürtünün duygusal bileşiminden ayrılması ve sadece düşünce içeriğiyle bilinç düzeyinde tutulması söz konusudur. Yapma-bozmada ise gerçekten yapılan veya yapıldığı düşünülen bir eylemin etkisi, doğuracağı kötü sonuçları önlemek için tam tersi eylemle ortadan kaldırılır. Kompulsif nitelik taşıyan eylemin, ikinci bir eylem aracılığıyla iptal edilmesi ve bu tür eylemler yoluyla kişinin benliği tehdit eden, korkutucu obsesif düşüncelerden kurtulması söz konusudur (124).

Karşıt tepki kurma ise kişinin asıl dürtülerinin tam tersi davranış örüntüleri geliştirmesidir. Bu savunma düzeneğiyle bilinç dışında kirlilik dürtüleri devam ederken bilinç düzeyinde kişi aşırı temiz olmaya yönelmekte, kirlenme obsesyonlarına karşı temizlenmeye yönelik kompulsif eylemler geliştirmektedir (125).

Freud' dan sonra OKB ile ilgili psikanalitik araştırmalar onun görüşlerinin biraz genişletilmesinden öteye gitmemiştir. Anna Freud bu hastalığı karşıt tepki oluşturma benzeri özgül savunmaların, tekrarlayıcı davranışlar gösteren diğer bozukluklardan ayırdığını iddia eder. Ayrıca Anna Freud, nesne ilişkilerindeki başarısızlık ile anal özelliklerin artışı arasında bir ilişki olduğunu varsayar (126).

Malinge ve Salzman, obsesif hastaların hayatının her alanında kontrol ihtiyacının hakim olduğunu belirtmiştir. Gelişimsel bakış açısından kontrol ihtiyacı, çocuğun ana babasının devamlılığından ve güvenilirliğinden emin olmadığında oluşan tehlike algısı sonucu ortaya çıkmaktadır (127). Malinge, hastalık belirtilerinin kontrol çabası yetersiz kaldığında ortaya çıktığını ve bu obsesif kontrol çabasının altında güçsüzlük korkularının olduğunu ileri sürmüştür. Salzman, OKB' nin dinamiğinde öfkeden çok utanç, onur

kaybı, zayıflık ve yetersizlik duygularının ortaya çıkmasını önleme çabalarının olduğunu savunmuştur (128).

Leib, OKB hastalarını değerlendirirken anne-çocuk arasındaki ilişkinin incelenmesinin çok önemli olduğunu belirtmiştir. Bu hastaların çoğunda tümgüçlü, despot ve aşırı koruyucu olarak içselleştirilmiş anne tasarımlarıyla kurulan ilişkinin hastalığın oluşmasında rol oynadığını saptamıştır (129).

2.1.13.2. Bilişsel- Davranışçı Etkenler

Bilişsel kuram

1974 yılında OKB'nin ilk bilişsel kuramlarından biri Carr tarafından ortaya atılmıştır. Bu kurama göre, obsesif kişilerin en önemli özelliği, istenmeyen sonuçların oluşma olasılığını, abartılı bir öznel değerlendirmeye tabii tutmalarıydı. Kompulsif ritüeller ise, istenmeyen bir sonucun öznel olarak ortaya çıkma olasılığını, tehdidi azaltıcı aktiviteler şeklinde geliyordu (130).

Salkovskis '*OKB'nin abartılmış sorumluluk modeli*'nde inatçı tekrarlayıcı düşünce/imge veya dürtülerin duygusal açıdan yansız olduğunu, ancak kişi tarafından oluşturabileceği olası zarardan kendisini sorumlu tutacak şekilde değerlendirildiğinde kaygı ve huzursuzluğa neden olduğunu ileri sürmüştür. Bunun neticesinde kişi algıladığı sorumluluğu azaltmaya yönelik yansızlaştırma yanıtlarına başvurur (131). Böylece istemli olarak başlatılıp devam ettirilen etkinlikler ortaya çıkar (132).

İlk defa düşünce-eylem kaynaşması Rachman tarafından tanımlanmıştır (133). Rachman inatçı tekrarlayıcı düşünce/imge veya dürtülerin felaketleştirici ve hatalı yorumlanarak OKB'nin gelişmesine ve devam etmesine sebep olduğunu, 'anlamın yanlış yorumlanması' modelinde açıklamaya çalışmıştır (133). Salkovskis ve Rachman'ın teorilerindeki ortak nokta; obsesyonların patogenezi ve sürmesinde bilişsel hataların önem taşımasıdır (3).

Obsesif- Kompulsif Çalışma Grubu, 1997 yılında yayınladığı bir çalışmada zihne dalıcı düşüncelerden obsesyonların gelişiminde önemli rolü olan alan 6 ana inanç alanı tanımlamıştır. Bunlar; 1) düşüncelere verilen aşırı önem, 2) abartılmış sorumluluk, 3) düşüncelerin kontrol edilebildiğine ilişkin inanç, 4) mükemmeliyetçilik, 5) belirsizliğe tahammülsüzlük, 6) abartılı tehdit algısıdır.

Davranışçı kuram

Davranışçı görüş obsesyon ve kompulsiyonları açıklarken öğrenme kuramını temel alır. Kaygı yaratan obsesyonlardan edimsel koşullanmayla bunlardan kaçınılarak geçici bir rahatlama sağlanmakta, ancak obsesyonlar tekrar ederek daha büyük kaygılar vermektedir. Bu yolla kişi kaygıdan kaçınmak için kompulsiyonları geliştirmektedir (134).

Olumsuz pekiştirme; olumsuz bir durumun oluşmasını engelleyen davranış kalıbının her defasında pekişerek bu davranışın sıklığının artması anlamına gelir. Kaygı, klasik koşullanmayla gelişir. Kaçınmanın kaygısını azalttığını fark eden kişi, kaygısı azaldığı için ödülleniş olur, bu da edimsel koşullanmadır. Böylelikle kaçınma davranışı pekişir (135).

Mowrer'in (1960) "İki Aşamalı Öğrenme" teorisi OKB'nin oluşması ve sürmesinde önemli bir yere sahiptir. Bu teoriye göre klasik koşullanma yoluyla öğrenilen korku, edimsel koşullanma aracılığıyla (kaçınma davranışlarıyla) artarak pekişir ve devamlılık kazanır. Klasik koşullanma ilkelerine göre, özünde korkutucu olmayan veya kaygı oluşturmeyen bir uyarın (koşullu uyarın), doğal olarak korkutucu bir uyarınla (koşulsuz uyarın) eşleştirildiğinde; koşullu uyarın yansız olma özelliğini kaybederek, rahatsız edici bir uyarın özelliğini kazanır. Bu sebeple korku, kaygı gibi uyarınların problemlere neden olup olmaması kişinin o uyarınla ilgili sahip olduğu bilgiye ve bu uyarını nasıl algıladığına bağlı olarak değişir (136).

Davranışçı modele göre; mikrop kapma, hastalanma gibi özünde korkutucu olmayan ve herkesin zihnine gelebilecek düşünceler koşullanma yoluyla bireyde kaygı duygusuyla ilişkilendirilmekte ve düşüncelerden korkma gibi rahatsız edici özellikler kazanmaktadır. Kişide buna benzer düşüncelerin akla gelmesiyle kaygı oluşmakta ve kaygıdan korunmak için kaçma/kaçınma davranışları ortaya çıkmaktadır. Bu kaçma/kaçınma davranışları kaygıyı azaltarak, bir tür pekiştirici rolü oynamaktadır. Bundan başka bir dizi tekrarlayıcı kompulsif davranış geliştirerek de kaygısını azaltmaya çalışmaktadır. Kompulsif davranışlar kaygıyı azalttığı için pekiştirici rolü oynayarak, aynı davranışların artmasına neden olmaktadır.

Kaygının üstesinden gelmek için sadece kaçma/kaçınma/tekrarlama gibi metotlar kullanıldığında, kaygı arttıkça (obsesif düşüncenin sıklığı, yoğunluğu ve bu düşünceye inanç) bu davranışlar daha çok sergilenmekte ve bir tür kısır döngüye girilmektedir (137).

İki aşamalı kuramın OKB hastalarına uyarlanmasıyla; 1) obsesyonların ortaya çıkışının artmış kaygı ve sıkıntıyla ilişkili olduğunu, 2) hastaların törensel davranışlarını uygulamalarına izin verilirse, kaygı ve sıkıntının hızla azaldığını, 3) törensel davranışları geciktirilirse, kaygı ve sıkıntının belli bir süre içinde azaldığı ortaya konmuştur. Bu sonuçlar, ‘tepki engellemeyle birlikte alıştırma’ olarak bilinen davranışçı tedavi yaklaşımının alt yapısını oluşturmuştur (68).

2.1.13.3. Genetik

Günümüzde genetik çalışmalar, OKB ile ilgili çalışmaların önemli bir bölümünü kapsamaktadır. Bu araştırmaların seyri, şizofreni ve depresyonda yapılan genetik araştırmalara benzemektedir. OKB genetiği ile ilgili çalışmalar klasik aile ve ikiz araştırmalarıyla başlamıştır. Daha sonra ilişki ve bağlantı analizi gibi temel moleküler biyolojik çalışmalarla sürmüş ve son zamanlarda tüm genomun birlikte incelendiği araştırmalarla devam etmektedir (138).

OKB'nin genetiğiyle ilgili ilk çalışmalarda ailesel geçiş olduğu saptanmıştır. Bu veriler özellikle erken başlangıçlı ve tik bozukluğunun eşlik ettiği vakalardan elde edilmiştir (139, 140). 1995 yılında Pauls ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada OKB'li hastaların birinci derece akrabalarında %18,2 oranında OKB tanısının olduğu bulunmuştur (140). Sağlıklı kontrol grubu ile hastaların birbiriyle karşılaştırıldığı diğer bir araştırmada ise hastaların birinci derece yakınlarında hastalanma oranı kontrol grubuna göre beş kat daha yüksek olduğu tespit edilmiş ve obsesyonların daha yüksek ailesel geçiş gösterdiği ve erken başlangıç ile ailesel geçiş oranının arttığından söz edilmiştir (141).

OKB'de genetik etkiler ikiz çalışmalarıyla da gösterilmiştir. Tek yumurta ikizlerinde OKB için eş hastalanma oranı çift yumurta ikizlerine göre oldukça yüksek bulunmuştur (142, 143). 30 ikiz çiftinin incelendiği bir araştırmada tek yumurta ikizlerinin %87'sinde, çift yumurta ikizlerinin ise %47'sinde eş hastalanma oranı belirlenmiştir (144). Taylor ve arkadaşlarının 2011 yılında 14 çalışmayı inceleyerek 37 ikiz örneklem üzerine uyguladıkları meta-analiz çalışmasında, varyansın çoğundan sorumlu olmaları nedeniyle, obsesif kompulsif belirtilerin, genetik faktörler ve paylaşılmayan çevrenin bileşiminden ortaya çıktığı sonucunu elde etmişlerdir. Bu sonuç, obsesif belirtilerin gelişmesinde çevrenin sınırlı rol oynadığı sonucunu ortaya koymuştur (145).

OKB'de genetik geçişin gösterilmesinden sonra bu geçişten sorumlu olan gen bölgeleri bulunmaya çalışılmıştır. Hanna ve arkadaşları 9p24 kromozom alanını OKB ile bağlantılı bulmuşlardır (146). Son yıllarda tüm genomun analiz edildiği bağlantı araştırmaları önem kazanmaktadır.

Tüm genomun incelenbilmesinin bağlantılı kromozom yerlerini ve ilişkili gen polimorfizmini belirlemede faydalı olabileceği belirtilmektedir. OKB hastalarında bu teknikler kullanılarak yapılan az sayıda çalışma vardır. OKB'da ilk defa tüm genomun araştırıldığı bağlantı çalışmasında 1, 3, 6, 7 ve 15. kromozomlarda OKB ile ilişkili bölgeler tespit edilmiş olup en önemli bağlantı 3q27-28 kromozom bölgesinde saptanmıştır (147).

Moleküler genetik çalışmalarda OKB patofizyolojisinde rol aldığı düşünülen serotonin, dopamin ve glutamat ile ilgili genlere değinilmiştir. Serotonerjik 5-HTT gen polimorfizmine yönelik çalışmada, OKB ile SS genotipi arasında ilişki saptanmış olup, LL aleli ilişkisiz bulunmuş, LS genotipinin ise OKB'ye karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir (148). 5-HT1D β reseptör geninin de obsesif kompulsif belirti şiddeti ve gelişimi üzerine etkili olabileceğini düşündüren bulgular saptanmıştır (149, 150).

Dopaminerjik reseptör çalışmalarında, COMT geninde bulunan met 158 aleli OKB ile ilişkilendirilmiştir. COMT geninin OKB ile ilişkisi daha çok erkeklerde ön plana çıkarken (151, 152), kadınlarda da ilişkili olduğunu bildiren bir çalışma bulunmaktadır (153).

Glutamat taşıyıcı gen (SLC1A1) bölgesinde olan değişikliklerle OKB riskinin arttığı saptanmış, 3' alel bölgesi erkeklerde OKB geçişiyle ilişkilendirilmiştir (154). Bir kromozom araştırmasında 14. kromozom elden çıkaramama ve biriktirmeyle bağlantılı bulunmuştur (155).

Streptokok enfeksiyonlarından sonra gelişen pediyatrik otoimmün nöropsikiyatrik sendromda obsesif-kompulsif bulguların saptanması immün yanıtla ilgili genlerin araştırılmasına neden olmuştur. Bu genlerden biri Myelin oligodendrosit glikoprotein (MOG)'dir. Yapılan bir çalışmada MOG4 ile OKB arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (156).

OKB'da yapılan bu araştırmalar sadece genetik geçişin olabileceğini göstermektedir.

2.1.13.4. Nöroimmünoloji

OKB ile Tourette Sendromunun birbiriyle yakın bağlantısının bulunması (139), bazal gangliyonlarının etkilelendiği Sydenham koresi olgularında OKB'nin görülmesi (157) hastalığın patogenezinde bazal gangliyonların rol oynadığı şüphesini doğurmuştur. A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarının yol açtığı romatizmal ateşte, hastaların %10-30'unda Sydenham koresi gelişmektedir. Sydenham koresi olan çocukların ise %70'den fazlasında, nörolojik belirtilerden 2-4 hafta önce obsesif kompulsif belirtileri başlamaktadır. Sydenham koresi ve OKB'de orbitofrontal-striatal döngüde işlev bozukluğu olduğu düşünülmektedir (158). Bu belirtilerin antibakteriyel veya steroid tedavisine yanıt vermesi OKB ve immünoloji arasındaki ilişkiye işaret etmektedir (159).

Romatizmal ateş ve Sydenham koresi 'nin A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarına ikincil olduğu gibi, OKB ve tiklerin artmış insidansının da A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarıyla ilgili olabileceğini öne süren Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) "streptokokla ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozukluklar" (PANDAS) terimini ortaya atmıştır (160).

PANDAS, A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonunu takiben, duygusal dalgalanma, ayrılma anksiyetesi, dikkat bozuklukları yanı sıra obsesif kompulsif belirtilerin görüldüğü otoimmün bir hastalıktır. Bu hastalıkta, antikor aracılığıyla oluşan yangı bazal gangliyonlarda özellikle kaudat çekirdek, putamen ve globus pallidusda hacim artışına yol açar. Putamen ve globus pallidus hacmindeki artış, yüksek Anti Streptolizin O (ASO) antikor titresiyile ilişkili bulunmuştur (161).

Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsünün PANDAS için belirlediği tanı ölçütleri şöyledir;

- 1) Obsesif-kompulsif bozukluk ya da tik bozukluğunun bulunması,
- 2) Başlangıcın 3 yaş ile ergenlik arasında olması,
- 3) Belirtilerin aniden başlaması veya belirtilerde dramatik alevlenmelerle karakterize gidişin olması,
- 4) Belirtilerin başlangıcı ya da alevlenmesiyle A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu arasında zamansal bağlantının bulunması,

5) Alevlenme esnasında nörolojik muayenede anormal bulguların (motor hiperaktivite; koreiform hareketler veya tikler) varlığı aranmaktadır (162).

Sistemik lupus eritematozusu, tiroid fonksiyon bozukluğu ve multipl skleroz gibi başka otoimmün hastalıkları olan hastalarda da OKB eş tanısı bildirilmiştir. Slattery ve arkadaşları (2004), sistemik lupus eritematozusu olan 50 hastadan oluşan bir kohort çalışmasında OKB'nin bu hastalarda OKB'ye yönelik toplum temelli çalışmalara göre 10 ila 15 kat daha yaygın olduğunu göstermişlerdir (163). Benzer şekilde, Miguel ve arkadaşları (1995), multipl sklerozu olan hastalarda OKB prevalansında artış olduğunu bildirmişlerdir (164). Başka bir çalışmada OKB tanılı yetişkin hastaların, diğer psikiyatrik bozukluklardan daha fazla miktarda bağışıklık sistemiyle ilişkili hastalıklara sahip oldukları gösterilmiştir (165).

Bu çalışmalar, OKB belirtilerinin gelişiminde ve devamlılığında bağışıklık süreçlerinin rolünün daha ileri araştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır (166).

2.1.13.5. Nöroanatomi

OKB hastalarının birçoğunda "nörolojik silik belirtilerin" olması (167), OKB'nin özellikle bazal gangliyonları tutan nörolojik hastalıklarla birlikte görülmesi gibi bulgular nedeniyle araştırmacılar hastalığın nöroanatomisinde özellikle striatum ve orbitofrontal korteksin önemli rolü olabileceğini düşünmüşlerdir.

Doğum travması, kafa travması, epilepsi, Parkinson, Huntington hastalığı, Sydenham koresi, progresif supranükleer felç, Tourette sendromu, frontal lob tümörleri, nöroakantozis, yenidoğan döneminde yaşanan hipoksi, iki taraflı kaudat enfarktlar, frontal lob tümörleri, karbonmonoksit ve mangenez zehirlenmesi obsesif kompulsif bozukluğa yol açabilmektedir (168). Söz edilen durumların hepsinde bazal gangliyonların nukleus kaudatus, putamen ve globus pallidus gibi farklı bölgelerinde lezyonlar olması dikkat çekicidir ve hastalığın etyolojisinde bazal gangliyonların öne çıkmasına neden olan çok önemli ipuçları sağlamıştır (169).

Bazal gangliyonlar, motor davranışların düzenlenmesinin yanı sıra bilişsel işlevlerin yürütülmesinde de önemli rol oynamaktadır. Belirli motor, duyuşsal veya bilişsel uyarılar, bazal gangliyonlarda ya filtre edilir veya algısal ve davranışsal değişikliklere dönüştürülürler.

OKB hastalarında bazal gangliyonların, uygun olmayan uyarıları yeterince süzememesi sonucunda korteks- kaudat çekirdek- globus pallidus- talamus- korteks döngüsü aşırı etkinlik kazanmakta ve obsesif kompulsif belirtiler ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bazal gangliyonlarda serotonin reseptörleri yoğun bir şekilde bulunmaktadır, OKB tedavisinde kullanılan serotonin geri alım inhibitörleri bu döngüdeki aktivite artışını bloke etmektedir (51).

Bu bölgenin hem serotonerjik sistem açısından önemli olması hem de tedaviye dirençli olan OKB vakalarının tedavisinde uygulanabilen "stereotaksik lökotomi" ve "singulotomi" yöntemlerinde orbitofrontal korteks ile striatum ve talamus gibi korteksaltı yapıları birleştiren yolların kesilmesi bu düşünceyi desteklemektedir (170).

OKB hastalarında yapılan beyin görüntüleme yöntemleriyle de prefrontal korteks-bazal gangliyon-talamus ve prefrontal yolakta işlev bozukluğuyla ilgili önemli bulgular saptanmaktadır (171). Çeşitli manyetik rezonans görüntüleme (MRG) teknikleriyle yapılan yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında, kaudat çekirdek hacmiyle ilgili farklı sonuçlar saptanmakla birlikte, OKB'li hastalarda sol orbitofrontal korteks, sol üst temporal girus, sol alt paryetal korteks, sol talamus ve bilateral hipotalamus gri cevher hacminde artış; kuneus ve serebellumda ise gri cevher hacminde azalma bildirilmektedir (158). PET ve fMRI gibi görüntüleme yöntemleri ile önyan orbitofrontal korteks (OFK), ön singulat korteks (ASK), talamus ve kaudatta aktivite artışı gösterilmiştir (158).

Kaygı bozukluklarındaki patolojilerle kıyaslandığında, ön/yan OFK ve kaudat aktivitesi OKB'ye özgün gibi durmaktadır. Normal kaygıda ve kaygı bozukluklarında etkinleşen arka/orta OFK ve ASK, kaygının özgün olmayan bir belirteci olabilir (172).

2.1.13.6. Nörokimyasal faktörler

Serotonin

Serotonerjik nöronlar, nöronal yapıda koordine edici ve düzenleyici rol oynarlar. Serotonerjik nöronlar, yanıt latansını (dürtüselliği) ve sosyal davranışları düzenler, duygudurum ve benlik saygısını dengede tutarlar. Prefrontal kortekste serotonerjik aktivitenin azalması; artmış huzursuzluk, dalgalı duygudurum, stresle başa çıkma becerisinde azalma, heyecan arama-risk alma davranışı, kendine ve dışarıya yönelik öfkeyle ilişkili bulunmuştur (173).

OKB'nin etyolojisinde serotoninin rolünün olduğu hipotezi, serotonin geri alımını inhibe eden bir antidepresan olan klomipraminin belirgin antiobsesyonel etkinliklerinin görülmesiyle ortaya atılmıştır (174, 175). Yapılan bir BOS çalışmasında klomipraminle sağaltılan hastalarda BOS 5-HIAA seviyelerinde azalma görüldüğü ve bu azalmanın OKB belirtilerinde azalmayla ilişkili olduğu bildirilmiştir (176). Günümüzde, OKB tedavisinde klomipramin altın standarttır. Bununla birlikte seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) de tedavide etkili olması serotonin hipotezini desteklemektedir (177).

Serotonerjik sistemin OKB'deki rolünü açıklamak üzere sinaps sonrası 5-HT reseptörlerindeki duyarlılığın artmasına ilişkin çalışmalar yapılmış olup, güncel çalışmalar sinaps öncesi serotonin transporter (5-HTT) reseptörlerine yönelmiştir (106). Sinaps öncesi yerleşimli olan 5-HTT, sinaptik uçtan salınan serotoninin sinaptik aralıktan geri alımını sağlar. OKB tanısı olan kişilerde, 5-HTT'nin periferik göstergesi olarak kabul edilen trombositlerdeki 3-H imipramin ve 3-H paroksetin bağlanma bölgeleri sağlıklı kişilere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuş, fluvoksamin veya klomipraminle tedavi edildikten sonra 3-H imipramin düzeyinin normal aralığa yükseldiği bildirilmiştir (178, 179).

OKB'li hastalarda 5-HT1A, 5-HT2C ve 5-HT1D reseptörlerine bağlanımı yüksek olan serotonin agonisti metaklorofenilpiperazin (mCPP) ile yapılan çalışmalardan dördünde obsesif-kompulsif bozukluk belirtileri artarken, iki çalışmada ise değişiklik saptanmadığı görülmüştür (180). 5-HT1A agonisti ipsapiron ile 5-HT1A ve 5-HT2C reseptörlerine yüksek afiniteyle bağlanan MK-212'nin (178) OKB tanısı olan hastalara ve sağlıklı kişilere verildiğinde belirtilerin şiddeti üzerine etki etmediği görülmüştür (181).

Yapılan bu çalışmalar neticesinde OKB etyolojisinde rol alan reseptörün 5-HT1D olduğu öne sürülmüş, bu reseptörün agonisti olan sumatriptanın verilmesiyle hastalık belirtilerinde artma olması bu öngörüü desteklemiştir (182, 183).

5-HT1D reseptörü sinaps öncesi ve sonrası yerleşim gösterir. Sinaps öncesi yerleşimli olan reseptör, otoreseptör özelliğinde olup, OKB patogenezinde rol oynadığı düşünülen prefrontal korteks ve bazal gangliyonlarda yoğun olarak yerleşmekte ve OKB tanısı olan kişilerde aşırı duyarlılık göstermektedir (180).

5-HT1D reseptörü diğer serotonin reseptörleriyle karşılaştırıldığında uyarana yanıt için daha uzun bir süreye ve daha yüksek nörotransmitter düzeyine gereksinim duyar. Bu farklılık da OKB’de yapılan medikal tedavilerde neden daha uzun süre ve daha yüksek doz gerektiği sorusunun cevabını vermektedir (184).

OKB’deki önemine rağmen patogenezi sadece serotonin üzerinden açıklamaya çalışmak yeterli olmamaktadır. Hastaların %40’ından fazlasında (185) seçici serotonin gerialım inhibitörlerine (SSRI) yeterli yanıt alınamamış olması OKB patogenezinde serotonin dışında da etkenlerin olduğunu düşündürmektedir (158).

Dopamin

Genel olarak dopaminin prefrontal korteks ile amigdala arasındaki bağlantıyı düzenlemedeki etkinliğinin obsesif kompulsif belirtilere aracılık ettiği söylenmektedir (186). Obsesif kompulsif bozukluktaki birincil serotonin azlığında, normal dopaminerjik aktivitenin baskılanamaması sonucu görece artan dopamin yüksekliği sabit hareket örüntüsünü uygunsuz biçimde arttırmakta ve obsesif kompulsif belirtiler ortaya çıkmaktadır (187).

Bazal gangliyon bozukluklarında ve yüksek doz psikostimülan alımı sonrasında obsesif kompulsif belirtilerin oluşması ve antidopaminerjik ilaçlarla bu belirtilerin düzelmesi, OKB patogenezinde dopaminin rol oynadığını düşündürmektedir. Psikostimülana bağlı olgularda, obsesif kompulsif davranışlarla ilgili ruhsal gerginlik görülmemektedir. Bu durumda yineleyici düşünce ve davranışların aşırı dopaminerjik aktivasyona bağlı olduğunu fakat benliğe yabancılaşma için serotonin işlev bozukluğunun daha önemli olduğunu akla getirmektedir (159).

Dopamin antagonisti ajanların OKB’nin tedavisinde SSRI’lara yardımcı olarak kullanılabilmesi ve Tourette bozukluğunun birlikte sık görülmesi de OKB’de dopamin hipotezini destekleyen bulgulardır (188). Antipsikotiklerin bu etkisi alışılmış dozlardan daha düşük dozlarda kullanıldığı zaman ortaya çıkmaktadır. Bunun nedeni olarak ise, sinaps öncesi reseptörleri bloke etmek yoluyla dopaminerjik aktiviteyi arttırmaları gösterilmektedir (189).

Fakat psikotik hastalarda antipsikotik tedaviye ikincil obsesif kompulsif belirtilerin geliştiği olgular da bildirilmiştir. OK belirtilerin kötüleşmesinin 5-HT2A antagonizmasının dopamin nöronlarında aktivasyonu arttırmasıyla ilişki olabileceği; OK

belirtilerin düzelmesinin de D2 reseptör antagonizmasının dopaminerjik nöronları inhibe etmesiyle ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (190).

Glutamat Hipotezi

Son dönemde OKB etiyolojisinde prefrontal glutamat sisteminin rolü üzerinde de durulmaktadır. OKB'nin bu beyin bölgesindeki hiperglutamerjik bir durumla ilişkili olabileceği varsayımı üzerinde durulmaktadır (171). OKB'da aşırı glutamaterjik aktivasyon olduğuna dair en doğrudan kanıt, beyin omurilik sıvısında (BOS) glutamat seviyesinin artmış olmasıdır (191, 192).

OKB hastalarının çeşitli beyin bölgelerinde, manyetik rezonans spektroskopisi (MRS) ile anormal glutamat ve glutamin ölçümleri bildirilmiştir (193). OKB hastalarında striatumda görülen glutamat ve glutamin artışı, kortiko-striato-talamik-kortikal döngünün metabolik aşırı etkinliğiyle uyumludur.

Glutamat ve serotonin arasındaki ilişkinin OKB'de bozulduğu öne sürülmüştür. Glutamatın kortiko-striatal yolakta ve nükleus kaudatusta serotonin salınımını azaltarak etki ettiği, serotonerjik nöronların da glutamat salınımı üzerine etkili olduğu bilinmektedir (189).

Glutamat modülatörü olan riluzolün, tedaviye yanıt vermeyen ağır düzeyde OKB'si olan hastalarda seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin tedaviye eklenmesi sonucunda yanıt alındığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (194). Glutamat modülatörü olan N-asetilsisteinin (NAC) OKB güçlendirme tedavisinde kullanımı sonucunda olumlu yanıt alındığını bildiren çalışmalar vardır (195, 196). NMDA antagonisti olan memantin ve ketaminin OKB'de etkin olduğu bildirilmiştir (197,198).

GABA

Santral sinir sisteminde inhibitör nörotransmitter olarak görev yapan GABA, kortikal glutamaterjik nöronların modülasyonunda da görev almaktadır (199). OKB'de kortikal inhibitör yollarda anormallikler olduğuna dair bulgular bulunmaktadır (200,201). Yirmidört ilaç almayan OKB hastası ile 22 kontrol vakasının MR Spektroskopisi ile karşılaştırıldığı çalışmada OKB hastalarında kontrollere kıyasla medial prefrontal kortekste GABA düzeyinin düşük olduğu bildirilmiştir (202). Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde GABA iletiminin OKB patogenezinde rol oynayabileceği düşünülebilir (193).

2.2. Kişilik

Kişiliği tanımlama çabaları ilk olarak felsefenin içinde başlamıştır. Birçok felsefeci insanı tanımlarken kişilik, karakter, mizaç, normal-anormal gibi kavramlara vurgu yapmıştır. 1930’larda kişilik psikolojisinin diğer sosyal bilimlerden ayrılmasıyla kişiliğin bilimsel gelişimi başlamıştır (203).

Fakat birçok kuramcının kişiliği farklı yönlerden ele almaları birbirinden farklı tanımların ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bugün üzerinde tam olarak anlaşma sağlanmış bir kişilik tanımından bahsetmek mümkün değildir. Kişilik kavramı üzerine yapılan açıklamalar, genellikle bir kişiyi diğerinden ayıran bireysel farklılıklara odaklansa da kişiliğe dair yapılan çalışmalar insanları belli ortak sınıflamalar veya tanımlamalar içine koymayı hedefler niteliktedir.

“Kişilik” sözcüğü bir kişi olarak bireyin kendi bütünlüğü içinde varoluşunu dile getirmektedir (204). Hançerlioğlu’nun Ruhbilim Sözlüğü’nde ise, “kişiyi bütün öteki kişilerden ayıran ruhsal ve bilişsel özelliklerin tümü” olarak tanımlanmaktadır (205).

Batı dillerinde ise “kişilik” (*fr.* personnalité, *alm.* personalitaet, *ing.* personality) kelimesinin etimolojik kökeni “persona” kelimesine dayanır. Persona, klasik Roma tiyatrosunda oyuncuların yüzlerine taktıkları ve temsil ettikleri özelliklere uyan maskelere verilen isimdir. O dönemde “persona” maskenin arkasındakinin gerçek kişiliğini değil oynadığı tiplere temsil ederken, zamanla kişinin gerçekte yansıttığı tavır ve davranışlarının bütünü anlatmak için kullanılmaya başlanmıştır (206).

Kişiliğin tanımlanmasının yanı sıra kişiliğin nasıl oluştuğu, geçmişteki veya şimdiki belirleyici faktörlerinin neler olduğu, doğuştan mı getirildiği yoksa sonradan mı oluştuğu gibi konular önemli birer tartışma konusudur. Pek çok yazarın uzlaştığı nokta kişiliğin mizaç, karakter ve zekâdan oluştuğudur. *Mizaç*, biyolojik olarak var olandır; *karakter* ise sosyal ve kültürel olarak geçen özelliklerden oluşur (207). Zekâ ise, hem yapısal hem de öğrenilmiş ve sosyal özellikleri taşıyan ve kişiliği etkileyebilen bir faktördür (206). Sonuç olarak, kişilik bu bileşenlerin karşılıklı etkileşimini içeren uyum sağlayıcı karmaşık bir sistem olarak tanımlanabilir (206).

Kişilik ruh sağlığı tarihinde çeşitli teorilerle açıklanmaya çalışılmıştır. Literatürde bu teoriler altı başlıkta bir araya getirilebilir. Bunlar:

a. Psikoanalitik Yaklaşım

- b. Psikoanalitik-Sosyal (Neo-Freudyen) Yaklaşım
- c. Ayırıcı Özellik Yaklaşımı
- d. Davranışsal/Sosyal Öğrenme Yaklaşımı
- e. İnsancıl Yaklaşım
- f. Biyolojik Yaklaşım

Tezimizin hipotezine temel aldığımız Gray'in biyopsikolojik kişilik kuramı temel biyolojik kuramlardan birisidir. Gray'in kuramını daha iyi anlayabilmek için öncelikle Eysenck'in biyolojik modelini değerlendirmek önemlidir (6).

2.2.1. Hans Eysenck ' in Biyolojik Kişilik Kuramı

Eysenck 1940' ların başından ölümüne dek sürdürdüğü araştırma sürecinde kişiliğin ana boyutlarını tanımlamaya ve bu boyutların gelişimini açıklayan biyolojik temelli nedensel bir kuram geliştirmeye çalışmıştır (8). Önerdiği modelde kişilik, birbirinden bağımsız iki uçlu bir yapıya sahiptir (6, 8, 9). Bir ucunda içedönüklük-dışadönüklük boyutlar bulunurken diğer ucunda ise nörotisizm- kararlılık/istikrarlılık boyutları vardır. Eysenck daha sonra kuramına psikotizm boyutunu eklemiştir (208).

Eysenck, *dışadönük/içedönük* kişilik boyutunu ilgilendiren bireysel farklılıkları beyinde uyku ve uyanıklıktan sorumlu olan ARAS (Ascending Reticular Activation System) sistemindeki etkinliğe bağlarken, *nörotizm* boyutunda ele aldığı bireysel farklılıkları daha çok limbik sistem aktivasyonları ve duygusal kararsızlık durumuyla ilişkilendirmiştir. Eysenck'e göre, içedönük kişiler güçlü koşullu duygusal tepkiler göstermeye eğilimli oldukları için kaygı bozuklukları geliştirmeye daha yatkındırlar. Dışa dönüklük boyutunda yüksek puan alanlar sosyalliği ve dürtüselliği temsil ederler ve bu bireyler insanlarla birlikte olmayı tercih eden, iletişimi seven, girişken kişilerdir.

Eysenck kuramında nörotizm boyutunun duygusal tutarlılığa ya da aşırı tepkiselliğe işaret ettiğini belirtir ve bu boyutta yüksek puan alan bireyin kaygılı, depresif, gergin, çekingen, aşırı duygusal ve düşük özgüvenli olabileceğini ileri sürer. Psikotizm boyutunu ise soğuk, mesafeli, agresif, güvensiz, duygusuz tutum, tuhaf davranışlar, empati yapamama, suçluluk hissi ve diğer insanlara karşı duyarsızlık gibi sıra dışı kişilik özellikleriyle ifade etmiştir (209). Eysenck, bu ayırıcı kişilik özelliklerinin birbirinden bağımsız boyutlar olduğunu belirtmiştir (210, 211).

2.2.2. Gray'in Pekiştirme Duyarlılığı Kuramı

Eysenck'in (1967) beyin işlevleri ve yapılarıyla kişiliğin boyutlarını ilişkilendirme çalışmaları bu alanda güçlü söylemlere yol açmıştır (212). Bu noktada Eysenck'in kişilik modelini hiyerarşik ve boyutsal açıdan kabul eden fakat nedensel temeller noktasında ondan ayrılan Gray, koşullanmanın genel faktörlerini yeniden gözden geçirmiş ve elde ettiği sonuçlardan yola çıkarak kişiliğin biyolojik belirleyicileriyle ilgili bir kuram oluşturmaya çalışmıştır. Eysenck'in öğrenme deneylerinde daha çok tek faktör (acı verici uyarıcı) üzerinde yoğunlaştığını ve pozitif pekiştireci göz önünde bulundurmadığını belirterek, kuramında kişilik ile pekiştirme (ödül veya ceza) arasındaki ilişkiyi farklı bir açıdan ele almıştır. Eysenck, Hull'un pekiştirecin temeli olarak gördüğü "dürtü azalması" kuramını benimserken Gray, Mowrer'in ceza ve ödül sistemine dayanan "iki faktörlü öğrenme" kuramını temel almıştır. Gray'in benimsediği bu iki faktörlü öğrenme kuramı, içedönüklerin cezaya duyarlılığı konusunda Eysenck'in canlanmaya dayanan kuramından neredeyse ayırt edilemez. Ancak bu iki kuram, pozitif pekiştirecin dışadönüklere etkisi konusunda farklılıklar içerir (213).

Gray (1970), Eysenck'in öne sürdüğü kişilik boyutlarını daha çok ceza ve ödüle karşı duyarlılıkların türevleri olarak görür (10). Dışadönüklük- içedönüklük boyutu, ceza ve ödüle karşı duyarlılıkların dengesini yansıtırken, nörotizm boyutu her ikisinin birleşik etkisini gösterir. Ödüle veya cezaya duyarlılığın yüksekliği kişiyi nörotikleştiren temel unsurdur (214).

Gray'e (1987, 1990) göre, kaygı cezayla, dürtüsellik ise ödülle ilişkilidir. Buna göre dürtüsel kişiler ödül uyarılarına, kaygı düzeyi yüksek bireyler de ceza uyarılarına karşı daha duyarlıdır (11, 12). Bu açıdan bakıldığında, Eysenck'in kişilik kuramı dışadönüklük, nörotizm ve uyarılma üzerinde dururken, Gray'in kuramı daha çok dürtüsellik, kaygı, yaklaşma ve kaçınma üzerinde durmaktadır (9).

Pekiştirme Duyarlılığı Kuramı'na (PDK) göre, kişilik boyutları olan *kaygı* ve *dürtüsellik* beyinde iki temel güdüleyici sistemin çalışmasındaki bireysel farklılıklarla bağlantılandırılmaktadır (11, 12, 13, 14). Çevresel uyarılara yaklaşma veya kaçınma davranışını düzenleyen bu iki güdüleyici sistem Gray tarafından sırasıyla "*Davranışsal Aktivasyon Sistemi-DAS*" ve "*Davranışsal İnhibisyon Sistemi-DİS*" olarak isimlendirilmiştir. Bu iki sistemi Gray aşağıdaki gibi açıklamıştır (213, 215):

1) Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DİS):

“*Davranışsal İnhibisyon Sistemi*” koşullu kaçındırıcı uyarana duyarlılığın kavramsal temelidir ve kaygının kaynağı olarak görülmektedir. Bu sistem;

- a) a) Cezayla bağlanmış koşullu uyarana, ödülün ihmali ve verilmemesine,
- b) b) Aşırı yeniliğe,
- c) Doğuştan gelen korku uyaralarına (evrimsel tehlikeler; yılan, ceset vs.),
- d) Yüksek yoğunluktaki uyarılara karşı hassastır.

DİS'in amacı, cezaya götürmesi olası davranışı önleyerek “kaçınma” davranışlarını düzenlemek ve bu uyarılara karşı davranışsal engelleme oluşturarak dikkat ve canlanma düzeyini artırmaktır. DİS'in aktivitesinde görülen en özgül duygu kaygı olduğu için DİS'in duyarlılık düzeyi Gray'in “*anksiyete*” olarak tespit ettiği kişilik boyutunu etkiler. Gray'e göre yüksek DİS aktivitesi, duyarlılığı arttırması nedeniyle korku, üzüntü, hayal kırıklığı gibi olumsuz duygulara sebep olur.

DİS'in biyolojik temelinin beyin sapı ve beyin sapının frontal lobtaki neokortikal projeksiyonlarını içeren septohipokampal yolakla alakalı bir sistem olduğu ileri sürülmektedir.

2) Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DAS):

“*Davranışsal Aktivasyon Sistemi*” koşullu isteklendirici uyarılara duyarlılığın kavramsal, dürtüsellik ise nedensel temeli olarak ileri sürülmektedir. Bu sistemin;

- a) a) ödülle bağlanan koşullu uyarana,
- b) cezanın sonlandırılması veya verilmemesine bağlanmış koşullu uyarılara duyarlı olduğu belirtilmektedir.

DAS'ın amacı, organizmayı hedef biyolojik pekistireçlere/güçlendiricilere (yiyecek, su, cinsel eş vs.) yaklaştıran keşfedici “yaklaşma” davranışını başlatmaktır. DAS aktive olduğunda “yaklaşma davranışı” veya olası cezadan “aktif kaçınma” davranışı görülür. Bu sistem etkinleştğinde kişiliğin “*dürtüsellik*” boyutuyla bağlantılı olan umut ve sevinç gibi olumlu duygular yaşantılanır (212).

Gray, DAS'ın beyindeki mezolimbik dopaminerjik yollarla ilişkili bir sistem olduğunu ifade etmektedir. (216).

2.2.3. Pekiştirme Duyarlılığı Kuramı'nın Revizyonu

Gray ve McNaughton (2000) PDK'ı önemli ölçüde yeniden düzenledikleri şekliyle kuramda üç sistem önermişlerdir. Bu sistemleri aktive eden uyarılarla ilgili farklılaşma bulunmaktadır (217). Yeniden düzenlenen kurama göre (8, 14, 218);

a) **Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DAS)** büyük ölçüde değişmeden kalmıştır. Orijinal Pekiştirme Duyarlılığı kuramından (o-PDK) farklı olarak DAS, koşullu ve koşulsuz *tüm* istek uyandıran uyarılara tepkiye aracılık eder. DAS, istek uyandırıcı (appetitive) güdüleyici sistemdir. Bu nedenle bu sistemin öncelikli sorumluluğu, bahsi geçen uyarılara yaklaşma davranışını motive etmektir.

b) **Dövüşme/Kaçma/Donma Sistemi (DKDS)**; tüm koşullu ve koşulsuz acı verici uyarılara ve cezaya duyarlılığı, tehlikeyi algılama ve kaçma eğilimini içerir. Orijinal kuramda, acı verici uyarana tepki DİS ile ilgiliyken, yeni versiyonda (r-PDK) acı verici uyarana tepki DKDS'nin sorumluluğundadır. Cezaya duyarlılık, artık DİS ve DKDS'nin kombine işleyişiyle ilgilidir. Bu sistemde, dövüşmek yakın tehlike uyarılarına karşı koşulsuz bir tepki iken, kaçma ve donma uzak tehdit uyarılarına karşı koşulsuz tepkilerdir. DKDS etkinliği korku ve panikle karakterizedir.

c) **Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DİS)**, önceki kuramdan tamamen farklı olarak, DAS ile DKDS arasında gerçekleşen hedefe yönelik çatışmayı çözme işlevini üstlenmektedir. Yani, DİS'in öncelikli sorumluluğu, aktif bir şekilde riskli davranışı değerlendirmek, canlanmayı artırmak, dikkat ve genetik olarak baskın davranışı baskılayarak (inhibe ederek) hedefler arasındaki çatışmayı (yani yaklaşma-kaçınma çatışması) çözmektir. Bu işlemlerin amacı, hedef çözümü (*goal resolution*) bulmaktır. Ancak, bir uyarana karşılaşıldığında, muhtemelen evrimsel baskılara bağlı olarak DİS uyarı potansiyel tehdit olarak yorumlamaya yatkın olduğu için kaçınma davranışını tercih edecektir. Bir başka deyişle, DİS, hem DAS hem de DKDS arasındaki çatışmayı çözmesine, hem de her ikisine tepki vermesine rağmen DKDS'ye eğilimlidir.

Kuramın yeniden gözden geçirilmiş halinde, korku ve kaygı birbirinden ayrılmıştır (219); DİS kaygı, DKDS korku ve panik, DAS yine dürtüsellikle karakterizedir.

Özetle, (a) cezaya duyarlılık DKDS ve DİS ile (b) ödüle duyarlılık DAS ile ilişkilidir. Bu sistemlerden DKDS (orijinal kuramda DKS) kuramın önceki halinde

dışadönüklük ve nörotizm boyutlarının dışında ve psikotizmle ilgiliyken, şimdi içedönüklük-nörotizm boyutunda yer almaktadır. Diğer iki sistem için herhangi bir değişiklik söz konusu olmamıştır (217).

Bu revizyonlar önemli olmakla birlikte, PDK'nin orijinal versiyonuyla çeliştiği anlamına gelmemektedir. Ayrıca farmakolojik yöntemler ve doğrudan lezyon gibi tekniklerle korku (DKDS) ile kaygıyı (DİS) birbirinden ayırmak kolay değildir. Kavramsal ve psikometrik olarak DKDS ve DİS'in benzer olduğu varsayılmaktadır. Pratikte ise, DİS her iki sistemi de örtülü bir şekilde kapsamaktadır (220).

2.2.4. Pekiştirme Duyarlılığı Kuramı ve Psikopatolojiler

Yüksek DAS aktivasyonunun, dürtüsellik, dışadönüklük, risk alma, heyecan arama, maceraperestlik gibi kişilik boyutlarıyla, yüksek DİS aktivasyonunun ise içedönüklük, nevroitiklik ve kaygı kişilik boyutlarıyla bağlantılı olduğu ileri sürülmektedir (12, 221, 222, 223). Bu güdüleyici iki sistem (DİS/DAS) sadece kişilik özelliklerinin şekillenmesinde değil, bazı psikiyatrik hastalıkların oluşmasında da rol oynamaktadır (15). Bir çok araştırmada DİS/DAS aktivasyonu ile kaygı bozuklukları, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), yeme bozuklukları, şizofreni, madde bağımlılığı ve kişilik bozuklukları gibi çeşitli ruhsal hastalıklar arasında bir ilişki olduğu öne sürülmüştür (16).

Yapılan çalışmaların bir çoğunda Gray'in hipotezleriyle uyumlu olarak yüksek DİS aktivasyonu veya düşük seviyedeki DAS aktivasyonunun kaygı belirtileriyle bağlantılı olduğu belirtilmiştir (17, 18, 19, 20). Depresyonla ilgili araştırmalarda ise, depresif hastaların kontrol grubuna göre DAS aktivasyonu daha düşük bulunmuş (21,22) ve DAS aktivasyonu ile depresyon belirtileri arasında negatif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (17, 224).

Düşük DİS aktivasyonunun DEHB'nin dikkat eksikliği boyutuyla (26, 27) ilişkili psikopatolojilere yol açabileceği bildirilmektedir (225, 226, 227). Gomez ve arkadaşları (2010), güçlü bir DİS aktivasyonunun DEHB'nin dürtüsellik / hiperaktivite belirtileriyle ilişkili olduğunu bildirmektedir. Güçlü bir DİS ve yüksek düzeyde kalıcı kaygı, düzensiz, dürtüsel davranışa yol açabilir (228). Çünkü kaygı düzeyi yüksek bireylerin dikkatinde yanlılık vardır. Bu bireylerin davranışsal düzenlemeyi kolaylaştıracak bilgilendirici çevresel ipuçlarına katılma kapasitesi azalmıştır. Bu bakış açısı DEHB ve anksiyete bozuklukları arasındaki yüksek eşanlık oranlarıyla tutarlıdır (229).

Yüksek DAS aktivasyonunun ise DEHB'nin hiperaktivite boyutuyla ilişkili (26) çeşitli madde bağımlılıklarına (28, 29, 30, 31, 32) ve kumar oynama gibi riskli davranışlara ve hastalıklara (229) yol açacağı ifade edilmektedir.

Pickett ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu bir çalışmada travma sonrası stres bozukluğuyla DİS arasındaki ilişki incelenmiş ve travma sonrası stres bozukluğu ve alt boyutları olan deneyimsel kaçınma, yeniden deneyimleme ve aşırı uyarılma arasında anlamlı derecede pozitif ilişki bulunmuştur (230).

Fullana ve arkadaşları obsesif kompulsif belirtileri olan klinik grupla normal grubu ödüle ve cezaya duyarlılık açısından karşılaştırmış, klinik grubun normal gruba göre cezaya anlamlı derecede daha duyarlı olduğunu, ödüle duyarlılık aralarında bir farkın olmadığını saptamışlardır (231).

Fullana ve arkadaşlarının yaptıkları bir diğer çalışmada obsesif kompulsif bozukluğun bir belirtisi olan biriktiriciliğin düşük dürtüsellikle ilişkili olduğu ve cezaya duyarlılığın bu belirtinin önemli bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir (232). Ödüle duyarlılıkla istifçilik arasında anlamlı derecede bir ilişki bulunamamıştır. Elde edilen korelasyon sonuçları, bu alanda yapılan diğer çalışma sonuçlarıyla (233, 234, 235) uyumludur. Bu çalışmalarda OKKB ile DİS arasında anlamlı derecede pozitif ilişki olduğu görülmüş, DAS'la pozitif fakat anlamlı olmayan korelasyon katsayıları tespit edilmiştir.

Obsesif kompulsif bozukluk ile DİS/DAS arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırmada obsesif-kompulsif hastalarda normal bireylere göre daha yüksek bir DİS ve daha düşük bir DAS aktivasyonu olduğu gösterilmiştir (23, 24, 25).

2.3. Anksiyete ve Anksiyete Duyarlılığı

Anksiyete

Anksiyete içten veya dıştan gelme olasılığı olan tehlike beklentisinin yol açtığı kaygı ve endişe durumu olarak tarif edilebilir. Yaşamın idame ettirilmesinde ve gelebilecek tehlikeleri engeleyebilmede esas rol oynayan, evrimsel olarak hayatta kalmaya yönelik bir duygudur. Bu duyguya çarpıntı, göğüste sıkışma, terleme, titreme, baş ağrısı, mide bulantısı, sersemlik gibi bedensel duyular eşlik edebilir. Kaygının ortada açık bir tehlike yokken yaşanması, sık ve şiddetli bir şekilde meydana gelmesi ve kişinin günlük yaşamını etkilemesi durumunda anksiyete bozukluğu düşünülür. (236).

Anksiyete Duyarlılığı

Anksiyete duyarlılığı zarar verici fiziksel fizyolojik ve/veya sosyal sonuçları olduğuna inanılan kaygıya bağlı his ve belirtilere yönelik aşırı derecede bir korkuyla şiddetli tepki verme eğilimi olarak nitelendirilmektedir (237). Panik atak ve anksiyete bozukluklarının bilişsel kuramlarının gelişmesinden sonra Reiss ve McNally tarafından bireyin yapısında olan ve devamlılık gösteren esas bir korku şeklindeki kavramsallaştırılmış ve farklı anksiyete bozukluklarına yakınlığı değerlendirilmede kullanılmaya başlanmıştır (38).

Reiss'in "korkmaktan korkmak" veya "anksiyeteden korkmak" olarak tanımladığı *anksiyete duyarlılığı*, korku beklentisi modeline temel oluşturmaktadır. Buna göre kişilerde korku oluşturan bir olaydan veya durumdan kaçınma güdüsünün altında kaygı beklentisi ve kaygı duyarlılığı olarak nitelendirilen süreçler rol almaktadır. Bireylerin kaygıyı ne denli rahatsız edici olarak algıladıklarına dair bir kavram olan anksiyete duyarlılığı genetik olarak kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bu duyarlılık, kişinin kaygı veya korku yaşantılarının hastalanmaya, utanmaya, ölüme yol açacağı inancından kaynaklandığı iddia edilmektedir (38). Bu inanç panik bozukluğunda bulunan katastrofik yanlış yorumlama ve beklenti modeline de temel oluşturmaktadır (238). Bazı araştırmacılar bu kavramın otonomik aktivasyona bağlı duyum ve belirtileri yansıttığını ileri sürmektedir (239).

Sınıflandırma araştırmalarında kaygı duyarlılığı yüksek ve düşük olarak sınıflandırılmaktadır. Toplumun %10–20'sini oluşturan yüksek kaygı duyarlılığına sahip bireyler birden meydana gelen nispeten daha şiddetli ve tanımlanamayan fiziksel kaygı belirtilerini hatalı bir şekilde tehlikeli olarak yorumlamaya eğilimli olup genellikle kaçınmaya yatkındırlar. Daha düşük kaygı duyarlılığı olanlar ise kaygı belirtilerini hoş olmayan ancak zarar vermeyen belirtiler şeklinde düşünürler (240).

Kaygı duyarlılığı kavramı beklenti anksiyetesiyle bağlantılı gibi gözükmekte ve klinik açıdan birbiriyle kısmen örtüşmektedir. Ancak beklenti anksiyetesi kaygı duyarlılığından farklı olarak; panik ataklardan sonra edinilen, tekrarlayacağına inanılan ve kaçınılması imkansız bir tehlike oluşacağına dair bir durumdur. Beklenti anksiyetesinin üç tane ögesi vardır:

1. Bir panik atak geçirmeyle bağlantılı olan rahatsız edici ve endişeli aşırı düşünce uğraşları

2. Yeniden bir panik atağı geçirecek, bunun da tehlike oluşturacak inancı ve beklentisi
3. Süreklilik gösteren bir korku yatkınlığı veya korkuyla ortaya çıkan bedensel duyumlardan korkma (241).

Son zamanlarda yapılan çalışmalar kaygı duyarlılığının OKB, panik atak, agorafobi, depresyon ve diğer kaygı ve duygu durumu bozuklukları gibi birçok rahatsızlığın oluşmasında ve sürdürülmesinde olumsuz etkisini ortaya koymaktadır (35, 36, 242, 243, 244). OKB’de kaygı sık ve çeşitli biçimlerde yaşanmakta olup özellikle kaygı duyarlılığının OKB’nin meydana gelmesinde ve devam etmesinde önemli bir rol oynadığı ifade edilmektedir (37, 39). Freeston ve arkadaşları (1996) kaygı duyarlılığının bilhassa bilişsel boyutunun OKB’nin oluşmasında ve devam ettirilmesinde negatif yönde bir rol oynayabileceğini iddia etmişlerdir (243).

Zinbarg ve arkadaşlarının (1997) yapmış oldukları araştırmada, kaygı duyarlılığının bilişsel duyarlılık boyutunda normal bireyler ile OKB’si olanlar arasında anlamlı bir farklılık saptamışlar ve OKB hastalarının normal bireylere göre bilişsel duyarlılık puanlarının yüksek olduğunu bulmuşlardır. OKB hastaları ile normal bireyler fiziksel ve sosyal duyarlılık boyutları açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (245).

2008 yılında Calamari ve arkadaşları OKB tanısı alanlarda kaygı duyarlılığı ile hastalık şiddeti ve OKB belirtileri arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Olası diğer bilişsel risk etkenlerini dışladıktan sonra yaptıkları incelemede anksiyete duyarlılığı indeksi (ADİ) puanları ile hastalık belirti şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmişler. Belirti alt grupları arasındaki ilişkiyi değerlendirdiklerinde ise kirlenme ve zarar verme obsesyon ve kompulsyonları olan alt gruptaki ADİ toplam puanlarının karışık obsesyon ve kompulsyonları olan gruptan daha yüksek olduğunu saptamışlardır (246).

Ghasempour ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu bir araştırmada üniversite öğrencilerinde kaygı duyarlılığı ile OKB arasında pozitif yönde ilişki belirlenmiş; kaygı duyarlılığı yüksek olanların daha fazla kontrol etme, tehdit algısı hissetme ve kaçınma davranışı gösterebileceği saptanmıştır (247).

2.3.1. Anksiyete Duyarlılığı ve Cinsiyet

Taylor’un (2008) anksiyete duyarlılığının üç faktörlü yapısının (fiziksel, bilişsel ve sosyal) hangi etkenlerden daha fazla etkilendiğini incelediği çalışmada; anksiyete

duyarlılığı yüksek olan kadınlarda, kalıtımın daha fazla etkili olduğunu saptamıştır. Kadınlarda genetik ve çevresel etkinin anksiyete duyarlılığının her üç faktöründe etkili olduğu belirtilirken, erkeklerde çevresel faktörlerin etkisinin bulunduğu kalıtımın ise önemli bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (248).

Anksiyete duyarlılığı ve cinsiyet arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalarda çelişkili sonuçlar dikkat çekmektedir. Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmaların bir kısmında, kadınlar erkeklere göre anksiyete duyarlılığında daha yüksek puanlar almıştır (249, 250). Ancak cinsiyet ile anksiyete duyarlılığı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını içeren yayınlar da vardır (251, 252). Cox ve arkadaşları (1991) yaptıkları bir araştırmada cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmamasına rağmen, kadınların erkeklere göre daha fazla panik atak geçirme olasılığı olduğunu bulmuşlardır (252).

Stewart ve arkadaşları (1997) kaygı duyarlılığının boyutlarını cinsiyet açısından araştırdıkları çalışmalarında, kadınların erkeklere göre fiziksel ve toplam anksiyete duyarlılığı skorlarının daha yüksek olduğunu saptamış, erkeklerin ise sosyal ve psikolojik faktör skorlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (253).

Bu çalışmaların sonucunda kadınların erkeklere göre daha yüksek anksiyete duyarlılığı puanlarına sahip olduğu söylenebilir. Fakat bu konuda kesin bir görüş edinilmesi için daha fazla araştırma yapılması gereklidir.

2.4. Kaçınma

Kaçınma, tehdit edici unsurlar karşısında uzaklaşma isteği şeklinde bir savunma mekanizmasıdır. Kaygı gerçek bir tehditle karşılaşıldığında kişiyi ondan uzaklaştırarak koruma işlevine sahiptir (33). Dolayısıyla kaygı duygusu doğası gereği uzaklaşmayla eşgüdümlüdür. Bireylerin yaşadığı stresli duruma karşı çözüm bulamayınca ve durumu kabullenmekten başka çaresi olmadığında, kaçınma stratejisini kullandığı görülmektedir. Topal (2011), yapmış olduğu çalışmada kaçınma ile olumsuz duygular arasında pozitif ilişki olduğunu tespit etmiştir (254).

Ottenbreit ve Dobson (2004) duygu düzenlemede işlevsel olmayan stratejilerden biri olan kaçınma kavramı üzerine çalışmışlar ve kaçınmayı eylem, kişi ya da düşünceden sakınma ya da kaçma olarak tanımlamışlardır (255). Kaçınma hem diğer insanlarla birlikte olmayı içerecek şekilde sosyal, hem de diğer insanlardan uzaklaşma eğiliminde olmayı içerecek şekilde asosyal olarak belirginleşebilir (256).

Moos ve Schaffer'a (1993) göre kaçınma bilişsel ve davranışsal olarak meydana gelmektedir (257). Bilişsel kaçınma bir kriz durumunun veya bu kriz durumuna ait sonuçların inkar edilmesi ya da etkisinin azalmayıp, koşulların değişmeyeceği varsayımıyla bir durumun kabul edilmesi olarak değerlendirilirken, davranışsal kaçınma ise alternatif ödüllerin aranması, kaçma veya stresör karşısında bir davranışta bulunmaktan kaçınmak olarak değerlendirilmektedir (258).

Kaçınma, uyum sağlamayı gerektiren dışsal durumlar ve içsel düşüncelerden (duygu ve deneyimleri içeren) oluşan bir problem durumudur. Aktif bilişsel kaçınma problem durumunda, problemi inkâr etme, önemsizleştirme veya bilişsel olarak uzak durmayı içerirken, pasif bilişsel kaçınma problem üzerinde konuşmayarak durumun bilişsel olarak pasif kabulüne dayanır. Aktif kaçınmada problem durumuyla mücadele varken, pasif kaçınmada sadece problem durumunun kabulü vardır.

Yaşantısal kaçınma olumsuz iç yaşantılarla kalma, onlarla temas konusunda isteksiz olma, bu içsel yaşantıların ve onları tetikleyen olayların sıklığını, şeklini değiştirmeye çalışma olarak tanımlanmaktadır (259). Kişinin sistematik ve katı bir şekilde istenmeyen deneyimlerden (ör. bedensel duyular, duygular, anılar, düşünceler, imgeler gibi) kaçınmasıyla oluşur. Kişinin uyumlu işlev göstermesini engellese bile bu davranış sürdürülür (260). Özellikle depresyon ve kaygı başta olmak üzere bir çok psikopatolojinin etiolojisinde ve süregenleşmesinde önemli rol oynadığı belirtilmektedir (261). Hayes ve arkadaşları; madde kullanımı, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve sınırda kişilik bozukluğu gibi birçok psikopatoloji için yaşantısal kaçınmanın kavramsallaştırılması gerektiğini vurgulamışlardır (260).

Blackledge ve Hayes'e göre yaşantısal kaçınma, açıkça veya örtük bir biçimde birçok psikoterapi ekolünün fark ettiği ve ilgilendiği bir kavramdır. Örneğin geleneksel bilişsel-davranışçı terapiler kaçınmayı tespit edip, onunla uğraşırken; geleneksel davranışçı terapiler kaygıyla, geleneksel bilişsel terapiler ise akılcı olmayan düşüncelerle savaşırlar. Oysa bilinmektedir ki istenmeyen duygu ya da düşüncüyü bastırmaya, değiştirmeye, azaltmaya çalışmak ya da onunla savaşmak, bu duygu ya da düşüncenin paradoksal olarak artmasına neden olmaktadır (262).

Modern davranışçı bir terapi ekolü olan Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin (KKT) psikopatoloji kuramında yaşantısal kaçınma kavramının temel bir rolü vardır. KKT'ye göre olumsuz duygu ve düşüncelerin kendileri zarar verici bir sonuca yol açmazlar, aksine

onları kontrol etmeye ya da onlardan kaçınmaya yönelik girişimler olumsuz sonuçları getirir. Bu nedenle KKT'nin amacı, istenmeyen içsel yaşantılardan kurtulmak değil, kişinin değer verdiği bir hedef yolunda onları tümüyle, oldukları halleriyle deneyimlemesidir ki, bu durum kabul (acceptance) tutumunu tanımlar (262).

Bu doğrultuda KKT'nin sağlamlık modeli olan *psikolojik esneklik*; kişinin bulunduğu an ve o anda ortaya çıkan düşünce ve duygularla tam bir temas halinde olması, onlarla savaşımadan, değerleri doğrultusunda davranışlarını devam ettirmesi ya da değiştirmesi olarak tanımlanır. Bu durumun aksi olan *psikolojik katılık ise* KKT'nin psikopatoloji modelini açıklar. Yaşantısal kaçınma, psikolojik katılık modelinin temel boyutlarından birisidir (263).

2.4.1. OKB'de Kaygı- Kaçınma İlişkisi

OKB'de kaygı sık ve çeşitli biçimlerde yaşanmakta olup özellikle kaygı duyarlılığının OKB'nin meydana gelmesinde ve devam etmesinde önemli bir rol oynadığı ifade edilmektedir (37, 39). OKB'de kaygı duygusu gerçek veya algılanan tehditlerle bağlantılı olarak yaşanabildiği gibi diğer duyguların varlığından endişelenmek şeklinde de ortaya çıkabilmektedir (37).

McCubbin ve Sampson (2006) OKB'nin “duygulanımdan kaçınmayı” (“avoidance of affect”) içeren bir bozukluk olduğunu öne sürmektedir. OKB'de çevresel stres faktörlerinin OKB belirti şiddetini daha da artırması (DSM-IV-TR; 2000), duygusal stres yaratan durumlarda duygulardan kaçarak düşüncelere daha çok odaklanmasıyla açıklanmaktadır (40).

Mowrer'in (1960) “İki Aşamalı Öğrenme” kuramı OKB'nin oluşumu ve devamını açıklamada önemlidir. Bu teoriye göre klasik koşullanma yoluyla öğrenilen korku, edimsel koşullanma aracılığıyla yani kaçınma davranışlarıyla artarak pekişir ve süreklilik kazanır. Birey akla gelen düşüncelerden korkmaya başladığında düşüncelerin akla gelmesi artık bireyde kaygı uyandırmaktadır. Birey kaygıdan korunmak için kaçma ve kaçınma davranışları geliştirmektedir. Bu kaçma ve kaçınma davranışları kaygıyı azalttığından pekiştireç etkisi kazanmaktadır. Kaygıyla başa çıkmakta yalnızca kaçma/kaçınma/tekrarlama gibi stratejiler kullanıldığından, kaygı arttıkça bu stratejiler daha çok kullanılmakta ve böylelikle kısır döngü içine girilmektedir (137).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Çalışma Grubunun Seçimi

Çalışmamıza SCID-I ile klinik görüşme yapılarak DSM-5 kriterlerine göre OKB tanısı alan 30 hasta alınmıştır. OKB tanılı hastalar, Turgut Özal Tıp Merkezi ve Kahramanmaraş Sütçü İmam (KSÜ) Tıp Fakültesi psikiyatri kliniğine başvuran hastalar arasından, çalışmaya alınma kriterleri uygun olanlar içinden rastgele olarak seçilmiştir. Kontrol grubu ise OKB tanısı ve herhangi bir başka ruhsal veya bedensel hastalığı olmayan, hasta grubuyla cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, yaşadığı yer açısından hasta grubuyla eşleştirilmiş toplumdaki sağlıklı bireyler içinden rastgele olarak seçilmiştir.

3.1.1. Hastaların Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 18-45 yaş arası olma,
- En az lise mezunu olma,
- DSM-5'e göre OKB tanı ölçütlerini karşılıyor olma,
- OKB tanısı dışında herhangi bir başka psikiyatrik hastalık tanısı almamış olma,
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmak için yazılı onam vermiş olma,
- Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olma olarak belirlenmiştir.

3.1.2. Hastaların Dışlanma Kriterleri:

- Tıbbi ve nörolojik hastalığının olması
- Mental geriliğin olması
- Kişilik bozukluğu eş tanısının olması

3.2. Kullanılan Ölçüm Araçları

Çalışmaya katılma konusunda onam vermiş OKB tanılı hastalara Sosyo-demografik Veri Formu, Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DİS/DAS) ölçeği, Boyutsal Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (BOKÖ), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) doldurtulmuştur. Bahsi geçen yöntem ve işlemler, OKB tanısı olmayan 30 sağlıklı gönüllü için de geçerli olmuştur.

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik verilerin ve klinik özelliklerin belirlenmesi amacıyla hasta ve kontrol grubu için tarafımızca hazırlanmıştır.

3.2.2. Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DİS/DAS) Ölçeği

Davranış İnhibisyon Sistemi (DİS)/Davranış Aktivasyon Sistemi (DAS) Ölçeği; Carver ve White (1994) tarafından, Gray'in Pekiştirme Duyarlılığı Kuramı (PDK) temel alınarak oluşturulmuş bir ölçektir. Ölçeğin Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DİS) ve Davranış Aktivasyon Sistemi (DAS) olmak üzere iki alt ölçeği ve DAS alt ölçeğinin de eğlence arayışı (fun seeking), ödüle duyarlılık (reward responsiveness) ve dürtü (drive) olmak üzere üç alt ölçeği vardır. Kaçınma sistemi ve anksiyete davranışına yönelik olan DİS ölçeğinin 7, yaklaşma sistemi ve dürtüsellik davranışına yönelik olan DAS ölçeğinin eğlence arayışı alt ölçeğinin 4, ödüle duyarlılık alt ölçeğinin 5 ve dürtü alt ölçeğinin 4 ve doldurma maddesi için de 4 olmak üzere toplam 24 maddesi vardır. Ölçeği yanıtlayan katılımcılar her bir madde için 4'lü likert tipi bir cevaplama sistemiyle (1= Tamamen Katılıyorum, 2=Biraz Katılıyorum, 3=Biraz Katılmıyorum, 4=Hiç Katılmıyorum) kendilerini değerlendirirler. Türkiye'de ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şişman tarafından 2012 yılında yapılmıştır. (264).

3.2.3. Boyutsal Obsesyon ve Kompülsiyon Ölçeği (BOKÖ)

BOKÖ; Abramowitz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş 20 maddelik bir öz-bildirim ölçeğidir (265). Ölçek her biri kendi içinde genel tanımları ve örnekleri içeren dört farklı obsesyon kompülsiyon belirti boyutunu değerlendirmektedir. Kaçınma davranışını da dâhil ederek her bir belirti boyutunun şiddetini ölçmektedir. Böylece ölçek her bir belirti boyutunda obsesyon, kompülsiyon ve kaçınma davranışı arasındaki bağlantıyı ortaya koymakta ve mevcut obsesyon ve kompülsiyonların türünden bağımsız olarak belirtilerin şiddetini ölçmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Şafak ve ark. tarafından yapılmıştır (266).

3.2.4. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3)

Taylor ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek fiziksel, sosyal ve bilişsel alt kategorileriyle anksiyete duyarlılığını çok boyutlu olarak değerlendirilebilmeyi sağlamıştır (267). Üç alt kategoride toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçek beşli Likert

tipi ölçüm sağlamaktadır. '0' çok az anlamına gelirken, '4' çok fazla anlamına gelmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan '0' iken en yüksek puan ise '72'dir. Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlilik çalışması Mantar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. (36)

3.3. İstatistiksel Analiz

Yapılan power analizinde; $\alpha=0,05$; $1-\beta$ (güç) = 0,80 alındığında OKB hastalarında ve kontrollerde DİS/DAS ölçek puanları arasındaki farklılığın 3,5 birim olması için çalışmaya her iki gruptan en az 28'er denek alınması gerektiği hesaplanmıştır.

İstatistik analizler sırasında SPSS programının 22.0 versiyonu kullanıldı. İstatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, pearson korelasyon, Student t-testi ve pearson ki kare testleri kullanılmıştır. İstatistiksel incelemelerde hasta ve kontrol grupları arasında cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, yaşadığı yer gibi demografik özelliklerin karşılaştırmasında ki kare testi, klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırmasında Student t-testi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilere pearson korelasyon testi ile bakılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ alınmıştır.

4. BULGULAR

Sosyodemografik Veriler

Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik verileri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Sosyodemografik özellikler

		FREKANS	%	P*
CİNSİYET	HASTA			
	Kadın	18	60	.604
	Erkek	12	40	
	KONTROL			
Kadın	18	60		
EĞİTİM	HASTA			
	Lise	10	33.3	.599
	Üniversite	20	66.7	
	KONTROL			
Lise	10	33.3		
MESLEK	HASTA			
	Öğrenci	16	53.3	.317
	Ev hanımı	3	10	
	Memur	7	23.3	
	Diğer	4	13.3	
	KONTROL			
	Öğrenci	16	53.3	
	Memur	10	33.3	
Diğer	4	13.3		
MEDENİ DURUM	HASTA			
	Evli	5	16.7	.310
	Bekar	24	80	
	Dul	1	3.3	
KONTROL				
Evli	9	30		
Bekar	21	70		
YAŞADIĞI YER	HASTA			
	Şehir	27	90	.601
	Kasaba	3	10	
	KONTROL			
Şehir	28	93.3		
Kasaba	2	6.7		

- Pearson ki kare

Tablodan da görüldüğü üzere çalışmada yer alan 30 OKB hastasının 18 'i kadın (%60), 12'si erkek (%40), 30 sağlıklı gönüllünün 18'ü kadın (%60) 12'si erkekten (%40) oluşmaktadır. Hastaların 10'u lise (%33,3) 20'si üniversite (%66,7), kontrol grubunun 10'u lise (%33,3) 20'si üniversite (%66,7) şeklinde eğitim düzeyine sahiptir. Hastaların 16'sı öğrenci (%53,3), 7'si memur (%23,3), 3'ü ev hanımı (%10), kontrollerin 16'sı öğrenci (%53,3), 10'u memur (%33,3), 4'ü diğer (%13,3) mesleklere sahiptir.

Çalışmadaki hastaların 24'ü bekar (%80), 5'i evli (%16,7), 1'i dul (%3,3), kontrol grubunun ise 21'i bekar (%70), 9'u evliydi (%30). Hastaların 27'si şehirde (%90), 3'ü kasabada (%10) yaşarken kontrol grubunun 28'si şehirde (%93,3) 2'si kasabada (%6,7) yaşamaktaydı.

Hasta ve kontrol grubu eğitim düzeyi, cinsiyet, meslek, medeni durum, yaşadığı yer gibi sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Araştırmaya katılan hasta ve kontrol grubunun yaş ortalamalarına bakıldığında; OKB grubunda yaş ortalaması $26,57 \pm 8,00$; kontrol grubunda yaş ortalaması $26,53 \pm 7,98$ olarak bulundu. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,987$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hasta ve sağlıklı deneklerin yaş ortalaması

	HASTA (Ort±SS)	KONTROL(Ort±SS)	P
YAŞ	26.57±8.00	26.53±7.98	.987

Cinsiyetlere göre bakıldığında obsesif kompulsif bozukluğu olan hasta grubundaki kadınların yaş ortalaması $28,56 \pm 7,67$ erkeklerin yaş ortalaması $23,58 \pm 7,85$ olarak saptandı. Sağlıklı kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması $28,61 \pm 7,413$; erkeklerin yaş ortalaması $23,42 \pm 8,073$ 'dir. Cinsiyetlerin yaş ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,8$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hasta ve kontrol grubunun cinsiyete göre yaş ortalamalarının karşılaştırılması

	KADIN (Ort±SS)	ERKEK (Ort±SS)	P*
HASTA	28.56±7.67	23.58±7.85	.096
KONTROL	28.61±7.41	23.42±8.07	.080

- t-testi

Hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi

OKB hastalarında hastalık başlangıç yaşı min:9 maks:38 idi. Hastalık başlangıç yaş ortalaması 18,43±5,79 olarak bulundu. Kadın hastalarda hastalık başlangıç yaşı min:10 maks:38, erkek hastalarda hastalık başlangıç yaşı min:9 maks:25 olarak tespit edildi. Kadın hastalarda hastalık başlangıç yaşı ortalama 19,38±6,36 idi. Erkek hastalarda hastalık başlangıç yaşı ise 17,00±4,70 olarak tespit edildi.

OKB grubunun hastalık süresi minimum bir yıldan az, maksimum otuz yıl idi. Hasta grubunun hastalık süresi ortalama 7,93±7,82 olarak bulunurken, kadın hastalarda bu süre ortalama 8,94±8,42, erkek hastalarda ise ortalama 6,41±6,87 olarak saptandı (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Hastalık başlangıç yaşı ve süresi

	Kadın (Ort±SS)	Erkek (Ort±SS)	P*
Hastalık başlangıç yaşı	19.38±6.36	17.00±4.70	.276
Hastalık süresi (yıl)	8.94±8.42	6.41±6.87	.395

- t testi

Klinik değerlendirme ölçekleri

Hasta ve kontrol grubu DİS ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında, hastaların DİS toplam puanı kontrollere göre yüksekti. Fakat kadın hastalarda DİS toplam puanı yüksekliği sınırdan anlamsız olarak tespit edildi (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Örnekleme DİS/DAS değerlerinin karşılaştırılması

	HASTA (Ort±SS)	KONTROL (Ort±SS)	P*
DİS TOPLAM	23.4±2.8	20.5±3.2	.0001**
ERKEK	22.8±2.1	18.2±3.0	.0001**
KADIN	23.4±3.1	22.1±2.3	.053
DAS TOPLAM	43.7±4.5	42.8±5.0	.452
DAS-ÖDÜL TOPLAM	18.7±1.7	18.3±1.4	.324
ERKEK	18.1±1.7	17.4±1.7	.355
KADIN	19.1±1.5	18.9±0.9	.592
DAS-EĞLENCE TOPLAM	12.0±2.6	12.5±2.5	.512
ERKEK	12.2±2.9	12.3±2.5	.881
KADIN	11.9±2.5	12.5±2.5	.469
DAS-DÜRTÜ TOPLAM	13.0±2.7	12.0±3.1	.199
ERKEK	12.3±2.6	13.0±2.2	.451
KADIN	13.5±2.7	11.4±3.4	.048*

- t testi sonuçları *p<0,05 **p<0,001

Hasta ve kontrol grubu DAS toplam puanı açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Hasta ve kontrol grubu DAS'a ait “ödüle duyarlılık”, “eğlence arayışı”, “dürtüsellik” alt ölçek puanları açısından kıyaslandığında, DAS-ödül, DAS-eğlence ve DAS-dürtü alt ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmadı. Ancak kadın hastalarda DAS-dürtü puanı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Hasta ve kontrol grupları BOKÖ toplam puanı ve BOKÖ alt ölçek puanları açısından kıyaslandığında hastaların BOKÖ toplam ve BOKÖ tüm alt ölçek puanları kontrollere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek saptandı (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Hasta ve kontrol grubunun BOKÖ değerlerinin karşılaştırılması

	Hasta (Ort±SS)	Kontrol (Ort±SS)	P*
BOKÖ toplam	37.0±13.3	14.7±8	.000**
ERKEK	35.4±12.3	16.1±7.8	.0001**
KADIN	38.1±14.1	13.8±8.2	.0001**
BOKÖ/Bulaş			
Harcanan süre	1.67±1.18	.73±.45	.000**
Kaçınma	1.83±1.26	.67±.99	.000**
Sıkıntı	2.43±1.14	1.87±1.04	.049**
Etkilenme Boz	1.50±1.04	.50±.73	.000**
Kontrol	2.27±1.14	1.80±1.32	.149
BOKÖ/Sorumluluk			
Harcanan süre	1.57±1.25	.33±.48	.000**
Kaçınma	1.90±.92	.70±.84	.000**
Sıkıntı	2.20±1.06	1.10±.99	.000**
Etkilenme Boz	1.30±1.18	.23±.43	.000**
Kontrol	1.67±1.21	.60±.81	.000**
BOKÖ/Kabul Edilemez Düşünce			
Harcanan süre	2.23±.86	.37±.49	.000**
Kaçınma	2.23±.97	1.20±1.00	.000**
Sıkıntı	2.73±.87	.83±.75	.000**
Etkilenme Boz	1.83±1.09	.40±.72	.000**
Kontrol	2.50±.82	.87±1.01	.000**
BOKÖ/Simetri			
Harcanan süre	1.23±1.22	.30±.47	.000**
Kaçınma	1.07±1.11	.50±.82	.029*
Sıkıntı	1.93±1.20	1.00±.98	.002*
Etkilenme Boz	1.43±.97	.23±.50	.000**
Kontrol	1.57±1.50	.50±.90	.001**

- t testi sonuçları *p<0,05 **p<0,001

Hasta ve kontrol grubu kaçınma toplam puanı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Hastaların kaçınma toplam puanı kontrollere göre istatistiksel açıdan belirgin olarak yüksekti (Tablo-4.7).

Tablo 4.7. Hasta ve kontrol grubunun kaçınma değerlerinin karşılaştırılması

	HASTA (Ort±SS)	KONTROL (Ort±SS)	P*
KAÇINMA TOPLAM	7.0±3	3.1±2.4	.0001**
ERKEK	6.8±3.3	3.2±1.9	.003*
KADIN	7.2±2.9	3.0±2.7	.0001**

- t testi sonuçları *p<0,05 **p<0,001

ADİ-3 ölçeği sonuçlarının değerlendirilmesi

Tahmin edildiği gibi hasta ve kontrol grubu ADİ-3 toplam puanı ve ADİ-3 alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Hastaların ADİ-3 toplam puanı ve alt ölçek puanları kontrollere göre istatistiksel açıdan belirgin olarak yüksekti (Tablo-4.8).

Tablo 4.8. Hasta ve kontrol grubunun ADİ-3 ölçek puanlarının karşılaştırılması

	HASTA (Ort±SS)	KONTROL (Ort±SS)	P
ADİ-3 toplam	30.43±14.74	13.17±10.22	.000**
Fiziksel belirtiler	9.07±6.61	3.90±4.12	.001**
Bilişsel belirtiler	12.73±6.42	5.10±3.92	.000**
Toplumsal belirtiler	8.77±5.35	3.87±3.74	.000**

- t testi sonuçları *p<0.05 **p<0.001

DİS/DAS ile ADİ-3 toplam puanı ve ADİ-3 alt ölçek puanları arasında korelasyon bulunmamaktaydı. ADİ-3 ölçek puanları ile kaçınma toplam puanı arasında da korelasyon saptanmadı.

Hasta ve sağlıklı kontrol grubunun DİS/DAS, BÖKO ve kaçınma değerlerinin sosyodemografik veriler açısından fark oluşturup oluşturmadığı ayrı ayrı araştırıldı. Hasta grubunda hiçbir sosyodemografik değişken klinik değişkenler açısından fark oluşturmazken, sağlıklı kontrol grubunda cinsiyetin bazı parametrelerde fark oluşturduğu saptandı.

Kontrol grubu klinik değişkenlerinin cinsiyetler açısından karşılaştırılması

Kontrol grubunda DİS/DAS Ölçeği cinsiyete göre kıyaslandığında, kadınlarda DİS ve DAS-ödüle duyarlılık alt ölçeği puanları erkeklere göre daha yüksek olarak tespit edildi (Tablo-10). DAS toplam puanında cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı (p<0,965) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Kontrol grubunda cinsiyetler açısından DİS/DAS, BOKÖ değişkenleri ve kaçınma değerleri karşılaştırması

	Kadın Ort±SS)	Erkek Ort±SS)	P*
DİS Davranışsal inhibisyon	22.05±2.28	18.16±2.94	.000**
DAS toplam	42.83±5.74	42.75±3.98	.965
DAS-Ödül	18.88±.83	17.41±1.72	.004*
DAS-Eğlence	12.55±2.54	12.33±2.46	.814
DAS-Dürtü	11.38±3.44	13.00±2.21	.164
BOKÖ toplam	13.77±8.18	16.16±7.76	.431
BOKÖ/Bulaş			
Harcanan süre	.72±.46	.75±.45	.872
Kaçınma	.66±1.13	.66±.77	1.00
Sıkıntı	1.72±1.07	2.08±.99	.361
Etkilenme Boz	.33±.48	.75±.96	.128
Kontrol	1.83±1.33	1.75±1.35	.869
BOKÖ/Sorumluluk			
Harcanan süre	.16±.38	.58±.51	.017*
Kaçınma	.72±.89	.66±.77	.862
Sıkıntı	1.16±1.04	1.00±.95	.661
Etkilenme Boz	.11±.32	.41±.51	.055
Kontrol	.66±.76	.50±.90	.591
BOKÖ/Kabul edilemez düşünce			
Harcanan süre	.33±.48	.41±.51	.656
Kaçınma	1.33±1.08	1.00±.85	.379
Sıkıntı	.94±.80	.66±.65	.327
Etkilenme Boz	.22±.42	.66±.98	.100
Kontrol	.77±.87	1.00±1.20	.563
BOKÖ/Simetri			
Harcanan süre	.33±.48	.25±.45	.640
Kaçınma	.27±.57	.83±1.02	.068
Sıkıntı	.88±.75	1.16±1.26	.458
Etkilenme Boz	.16±.38	.33±.65	.384
Kontrol	.38±.69	.66±1.15	.417
Kaçınma toplam	3.00±2.70	3.16±1.89	.855

- t testi sonuçları *p<0,05 **p<0,001

Kontrol grubunda cinsiyet ile BOKÖ toplam puanı ve BOKÖ alt parametre puanları karşılaştırıldığında, BOKÖ ölçeği toplam puanlarında cinsiyetler arasında fark yoktu. Alt ölçeklerde sadece erkeklerde BOKÖ/sorumluluk-harcanan süre alt parametre puanı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı (p<0.017).

Kaçınma toplam puanı, cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermemektedir ($p<0,855$) (Tablo 4.9).

Örneklemin sosyodemografik veri ve klinik değişkenleri arasındaki korelasyon analizleri

Örnekleimde hem hasta hem sağlıklı kontrol grubunda yaş ile DİS/DAS Ölçek değerleri arasında yapılan Pearson korelasyon analizinde yaş ile DİS/DAS Ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Yine yaş ile BOKÖ puanları arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan hasta grubunun ve sağlıklı kontrol grubunun DİS/DAS, BOKÖ toplam ve kaçınma değerlerinin korelasyon analizinde hem hasta grubu, hem sağlıklı grupta DİS ile DAS'ın alt bileşeni olan "ödül" arasında zayıf bir ilişki saptandı. Hasta grubunda bu ilişki $r= 0,401$ $p<0,028$ iken sağlıklı kontrol grubunda $r=0,417$ $p<0,022$ idi. Hasta grubunda BOKÖ toplam puanı arttıkça kaçınma da artmaktaydı ($r=0,696$; $p<0,00$). Kontrol grubunda DAS dürtü ve DAS-eğlence alt bileşenleri arasında ilişki pozitif bir ilişki bulunmaktaydı ($r=0,442$; $p<0,015$) (Tablo 4.10).

OKB hasta grubunda Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DİS)/Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DAS) Ölçeği puanları ile kaçınma toplam puanı arasında yapılan Pearson korelasyon testinde; kaçınma toplam puanı ile DİS/DAS puanları arasında korelasyon olmadığı gözlemlendi (Tablo-4.10).

Tablo 4.10. Hasta ve kontrol grubunda klinik değişkenler arasındaki korelasyon analizleri

Korelasyon Test Sonuçları	DİS	DAS-Ödül	DAS-Eğlence	DAS-Dürtü	BOKÖ Toplam	KAÇINMA Toplam
HASTA						
DİS		.401*	.079	.158	.039	.253
DAS-Ödül	.401*		.185	.016	-.045	.093
DAS-Eğlence	.079	.185		.134	.040	.223
DAS-Dürtü	.158	.016	.134		.229	-.170
BOKÖ Toplam	.039	-.045	.040	.229		.696**
KAÇINMA Toplam	.253	.093	.223	-.170	.696**	
KONTROL						
DİS		.417*	.022	-.206	.179	.146
DAS-Ödül	.417*		.191	-.049	-.278	-.006
DAS-Eğlence	.022	.191		.442*	.092	.000
DAS-Dürtü	-.206	-.049	.442*		.097	-.179
BOKÖ Toplam	.179	-.278	.092	.097		.690**
KAÇINMA Toplam	.146	-.006	.000	-.179	.690**	

*p<0,05 **p<0,001

Tablo 4.11. Cinsiyetler açısından hasta grubunda klinik değişkenlerin korelasyon analizleri

Korelasyon Test Sonuçları	DİS	DAS-Ödül	DAS-Eğlence	DAS-Dürtü	BOKÖ Toplam	KAÇINMA Toplam
KADIN						
DİS		.358	.265	.126	.080	.478*
DAS-Ödül	.358		.205	-.029	-.283	.062
DAS-Eğlence	.265	.205		.343	.288	.364
DAS-Dürtü	.126	-.029	.343		.496*	.108
BOKÖ Toplam	.080	-.283	.288	.496*		.689**
KAÇINMA Toplam	.478*	.062	.364	.108	.689**	
ERKEK						
DİS		.408	-.245	.097	-.140	-.210
DAS-Ödül	.408		.213	-.108	.237	.085
DAS-Eğlence	-.245	.213		-.115	-.318	.072
DAS-Dürtü	.097	-.108	-.115		-.312	-.625*
BOKÖ Toplam	-.140	.237	-.318	-.312		.718**
KAÇINMA Toplam	-.210	.085	.072	-.625*	.718**	

*p<0,05 **p<0,001

Hasta grubun klinik değişkenleri cinsiyet açısından pearson korelasyon analizine tabi tutulduğunda řu bulgular saptanmıştır (Tablo 4.12):

BOKÖ-Toplam ile DAS-Dürtü alt ölçeği puanı arasındaki korelasyon analizinde kadın hastalarda BOKÖ toplam puanı arttıkça BAS-Dürtü puanının arttığı saptanmıştır ($r=0,496$; $p<0,036$).

Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DİS) ile kaçınma toplam puanı arasındaki pearson korelasyon testinde; hasta kadınlarda DİS puanı arttıkça kaçınma puanının arttığı saptanmıştır ($r=0,478$; $p<0,045$). DAS-dürtü alt ölçeği ile kaçınma toplam puanı arasındaki korelasyon analizinde hasta erkeklerde DAS-dürtü alt ölçek puanının arttıkça kaçınma toplam puanının azaldığı tespit edilmiştir ($r=-0,625$; $p<0,030$).



5. TARTIŞMA

Son yıllarda *Pekiştirme Duyarlılık Kuramı* ile psikopatolojiler arasındaki ilişkiler ilgi uyandırmakta ve pek çok araştırmada bu konuyla ilgili birçok hipotez ileri sürülmektedir. Bu çalışmada da obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) olan hastalarda DİS/DAS duyarlılığı arttıkça kaçınmanın artacağı hipotezini test etmeyi amaçlamıştık.

Sosyodemografik veriler

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubu yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, eğitim düzeyi ve meslek açısından eşleştirildiği için aralarında bu açılardan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Bu eşleştirme bu değişkenlerin OKB üzerinde oluşturması olası etkilerin kontrol edilmesini, çalışmanın sonuçlarında herhangi bir yanlılık oluşturmasını engellemeyi sağlamıştır.

Çalışmamızda yer alan 30 OKB hastasının %60'ı kadın, %40'ı erkeklerden oluşmaktadır. Araştırmamızda OKB grubu cinsiyet açısından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p < 0.604$). OKB'de yapılan cinsiyet bildirimli araştırmalar incelendiğinde; Amerika Birleşik Devletleri'nde OKB'nin görülme sıklığı açısından cinsiyetler arasında bir fark göstermediği bulunmuştur (85). Ülkemizde 2010 ve 2013 yıllarında yapılan çalışmalarda OKB ve kontrol grubu arasında cinsiyet açısından bir fark olmadığı bildirilmiştir (268, 269). Çalışmamızda OKB grubunda cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmaması literatürdeki bu çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur.

Araştırmamızdaki OKB hastalarının %33,3'ü lise, %66,7'si üniversite mezunudur. Çalışmamızda yer alan hastaların %53,3'ü öğrenci, %23,3'ü memur, %10'u ev hanımıydı. Çalışmamızın eğitim ve meslekle ilgili bulguları alanyazındaki çalışmalarla uyumlu değildir. 2006 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada OKB grubunun eğitim düzeyi lise %40, üniversite %22,2 şeklindedir (270). Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında çalışmaya katılanların %13'ü çalışmıyor, %63'ü işçi, %19'u memur, %5'i serbest meslek erbabı olarak değerlendirilmiştir (271). Çalışmamızın örnekleminde üniversite öğrencilerinin ve üniversite çalışanlarının ağırlıkta olmasının bu farkı oluşturduğu düşünülmüştür.

Araştırmamızda katılımcılar medeni duruma göre değerlendirildiğinde hastaların %80'i bekar, (%16,7)'i si evli, %3,3'ü duldu. Literatüre bakıldığında Eissen ve

Rasmussen'nin yaptığı bir çalışmada daha önce evlilik öyküsü olmayan hasta oranı %48 olarak saptanmıştır (96). Ülkemizde yapılan çalışmada ise bu oran %67 bulunmuştur (66). Medeni durum açısından verilerimizin literatürden farklı olması, örneklemdeki hastaların büyük bir bölümünün üniversite öğrencilerinden oluşmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmamızda yer alan hastaların %90'ı şehirde %10'u kasabada yaşarken kontrol grubunun %93,3'ü şehirde %6,7'si kasabada yaşamaktadır. 2012 yılında ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında hastaların %92'si şehirde %6'si kasabada kontrollerin %96'sı şehirde %2'si kasabada yaşamaktadır (271). Yaşanılan yer açısından bulgularımız bu çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur.

OKB genellikle genç yaşta başlar ve başlangıç yaşı genel olarak 20'dir. Erkeklerde başlangıç yaşı ortalama 19, kadınlarda başlangıç yaşı ortalama 22'dir (82). Rasmussen ve arkadaşları da yaptıkları bir çalışmada OKB başlangıç yaşının ortalamasını 20,9 olarak bildirmişlerdir (86).

Araştırmamıza katılan hastaların yaş ortalamalarına bakıldığında; OKB grubunda yaş ortalaması $26,57 \pm 8,00$; hastalık başlangıç yaş ortalaması $18,43 \pm 5,79$ olarak bulundu. Kadın hastalarda hastalık başlangıç yaşı ortalama $19,38 \pm 6,36$ idi. Erkek hastalarda hastalık başlama yaşı ise $17,00 \pm 4,70$ olarak tespit edildi. Cinsiyet ile hastalık başlangıç yaşı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte erkeklerde hastalık başlangıç yaşının kadınlara göre daha erken olduğu dikkati çekmektedir. Yaş ile ilgili bu bulgularımız literatürle uyumludur.

Çalışmamızda hastalık süresi ortalama $7,93 \pm 7,82$ olarak bulunurken cinsiyet ve hastalık süresi karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hasta ve kontrol grubu DİS/DAS değerlerinin karşılaştırılması

Çalışmamızın önemli bulgularından birisi OKB hastalarında DİS puanının kontrollere göre yüksek bulunması, DAS toplam puanı, DAS'a ait "ödüle duyarlılık", "eğlence arayışı", "dürtüsellik" alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmesidir. Çalışmamızda OKB hastalarında DİS puanlarının yüksek olması literatürle uyumlu olmakla birlikte, OKB hastaları ile kontrol grubu arasında DAS toplam puanı ve DAS alt ölçek (dürtü, ödüle duyarlılık, eğlence arayışı) puanları arasında anlamlı bir farkın olmaması literatürle çelişmektedir. Literatürdeki çalışmalarda OKB hastalarında normal bireylere göre daha yüksek DİS ve daha düşük DAS aktivasyonu olduğu gösterilmiştir (23, 24,25).

DİS; pasif kaçınma veya başarısızlık olasılığı yüksek durumlarda verilen duygusal- bilişsel tepkiler şeklinde tanımlanmaktadır (272). Gray'e göre DİS'in öncelikli amacı riskli davranışı değerlendirmek, cezaya götürmesi muhtemel olan davranışı önleyerek "kaçınma" davranışlarını düzenlemek ve bu uyarılara karşı davranışsal engelleme oluşturarak dikkati ve canlanma düzeyini artırmaktır. Yüksek DİS aktivitesi, kaygı duyarlılığını arttırıp uyarının potansiyel tehdit olarak yorumlamasına yatkınlık oluşturarak kaçınma davranışını tercih etmeye yol açacaktır. DAS'ın amacı ise organizmayı hedef biyolojik pekiştireçlere "yaklaşma" davranışını başlatmaktır. Bu sistem etkinleştğinde "yaklaşma davranışı" veya olası cezadan "aktif kaçınma" gerçekleşir. Bu sistem aynı zamanda kişiliğin "*dürtüsellik*" boyutuyla ilgilidir (212). Çalışmamızda OKB'li hasta grubunun DAS düzeylerinin düşük olmaması hastaların DİS'le etkinleşen pasif kaçınmayla yetinmeyip, DAS'la etkinleşen aktif kaçınmaya yöneliyor olabileceklerini düşündürmektedir. Ayrıca OKB'li hastalarda DİS ile DAS-ödül arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olması da aktif kaçınmanın ödül mekanizmalarıyla ilişkili olabileceğini akla getirmektedir.

BOKÖ ile kaçınma arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Çalışmamızda beklendiği üzere hastaların BOKÖ toplam ve BOKÖ tüm alt parametre puanları kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca hastaların BOKÖ- kaçınma toplam puanı kontrollere göre belirgin olarak yüksek saptanmıştır. Bu farklılıklar obsesif kompulsif bozukluğun doğasından kaynaklanmaktadır. Hasta grubunda BOKÖ toplam puanı arttıkça kaçınmanın artması, belirtilerin şiddetiyle kaçınma arasında pozitif bir ilişki olduğuna işaret etmektedir.

DİS/DAS ölçeği ile kaçınma arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Literatürde OKB'de kaçınma davranışı ile DİS/DAS ölçeği arasındaki ilişkilerin karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışmamızın temel hipotezi obsesif kompulsif bozuklukta kaçınmanın DİS/DAS sistemiyle ilişkisi üzerine kurulu olduğu için veriler bu açıdan ayrıntılı olarak değerlendirilmiştir. Yaş, medeni durum, meslek gibi bağımsız değişkenlerde DİS/DAS puanları ile kaçınma arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır.

OKB hastalarında DİS/DAS Ölçeği puanları ile kaçınma toplam puanı arasında korelasyon olmadığı tespit edilmiştir. Yine aynı şekilde kontrol grubunda DİS/DAS ölçeği ile kaçınma toplam puanları arasında korelasyon bulunmamaktaydı. Bu sonuç

DİS/DAS duyarlılığı arttıkça kaçınmanın artacağı şeklindeki hipotezimizi doğrulamamaktadır. Ancak cinsiyet değişkeni üzerinden veriler analiz edildiğinde fark oluşması literatür açısından yeni bir bulgudur.

DİS/DAS ölçek puanlarının cinsiyetler açısından karşılaştırılması

Araştırmamızda DİS/DAS puanları cinsiyet açısından karşılaştırıldığında OKB hastalarında DİS toplam puanı erkeklerde kontrollere göre oldukça anlamlı düzeyde yüksekken, kadınlarda sınırdan yüksek saptanmıştır. DAS-dürtü puanı erkeklerde farklılık göstermezken kadınlarda istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki kadınlarda DİS ve DAS-ödüle duyarlılık alt ölçeği puanları erkeklerle göre daha yüksek saptanmıştır. OKB'li ve sağlıklı kadın örnekleminde saptanan bu farklılıklar dikkat çekicidir.

Cinsiyet ve DİS/DAS ile ilgili literatür incelemesinde DİS/DAS ölçekleri için birtakım cinsiyet farklılıkları rapor edilmiştir. Carver ve White (1994) kadınların hem davranışsal inhibisyon, hem de ödüle duyarlılık alt ölçeklerinde erkeklere göre daha yüksek puan aldıklarını rapor etmiştir (273). Çalışmamızdaki sağlıklı kontrol örneklemindeki kadınlarda DİS ve DAS-ödüle duyarlılık alt ölçeği puanlarını erkeklere göre daha yüksek olarak tespit etmemiz bu çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur. Ayrıca Leone ve ark (2001) da yaptıkları çalışmada kadınlarda DİS için daha yüksek duyarlılık saptarken, erkeklerde yüksek DAS skorları tanımlamışlardır (274).

Vervoort ve arkadaşlarının (2010) çocuk ve ergenler üzerinde yaptıkları bir araştırmada anksiyete bozuklukları olan kızların DİS puanları erkeklerin DİS puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuşken, DAS puanları arasında fark bulunamamıştır (275). Pagliaccio ve arkadaşlarının (2015) çocukluktan erişkinliğe doğru DİS/DAS'ta ortaya çıkan cinsiyet farklılıklarını araştırdığı çalışmada çocuklukta DİS/DAS puanlarında cinsiyet farklılığı yokken ergenliğin ilk zamanlarında erkeklerde DAS-dürtü puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmacılar ergenlikten erişkinliğe doğru ilerledikçe kadınların erkeklerden daha yüksek DİS ve DAS-ödül alt ölçek puanı aldıklarını bulmuşlardır. Buna bağlı olarak genç yetişkinlerde ve yetişkin kadınlarda erkeklere göre DİS ve DAS-ödül puanı daha yüksek çıkmıştır. Ergen kadınlarda DİS'te DAS'a göre bu hızlı artışın ergenlik döneminde anksiyete ve depresyon sıklığında cinsiyet farklılıklarının ortaya çıkmasını ve içselleştirme psikopatolojisinin gelişimini anlamada önemli olduğunu ileri sürmüşlerdir (276).

2011 yılında Mueller ve arkadaşlarının kompulsif satın alma davranışını cinsiyet açısından incelediği bir araştırmada ise kız öğrencilerde kompulsif satın alma davranışı DAS'la ilişkili bulunurken erkek öğrencilerde DİS'le ilişkili bulunmuştur. Bu araştırma sonuçları belirtiler benzer olsa da ortaya çıkış nedenlerinin cinsiyetler arasında farklı olabileceğini göstermesi açısından önemlidir (277).

Örnekleminizde her iki cinsiyette de BOKÖ toplam puanı arttıkça kaçınma artıyordu. Kadın hastalarda BOKÖ toplam puanı arttıkça DAS-Dürtü puanının artış göstermesi OKB belirti şiddeti arttıkça DAS'la ilgili aktif kaçınma ve dürtüsellik devreye giriyor olabileceğini düşündürmektedir. Kaçınma düzeyi istatistiksel açıdan kadın hastalarda DİS ile pozitif, erkek hastalarda DAS-Dürtüyle negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkilidir. OKB'li kadınlarda DİS düzeyi arttıkça kaçınma davranışı artmaktaydı. Erkeklerde ise DAS-Dürtü alt ölçek puanı arttıkça kaçınma toplam puanı azalmaktaydı. Kadınlarda DİS'le artan kaygı kaçınmayı artırırken, erkeklerde DAS-Dürtünün devreye girmesi kaçınmayı azaltıyor görünmektedir.

Literatürde OKB ve DİS/DAS ilişkisini cinsiyetler açısından inceleyen bir araştırma sonucuna rastlanmamıştır. Bu açıdan çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular literatüre katkı sunmaktadır.

Çalışmanın güçlü yanları ve sınırlılıkları

Çalışmamızın güçlü yanı, çalışmamızda hasta ve kontrol grubunun yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum ve meslek açısından eşleştirilmesinden dolayı aralarında bu açılardan anlamlı bir fark bulunmamasıdır. Bu eşleştirme bu değişkenlerin OKB üzerinde oluşturması olası etkilerin kontrol edilmesini, çalışmanın sonuçlarında herhangi bir yanlılık oluşturmasını engellemeyi sağlamıştır.

Çalışmanın önemli sınırlayıcı yanı güç analizinde elde edilen sayı geçilmesine rağmen, örneklem sayısının böyle bir hipotezi test etmede yetersiz kalmasıdır. Çalışmadaki katılımcı sayısının 30 OKB hastası ve 30 sağlıklı katılımcıyla sınırlı olması çalışmadaki bulguların anlamlılığını ve sonuçlarının genelleştirilmesini kısıtlamaktadır. Diğer kısıtlayıcı faktör katılımcıların çoğunun öğrenci ağırlıklı olmasından dolayı örneklemin tüm toplumu yansıtmamasıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bugüne kadar yapılan çalışmalar OKB'nin DİS ile ilişkisini net bir şekilde göstermektedir. Yapmış olduğumuz çalışmada da OKB hastalarında DİS'in yüksek olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte OKB'nin DAS ile ilişkisi belirsizliğini korumaktadır.

Çalışmamızda OKB ve kontrol grubu DAS puanları açısından karşılaştırıldığında aralarında fark bulunmazken bu durum cinsiyetler açısından tekrar irdelendiğinde kadın hastalarda DAS-dürtü puanının erkek hastalardan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızın önemli bir sonucu da kadın hastalarda DİS puanının istatistiksel açıdan fark oluşturmayacak düzeyde sınırdaki yüksek olmasıdır. Ancak sağlıklı kontrollerde de DİS düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuç kadın hastaların DİS'le birlikte DAS-dürtüye de başvurduklarını göstermesi açısından önemlidir. Kadın hastalarda DİS puanı arttıkça kaçınmanın artması, hastalık belirti şiddeti arttıkça DAS-dürtü puanının ve kaçınmanın artması, DİS'le tetiklenen kaçınmanın tehditle başa çıkmada yetersiz kalınca devreye DAS'la ilgili aktif kaçınma ve dürtüselliğin giriyor olabileceğini akla getirmektedir.

Erkek hastalarda ise DİS düzeyinin sağlıklı kontrollere göre belirgin bir şekilde yüksek olması, hastaların tehditin oluşturduğu kaygıyı DİS ile engellemeye çalıştıklarını, DAS-dürtü devreye girdiğinde kaçınmanın azalması da erkeklerin tehditle başa çıkmada DAS-dürtüyü etkili bir şekilde kullanabildiklerini düşündürmektedir.

Araştırmamızdaki bu bulgular OKB'nin DAS ile de ilişkili olabileceğini göstermesi açısından önem taşımaktadır. Kadın hastalarda kaçınmanın DİS'ten çok DAS ile ilişkili olması tedavi planlamasında cinsiyete özgü değişiklik oluşturmayı gerektirebilir.

Bu çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar OKB ile DİS/DAS arasında cinsiyetler açısından fark olabileceğini ön görmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Sonuçlarımız OKB'da bozulan bilişsel süreçlerin ve başa çıkma yöntemlerinin her iki cinsten farklı olabileceğini düşündürmektedir.

DİS/DAS ile psikopatolojiler arasındaki ilişkinin incelenmesi ile ilgili yapılacak ileri çalışmalarda, daha fazla hasta sayısının olması, cinsiyetler açısından farklılıkların göz önünde bulundurulması, erkek ve kadınların ayrı ayrı değerlendirilmesi yeni sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği: *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*. Köroğlu E (Çeviren), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013: 129-140.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
3. Clark DA. *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: The Guilford Press. 2004.
4. Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu, OJ, Denys D, Lochner C, Nestadt G, Leckman JF, Rauch SL, Phillips KA. Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 2010, 27: 495-506.
5. Köroğlu E. *Klinik Psikiyatri*, Hekimler Birliği Yayınları, Ankara, 2012.
6. Matthews G, Gilliland K. The personality theories of H. J. Eysenck and J. A. Gray: A comparative review. *Personality and Individual Differences*, 1999, 26: 583-626.
7. Pickering AD. The conceptual nervous system and personality: From Pavlov to neural networks. *European Psychologist*, 1997, 2: 139-163.
8. Corr PJ. Reinforcement sensitivity theory and personality. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2004, 28:317-332.
9. Corr PJ, Perkins AM. The role of theory in the psychophysiology of personality: From Ivan Pavlov to Jeffrey Gray. *International Journal of Psychophysiology*, 2006, 62/3: 367-76.
10. Gray JA. The psychophysiological basis of introversion-extraversion. *Behaviour Research and Therapy*, 1970, 8/3: 249-266.
11. Gray JA. Perspectives on anxiety and impulsivity: A commentary. *Journal of Research in Personality*, 1987, 21: 493-509.
12. Gray JA. Brain systems that mediate both emotion and cognition. *Cognition and Emotion*, 1990,4: 269-288.
13. Corr PJ. Reinforcement sensitivity theory (RST): Introduction. In PJ Corr (Ed), *The reinforcement sensitivity theory of personality* Cambridge: Cambridge University Press. 2008.1-43.

14. Gray JA., McNaughton N. *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system* (2. Ed.). Oxford: Oxford University Press.2000
15. Garcia J. Activity of behavioural activation system and the behavioural inhibition system and psychopathology. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 2010, 6: 57- 60.
16. Bijttebier P, Beck I, Claes L, Vandereycken W. Gray's Reinforcement Sensitivity Theory as a framework for research on personality -psychopathology associations. *Clinical Psychology Review*, 2009,29: 421-430.
17. Beevers CG, Meyer B. Lack of positive experiences and positive expectancies mediate the relationship between BAS responsiveness and depression. *Cognition and Emotion*, 2002, 16: 549-564.
18. Johnson SL, Turner RJ, Iwata N. BIS/BAS levels and psychiatric disorder: An epidemiological study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2003, 25: 25-36.
19. Kimbrel NA, Nelson-Gray RO, Mitchell JT. Reinforcement sensitivity and maternal style as predictors of psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 2007, 42: 1139-1149.
20. Muris P, Meesters C, De Kanter E, Timmerman PE. Behavioral inhibition and behavioral activation system scales for children: Relationships with Eysenck's personality traits and psychopathological symptoms. *Personality and Individual Differences*, 2005,38: 831-841.
21. Kasch KL, Rottenberg J, Arnow BA, Gotlib IH. Behavioral activation and inhibition systems and the severity and course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 2002, 111: 589-597.
22. Pinto-Meza A, Caseras, X, Soler J, Puigdemont D, Perez V, Torrubia R. Behavioral inhibition and behavioral activation systems in current and recovered major depression participants. *Personality and Individual Differences*, 2006, 40: 215-226.
23. E. Brunfaut, L. Claes, K. Demyttenaere, et al. Metacognition and Reactive/Regulative Aspects of Temperament obsessive-compulsive disorder. *Metacognition: New Research Developments*, 2009:59-76.

24. Ghooshchianchoobmasjedi S, Hassani J. ‘‘BAS, BIS and FFS in Obsessive-Compulsive patients’’. Tarbiat Moallem University of Psychology Department, Semnan, 2011: P02-373. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)72674-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72674-8)
25. Alimoradia A, Fatehia M, Ashkezari MK. Brain / behavioral systems: Personality biological structures in patients with obsessive – compulsive disorder (OCD). *Global Journal of Psychology Research*.2014, 4(1): 01-07. <http://www.world-education center.org/index.php/gjpr/article/view/1695>. 3 A¸ustos 2014.
26. Mitchell JT, Nelson-Gray RO. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adults: Relationship to Gray’s behavioral approach system. *Personality and Individual Differences*, 2006,40: 749-760.
27. Quay HC. Inhibition and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1997, 25: 7-13.
28. Franken IHA, Muris P, Georgieva I. Gray’s model of personality and addiction. *Addictive Behaviors*, 2006,31: 399-403.
29. Loxton NJ, Dawe S. Alcohol abuse and dysfunctional eating in adolescent girls: The influence of individual differences in sensitivity to reward and punishment. *International Journal of Eating Disorders*, 2001,29: 455-462.
30. Loxton NJ, Dawe S. How do dysfunctional eating and hazardous drinking women perform on behavioral measures of reward and punishment sensitivity? *Personality and Individual Differences*, 2007,42: 1163-1172.
31. Pardo Y, Aguilar R, Molinuevo B, Torrubia R. Alcohol use as a behavioral sign of disinhibition: Evidence from J.A. Gray’s model of personality. *Addictive Behaviors* 2007, 32: 2398-2403.
32. Simons JS, Dvorak RD, Batien BD. Methamphetamine use in a rural college population: Associations with marijuana use, sensitivity to punishment, and sensitivity to reward. *Psychology of Addictive Behaviors* 2008, 22: 444-449.
33. Beck AT, Emery G, Greenburg R. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books 1985.
34. Grant DM, Beck JG ve Davila J. Does anxiety sensitivity predict symptoms of panic, depression, and social anxiety? *Journal of Behaviour Research and Therapy*,2007, 45(9): 2247-2255.

35. Wheaton M, Mahaffey B, Timpano K, Berman N ve Abramowitz J. The relationship between anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2012, 4(3): 891-896.
36. Mantar A, Yemez B, Alkın T. Anksiyete duyarlılığı indeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010, 21(3): 225-234.
37. Smith AH, Wetterneck CT, Hart JM, Short MB, Björgvinsson T. Differences in obsessional beliefs and emotion appraisal in obsessive compulsive symptom presentation. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2012, 1: 54-61.
38. Reiss, S. ve McNally, R. J. *Expectancy model of fear*. In S. Reiss, RR Bootzin (Eds). *Theoretical issues in behavior therapy*. San Diego, CA: Academic Press 1985.
39. Nutt D, Malizia A. Anxiety and OCD-The chicken or the egg? *Journal of Psychopharmacology*, 2006, 20: 729-731.
40. McCubbin RA, Sampson MJ. The relationship between obsessive-compulsive symptoms and appraisals of emotional states. *Anxiety Disorders*, 2006, 20: 42-57
41. Tükel R, Demet MM. *Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar*. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 2017.
42. Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 10. Basım, Ankara, 2004:61.
43. Porgalı-Zayman E. "DSM-5'te obsesif kompulsif bozukluk." *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2016, 41(2): 360-362.
44. Akgün N. *Obsesyonel Nevroz, Saplantı-Zorlantı Bozukluğu*. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi, 1989.
45. Kurt E. *Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluk Hastalarının Yürütücü İşlevlerinin Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması*. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi 2013.
46. Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, (11.Basım) Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 2008; 480-496.

47. Zitterl W, Lenz G, Zapotoczky. Obsessive compulsive disorder: course and interaction with depression. *Psychopathology* 1990, 23: 73-80.
48. Okasha A, Saad A, Khalil AH. Phenomenology of obsessive compulsive disorder: a transcultural study. *Compr Psychiatry*. 1994, 35:191-7.
49. Freud S. *Collected Papers* Vol. III. Basic Books, New York. 1959.
50. Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1990, 51: 10-3.
51. Bayraktar E. Obsesif Kompulsif Bozuluk. *Psikiyatri Dünyası* Vol. 1. 1997; 25-32.
52. Özerdem A. Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Psikoz Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri* 1998; 2: 98-102.
53. Solyom L. Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, 1985.
54. Rauch SL, Cora LG, Greenberg BD. *Pathogenesis of obsessive compulsive disorder textbook of anxiety disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing 2002.
55. Berksun OE. *Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları*. Ankara, Turgut Yayıncılık, 2003.
56. Charley DS. Anksiyete Bozuklukları. Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Volum II, (8th ed) (çev. ed. H Aydın, A Bozkurt). Ankara, Güneş Kitabevi, 2007: 1718-1800.
57. Köroğlu E. *Obsesif Kompulsif Bozukluk. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV TR)*. 2007: 660- 71.
58. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, 1st edition. Geneva, 1992.
59. World Health Organization. *The ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, <http://id.who.int/icd/entity/1321276661> indirilme tarihi:24.07.2019
60. Sadock B and S. VA, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 11 ed. Ankara, Güneş Kitabevi, 2016: 418-435.

61. Öztürk O and U. A, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13 ed. Saplantı ve Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi, 2015: 364-378.
62. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Early- and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *J Psychiatr Res*. 2003, 37(2): 127-33.
63. Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2001, 55(6): 623-7.
64. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1992, 53 Suppl:4-10.
65. Eğrilmez A, Gülseren L, Gülseren S, Kültür S. Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients. *Psychopathology* 1997, 30: 106-110.
66. Tükel R, Polat A, Ozdemir O, Aksut D, Turksoy N. Comorbid conditions in obsessive compulsive disorder. *Comp Psychiatry* 2002, 43: 204-209.
67. Ebert H, Loosen P, Barry N. *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi*. İstanbul: Güneş Kitapevi, 2003.
68. Rachman SJ, Hodgson RJ. *Obsession and Compulsions*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1980.
69. Sayar K, Uğurad IK, Acar B. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1999, 9: 142-147.
70. Karadag F, Kalkan Oguzhanoglu N, Özdel O, Atesci FC, Amuk T. Ocd symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depress Anxiety* 2006; 23: 145–152.
71. Tükel R, Alkın T. *Anksiyete Bozuklukları*. 1st ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2006a:608.
72. Beşiroğlu, L. “Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji: tedavi yanıtı için önemli mi?” *Psikiyatride Güncel*, 2014, 4: 221-229.
73. Hollander E. Anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder. In: Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO (eds). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*, (5th ed). Arlington, American Psychiatric Press Inc, 2008: 505-581.
74. Gülseren L, Eğrilmez A, Gülseren Ş. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı konmuş bir grup hastada kompulsiyonların biçim ve içerikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1995: 6:35-40.

75. Tezcan AE, Millet B, Kuloğlu M. Türkiye’de ve Fransa’da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerinin karşılaştırılması. *Bahar Sempozyumları 2. Kitabı*. 1998: 54-55.
76. Çavaş A. Obsesif Kompulsif Bozukluk. In Verimli A. (Editor). *Affektif Spektrum Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitapevi, 2004: 38-50.
77. Bayar R, Yavuz M. Obsesif Kompulsif Bozukluk. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi. İstanbul, 2008: 185-192.
78. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US Communities. *Archives of General Psychiatry* 1988, 45:1094-9.
79. Weissmann MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994, 55: 5-10.
80. Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V. *Obsesif Kompulsif Bozukluğun Fenomenolojisi. Anksiyete Bozuklukları*. Tükel R, Alkın T (Eds). 1. Baskı. Türk Psikiyatri Derneği Yayınları. Ankara. 2006b; 277-78.
81. Çilli AS Telcioğlu M, Aşkin R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive Psychiatry* 2004, 45(5): 367-74.
82. Sadock, B. J. *Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*. Çeviri Editörü. Prof. Dr. Ali Bozkurt. Çocuk Psikiyatrisi, Bebek Çocuk ve Ergen Gelişimi, 2016: 1082-1107.
83. Fitzgerald KD, Moore GJ, Paulson LA. Proton spectroscopic imaging of the thalamus in treatment -naive pediatric obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 2000 Feb 1, 47(3):174-82.
84. Weiss AP, Jenike MA. Late-onset obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000, 12(2): 265-268.
85. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
86. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1992, 15:743-758.

87. Kolada JL, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 1994, 376: 24-35.
88. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Singleton N. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry* 2006, 163: 1978-85.
89. Torresan RC, Ramos-Cerqueira AT, Shavitt R G, Do Rosario MC, De Mathis MA, Miguel EC, Torres AR. Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 2013, 209: 186-95.
90. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry*, 1998, 59 Suppl 2: 29-33.
91. Neziroğlu F, Anemone R, Yaryura-Tobias J. Onset of obsessive compulsive disorder in pregnancy. *Am J Psychiatry* 1992, 149:7, 947-50.
92. Castle DJ, Deale A, Marks IM. Gender differences in obsessive compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1995, 29, 114-117. doi:10.3109/00048679509075899
93. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL ve Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder: Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *The British Journal of Psychiatry*, 1996, 169: 101-107. doi:10.1192/bjp.169.1.101
94. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994, 55(5-10): 11-4.
95. Abramowitz J, Moore K, Carmin C. Acute onset of obsessive-compulsive disorder in males following childbirth. *Psychosomatics* 2001, 42(5): 429-31.
96. Eisen JL, Rasmussen SA. *Phenomenology of Obsessive Compulsive Disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC. 2002: 173-89.
97. Bogetto F, Venturello S, Albert U, Mania G, Ravizza L. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 1999, 14: 434-41.

98. Koroğlu E. *Anksiyete Bozuklukları, PsikoNöroloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2004: 325-381.
99. Demal U, Lenz G, Mayrhofer A, Zapotoczky HG, Zitterl W. Obsessive-compulsive disorder and depression. A retrospective study on course and interaction. *Psychopathology*. 1993, 26: 145-150.
100. Erkmen H. OKB ve Obsesif kompulsif spektrum bozuklukları. Işık E, Taner E, Işık U (editörler). *Güncel Klinik Psikiyatri* kitabında (2. Baskı). Ankara, Asimetrik Paralel, 2008: 177-188.
101. Sayyah M, Boostani H, Ghaffari SM, Hoseini A. Effects of aripiprazole augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder (a double blind clinical trial). *Depress Anxiety*. 2012, 29(10): 850-4.
102. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*, 2010, 15: 53-63.
103. Karamustafalıoğlu O, Karamustafalıoğlu N. Obsesif kompulsif bozukluk ve komorbid durumlar. *Psikiyatri Dünyası*. 2001, 5: 62-7.
104. Leckman JF, Goodman WK, North WG, Chappell PB, Price LH, Pauls DL, Barr LC. Elevated cerebrospinal fluid levels of oxytocin in obsessive-compulsive disorder: comparison with Tourette's syndrome and healthy controls. *Archives of General Psychiatry*, 1994, 51(10): 782-792.
105. Shavitt RG, Hounie AG, Campos MCR, Miguel EC. Tourette's syndrome. *Psychiatric Clinics*, 2006, 29(2): 471-486.
106. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry* 1989, 46(4): 335-341.
107. Tamam L, Saygılı M, Unal M. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003, 4: 69-80.
108. Millet B, Kochman F, Gallarda T, Krebs MO, Demonfaucon F, Barrot I, et al. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *Journal of Affective Disorder* 2004, 79: 241-46.

109. Morris MR, Blashfield RK, Rankupalli B, Bradley MM, Goodman WK. (1997) Subclinical obsessive-compulsive disorder in college students. *Depression and Anxiety* 1997, 4: 233-236.
110. Pallanti S, Grassi G, Sarrecchia ED, Cantisani A, Pellegrini M. Obsessive compulsive disorder comorbidity: clinical assessment and therapeutic implications. *Front Psychiatry* 2011, 2: 70.
111. Kruger S, Cooke RG, Hasey GM, Jorna T, Persad E. Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 1995, 34(2): 117-20.
112. Chen YW, Dilsaver SC. Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Res* 1995, 59(1-2):57-64.
113. Tükel R, Meteris H, Koyuncu A, Tecer A, Yazici O. The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006, 256(4):240-5.
114. Perugi G, Akiskal HS, Gemignani A, Pfanner C, Presta S, Milanfranchi A, et al. Episodic course in obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1998, 248(5):240-4.
115. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Sen S et al. Association of the serotonin transporter polymorphism and obsessive-compulsive disorder: systematic review. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2008, 147B: 850-9.
116. Crino RD, Andrews G. Obsessive-compulsive disorder and Axis I comorbidity. *J Anxiety Disord* 1996, 10: 37-46.
117. Uğuz F, Aşkın R, Çilli AS. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Eksen I ve Eksen II Bozuklukları ile Birlikteliği. *Türkiye'' de Psikiyatri* 2006, 8,1: 1-5.
118. Bejerot S, Ekselius L, von Knorring L. Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders. *Acta Psychiatry Scand* 1998, 97: 398-402.
119. Albert U, Maina G, Forner F, Bogetto F. DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Compr Psychiatry* 2004, 45: 325-332.
120. Freud S. *Kişilik ve anal erotizm. Cinsellik Üzerine Üç Deneme*, Budak S. (Çeviri Ed.), Ankara: Öteki Yayınları, 1997: 199-209.

121. Freud S. *Bir saplantı neurozu olgusu üzerine notlar "Sıçan Adam". Olgu Öyküleri* 2, Eğrilmez A. (Çev Ed.), İstanbul: Payel Yayınları, 1996: 29-111.
122. Aouizerate B, Guehl D, Cuny E, Rougier A, Bioulac B, Tignol J, et al. Pathophysiology of obsessive-compulsive disorder: a necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology. *Prog Neurobiol* 2004, 72(3):195-221.
123. Judd LL. Obsessive Compulsive Neurosis in Children. *Archives of General Psychiatry*. 1965, 12:136-143.
124. Gabbard GO. *Anxiety Disorders Dynamic Aspects to Axis I Disorders Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. (3th ed). Washington DC, American Psychiatric Pres, 2000: 233-267.
125. Tükel R. Nevrotik bir fenomen olarak yineleme kompulsiyonu. *Psikanaliz Yazıları –Nevrozlar*. İstanbul, Bağlam Yayınları, 2004: 43-51.
126. Freud A. Obsessional neurosis: A summary of psychoanalytic views as presented at the congress. In Stein DJ, Stone M (editors) *Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder*, New York: New York University Press, 1997:100-112.
127. Mallinger A. The obsessive myth of control. *J Am Acad Psychoanal* 1984, 12: 147-165.
128. Odağ C. *Nevrozlar-2*. İzmir, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, 2001:54.
129. Leib PT. Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessivecompulsive disorder: A case study. *Psychoanalytic Inquiry* 2001, 21:222-242.
130. Carr, Anthony T. Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*;1974, 81(5):311-318.
131. Salkovskis PM. Obsessive compulsive problems: A cognitive behavioral analysis. *Behaviour research and therapy* 1985, 25:571-583.
132. Salkovskis PM, Kirk J. Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy. *Obsessive compulsive disorder* Clark D (ed). Oxford Un. Pr 1997: 179-208
133. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behav Res Ther* 1998, 36:385-401.
134. Shafran R. *Cognitive-behavioral models of OCD*. J. S. Abramowitz, A. C. Housts (Ed.) USA: Springer. 2005.

135. Clark DA. Obsesyonlar ve onların nötrleştirilmesi için bilişsel davranışçı terapi. *I. Klinik Psikoloji Sempozyumu Kitabı*. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara; 2009.
136. Rescorla RA. Pavlovian conditioning; It's not what you think it is, *Am Psychologist* 1998, 3:151-160.
137. Rimm DC, Janda LH, Lancaster DW. An exploratory investigation of origin and maintenance of phobias, *Behav. Res Ther* 1977, 15:231-238.
138. Demet MM. Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Genetik Çalışmalar, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2005, 15:45-52.
139. Pauls DL, Raymond CL, Stevenson JM. A family study of Gilles de la Tourette Syndrome. *Am J Hum Genet* 1991, 48(1):154-163
140. Pauls DL, Alsobrook JP 2 nd, Goodman W. A family study of obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995, 152(1):76-84.
141. Nestadt G, Samuels J, Riddle M. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57(4):358-63.
142. McGuffin P, Mawson D. Obsessive compulsive neurosis: Two identical twin pairs. *Br J Psychiatry* 1980, 137:285-287.
143. Rasmussen SA, Tsuang MT. The epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1984, 45:450-457.
144. Carey G, Gottesman II. Twin and family studies of anxiety, phobia, and obsessive-compulsive disorder. In Klein D, Rabkin J (editors). *Anxiety: New Research and Changing Concepts*. New York, NY: Raven Press, 1981: 117-136.
145. Taylor S. Etiology of obsessions and compulsions: a meta-analysis and narrative review of twin studies. *Clin Psychol Rev*, 2011, 31: 1361-72.
146. Hanna GL, Veenstra-VanderWeele J, Cox NJ, Boehnke M, Himle JA, Curtis GC et al. Genome-wide linkage analysis of families with obsessive -compulsive disorder and related disorders. *Am J Med Genet* 2002, 114: 541-552.
147. Shugart YY, Samuels J, Willour VL, Grados MA, Greenberg BD, Knowles JA, et al. Genomewide linkage scan for obsessive-compulsive disorder: Evidence for susceptibility loci on chromosomes 3q, 7p, 1q, 15q, and 6q. *Mol Psychiatry* 2006, 11:763-70.
148. Billett EA, Richter MA, King N et al. Obsessive-compulsive disorder, response to serotonin reuptake inhibitors and the serotonin transporter gene. *Mol Psychiatry* 1997, 2: 403-6.

149. Moret C, Briley M. The Possible role of 5-HT(1B/D) receptors in psychiatric disorders and their potential as a target for therapy. *Eur J Pharmacol* 2000, 404: 1-12.
150. Levitan RD, Kaplan AS, Masellis M et al. The serotonin-1Dbeta receptor gene and severity of obsessive-compulsive disorder in woman with bulimia nervosa. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006, 16: 1-6.
151. Poyurovsky M, Michaelovsky E, Frisch A et al. COMT Val158Met polymorphism in schizophrenia with obsessive-compulsive disorder: a case-control study. *Neurosci Lett* 2005, 389:21-4.
152. Denys D, Van Nieuwerburgh F, Deforce D et al. Association between the dopamine D2 receptor Taq1 A2 allele and low activity COMT allele with obsessive-compulsive disorder in males. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006, 16: 446-50.
153. Alsobrook JP, Zohar AH, Leboyer M et al. Association between the COMT locus and obsessive-compulsive disorder in females but not males. *Am J Med Genet* 2002, 114: 116-20.
154. Arnold PD, Sicard T, Burroughs E et al. Glutamate transporter gene SLC1A1 associated with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 769-76
155. Samuels J, Shugart YY, Grados MA, Willour VL, Bienvenu OJ, Greenberg BD et al. Significant linkage to compulsive hoarding on chromosome 14 in families with obsessive-compulsive disorder: Results From the OCD Collaborative Genetics Study. *Am J Psychiatry* 2007, 164(3):493-9.
156. Zai G, Bezchlibnyk YB, Richter MA, Arnold P, Burroughs E, Barr CL, et al. Myelin oligodendrocyte glycoprotein (MOG) gene is associated with obsessive-compulsive disorder. *American journal of medical genetics. Part B, Neuropsychiatric genetics: the official publication of the International Society of Psychiatric Genetics* 2004, 129B:64-68.
157. Swedo SE, Rapoport JL, Cheslow DL. Increased incidence of obsessive compulsive symptoms in patients with Sydenham's Chorea. *Am J Psychiatry* 1989, 146:246-249.
158. Karşlıoğlu EH, Yüksel N. Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*. 2007, 10(13):13-13.

159. Allen AJ, Leonard HL, Swedo SE. Case study: a new infection-triggered, autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995, 34:307-311.
160. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen AJ, Perlmutter S, Lougee L, Dow S, Zamkoff J, Dubbert BK. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *Am J Psychiatry*, 1998, 155, 264-71.
161. Giedd JN, Rapoport JL, Garvey MA, Perlmutter S, Swedo SE. MRI assessment of children with obsessive compulsive disorder or tics associated with streptococcal infection. *Am J Psychiatry* 2000, 157:281-283.
162. Snider LA, Swedo SA. Post-streptococcal autoimmune disorders of the central nervous system. *Curr Opin Neurol* 2003, 16:359-365.
163. Slattery MJ, Dubbert BK, Allen AJ, Leonard HL, Swedo SE, Gourley MF. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in patients with systemic lupus erythematosus. *J Clin Psychiatry*, 2004, 65: 301-6.
164. Miguel EC, Stein MC, Rauch SL, O'Sullivan RL, Stern TA, Jenike MA. Obsessive-compulsive disorder in patients with multiple sclerosis. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 1995, 7: 507-510.
165. Wayne MD, Catherine LH, Kelly MM, Richard CR. Obsessive-Compulsive Disorder and Immunocompetence. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2001, 31: 311-320.
166. Murphy TK, Sajid MW, Goodman WK. Immunology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 2006, 29: 445-69.
167. Bolton D, Raven P, Madronal-Luque R, Marks IM. Neurological and neuropsychological signs in obsessive-compulsive disorder: interaction with behavioral treatment. *Behavior Research and Therapy* 2000, 38: 695-708.
168. Stein DJ, Hollander E, Chan S, DeCaria CM, Hilal S, Liebowitz MR, Klein DF. Computed tomography and neurological soft signs in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res: Neuroimaging* 1993, 50:143-150.
169. Rapoport JL. Obsessive-compulsive disorder and basal ganglia dysfunction. *Psychological Medicine* 1990, 20: 465-469.

170. Baer L, Rauch SL, Ballantine HT Jr, Martuza R, Cosgrove R, Cassem E, Giriunas I, Manzo PA, Dimino C, Jenike MA. Cingulotomy for intractable obsessive-compulsive disorder: prospective long-term follow-up of 18 patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52: 384–392.
171. Stein DJ. Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders. *Biological psychiatry*. 2000, 47:296-304.
172. Swedo SE, Snider LA. *The neurobiology and treatment of obsessive-compulsive disorder*, Oxford, New York, Oxford University Press, 2004.
173. Baumgarten HG, Grozdanovic Z. Role of serotonin in obsessive compulsive disorder. *Br J Psychiatry*, 1998, 173(Suppl 35):13-20.
174. Lopez Ibor JJ. The involvement of serotonin in psychiatric disorders and behaviour. *Br J Psychiatry* 1988, 153(Suppl. 3):26-39.
175. Capstick N. Clomipramine in obsessional states. *Psychosomatics*, 1971, 12: 332-335.
176. Altemus M, Pigott T, Kalogeras KT, Demitrack M, Dubbert B, Murphy DL. Abnormalities in the regulation of vasopressin and corticotropin releasing factor secretion in obsessive compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49: 9-20.
177. Goddard AW, Shekhar A, Whiteman, AF, McDougale CJ. Serotonergic mechanisms in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Drug Discov Today*, 2008, 13:325-332.
178. Bastani B, Nash JF, Meltzer HY. Prolactin and cortisol responses to MK-212, a serotonin agonist, in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990, 47: 833-9.
179. Marazziti D, Pfanner C, Palego L, Gemignani A, Milanfranchi A, Ravagli S. Changes in platelet markers of obsessive-compulsive patients during a doubleblind trial of fluvoxamine versus clomipramine. *Pharmacopsychiatry* 1997, 30: 245-9.
180. Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-1D hypothesis of obsessive compulsive disorder: an update. *J Clin Psychiatry* 2004, 65 Suppl 14:18-21.
181. Lesch KP, Hoh A, Disselkamp-Tietze J, Wiesmann M, Osterheider M, Schulte HM. 5-Hydroxytryptamine_{1A} receptor responsivity in obsessive-compulsive disorder. Comparison of patients and controls. *Arch Gen Psychiatry* 1991, 48: 540-7.

182. Stern L, Zohar J, Cohen R, Sasson Y. Treatment of severe, drug resistant obsessive compulsive disorder with the 5-HT1D agonist sumatriptan. *Eur Neuropsychopharmacol* 1998, 8: 325-8.
183. Koran LM, Pallanti S, Quercioli L. Sumatriptan, 5-HT(1D) receptors and obsessive compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2001, 11(2):169-72.
184. Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM. Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Patogenezi. Tükel R, Alkın T, editörler. *Anksiyete Bozuklukları*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 2006c: 299-338.
185. Hollander E, Kaplan A, Allen A ve ark. Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000, 23(3):643-656.
186. Denys D, Zohar J, Westenberg HG. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiat* 2004, 65 (14):11-7.
187. Crespo Facorro B, Cabranes JA, Lopez Ibor JJ, Alcocer MI, Paya B, Fernandez Perez C, et al. Regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive patients with and without a chronic tic disorder: A SPECT study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999, 249:156-161.
188. Eşel E. Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2000, 3:46-55.
189. Rosenberg DR, Keshavan MS. A.E. Bennett Research Award. Toward a neurodevelopmental model of obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry* 1998, 43:623-640.
190. Westenberg HGM, Fineberg NA, Denys D. Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: Serotonin and beyond. *CNS Spectrums* 2007, 12:2(Suppl 3):14-27.
191. Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S. Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology* 2005, 30(9):1735-40.
192. Bhattacharyya S, Khanna S, Chakrabarty K, Mahadevan A, Christopher R, Shankar S. Antibrain autoantibodies and altered excitatory neurotransmitters in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology* 2009, 34(12): 2489-96.
193. Rosenberg DR, MacMillan SN, Moore GJ. Brain anatomy and chemistry may predict treatment response in paediatric obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacology* 2001, 4(2): 179-90.

194. Pittenger C, Kelmendi B, Wasyluk S, Bloch MH, Coric V. Riluzole augmentation in treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: a series of 13 cases, with long-term follow-up. *J Clin Psychopharmacol* 2008b, 28(3):363–367.
195. Afshar H, Roohafza H, Mohammad-Beigi H, Haghghi M, Jahangard L, Shokouh P. N-acetylcysteine add-on treatment in refractory obsessive-compulsive disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol* 2012, 32:797-803.
196. Van Ameringen M, Patterson B, Simpson W, Turna J. N-acetylcysteine augmentation in treatment resistant obsessive compulsive disorder: A case series. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2013, 2:48-52.
197. Feusner JD, Kerwin L, Saxena S, & Bystritsky A. Differential efficacy of memantine for obsessive-compulsive disorder vs generalized anxiety disorder: an open-label trial. *Psychopharmacol Bull* 2009, 42(1), 81–93.
198. Stewart SE, Jenike EA, Hezel DM, Stack DE, Dodman NH, Shuster L ve ark. A single-blinded case-control study of memantine in severe obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2010, 30(1):34–39.
199. Gonzalez-Burgos G, Lewis DA. GABA neurons and the mechanisms of network oscillations: implications for understanding cortical dysfunction in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008, 34(5):944-61.
200. Greenberg BD, Ziemann U, Cora-Locatelli G, Harmon A, Murphy DL, Keel JC ve ark. Altered cortical excitability in obsessive compulsive disorder. *Neurology* 2000, 54: 142–147.
201. Richter MA, de Jesus DR, Hoppenbrouwers S, Daigle M, Deluce J, Ravindran LN ve ark. Evidence for cortical inhibitory and excitatory dysfunction in obsessive compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology* 2012, 37: 1144–1151.
202. Simpson HB, Shungu DC, Jr JB, Mao X, Xu X, Slifstein M ve ark. Investigation of Cortical Glutamate-Glutamine and g-Aminobutyric Acid in Obsessive-Compulsive Disorder by Proton Magnetic Resonance Spectroscopy. *Neuropsychopharmacology* 2012, 37: 2684–2692.
203. Yelboğa A. “Kisilik Özellikleri ve İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *İş, Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 2006, 8(2):196-211.
204. Baysal C, Tekarslan E. *Davranış Bilimleri I-II*, I.Ü. İşletme Fak. Yayın No:191, İstanbul 1987.

205. ançerlioğlu O. *Ruhbilim Sözlüğü*, 3. Basım. İstanbul, Remzi Kitabevi, 1997:229.
206. Aslan S. “Kişilik, Huy ve Psikopatoloji”, *RHCP*. 2008, 2:1-2.
207. Arkar H. “*Cloninger'in Psikobiyolojik Kişilik Kuramının Türk Örnekleminde Sınanması*”. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2004.
208. Lewis CA, Francis LJ, Shevlin M ve ark. Confirmatory factor analysis of the French translation of the abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A). *Europe J Psychol Assess*, 2002, 18: 79-85.
209. Eysenck HJ, Eysenck SB. *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior)*. Hodder & Stoughton, London, 1975.
210. Eysenck HJ, Eysenck SBG. *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. University of London Press, London, 1964.
211. Eysenck HJ, Eysenck SB. The measurement of psychoticism: a study of factor stability and reliability. *Br J Soc Clin Psychol* 1968, 7: 286- 294.
212. Heubeck BG, Wilkonson RB, Cologon J. “A Second Look at Carver and White's (1994) BIS/BAS Scales”. *Personality and Individual Differences* 1998, 25(4): 785-800.
213. Corr PJ, Pickering AD, Gray JA. “Personality and Reinforcement in Associative and Instrumental Learning”. *Personality and Individual Differences* 1995, 19: 47–71.
214. Nagpal M, Gupta BS. “Personality, Reinforcement and Verbal Operant Conditioning”. *British Journal of Psychology* 1979, 70: 471–476.
215. Gray JA. “Neural Systems of Motivation, Emotion and Affect”. In J. Madden (Ed.), *Neurobiology of Learning, Emotion and Affect*. New York: Raven Press. 1991:273–306.
216. Pickering AD, Diaz A, Gray JA. “Personality and Reinforcement: An exploration using a maze-learning task”. *Personality and Individual Differences* 1995, 18(4): 541-558.
217. Pickering A, Corr PJ. “J.A. Gray's Reinforcement Sensitivity Theory (RST) of Personality”, *Sage Handbook of Personality Theory and Assessment: Personality Theories and Models*, ed. Boyle, J.G., Matthews, G. Ve Saklofske, D.H., Sage Publications, London 2008, 1:239-256.

218. Mc Naughton N, Corr PJ. A Two-Dimensional Neuropsychology of Defense: Fear/Anxiety and Defensive Distance”, *Neuroscience And Biobehavioral Reviews*, 2004, 28(3): 285-305.
219. Marrero H, Gamez E, Diaz JM. “BIS/BAS Individual Differences and the Verification of Conditional Hypotheses”. *Personality and Individual Differences* 2008, 45(4):296–301.
220. Van Beek I, Kranenburg IC, Taris TW, Schaufeli WB. “BIS and BAS Activation and Study Outcomes: A Mediation Study”, *Personality and Individual Differences*, 2013, 55(5):474-479.
221. Patterson CM, Newman, JP. Reflectivity and learning from aversive events: Toward a psychological mechanism for the syndromes of disinhibition. *Psychological Review*, 1993, 100/4:716-736.
222. Zuckerman M. The psychophysiology of sensation seeking. *Journal of Personality* 1990, 58/1:313-345.
223. Zuckerman, M., Ball, S., & Black, J. Influences of sensation seeking, gender, risk appraisal, and situational motivation on smoking. *Addictive Behaviors*, 1990, 15/3: 209–220.
224. Jones, S., & Day, C. Self appraisal and behavioral activation in the prediction of hypomanic personality and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 2008, 45:643-648.
225. Fowles DC. The three arousal model: Implications of Gray’s two-factor learning theory for heart rate, electrodermal activity, and psychopathy. *Psychophysiology*, 1980, 17:87-104.
226. Hughes KA, Moore RA, Morris PH, Corr, PJ. Throwing light on the dark side of personality: Reinforcement sensitivity theory and primary/ secondary psychopathy in a student population. *Personality and Individual Differences* 2012, 52:532-536.
227. Newman JP, MacCoon DG, Vaughn LJ, Sadeh N. Validating a distinction between primary and secondary psychopathy with measures of Gray’s BIS and BAS constructs. *Journal of Abnormal Psychology* 2005, 114:319-323.
228. Hector I. Lopez-Vergara, M.A., Craig R. Colder, Ph.D., and Larry W. Hawk, Jr. Ph.D. A multiple pathways perspective of ADHD: An examination of “top-down” and “bottom-up” processes in a community sample of early adolescents.

University at Buffalo, The State University of New York. 2012. Poster presented at the 2012 biennial meeting of the Society for Research on Adolescence.

229. O'Connor RM, Stewart SH, Watt MC. Distinguishing BAS risk for university students's drinking, smoking, and gambling behaviors. *Personality and Individual Differences* 2009, 46:514-519.
230. Pickett SM, Bardeen JR, Orcutt HK. "Experiential Avoidance as a Moderator of the Relationship Between Behavioral Inhibition System Sensitivity and Posttraumatic Stress Symptoms", *Journal of Anxiety Disorders* 2011, 25(8):1038-1045
231. Fullana MA, Mataix-Cols D, Trujillo JL, Caseras X, Serrano F, Alonso P, Torrubia R. "Personality Characteristics in Obsessive-Compulsive Disorder and Individuals with Subclinical Obsessive-Compulsive Problems", *British Journal of Clinical Psychology*, 2004a, 43(4):387-398.
232. Fullana MA, Mataix-Cols D, Caseras X, Alonso P, Manuel Menchon J, Vallejo J, Torrubia R. "High Sensitivity to Punishment and Low Impulsivity in Obsessive-Compulsive Patients with Hoarding Symptoms", *Psychiatry Research* 2004b, 129 (1): 21-27.
233. Ross SR, Keiser HN, Strong JV, Webb CM. "Reinforcement Sensitivity Theory and Symptoms of Personality Disorder: Specificity of the BIS in Cluster C and BAS in Cluster B", *Personality And Individual Differences*, 2013, 54(2):289-293.
234. Claes L, Vertommen S, Smits D, Bijttebier P. "Emotional Reactivity and Self-regulation in Relation to Personality Disorders", *Personality and Individual Differences*, 2009, 47:948-953.
235. Pastor MC, Ross SR, Segarra P, Montanes S, Poy R, Molto J. "Behavioral Inhibition and Activation Dimensions: Relationship to MMPI-2 Indices of Personality Disorder", *Personality and Individual Differences*, 2007, 42:235-245.
236. Türkçapar H. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri* 2004; Ek 4:12-16.
237. Taylor, S., Koch, W. J. ve Woody, S. Anxiety sensitivity and depression: How are they related? *Journal of Abnormal Psychology*, 1996, 105(3):474-479.
238. Starcevic V, Berle D. Cognitive specificity of anxiety disorders: A review of selected key construct. *Depression and Anxiety* 2006, 23:51-61.

239. Taylor S. Understanding and treating panic disorder: Cognitive-behavioral approaches. Chichester, UK: Wiley. 2000.
240. Bernstein A, Zvolensky MJ, Kotov R, Arrindell WA ve ark. Taxonicity of anxiety sensitivity: A multi-national analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 2006, 20:1–22.
241. Onur E, Monkul S, Alkın T. Panik bozukluğun fenomenolojisi. Anksiyete bozuklukları, Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi-No:4, Editörler: Tükel R, Alkın T, Kasım 2006.
242. Cox, BJ, Endler NS, Norton GR ve Swinson RP. Anxiety sensitivity and nonclinical panic attacks. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 1991, 29(4): 367-369.
243. Freeston MH, Rhéaume J ve Ladouceur R. Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 1996, 34(5):433-446.
244. Grant DM, Beck, JG ve Davila J. Does anxiety sensitivity predict symptoms of panic, depression, and social anxiety? *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 2007, 45(9):2247-2255.
245. Zinbarg RE, Barlow DH ve Brown TA. Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychological Assessment*, 1997, 9: 277-284.
246. Calamari JE, Rector NA, Woodard JL, Cohen RJ ve ark. Anxiety sensitivity and obsessive-compulsive disorder. *Assessment* 2008, 15(3):351–63.
247. Ghasempour A, Akbari E, Azimi Z, Ilbeygi R ve Hassanzadeh, S. Predicting obsessive-compulsive disorder on the basis of emotion regulation and anxiety sensitivity. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2012, 15(2): 94-97.
248. Taylor S, Jang KL, Stewart SH, Murray B ve ark. Etiology of the dimensions of anxiety sensitivity: A behavioral–genetic analysis. *Journal of Anxiety Disorder* 2008, 22:899-914.
249. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research Therapy* 1986, 24(1):1–8.

250. Stewart SH, Karp J, Pihl RO, Peterson R. Anxiety sensitivity and self-reported reasons for drug use. *Journal of Substance Abuse* 1997, 9:223–240.
251. Ayvaşık HB. Kaygı duyarlılığı indeksi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 2000, 15(46):43-57.
252. Cox BJ, Endler NS, Swinson RP. Clinical and nonclinical panic attacks: An empirical test of a panic anxiety continuum. *Journal of Anxiety Disorders* 1991, 5:21-34
253. Stewart SH, Taylor S, Baker JM. Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders* 1997, 11:179–200.
254. Topal, M. *Üniversite Öğrencilerinin Stresle Basa Çıkma Stilleri ile Pozitif ve Negatif Duygu Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi 2011.
255. Ottenbreit ND, Dobson KS. Avoidance and depression: The construction of the Cognitive-Behavioral Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 2004, 42:293-313.
256. Nezu AM, Nezu CM, Perri MG. *Problem-solving therapy for depression: Theory, research and clinical guidelines*. New York: John Wiley & Sons. 1989.
257. Moos RH, Schaefer JA. Coping resources and processes: current concepts and measures. In: L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2nd ed). New York: Free Press. 1993.
258. Çakır Z. Kadın üniversite öğrencilerinde yeme tutumlarının mükemmeliyetçilik, sosyotropi-otonomi, üstbilişler, duygulara ilişkin inançlar, duygusal zorlanmaya toleranssızlık ve kaçınma ile ilişkisi: yatkinlaştırıcı ve sürdürücü faktörlere dayalı bir model önerisi. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.
259. Spinhoven P, Drost J, de Rooij M, van Hemert AM, Penninx BW. A Longitudinal Study of Experiential Avoidance in Emotional Disorders. *Behav Ther* 2014, 45(6):840–850.
260. Hayes SC, Wilson KG, Gilford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996, 64:1152–1168.

261. Wolgast M. What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behav Ther* 2014, 45 (6):831–839.
262. Blackledge JT, Hayes SC. Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *J Clin Psychol* 2001, 57 (2):243–255.
263. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther* 2011, 42 (4):676–688.
264. Şişman S. Davranışsal İnhibisyon Sistemi/Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*. 2012, 32(2):1-22.
265. Abramowitz JS, Deacon BJ, Olatunji BO, Wheaton MG, Berman NC, Losardo D, et al. Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychol Assess* 2010, 22(1):180.
266. Şafak Y, Say Öcal D, Özdel K, Kuru E, Örsel S. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Boyutsal Yaklaşım: Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Türkçe'nin Psikometrik Özellikleri. *Turk Psikiyat Derg*. 2018, 29(2).
267. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR, et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment* 2007, 19:176–188.
268. Lapsekili N, Uzun Ö, Ak M. Obsesif kompulsif bozukluk olgularında heyecan arama davranışı. *Klinik Psikiyatri*. 2010, 13:170-176.
269. Doğan K, Solak Ö.S, Özdel K, Türkçapar M. H. Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Tiplerinde ve Sağlıklı Kontrol Grubunda Üstbilişlerin Karşılaştırılması. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*. 2013, 2(1): 34-40.
270. Karahan D. *Erken disfonksiyonel şemaların obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastalar ve sağlıklı kişilerdeki aktivasyonlarının karşılaştırılması*. Uzmanlık Tezi. İstanbul: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, 2006.
271. Tatlı M. *Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış kişilerde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, bu bozukluğun gelişimi ve belirti şiddetiyle ilişkisi (tez)* İstanbul, 2012.

272. Rawlings, A. *Effects of BIS/BAS on achievement goal orientations*. Yüksek Lisans Tezi. Helsinki Üniversitesi/ Davranış Bilimleri Enstitüsü, Finlandiya 2014.
273. Carver CS, White TL. Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, 67/2:319-333.
274. Scholten MRM, Van Honk J, Aleman A, Kahn RS. Behavioral inhibition system (bis), behavioral activation system (bas) and schizophrenia: relationship with psychopathology and physiology. *Journal of Psychiatric Research*, 2006, 40:638–645.
275. Vervoort L, Wolters LH, Hogendoorn SM, De Haan E, Boer F, Prins PJ. “Sensitivity of Gray’s Behavioral Inhibition System in Clinically Anxious and Non-anxious Children and Adolescents”, *Personality and Individual Differences* 2010, 48(5):629-633.
276. Pagliaccio D, Luking KR, Anokhin AP, Gotlib IH, Hayden EP, Olinio TM, Peng CZ, Hajcak G, Barch DM. Revising the BIS/BAS Scale to Study Development: Measurement Invariance and Normative Effects of Age and Sex From Childhood Through Adulthood. *Psychological Assessment*. Advance online publication 2015. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000186>
277. Mueller A, Claes L, Mitchell JE, Faber RJ, Fischer J, De Zwaan M. “Does Compulsive Buying Differ Between Male and Female Students?”, *Personality and Individual Differences* 2011, 50(8):1309-1312.

EKLER

EK 1. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

İsim:	Eğitim:	Dosya No:
Yaş:	Meslek:	Tel No:
Cinsiyet:	Medeni durum:	Adres:
Sahip olduğu çocuk sayısı:		
Hastalığın başlama yaşı:		
Hastalığın süresi:		
Yaşadığı yer: Şehir () Kasaba () Köy ()		
Çocukluğunda kim tarafından yetiştirilmiş?		
Aile () Akraba () Bakıcı ()		
Aile + Bakıcı () Diğer ()		
Çocukluğunda nasıl bakılmış?		
Aşırı ilgiyle () İlgisiz () Yeterince ilgiyle ()		
Çocukluğunda nasıl bir disiplinle büyütülmüş?		
Aşırı kontrol () Yeterince kontrol () Az kontrol ()		
Yetiştirilme biçiminin hastalığının oluşumuna katkısı olduğunu düşünüyor mu?		
Evet () Hayır () Evetse nasıl		
Çocukluğunda ailenin durumu:		
Bütün () Parçalanmış ()		
Çocukluğunda önemli hastalık öyküsü:		
Çocukluğunda anneden ayrılık: Var () Yok ()		
Çocukluğunda anne/babada önemli hastalık öyküsü:.....		
Aile üyelerinde obsesif kompulsif bozukluk öyküsü: Var () Yok ()		

EK 2. Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DİS/DAS) Ölçeği

Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği

Bu testteki her madde, insanların kendilerinden bahsederken kullandıkları bazı ifadeleri tanımlamaktadır. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve size ne kadar uygun olup olmadığına karar veriniz. Her madde için, **4 seçenektan (Tamamen katılıyorum, Biraz katılıyorum, Biraz katılmıyorum, Hiç katılmıyorum) sizi en iyi tarif eden seçeneği işaretleyiniz.** Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız ve her madde için sadece bir seçenek işaretleyiniz. Cevaplarınızın tutarlı olup olmayacağından endişe duymadan her maddeyi tek bir maddeymiş gibi cevaplayınız. Lütfen olabildiğince dürüst olunuz ve samimi cevaplar veriniz.

1- Bir insanın ailesi, hayatındaki en önemli şeydir.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

2- Başıma kötü bir şey gelmek üzere olsa bile, nadiren korkarım veya sinirlenirim.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

3- İstedğim şeyleri elde etmek için, her yolu denerim.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

4- Bir şeyi yapmakta iyiysem, onu devam ettirmeyi severim.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

5- Eğlenceli olacağını düşündüğüm yeni şeyleri denemeye her zaman istek duyarım.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

6- Nasıl giyindiğim benim için önemlidir.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

7- İstedğim şeyi elde ettiğimde, heyecanlı ve enerji dolu olurum.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

8- Eleştirilme veya azarlanma beni oldukça incitir.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

9- Bir şeyi istediğimde, genellikle onu elde etmek için elimden ne geliyorsa yaparım.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

10- Çoğu zaman bir şeyleri başka bir sebep olmaksızın, sırf eğlenceli olabilecek diye yapmak isterim.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

11- Saç kestirmek gibi şeylere zaman bulmak benim için zordur.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

12- İstedğim şeyi elde etmek için bir ihtimal görürsem, hemen harekete geçerim.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

13- Birisinin bana kızgın olduğunu bildiğimde veya düşündüğümde, oldukça endişelenirim veya üzülürüm.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

- 14- İstedğim bir şey için bir fırsat yakaladığımda hemen heyecanlanırım.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 15- Çoğu zaman düşünmeden o an aklıma eseni yaparım.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 16- Eğer hoş olmayan bir şeyin olacağını düşünürsem, genellikle oldukça “gerilirim”.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 17- Çoğu zaman insanların neden öyle davrandıklarını merak ederim.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 18- Başıma iyi şeylerin gelmesi, beni çok olumlu etkiler.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 19- Önemli bir şeyi kötü yaptığımı düşündüğümde endişelenirim.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 20- Heyecan ve yeni duygular yaşamayı çok isterim.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 21- Bir şeyi elde etmeye çalıştığım zaman “kural tanımam”.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 22- Arkadaşlarıma kıyasla çok az korkum vardır.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 23- Bir yarışmayı kazanmak beni heyecanlandırır.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 24- Hata yapmaktan endişelenirim.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
-

Değerlendirme:

Davranışsal İnhibisyon Alt Ölçeği Maddeleri = 2, 8, 13, 16, 19, 22, 24

Ödüle Duyarlılık Alt Ölçeği Maddeleri = 4, 7, 14, 18, 23

Eğlence Arayışı Alt Ölçeği Maddeleri = 5, 10, 15, 20

Dürtü Alt Ölçeği Maddeleri = 3, 9, 12, 21

Doldurma Maddeler = 1, 6, 11, 17

* 2. ve 22. maddeler dışındaki tüm maddeler ters çevrilerek hesaplanır.

EK 3. Boyutsal Obsesyon ve Kompülsiyon Ölçeği (BOKÖ)

Boyutsal Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği

Bu anket sizin 4 farklı konudaki (sizin yaşadığınız veya yaşamadığınız) endişelerinizle ilgili sorular sormaktadır. Her bir tip için; o tipe özgü düşüncelerin (bazen obsesyon olarak adlandırılır) ve davranışların (bazen ritüel ya da kompülsiyon olarak adlandırılır) tanımı vardır. Tanımların ardından bu düşünce ve davranışlarla ilgili sizin yaşadıklarınız hakkında 5 soru gelmektedir. Lütfen her açıklamayı dikkatlice okuyun ve her kategorideki sorulara son bir ay içerisindeki yaşantılarınıza dayanarak cevap verin.

Kategori 1: Mikroplar ve kirlenme (bulaşma) hakkındaki endişeler

Örnekler...

- Belirli bir nesne ya da kişi ile temas ettiğiniz (ya da yakın olduğunuz) zaman kirlendiğiniz şeklindeki düşünce veya hisleriniz.
- Belirli bir yerde (banyo gibi) bulunduğunuzdaki kirlenme hissiniz.
- Mikropların, hastalığın ya da kirliliğin yayılma olasılığı hakkındaki düşünceleriniz.
- Kirlenme ile ilgili endişelerinizden dolayı el yıkama, el dezenfektanı kullanma, banyo yapma, kıyafetlerinizi değiştirme ya da nesnelere yıkama gibi davranışlarınız.
- Kirlenme nedeniyle belli bir düzeni takip etmeniz (ör.; banyoda, giyinirken).
- Kirlenme nedeniyle belli insanlardan, nesnelere ya da yerlerden kaçınmanız.

Bundan sonra gelecek sorular son bir ay içinde kirlilikle ilişkili düşünce ve davranışlarınız hakkındadır. Yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın:

Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını kirlenme hakkında düşünerek ve kirlilikten dolayı yıkama veya temizleme davranışları ile meşgul olarak geçirirsiniz?

- 0 Hiç
- 1 Her gün bir saatten az
- 2 Her gün 1 ila 3 saat arasında
- 3 Her gün 3 ila 8 saat arasında
- 4 Her gün için 8 saat ya da daha fazla

Kirlenme hakkındaki endişelerinizi önlemek için ya da yıkama, temizleme veya duş almaya zaman harcamak zorunda kalmamak için bu durumlardan ne ölçüde kaçınırsınız?

- 0 Hiç kaçınmam
- 1 Biraz kaçınıyorum
- 2 Orta derecede kaçınıyorum
- 3 Çok kaçınıyorum
- 4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçınıyorum

Kirlenme hakkında düşünceleriniz olsaydı ama yıkama, temizleme veya duş alma (veya başka şekilde kirlere temizleme) davranışlarını yapamaydınız, ne kadar sıkıntılı veya kaygılı-endişeli olurdu?

- 0 Hiç sıkıntılı/endişeli olmam
- 1 Hafif sıkıntılı/endişeli olurum
- 2 Orta derecede sıkıntılı/endişeli olurum
- 3 Çok sıkıntılı/endişeli olurum
- 4 İleri derecede sıkıntılı/endişeli olurum

Kirlenme kaygıları ve aşırı derecede temizleme, yıkama, duş alma ya da kaçınma davranışları nedeniyle günlük işleriniz (iş, okul, öz bakım, sosyal yaşam) ne ölçüde bozulmuştur?

- 0 Hiç bozulmadı.
- 1 Biraz bozuldu fakat çoğunlukla işlevselliğim iyi.
- 2 Birçok şey bozuldu fakat hala idare edebiliyorum.
- 4 Hayatım birçok yönden bozuldu ve güçlüklerle idare ediyorum.

Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevsel değilim.

Sizin için kirlenme ile ilgili düşüncelere aldırış etmemek ve yıkama, duş alma, temizleme ve diğer arınma davranışlarını yapmayı bırakmak ne kadar zordur?

- 0 Hiç zor değil
- 1 Biraz zor
- 2 Orta derecede zor
- 3 Çok zor
- 4 Aşırı derecede zor

Kategori 2: Zarardan, Yaralanmadan veya Talihsizlikten Sorumlu Olma Konusundaki Endişeler

Örnekler...

- Zararlı ya da korkunç bir şeyin olmasına neden olabilecek bir hata yapmış olma şüphesi.
- Korkunç bir kaza, felaket, yaralanma veya başka bir talihsiz olayın meydana gelebileceği ve sizin bunu önlemek için yeterince dikkatli olmadığınız düşüncesi.
- Bir şeyleri belli bir düzende yaparak, belirli sayıları sayarak ya da uğursuz sayı ve kelimelerden kaçınarak tehlike veya talihsizliği engelleyebileceğiniz düşüncesi.
- Kaybedilmesi pek muhtemel olmayan önemli şeyleri kaybetme düşüncesi (ör; cüzdan, kimlik kartı, evraklar).
- Elektrik düğmeleri, kilit ve cüzdan gibi eşyaları gereğinden fazla kontrol etmek.
- Kötü bir şey olmadığı (veya olmayacağı) konusunda güvence almak için bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek ya da tekrar tekrar sormak.
- Yanlış bir şey yapmadığınızdan emin olmak için geçmiş olayları zihinsel olarak gözden geçirmek.
- Zarar veya felaketlerin meydana gelmesini önleyebilmek için özel bir rutini takip etmeye ihtiyaç duymak.
- Zarara yol açma korkusu nedeniyle bazı uğursuz sayılardan kaçmaya ve ya belli sayıları saymaya ihtiyaç duymak.

Bundan sonraki sorular son bir ay içinde felaket ve zararlı ilgili düşünce ve davranışlarınız hakkındadır. Sizin yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın.

Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını zarar ya da felaketlerin meydana gelme olasılığı hakkında düşünerek ve böyle şeylerin meydana gelip gelmediği ile ilgili güvence için efor sarf ederek veya kontrol ederek geçirirsiniz?

- 0 Hiç
- 1 Her gün bir saatten az
- 2 Her gün 1 ile 3 saat arasında
- 3 Her gün 3 ile 8 saat arasında
- 4 Her gün 8 saat ya da daha fazla

Olası zarar veya felaketler hakkında endişelenmenize ya da tehlikeyi kontrol etmenize gerek kalmaması için bu durumlardan ne ölçüde kaçınırsınız?

- 0 Hiç kaçınmam
- 1 Biraz kaçınıyorum
- 2 Orta derecede kaçınıyorum
- 3 Çok kaçınıyorum
- 4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçınıyorum

Zarar veya felaketlerin olma olasılığı hakkında düşündüğünüz zaman veya eğer bu konular hakkında güvence alamıyor veya kontrol edemiyorsanız ne kadar sıkıntılı veya kaygılı-endişeli olursunuz?

- 0 Hiç sıkıntılı/ endişeli olmam
- 1 Biraz sıkıntılı/ endişeli olurum
- 2 Orta derecede sıkıntılı/ endişeli olurum
- 3 Çok sıkıntılı/ endişeli olurum
- 4 Aşırı sıkıntılı/ endişeli olurum

Zarar ve ya felaketleri düşünmekten, güvence almaktan veya aşırı kontrol etmekten dolayı günlük rutin işleriniz (iş, okul, öz bakım, sosyal yaşam) ne derecede bozulmuştur?

- 0 Hiç bozulmadı.
- 1 Biraz bozuldu fakat çoğunlukla işlevselliğim iyi.
- 2 Birçok şey bozuldu fakat hala idare edebiliyorum.
- 3 Hayatım birçok yönden bozuldu ve güçlüklerle idare ediyorum.
- 4 Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevsel değilim.

Olası zarar ve felaketle ilgili düşüncelere aldırış etmemek ve güvence arama davranışlarından veya kontrol etmekten vazgeçmek sizin için ne kadar zordur?

- 0 Hiç zor değil
- 1 Biraz zor
- 2 Orta derecede zor
- 3 Çok zor
- 4 Aşırı derecede zor

Kategori 3: Kabul Edilemez Düşünceler

Örnekler...

- Cinsellik, ahlaksızlık veya şiddetle ilgili isteğiniz dışında zihninize gelen rahatsız edici düşünceler.
- Gerçekte yapmak istemediğiniz çirkin, uygunsuz veya utandırıcı şeylerle ilgili düşünceler.
- Kötü bir düşünceden dolayı özel bir rutini uygulamak veya bir eylemi tekrar etmek.
- İstenmeyen veya rahatsız edici bir düşünceden kurtulmak için zihinsel olarak belli işlemleri gerçekleştirmek veya dua etmek.
- İstenmeyen veya rahatsız edici düşünceleri tetikleyen belli kişilerden, yerlerden veya durumlardan kaçınmak.

Bundan sonraki sorular son bir ay içinde aklınıza istemeden gelen düşünceleri ve bu düşüncelerle başa çıkmak için yaptığınız davranışları değerlendirir. Sizin yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınız yanındaki numarayı yuvarlak içine alın.

Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını istenmeyen, rahatsız edici düşüncelerle ve bu düşüncelerle başa çıkmak için yaptığınız davranışsal veya zihinsel eylemlerle geçirirsiniz?

- 0 Hiç
- 1 Her gün bir saatten az
- 2 Her gün 1 ile 3 saat arasında
- 3 Her gün 3 ile 8 saat arasında
- 4 Her gün 8 saat ya da daha fazla

İstenmeyen ve rahatsız edici düşünceleri tetikleyen durumlar, yerler, nesnelere ve diğer hatırlatıcılardan (sayılar, kişi) ne ölçüde kaçınırsınız?

- 0 Hiç kaçınmam
- 1 Biraz kaçınıyorum
- 2 Orta derecede kaçınıyorum
- 3 Çok kaçınıyorum
- 4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçınıyorum

İradeniz dışında aklınıza istenmeyen ve rahatsız edici düşünceler geldiğinde ne kadar sıkıntı ya da kaygı-endişe yaşarsınız?

- 0 Hiç sıkıntı / endişe yaşamam
- 1 Biraz sıkıntı / endişe yaşarım
- 2 Orta derecede sıkıntı / endişe yaşarım
- 3 Çok sıkıntı / endişe yaşarım
- 4 Aşırı sıkıntı / endişe yaşarım

İstenmeyen rahatsız edici düşünceler ve bu düşüncelerle başa çıkma, kaçınma çabaları yüzünden günlük rutin işleriniz (iş, okul, öz bakım, sosyal yaşam) ne derecede bozulmuştur?

- 0 Hiç bozulmadı.
- 1 Biraz bozuldu fakat çoğunlukla işlevselliklerim iyi.
- 2 Birçok şey bozuldu fakat hala idare edebiliyorum.
- 3 Hayatım birçok yönden bozuldu ve güçlüklerle idare ediyorum.
- 4 Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevsel değilim.

İstenmeyen rahatsız edici düşüncelere aldırış etmemek veya bu düşüncelerle başa çıkmak için yaptığınız davranış ya da zihinsel eylemleri kullanmaktan vazgeçmek sizin için ne kadar zordur?

- 0 Hiç zor değil
- 1 Biraz zor
- 2 Orta derecede zor
- 3 Çok zor
- 4 Aşırı derecede zor

Kategori 4: Simetri, eksiksizlik ve Bir Şeylerin "Tam Olması" Gereksinimiyle İlgili Endişeler

Örnekler...

- Simetri, düzgünlük, eşitlik veya kesinlik ihtiyacı.
- Bir şeylerin "tam" olmadığı hissi.
- "Tam" veya "eşit" olduğunu hissedene kadar belli bir eylemi tekrarlamak.
- Anlamsız şeyleri saymak (örn., tavan panelleri, bir cümledeki kelimeler).
- Gereksiz yere eşyaları "düzenlemek".
- "Tam doğru" hissettirene kadar bir şeyleri tekrar tekrar aynı şekilde söylemek.

Bundan sonraki sorular son bir ay içinde bir şeylerin tam olmadığı ile ilgili hisleriniz ve simetri, düzen ve eşitlik sağlamak üzere yaptığınız davranışlarınız hakkındadır. Sizin yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın.

Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını simetri, düzen veya eşitlik ile ilgili istenmeyen düşüncelerle ve simetri, düzen, eşitlik sağlamak amacıyla yaptığınız davranışlarla geçirirsiniz?

- 0 Hiç
- 1 Her gün bir saatten az
- 2 Her gün 1 ila 3 saat arasında
- 3 Her gün 3 ila 8 saat arasında
- 4 Her gün 8 saat ya da daha fazla

Bazı şeylerin simetrik veya tam doğru olmadığını hissettiren nesne, durum ve yerlerden ne derecede kaçınırsınız?

- 0 Hiç kaçınmam
- 1 Biraz kaçınıyorum
- 2 Orta derecede kaçınıyorum
- 3 Çok kaçınıyorum
- 4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçınıyorum

Bazı şeylerin "tam doğru" olmadığı ile ilgili hisleriniz olduğu zaman ne kadar sıkıntılı ve kaygılı-endişeli olursunuz?

- 0 Hiç sıkıntılı/ endişeli olmam
- 1 Biraz sıkıntılı/ endişeli olurum
- 2 Orta derecede sıkıntılı/ endişeli olurum
- 3 Çok sıkıntılı/ endişeli olurum
- 4 Aşırı sıkıntılı/ endişeli olurum

Bir şeylerin "tam doğru" olmadığı hissi nedeniyle ve tam olarak doğru olması için düzeltme ve sıraya koyma çabaları nedeniyle günlük rutin işleriniz (iş, okul, özbakım, sosyal yaşam) ne derecede bozulmuştur?

- 0 Hiç bozulmamıştır
- 1 Biraz bozulmuştur fakat çoğunlukla işlevselliğim iyidir.
- 2 Birçok şey bozulmuştur fakat hala idare edebilirim.
- 3 Hayatım birçok yönden bozuldu ve çok sıkıntılı idare ediyorum.
- 4 Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevsel değilim.

Simetri ve düzenin olmadığıyla ilgili düşüncelere aldırış etmemek ve düzenlemekten veya belli davranışları tekrarlamaktan vazgeçmek sizin için ne kadar zordur?

- 0 Hiç zor değil
- 1 Biraz zor
- 2 Orta derecede zor
- 3 Çok zor
- 4 Aşırı derecede zor

EK 4. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3)

ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3 (ADİ-3)

Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içersine alınız. Eğer her hangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (örn: toplum içinde bayılmak), böyle bir deneyimi yaşamanız halinde nasıl hissedebileceğinizi temel alarak cevaplayınız. Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız. Her madde için sadece bir sayıyı daire içersine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

	Çok Az	Az	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Sınırlı görünmemek benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
2. Kafamı bir işe veremediğim zaman, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
3. Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	0	1	2	3	4
4. Midem rahatsız olduğunda, ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
5. Zihnimi bir işe verememek beni korkutur.	0	1	2	3	4
6. Başkalarının yanında titrediğimde, insanların benim için neler düşüneceğinden korkarım.	0	1	2	3	4
7. Göğsüm sıkıştığında, düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım.	0	1	2	3	4
8. Göğsümde ağrı hissettiğimde, kalp krizi geçireceğim diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
9. Diğer insanlar huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
10. Kendimi tuhaf ya da boşlukta gibi hissettiğimde, ruhsal bir hastalığım olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
11. İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur.	0	1	2	3	4
12. Kalbimin teklediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
13. Topluluk önünde terlemeye başladığımda, insanların hakkımda olumsuz düşüncelerinden korkarım.	0	1	2	3	4
14. Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
15. Boğazım sıkılmış gibi hissettiğimde, boğularak öleceğimden endişelenirim.	0	1	2	3	4
16. Net (berrak biçimde) düşünmekte zorluk çekersem, bende bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
17. Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
18. Zihnimde boşluk hissettiğimde, bende korkunç bir sorun olmasından endişelenirim.	0	1	2	3	4