

T. C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMALARI VE ZİHİN KURAMI
İŞLEVLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Seyfullah Önder UÇAR

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Aslı KURUOĞLU

ANKARA
KASIM 2022

T. C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMALARI VE ZİHİN KURAMI
İŞLEVLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Seyfullah Önder UÇAR

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Aslı KURUOĞLU

ANKARA
KASIM 2022

KABUL VE ONAY



Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	SEYFULLAH ÖNDER UÇAR
Baba Adı	REŞAT
Doğum Yeri/Tarihi	SEYHAN/ADANA
Diploma Tarihi / Diploma No	30.06.2017 / 2017-09-0054
Mezun Olduğu Fakülte	ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	PSİKİYATRİ
İhtisas Süresi	Yıl: 4 Ay: 4
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
Sınav Tarihi	17.11.2022

UZMANLIK TEZİNİN ADI: OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI VE ZİHİN KURAMI İŞLEVLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

JÜRİ KARARI: Yukarıda adı geçen tez, yapılan Tez Sınavında
başarılı bulunmuştur.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tezimin her aşamasında yardım, destek ve zamanını esirgemeyen tez danışmanım sayın Prof. Dr. Aslı Kuruoğlu'na; mesleki bilgi ve tecrübesini her zaman örnek aldığım Anabilim Dalı Başkanımız sayın Prof. Dr. Selçuk Candansayar'a; asistanlığım süresince bana destek olan, yaşadığım zorlukları aşmamda desteğini istediğim ve bana her zaman elinden geldiğince yardımcı olan Uzman Dr. Melike Küçükkarapınar'a; eğitimim sürecince bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum kıymetli hocalarım Prof. Dr. Behcet Coşar, Prof. Dr. Filiz Karadağ, Prof. Dr. Selçuk Aslan, Doç. Dr. İrem Ekmekçi, Uzman Dr. Hakan Aksu, Uzman Dr. Buket Koparal'a; Nöroloji ile Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi bölümleri öğretim üyelerine, kendilerinden çok şey öğrendiğim ve birlikte keyifle çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, kliniğimiz hemşire, personel ve sekreterlerine, psikoloğumuz Çisem Utku'ya, tez çalışmama katılmayı kabul eden değerli hastalarım teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde sonsuz pay sahibi olan canım annem, babam ve kardeşime; tanıdığım için çok şanslı olduğum, hayatıma anlam katan Fatma Nur Kabasakal'a, tanımaktan çok mutlu olduğum, çok şey paylaştığım arkadaşlarım Fulya Esin Güzel, Süleyman Çağın Gürbüz, Şule Akıncı, Ekin Arel Yeşiloğlu ve ismini yazamadığım diğer bütün arkadaşlarıma en içten dileklerimle teşekkür ederim.

Dr. Seyfullah Önder UÇAR

Ankara, Kasım 2022

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk	5
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	5
2.1.2 Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi	7
2.1.3 Obsesif Kompulsif Bozukluğun Etiyolojisi	8
2.1.4 Klinik Özellikler	20
2.1.5 Tanı	22
2.1.6 Tedavi.....	23
2.1.7 İlgörü	25
2.2. Zihin Kuramı	26
2.2.1. Tanım ve Tarihçe	26
2.2.2. Zihin Kuramında Beyin Bölgeleri.....	30
2.2.3. Zihin Kuramı Teorileri.....	31
2.2.4. Zihin Kuramı İşlevleri.....	34
2.2.5. OKB ve Zihin Kuramı.....	37
2.3. Çocukluk Çağı Travmaları	40
2.3.1 Tanım ve Genel Bilgiler.....	40
2.3.2 OKB ve Çocukluk Çağı Travmaları.....	43

2.3.3 Çocukluk Çağı Travmaları ve Zihin Kuramı	44
3. GEREÇ VE YÖNTEM	46
3.1. Araştırmanın Yeri ve Süresi	46
3.2. Örneklem Grubunun Seçimi	46
3.3. Etik Kurul Onayı.....	48
3.4. Araştırmanın Bütçesi	48
3.5. Veri Toplama Araçları	48
3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	48
3.5.2. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS).....	49
3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	49
3.5.4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	50
3.5.5. Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ)	50
3.5.6. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ)	51
3.6. İstatistiksel Değerlendirme	52
4. BULGULAR	53
4.1. Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri	53
4.2. Grupların Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ) Sonuçlarının Karşılaştırılması	56
4.3. Grupların Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ) Sonuçlarının Karşılaştırılması	58
4.4. OKB Grubunda Korelasyon Analizi Sonuçları	60
4.5. Kontrol Grubunda Eğitim Süresi ve Zihin Kuramı İlişkisi	67
4.6. Kontrol Grubunda Çocukluk Çağı Travması ve Zihin Kuramı İlişkisi	68
5. TARTIŞMA.....	69
5.1. Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri	69

5.2. Hasta ve Kontrol Gruplarının Kullanılan Ölçek ve Testlere Göre Karşılaştırılması.....	71
5.3. OKB Grubunun Klinik Özelliklerinin ZK ile İlişkisi	75
5.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Zihin Kuramı ile İlişkisi.....	81
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	88
7. KAYNAKLAR.....	90
8. ÖZET	118
9. SUMMARY	119
10. EKLER	120
Ek-1 Etik Kurul Onayı.....	120
Ek-2 Sosyodemografik Veri Formu.....	122
Ek-3 Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS)	123
Ek-4 Beck Anksiyete Ölçeği	133
Ek-5 Beck Depresyon Ölçeği	134
Ek-6 Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ).....	135
Ek-7 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)	145

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Örnekleme Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri	54
Tablo 2. Grupların Y-BOCS, BDÖ ve BAÖ Puanlarına Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	55
Tablo 3. Gruplar Arasında YBOCS, BDÖ ve BAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması	56
Tablo 4. Grupların ÇÇRTÖ Puanlarına Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	56
Tablo 5. Grupların ÇÇRTÖ Kesme Puanlarına Göre Dağılımı	57
Tablo 6. Gruplar Arasında ÇÇRTÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması	58
Tablo 7. Grupların DEZTÖ Puanlarına Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	59
Tablo 8. Gruplar Arasında DEZTÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	60
Tablo 9. OKB Grubunda OKB Tanı Yaşı, Hastalık Süresi, YBOCS, BDÖ ve BAÖ Arasındaki İlişki.....	61
Tablo 10. OKB Grubunda Eğitim Yılı, BDÖ ve BAÖ ile DEZTÖ Puanları Arasındaki İlişki	62
Tablo 11. OKB Grubunda Cinsiyet ile DEZTÖ Puanları Arasındaki İlişki.....	63
Tablo 12. OKB Grubunda Cinsiyet ile ÇÇRTÖ Puanları Arasındaki İlişki	64
Tablo 13. OKB Grubunda YBOCS, OKB Tanı Yaşı, Hastalık Süresi ile ÇÇRTÖ ve DEZTÖ Puanları Arasındaki İlişki	65
Tablo 14. OKB Grubunda Antipsikotik Güçlendirme Tedavisi Alan ve Almayanların Zihin Kuramı becerilerinin Karşılaştırılması	66
Tablo 15. OKB Grubunda DEZTÖ Puanları ile ÇÇRTÖ Puanları Arasındaki İlişki ...	67
Tablo 16. Kontrol Grubunda DEZTÖ Puanları ile ÇÇRTÖ Puanları Arasındaki İlişki.....	68

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonlardan oluşan, genellikle süregelen özellik göstermekle birlikte bazen dönemsel alevlenmelerin olduğu, kişide sıkıntıya neden olan, geniş bir belirti grubu ile temsil edilen, sıklıkla çocukluk ve genç erişkinlik döneminde başlayan, işlevsellikte azalma ve yaşam kalitesinde bozulma ile giden psikiyatrik bir bozukluktur (1,2).

Erken çocukluk çağında yaşanan yıkıcı olay ve ilişkiler bireyin içinde bulunduğu durumları değerlendirmesini, denetlemesini, aralarında ilişki kurabilmesini, bunlara uyum gösterebilmesini sağlayan mücadele mekanizmalarını olumsuz şekilde etkilemektedir. Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları bireyde kendilik ve çevre algısı üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır (3). Bireyin savunmasız ve korunmaya ihtiyacı olduğu bu dönemde yaşadığı travmatik olayların ileri yaşlarda aralarında OKB'nin de bulunduğu pek çok psikiyatrik hastalık gelişmesinde risk faktörü olduğu bilinmektedir (4,5).

Zihin kuramı, diğer insanların fikirleri, inançları ve duyguları gibi zihinsel durumlarını algılayabilme, bu durumlar ile kişilerin davranışları arasında bağlantı kurma becerisidir (6,7). Kişinin kendisi ve diğerlerinin zihinsel durumları hakkında zihinsel temsiller oluşturabilmesine ve çıkarım yapabilmesine yönelik bir bilişsel kapasite olduğu düşünülmektedir (8,9). İlk kez Premack ve Woodruff (1978) tarafından tanımlanmıştır. Baron-Cohen ve ark. (1985) otistik bozuklukta, zihin kuramı gelişiminde sorun olduğunu saptamışlardır (8). Otistik bozuklukta yapılan çalışmalardan sonra şizofreni başta olmak üzere birçok psikiyatrik ve nörolojik hastalıkta zihin kuramı araştırılmıştır. Bununla birlikte literatürde sadece

birkaç çalışma zihin kuramı ile obsesif kompulsif bozukluk ilişkisini araştırmıştır (10,11). Yapılan çalışmalardan birinde üst düzey zihin kuramı becerilerinde bozulma saptanırken, bir diğerinde imayı anlama ve pot kırma testlerinde bozulma saptanmıştır. Diğer çalışmada ise obsesif kompulsif bozukluk ve kontrol grubu arasında zihin kuramı becerilerinde fark saptanmamıştır (10,11). Zihin kuramının temel becerilerinden ikinci düzey yanlış inanç testinde bozulmanın sanrısallık düşünceye gidişe neden olabileceği, obsesif kompulsif bozuklukta bu beceride bozulma bulunmamış olmasının psikotik belirtilere gidişten koruyan bir etken olabileceği düşünülmüştür (9). Bununla birlikte zihin kuramında frontostriatal bağlantıların OKB patofizyolojisinde kilit rol oynaması ve bu devrelerin aynı zamanda zihin kuramıyla ilişkili nöroanatomik bölgeler olması OKB’de zihin kuramı bozukluğunun rolü olabileceğini düşündürmektedir (12,13).

Zihin kuramı yetisi kişinin kendisine başkalarının perspektifinden bakabilmesi için önem taşımaktadır. Bu nedenle içgörü kısıtlılığı ve zihin kuramı bozukluğu arasında bağlantı olduğu düşünülmektedir. Şizofrenide içgörü kısıtlılığı ve zihin kuramı becerileri arasında ilişki bulunduğu bilinmektedir. Son yıllarda obsesif kompulsif bozuklukta içgörü ile zihin kuramı arasındaki ilişkiye ilgi artmıştır. Yapılan bir çalışmada içgörüdeki zayıflamanın kötü zihin kuramı becerileriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (14). Şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarının içgörü düzeyleri ile zihin kuramı becerilerinin incelendiği başka bir çalışmada ise şizofrenide içgörü azlığının zihin kuramı becerisiyle ilişkili olduğu, obsesif kompulsif bozuklukta ise sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında

içgörü düzeyi ile zihin kuramı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (15).

Çocukluk çağı travmasının aynı zamanda zihin kuramı bozukluklarıyla da ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bunun nedenine dair birkaç olası açıklama vardır. Birincisi, çocukluk çağı travmalarının, hipotalamo-hipofizer sistemi (HPA) bozduğu ve nöronal gelişim üzerindeki olumsuz etkilere neden olduğu gösterilmiştir (16). Zihin kuramı gelişimi doğuştan gelen gelişim süreçlerinin ve çocuğu çevreleyen dış ortama bağlı öğrenme deneyimlerinin bir kombinasyonuna dayanır. Yaşanan çocukluk çağı travmaları sonucunda, başkalarının zihinsel durumu hakkında nasıl düşüneceğine dair öğrenme deneyimleri sunan ortamlara, duygular ve inançlar hakkında konuşan yetişkinlere erişilemeyebilir ve bunun sonucunda da sosyal bilişin önemli bileşenlerinden biri olan zihin kuramı becerileri gelişemeyebilir. Yapılan çalışmalarda çocukluk çağında karşılaşılan kötü muamelenin zihin kuramı becerileri de dahil olmak üzere çocukların sosyal anlayışları üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu göstermiştir (17). Literatür incelendiğinde OKB’de çocukluk çağı travmaları ve zihin kuramı becerileri ayrı ayrı çalışılmış olmakla birlikte ikisinin birlikte değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Tüm bu bilgiler doğrultusunda obsesif kompulsif bozukluk ve zihin kuramı arasındaki ilişkinin incelenmesinin hastalık etiyopatogenezini anlamaya, tedavi yanıtını değerlendirmede daha özgün inceleme yöntemlerinin geliştirilmesine ve böylece daha özgün terapotik yaklaşım ve müdahalelerin sağlanmasına aracılık edebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi, obsesif kompulsif bozuklukta zihin kuramı becerilerinin değerlendirilmesi ve çocukluk çağı travmalarının zihin kuramı işlevlerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın Hipotezleri:

1. Obsesif kompulsif bozukluk grubunda kontrol grubuna göre daha fazla çocukluk çağı travması öyküsü vardır.
2. Obsesif kompulsif bozukluk grubu, kontrol grubuna göre zihin kuramı işlevlerinde daha düşük performans gösterir.
3. Obsesif kompulsif bozukluk grubunda hastalık şiddeti ve hastalık süresi ile zihin kuramı becerileri arasında ters yönlü bir ilişki mevcuttur.
4. Obsesif kompulsif bozukluk grubunda içgörü seviyesi ve zihin kuramı ölçümleri arasında aynı yönde bir ilişki mevcuttur.
5. Obsesif kompulsif bozukluk grubunda çocukluk çağı öyküsü olanlar, çocukluk çağı öyküsü olmayanlara göre zihin kuramı işlevlerinde daha düşük performans sergiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Obsesif kompulsif bozukluk, intruziv nitelikte ve kişide bunaltıya neden olan obsesyonlar ile kişinin yapmaya engel olamadığı tekrarlayıcı davranış veya zihinsel eylemler olan kompulsiyonların temel belirtiler olduğu, çoğunlukla süregelen, zaman zaman ise alevlenmelerle giden, belirgin ölçüde işlevsellik kaybına neden olabilen ruhsal bir bozukluktur.

Obsesyon zorla ve istenmeden gelen, bilinçli çaba ile zihinden uzaklaştırılamayan, bunaltıya neden olan, tekrarlayıcı ve sürekli düşünce, dürtü veya imgeler olarak tanımlanmaktadır (18).

Kompulsiyon, kişinin katı bir şekilde yapmaya zorlanmış gibi hissettiği ve/veya obsesyonlara tepki olarak ortaya çıkan tekrarlayıcı nitelikteki zihinsel eylemler veya yineleyici davranışlardır (18). Bu yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemler yaşanan bunaltıdan kurtulmak veya korkulan bir olaydan sakınmak amacıyla yapılır.

OKB obsesyon ve/veya kompulsiyon belirtilerinin bulunduğu ruhsal bir bozukluktur. Bozukluk tanımı için obsesyon veya kompulsiyonların kişi için sıkıntı yaratması, zaman kaybına yol açması ve işlevsellikte azalmaya yol açması gerekir. Ayrıca OKB tanısı konurken bu belirtilerin bir madde veya sağlık durumunun etkisiyle oluşmaması, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaması gereklidir (19). Takıntılı düşünceler ve zorlayıcı dürtüler veya

eylemler sağlıklı bireylerde de görülebilsede bunlar kişi için sıkıntı yarattığında OKB tanısı konur.

OKB sıklıkla geç ergenlik/erken erişkinlik döneminde başlamaktadır ve tedavi edilmediği durumlarda kronikleşebilmektedir (20, 21). İşlevsellikte bozulmaya sebep olur ve yeti yitiminin önemli sebeplerinden biridir (22). Bozukluğun şiddetinin artması yaşam kalitesinde ve işlevsellikte bozulmayı da artırmaktadır (23).

Obsesif ve kompulsif belirtiler psikiyatri literatüründe ilk kez 1838 yılında Jean Etienne Dominique Esquirol tarafından ‘zeka düzeyi normal olan bir kişinin isteği dışında oluşan, iradeyle bastırılmayan ve karşı konulamayan düşünceler’ olarak tanımlanmıştır (24).

Yirminci yüzyıla gelindiğinde ise Freud ve psikanalitik ekolün etkisiyle beraber OKB'nin kavramsallaştırılmasında psikodinamik nedenler üzerinde durulmuştur. Psikanalitik kurama göre psikoseksüel gelişimin erken aşamalarındaki çözülmemiş bilinçdışı çatışmalara verilen tepkiler OKB belirtilerine neden olmaktadır. İlerleyen yıllarda ise bozukluğun bilişsel, davranışsal ve biyolojik nedenlerine yönelik çalışmalar artmış ve bozukluğa yönelik tedavi seçenekleri giderek daha ön plana çıkmaya başlamıştır (25,26).

Obsesif kompulsif belirtiler ilk defa DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition - Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Birinci Baskı)’de resmi olarak kendisine yer bulmuş ve ruhsal bir reaksiyon olarak ifade edilmiştir (27). DSM-III’te OKB belirtilerinin güncel bakış açısına daha yakın bir tanımlaması ilk defa yapılmış ancak tanı ölçütlerinde

kompulsiyonlar yalnızca bir davranış olarak tanımlanmıştır (28). DSM-IV tanı ölçütlerinde ise kompulsiyonların obsesyonların yarattığı kaygıyı rahatlatmaya yarayan düşünce ve davranışlar olduğu ifade edilmiştir. Obsesyonlar sırasında veya kompulsiyonlara direnme zamanlarında anksiyete belirtilerinin ortaya çıkması, kompulsiyonların gerçekleştirilmesiyle birlikte de anksiyetenin gerilemesi ve OKB'nin diğer anksiyete bozukluklarıyla birliktelik göstermesi nedeniyle DSM-IV'te OKB anksiyete bozuklukları içinde sınıflandırılmıştır (29). Obsesyonlar genellikle benliğe yabancı ve benlik tarafından kabul edilmeyen (egodistonik) düşünceler olmakla birlikte, bu kişilerin bir kısmı obsesyon ve kompulsiyonlarının mantıklı (ego-sintonik) olduğunu düşünmektedir. Bu nedenle DSM-IV'te bu bozukluk için "içgörüsü az olan" alt tip ayrımı yapılmıştır (29). DSM 5'te ise OKB, anksiyete bozuklukları kategorisinden çıkarılıp "OKB ve ilişkili bozukluklar" adı altında kendi başına bir kategori haline gelmiştir (19).

2.1.2 Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi

OKB ile ilgili yapılan eski çalışmalar klinik verilere dayanmaktadır ve 1980'li yıllara kadar toplumda nadir görüldüğü düşünülmüştür. İlerleyen yıllarda yapılan tarama çalışmalarıyla beraber sıklığın tahmin edilenden daha fazla olduğu gösterilmiş, bir yıllık prevelansının %1,5; yaşam boyu prevelansının ise %2,5 dolayında olduğu ve tüm psikiyatrik bozukluklar içinde yaygınlığının major depresif bozukluklar, fobik bozukluklar ve madde kullanımı ile ilgili bozukluklardan sonra dördüncü sırada olduğu saptanmıştır (30,31). Kişi tarafından belirtiler ifade edilmedikçe, şikayet olarak getirilmedikçe muayenede tanınması

oldukça güçtür. Tanı ölçütlerini karşılamayan eşik altı düzeylerde de birçok insanın yaşamını önemli ölçüde etkileyebilmektedir.

OKB, sıklıkla genç erişkinlik yıllarında başlamaktadır. Erkeklerde ortalama 18 yaş iken kadınlarda ise ortalama 21 yaş civarındadır (32). Çoğunlukla (% 65) 25 yaşından önce başlangıç gösterirken, daha az bir kısmı ise (% 5-15) 35-40 yaşından sonra başlamaktadır (33). Klinik araştırmalarda OKB'nin görülme oranlarının erkek ve kadınlar arasında birbirlerine yakın olduğu görülmektedir (34). Çocukluk veya erken ergenlik döneminde başlayan Obsesif kompulsif belirtilerin erkeklerde daha sık görüldüğü ve tik bozukluklarının daha sık eşlik ettiği izlenmiştir (35). Çocuklukta ya da ergenlikte ortaya çıkan, erken başlangıçlı OKB için daha yüksek oranda ailesel geçiş olduğu saptanmıştır (36). OKB'nin diğer aile bireylerinde de görülme oranı %20 dolaylarındadır (37). Sinsi başlangıçlı ve kronik bir seyir izlemekte ve %10 oranında kötü gidiş göstermektedir. OKB'de yaşam boyu intihar girişimi öyküsünün %9 olduğu saptanmıştır (38).

2.1.3 Obsesif Kompulsif Bozukluğun Etiyolojisi

OKB birbirinden farklı belirti kümelerinin oluşturduğu heterojen bir yapıya sahip olup günümüzde etiyolojik süreçler tam olarak aydınlatılamasa da tek bir neden yerine birçok faktörün fizyopatolojide etkisinin olduğu düşünülmektedir. Çeşitli nörobiyolojik ve psikososyal faktörlerin bazı ortak etkilerinin OKB'nin etiyolojisinde rol aldığına inanılmaktadır.

2.1.3.1 Genetik

Yapılan çalışmalarda OKB'nin önemli genetik temellerinin olduğu gösterilmiştir. Aile çalışmalarında OKB'li bireylerin ailelerinde kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek oranda OKB veya obsesif kompulsif bulgular olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada OKB tanısı olanların birinci derece akrabalarında sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslandığında yaklaşık 5 kat daha fazla OKB tanısı aldıkları belirlenmiştir (39). Başka bir çalışmada, OKB hastalarının birinci derece akrabalarında bozukluğun görülme oranı %35 dolaylarında bulunmuş ve OKB'nin erken başlangıç yaşı daha fazla ailesel yüklülük ile ilişkilendirilmiştir (40). Yapılan aile çalışmalarında genetik geçiş olduğu düşünülen vakalarda özellikle erken başlangıç ve tik bozukluğu eş tanısı olan vakalar olduğu belirlenmiştir (41). Buna ek olarak OKB'lilerin akrabalarında anksiyete bozuklukları, Tourette sendromu, trikotillomaninin de görülme oranının yüksek olması çok etmenli ve güçlü bir kalıtsal özelliği akla getirmektedir (42). Özellikle bozukluğun 19 yaş altında başladığı olgularda birinci derece akrabalarında OKB varlığı daha fazladır (43). Bununla birlikte, yetişkin başlangıçlı OKB'si olan bireylerden daha iyi prognoza sahiptirler [44]. Ailesel geçişin başlangıç yaşından bağımsız olduğunu düşündüren araştırmalar da bulunmaktadır (41). Çocukluk başlangıçlı OKB'deki ailesel risk artışındaki bu örüntü, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla ilgili çalışmalarda da gözlemlenmiştir [45]. Bu durum genetik ve/veya epigenetik faktörlerin hastalığın başlangıç yaşını etkileyebileceğini ve erken başlangıçlı

bireylerde bu faktörlerin etkisinin daha büyük olabileceğini düşündürmektedir [46].

İkiz gruplarında yapılan araştırmalarda, eş hastalanma oranlarını, tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre yüksek bulunmuştur (47,48). 30 ikiz çiftin olduğu bir çalışmada, tek yumurta ikizlerinde %87, çift yumurta ikizlerinde %47 oranında eş-hastalanma saptanmıştır (48).

Genom çalışmalarında 9p24 ve 3q27-28 kromozom bölgeleri OKB ile ilişkili bulunmuştur (49). Diğer genetik çalışmalarda 5-HT1D, 5-HT2A, 5-HT transporter ve MAO-A genlerindeki polimorfizmin OKB ile ilişkili olduğu saptanmıştır (50,51). Dopamin sisteminde D4 geni polimorfizmi ile COMT geni polimorfizmi ve homozigotluğunun OKB riskini arttırdığı bulunmuştur (52). Bu sonuçlar, genetik varyasyonların OKB'nin ortaya çıkmasında oynayabileceğini düşündürmektedir (53).

2.1.3.2 Nöroanatomi ve Nörogörüntüleme

OKB'li bireylerde motor tiklerin, sakarlığın ve silik nörolojik belirtilerin daha sık görülüşü ayrıca Tourette Bozukluğu, Sydenham Koresi, bilateral globus pallidus nekrozu gibi bazal ganglionları tutan bazı nörolojik bozukluklarda obsesif-kompulsif belirtilerin oluşu, OKB'de nörolojik sebeplerinin olabileceğini düşündürmektedir. (54). Bazal ganglionlar, serebral korteks, talamus ve beyin sapı bölgeleri ile iletişimi sağlayan, belirli bilişsel, duyuşsal ve motor uyarıların filtrelenmesinde, kortikal aktivite ve motor davranışların modülasyonunda rol oynayan bir bölgedir. OKB'de, bazal ganglionların, uygun olmayan uyarıları

yeterince filtre edememeleri sonucu korteks – striatum – talamus - korteks döngüsünde bozulmaya sebep olduğu , bu döngünün aşırı aktivitesinin de obsesif kompulsif belirtileri ortaya çıkardığı bilinmektedir (55).

Tedaviye dirençli OKB vakalarında bu devredeki kontrolsüz ve artmış aktiviteyi azaltılmayı amaçlan derin beyin stimülasyonu, gama knife radyocerrahisi(anterior kapsülotomi), termoregülasyon, transkranyal manyetik uyarım (TMS) tedavisi ve nörocerrahi tedavi seçeneklerinin OKB belirtilerinde düzelmeye neden olması da bazal gangliyonların, OKB fizyopatolojisindeki önemini desteklemektedir (56,57).

OKB’de yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında, prefrontal korteks, singulat korteks, kaudat nükleus, putamen ve globus pallidus ve talamusun bölgelerinde yapısal farklar saptanmıştır (58, 59).

Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ile yapılan görüntüleme çalışmalarında OKB’de ventrikül beyin parankimi oranında artış, kaudat çekirdek hacminde değişiklikler ve kaudat çekirdek asimetrisinde kaybolma olduğu saptanmıştır(60). SPECT çalışmalarında OKB’de frontal bölgelerde ve talamusta kanlanma artışı, bazal gangliyonlarda kanlanma miktarında değişiklikler saptanmıştır (61). PET çalışmalarında ise OKB’de orbitofrontal bölge ve bazal gangliyonlarda metabolizma artışı olduğu ortaya konmuştur (62).

Bu bulgular OKB’de spesifik bir bölgeden daha çok, birden fazla alanda işlevsel bozukluk bulunduğunu düşündürmektedir.

2.1.3.3 Nörotransmitterlerin Rolü

2.1.3.3.1 Serotonin

OKB'de serotoninin etiyolojide rol oynadığı varsayımı, başta klomipramin olmak üzere SGI (Serotonin Gerilim İnhibitörleri)'nin OKB belirtilerini azalttığına gözlemlenmesi sonucunda ortaya atılmıştır(63,64). Trisiklik bir antidepresan olan klomipraminin güçlü serotonin gerilimini bloke edici etkisiyle obsesif kompulsif bozuklukta belirtileri azalttığı klinik çalışmalarla ortaya konmuş ve OKB'de serotonin gerilim blokajı etkisi kendisine kıyasla daha düşük olan amitriptilin, imipramin ve desipramin gibi antidepresanlardan daha etkili olması serotoninin etiyolojide rol oynadığı hipotezini güçlendirmiştir (65,66). İlerleyen yıllarda ise Fluvoksamin gibi selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGI) kullanıma girmesiyle, bu ilaçların OKB'deki etkinliği ortaya konmuştur (67). Günümüzde özellikle tedaviye dirençli vakalarda klomipramin altın standart olmak üzere, SSGİ'ler OKB tedavisinde en etkili ilaçlar olarak kabul edilmektedir (68).

Yapılan bazı çalışmalarda, beyin omurilik sıvısında (BOS) serotonin metaboliti olan 5-hidroksi indol asetik asit(5-HIAA) düzeyleri OKB grubunda kontrol gruplarına göre yüksek saptanmış ve tedaviyle belirtilerin düzelmesiyle beraber BOS'taki 5-HIAA seviyelerinde azalma olduğu gösterilmiştir (69,70).

Ayrıca yapılan çalışmalarda serotonin reseptör agonistleri olan metaklorofenilpiperazin (m-CPP) ve sumatriptanın OKB'de belirtileri alevlendirdiği saptanmıştır (71). Hem sumatriptan hem de m-CPP'nin 5-HT1D reseptörü üzerinde ortak etkilerinin bulunması bu reseptörün etiyolojide rolünün

olabileceğini düşündürmüştür. 5-HT1D, OKB ile ilişkili beyin bölgeleri olan prefrontal alanlar ve kaudat çekirdeğin bazal bölgesinde yoğun olarak bulunan ve serotonin transmisyonunda azalmaya neden olan presinaptik bir otoresptördür. OKB'de bu reseptörde aşırı duyarlılık olduğu düşünülmektedir (72,73). OKB'de etkilenmiş olduğu düşünülen orbitofrontal kortekste 5-HT1B ve 5-HT1D otoresptörlerindeki duyarsızlaşmanın daha geç olduğu ve diğer bazı psikiyatrik bozukluklara göre daha yüksek ilaç dozları gerektirdiği bildirilmektedir (74,75). Serotonin ile ilgili görüşler ve yapılan çalışmalar OKB patogenezi açıklamaya tek başına yetmemektedir. OKB'de hastaların %40'ından fazlası SSRI'lara yanıt vermemektedir (76). Hastaların farklı SSGİ'lere farklı yanıtlar vermeleri de OKB'nin sadece serotonerjik anormallikler ile ilişkili olmadığını etiolojiye başka süreçlerin de dahil olduğunu düşündürmektedir (77,78).

2.1.3.3.2 Dopamin

Bazal ganglion bozukluklarında ve dopaminerjik aktivitede artışa neden olan psikositümölanların obsesif kompulsif belirtilerdeki artış ile ilişkili olması, OKB'nin tik bozukluklarıyla birlikteliğinin sık olması, OKB'li kişilerin bazılarında, dopamin düzenlenmesindeki bozuklukla ilişkili silik nörolojik belirtilerin bulunması ve dirençli OKB'de güçlendirme tedavisi olarak eklenen dopamin reseptör blokajı yapan bazı ilaçlarla belirtilerin azalması dopaminin OKB patogeneziinde rolü olduğunu düşündürmektedir (79,80)

Yapılan hayvan çalışmalarında amfetamin, apomorfine ve bromokriptin gibi dopaminerjik ajanların ve D2/D3 reseptör agonisti olan kuinprolin verilmesiyle

insanlardaki kompulsif belirtilere benzer davranışlar ortaya çıktığı gözlemlenmiş ve bu tabloların klomipramin tedavisiyle beraber gerilemesi, OKB etyolojisinde dopamin reseptörlerinin kronik hiperstimülasyonu varsayımını desteklemiştir (81).

Dopaminerjik ve serotonerjik yollar arasında fonksiyonel bağlantıların bulunması ve serotonin ile dopamin arasındaki ilişkiden yola çıkarak bazı araştırmacılar OKB'de belirtilerin bu iki nörotransmitter arasındaki dengenin bozulması sonucu oluştuğunu öne sürmüşlerdir. Striatum ve kortikal bölgedeki dopaminerjik nöronlarda yerleşimli postsinaptik 5-HT₂ reseptörlerinin serotonerjik nöronlar tarafından uyarılması sonucu dopaminerjik aktivitede azalma olmaktadır (82). 5-HT_{2A} antagonizması yapan bazı antipsikotiklerin dopaminerjik nöronlar üzerindeki bu inhibisyonu ortadan kaldırdığı ve bunun sonucunda OKB semptomlarına neden olduğu, D₂ antagonizması yapan antipsikotiklerin ise dopaminerjik nöronlarda inhibisyon yaparak OKB belirtilerini azalttığı düşünülmektedir (83). Genel olarak dopaminin prefrontal korteks ile amigdala arasındaki bağlantı üzerindeki düzenleyici etkinliğinin obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olduğu öne sürülmektedir (84).

2.1.3.3.3 Glutamat

Glutamat, merkezi sinir sistemi (MSS)'nin temel eksitatör nörotransmitteridir ve OKB etiyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir. Stres ve stres yanıtında, glutamaterjik sistem yollarının önemli rolü bulunmaktadır (85,86).

Kortikostriatal yolakta glutamaterjik aktivitenin kaudat çekirdekte serotonin salınımını azalttığı ve serotonerjik nöronların da glutamaterjik transmisyon üzerinde etkilerinin olduğu öne sürülmekte, OKB hastalarında serotonin ve glutamat etkileşiminin bozulduğu düşünülmektedir (87).

Manyetik rezonans spektroskopisi ile yapılan OKB çalışmalarında glutamin düzeylerinin striatumda artış gösterdiği ve bunun da OKB etiyolojisinde ilişkili olduğu düşünülen kortiko-striato-talomo-kortikal döngüdeki etkinlik artışı ile uyumlu olduğu saptanmıştır. Ayrıca artmış olan bu glutamin düzeylerinin uygun SGI tedavisiyle birlikte normale döndüğü saptanmıştır (88,89).

İnternal kapsülün ön boynuzu, orbitofrontal korteks ile kaudat çekirdek arasındaki glutamaterjik projeksiyon alanı olup tedaviye dirençli OKB vakalarında burada oluşturulan lezyon sonucunda OKB belirtilerinde azalma saptanmış olup bu durumun glutamaterjik sistem ve OKB arasındaki ilişkiyi gösteren bir başka bulgu olduğu kabul edilmektedir (90).

2.1.3.4 Nöroimmünoloji

Özellikle çocukluk döneminde başlayan OKB ve tik bozukluklarında otoimmün mekanizmaların etiyolojide yeri olabileceği düşünülmektedir.

Sydenham Koreli olguların bir bölümünde OKB belirtileri tespit edilmektedir. A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrasında oluşan otoantikorların bazal ganglion hücrelerinde inflamatuvar bir yanıt oluşturması Sydenham koresi semptomlarına sebep olmaktadır. Hem OKB'de hem de Sydenham koresinde

orbitofrontal - striatal döngüde fonksiyonel işlev bozukluğu olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (90).

PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders With Streptococcal Infections) Sydenham koresi, OKB ve tiklerden oluşan nöropsikiyatrik bir bozukluk grubu olarak tanımlanmaktadır. Bu gruptaki çocuklarda yineleyen streptokok enfeksiyonları sonrasında klinik belirtilerde alevlenmeler meydana gelmektedir (91). Bu enfeksiyonlara karşı gelişen antikorların, bazal ganglionlardaki proteinler ile yüksek benzerlik göstermesinden dolayı, bu bölgedeki antijenlere bağlanıp nöronlara karşı çapraz reaksiyon gösterip bazal ganglion disfonksiyonuna neden olduğu düşünülmektedir (92).

2.1.3.5 Psikososyal Kuramlar

2.1.3.5.1 Psikodinamik Kuram

Klasik psikanalitik kurama göre OKB’de benlik bir taraftan altbenliğin zorlayıcı ve kabul edilemez saldırgan ve libidinal dürtüleri ile diğer taraftan ise üstbenliğin katı ve baskıcı ahlaki kuralları ile mücadele içerisinde. Oluşan bu çatışma baş edilemeyen bir anksiyete yaratır ve oidipus döneminde oluşan bu bunalıtı nedeniyle libido, bir önceki bir psikoseksüel gelişim dönemi olan anal-sadistik evreye gerileme gösterir (93). Benliğin savunma düzeneklerinden biri olan regresyon, psikoseksüel gelişim basamaklarında daha üst bir seviyeden alt seviyede bulunan daha önceki bir döneme dönüş olarak tanımlanır obsesif nevrozun ortaya çıkmasında temel bir role sahiptir. Regresyon ile dürtünün ayrışması sağlanır ve oidipus dönemine ait dürtülerin neden olduğu bunalıttan

uzaklaşılırken bunun yerine anal döneme ait çatışmalar öne çıkar. Bu gerilemeyle beraber benlik kontrolü, kısmen yetersiz hale gelir ve bu durum üstbenliği da etkileyerek onu daha katı ve daha ilkel hale getirir. Artan süperegö sadizmi ve yetersiz benlik kontrolüyle beraber dış nesnelere yöneltilemeyen saldırganlık içe döner (94,95).

Ancak regresyonla beraber bu sefer anal-sadistik dürtüler sıkıntıya neden olmaktadır. Bu dürtülere yönelik sürekli bir mücadele verilmeye başlanır ve bu dürtülere karşı savunma düzenekleri devreye girer. Obsesyon ve kompulsiyonlar ise bazen bilinçdışının örtülü ve çarpıtılmış dürtülerinin yerine geçerken, bazen de üstbenliğin dürtülere yönelik tehditleri veya bu ikisi arasındaki çatışma sonucu ortaya çıkar (94).

Fallik dönemde sevgi ve düşmanlık duyguları uygun şekilde kaynaşmıştır, anal sadistik evrede ise libidinal dürtü nesnesine karşı sevgi ve nefret kaynaşması henüz oluşmamıştır ve bu durum çiftdeğerlilik oluşturur. Ayrıca bu dönemdeki tutma-bırakma davranış biçimi de çiftdeğerlilik gelişiminde etkilidir (96).

Düşüncede de gerileme söz konusudur, sözcükler omnipotans kazanmıştır çocuklarda görüldüğü gibi büyüsel düşünce egemen olur ve batıl inançlar ortaya çıkar. Kişi, eylem olmaksızın sadece düşünceyle veya sözcüklerle gerçeğin değişeceğini düşünür (97).

Regresyon sonucunda, anal-sadistik dürtüleri bastırmaya yönelik yapma-bozma, yalıtma, reaksiyon formasyon gibi savunmalar gelişir. Anal sadistik regresyon sonucu kirlenme dürtüsüne karşı temizlik, saldırganlık dürtüsüne karşı boyun eğicilik ve düzensizliğe karşı da aşırı düzenlilik ile karşı konulmaya çalışılır.

Yalıtma ile dürtü duygusal parçasından ayrılır ve sadece düşünce içeriği ile bilinç düzeyinde tutulur. Yapma-bozma ise olumsuz sonuçları olabilecek, gerçekten yapılan veya yapıldığı düşünülen bir eylemin, tam tersi eylem davranışıyla önlenme çalışmasıdır. Kompulsif davranış ile, ilk eylemin ortadan kaldırılması ve benliği huzursuz ve tehdit eden obsesif düşüncelerden kurtulmaya çalışılmaktadır (98). Karşıt tepki geliştirme (reaksiyon formasyon) mekanizmasıyla bireyde aşırı nezaket, aşırı temizlik gibi telafi edici davranışlar ya da hem nezaket hem de öfke patlaması, ya da hem cimrilik hem de aşırı harcama gibi birbiriyle çelişen ve zıt davranışlar görülebilir (99).

2.1.3.5.2 Bilişsel-Davranışçı Görüşler

Öğrenme kuramlarına dayalı Mowrer'in iki aşamalı modeli OKB ve fobik bozukluklar için kullanılan davranışçı görüşlerdendir. Bu iki aşama klasik ve edimsel koşullanma süreçleriyle oluşmaktadır.

Bu modele göre, ilk aşamada, nötr uyarıların, kaygı yaratma özelliği olan düşünce veya deneyimlerle koşullanması sonucu kişide nötral uyarı ile kaygı ve obsesyonlar oluşmaktadır (100). İkinci aşamada ise, bu yeni edinilmiş kaygı edimsel koşullanma sayesinde devam ettirilir. Kaygı yaratan obsesyonel düşünceler, anksiyeteyi ortadan kaldırabilmek için kaçınma yanıtlarını yani kompulsif davranışlara sebep olur. Bu davranış ile anksiyetenin azaltılması kompulsif yanıtların pekiştirmesine neden olur (101). Tetikleyici uyarı ile her karşılaşıldığında kaygının artması ardından tekrarlayan hareketler ile her

defasında azalması kompulsif davranışın negatif olarak pekiştirilmesi bu davranış örüntüsü sona erdirilmesine engel olmaktadır (102).

OKB'nin etiyolojisinde bilişlerin rolünü açıklamaya çalışan çeşitli bilişsel davranışçı modeller bulunmaktadır. Genel olarak kabul edilen görüşe göre istenmeyen, zorlayıcı(intruziv) nitelikteki düşünceler, obsesyonların oluşumunda ilk adım olarak görülmektedir. Bu düşünceler genel popülasyonun %90'ında bulunmaktadır ve klinik düzeydeki obsesyonlardan içerik olarak farklı değildir (103,104). Bilişsel davranışçı kurama göre, insanların çoğunda görülen bu düşüncelerin yorumlanma biçimindeki farklılıklar ve hatalı değerlendirilmeleri sonucunda bu düşüncelere olumsuz anlamlar yüklenmesinin klinik anlamda obsesyona neden olduğu düşünülmektedir (101,104). Bu kişiler istenmeyen, zarar verici içerikte bir eylemi düşünmenin onun gerçekleşme olasılığını artıracığına, bu düşünceye sahip olmak ile o düşünceyi gerçekleştirmenin aynı anlama geldiğine inanmaktadırlar (105). Kurama göre, intruziv düşünceler, normal zihinsel etkinlikler olup bu zihinsel etkinlikleri kişisel sorumluluğun göstergesi olarak yanlış yorumlama eğiliminde olan kişilerde OKB'deki bunaltı ve nötrleştirme örüntüsü ortaya çıkar (101).

Bilişsel-davranışçı kuramlar, obsesyonların oluşması için hatalı değerlendirmelerin gerekli olduğunu söylemekle birlikte, sadece hatalı değerlendirmelerin bu bozukluğun gelişmesi için yeterli olmadığı savunurlar. İntruziv düşüncelerin hatalı değerlendirilmesi, bu düşünce, imge ya da dürtülerin beklenen olumsuz sonuçlarının nötrleştirilmesi yönünde çabalara yol açar. Sonuçta kişi kaçınma gibi güvenlik davranışları ya da kompulsiyon ve bastırma

gibi etkisizleştirme davranışları sergileyerek kaygı ve sorumluluğu azaltmaya çalışır. Ancak kompulsiyonlar, kısa dönemde bunaltıyı azaltıp kişinin algıladığı kontrol hissinin artmasını sağlamasına rağmen uzun dönemde hatalı yorumlar ve kontrol stratejilerinin devam etmesiyle beraber obsesyonların giderek ortaya çıkmasına ve sıklaşmasına yol açar (106).

2.1.4 Klinik Özellikler

OKB'li kişilerde obsesyon ve kompulsiyon birlikteliğinin yaklaşık %75 olduğu, sadece obsesyonların %9-29 ya da sadece kompulsiyonların ise %11-31 dolaylarında olduğu saptanmıştır (107,108). Bazı araştırmacı ve klinisyenler ise, davranışsal kompulsiyonlara ek olarak zihinsel kompulsiyonlar da dikkatlice değerlendirilebilirse obsesyon ve kompulsiyonların birliktelik oranının daha da artacağını ve %100'e ulaşabileceğini düşünmektedirler (109).

Obsesyonlar ve kompulsiyonların klinik görünümleri oldukça çeşitlidir. Sık görülen obsesyon çeşitleri bulaşma, kuşku, saldırganlık, simetri, cinsel ve dini obsesyonlardır. Kompulsiyon çeşitleri ise kontrol etme, temizleme, sorma-anlatma ya da dua etme, simetri-düzen ve biriktirme kompulsiyonlarıdır (101, 109). Hastalarda yaklaşık %33-60 oranlarında birden fazla obsesyon ve %38-48 arasındaki oranlarda ise birden fazla kompulsiyon birlikte bulunmaktadır (108,110).

Araştırmaların nerdeyse tamamında en sık görülen obsesyon türü kirlenme/bulaşma grubu olup oranı %45-55 dolaylarındadır. Bu obsesyonda kirli olduğu düşünülen yerlerden mikrop, idrar, feçes, meni gibi maddelerin

bulaşabileceği düşüncesiyle yoğun kaygı yaşanır. Bu tür obsesyonları olan kişiler, her şeyi kirlenme kaynağı olarak görebilir; bulaşmayı önlemek böyle ortamlara temas etmemeye çalışır, kaçınma davranışı sergilerler. Kirlenme/bulaşma obsesyonlarına yanıt olarak temizleme kompulsiyonları ortaya çıkar. Temizleme kompulsiyonları, temizlendiğine ikna olamadan sık sık ve uzun süre el yıkama, banyo yapma, eşyaları, odaları temizleme veya çamaşır yıkama şeklinde görülebilir (101,109).

Sıklık olarak ikinci sırada kuşku obsesyonları yer alır. Bir eylemin yapılp yapılmadığından emin olamama durumu olarak tanımlanır. Bu obsesyon genellikle tehlikeli bir durum olma olasılığına işaret ettiğinden, kişide güvenliği sağlayabilmek için kontrol etme kompulsiyonlarına başvurur (101,109).

Saldırganlık obsesyonlarında kişide isteyerek ya da istemeyerek kendine ya da başkalarına zarar verebileceği, kötü bir şeyin olmasından sorumlu olabileceği, müstehcen, hakaret edici sözleri ağzından kaçırabileceği, saldırgan davranışlar sergileyebileceği ya da yasadışı bir eylem yapabileceği hakkında obsesyonlar olabilir. Kişi bu potansiyel zarar veya sözde zararı engellemek amacıyla sayma, dua etme, tekrarlayan kelimeler gibi çeşitli zihinsel süreçlere ve kontrol davranışlarına başvurur (111).

Sosyal, etik, dini ve ahlaki değerlere aykırı istenmeyen düşünceler ve bu düşüncelerle ilişkili davranışlar dini-cinsel obsesyon grubunu oluşturmaktadır. Bu gruptaki obsesyonlara genellikle kompulsiyonların eşlik etmediği düşünülse de, kompulsiyonlarla birlikteliği az değildir (112). Cinsel ve dini obsesyonlarda

kompulsif davranım şekli genellikle benzerdir. Kişiler bu düşüncelerden kaçınma ya da bastırma çabası göstererek başa çıkmaya çalışmaktadırlar (101).

Simetri-düzen obsesyonlarına sahip kişiler istedikleri düzeni sağlayamadıkları zaman yoğun kaygı yaşarlar ve düzenleme, sayma, sıralama kompulsiyonlarına başvururlar. Bazı kişiler ise hayali bir tehlikeyi önlemek için belli bir düzenin gerekli olduğu büyüsel düşüncesine sahiptirler ve bunu sağlamak için yapma-bozma ve sayma ritüellerine başvururlar (101).

2.1.5 Tanı

Günümüzde OKB tanısı koyarken APA'nın yayınladığı Ruh sağlığı ve hastalıklarında tanı için Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) DSM-5 ve DSÖ'nün yayınladığı Hastalıkların ve Bunlarla İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması 10. Baskı (ICD-10) tanı sistemleri kullanılmaktadır.

DSM-5 2013 yılında yayınlanmış olup Obsesif Kompulsif Bozukluk yeni sınıflamayla beraber “Anksiyete Bozuklukları”ndan ayrılıp “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında sınıflandırılmıştır. Ayrıca içgörü şartı da kaldırılarak tanı kriterlerine dahil olan hasta grubu genişletilmiştir (113).

DSM-5’e göre OKB tanısı koyabilmek için, obsesyon ya da kompulsiyonlardan en az birisinin varlığı, bu belirtilerin günde en az 1 saatten daha fazla kişinin zamanını alması ve belirtilerin işlevselliği bozulmasına neden olması gerekmektedir. Belirtilerin madde-ilaç etkisine veya tıbbi bir hastalığa bağlı olmamalı ve başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamamalıdır.

DSM 5’de olgular içgörü düzeyine göre içgörüsü iyi, içgörüsü kötü ve içgörüsü yok/sanrısız inanışlar olarak gruplandırılmaktadır (113).

ICD-10’da OKB “nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar” başlıkları altında sınıflandırılmıştır. ICD-10’da OKB tanı ölçütleri ise obsesyon ya da kompulsyonların en az iki haftadır ve bu iki haftanın çoğu gününde var olması, kişide huzursuzluk yaratması veya gündelik işlevselliği etkilemesi gerekmektedir. Kişide düşünce veya eylemlerden en az birine karşı koyulmaz direnç olmalıdır. Eylemi gerçekleştirme düşüncesi haz amaçlı değil, huzursuzluk veya kaygının azaltılmasına yönelik olmalıdır. Bu düşünce, imge veya dürtüler tekrarlayıcı vasıfta ve rahatsızlık verici olmalıdır (114).

2.1.6 Tedavi

OKB tedavisinde birinci basamak farmakoterapi bilişsel davranışçı terapidir. Çoğunlukla her ikisi bir arada kullanılmaktadır. Klomipramin veya SSGİ ile düzelme oranı %55-60 dolaylarında olmakla birlikte davranışçı yöntemlerin de tedaviye eklenmesiyle bu oran % 70’lere ulaşabilmektedir (115,116).

Klomipramin’in OKB belirtilerini azalttığıнын ortaya çıkmasıyla beraber tedavide kullanılmaya başlanmış ve klomipramin OKB tedavisinde ilk öne çıkan ilaç olmuştur. Klomipraminin serotonin geri alımı üzerine etkisi diğer trisiklik antidepresanlardan (TCA) daha güçlüdür. Tedavide etkili olmasından dolayı OKB patogenezinde serotonin hipotezi öne sürülmüş ve serotonerjik etkili diğer ilaçların OKB tedavisinde denenmesine ve etkili olduğunun görülmesiyle beraber tedavi seçenekleri arasına girmesine neden olmuştur. Yapılan çalışmalarda

klomipraminin SSGİ'lerden daha etkin olduğu bulunmuştur (117). Bununla birlikte, bu ilaçların etkinliklerinin gözlenmesi için 10 haftadan fazla (16-18 hafta) beklemek gerekir. Klomipramin SSGİ'lerden daha etkili olmasına rağmen olası yan etki profili nedeniyle tedavide ilk seçenek SSGİ'lerdir (118). Tedaviye dirençli olgularda güçlendirme tedavisi için en sık kullanılan ilaçlar antipsikotiklerdir. Antipsikotikler tek başına OKB'de etkisiz bulunurken SSGİ'ler ile kombine olarak kullanıldığında tedavi yanıtını arttırdıkları gösterilmiştir (119). OKB tedavisinde kullanılan diğer tedavi seçeneği ise bilişsel ve davranışçı terapi uygulamalarıdır. OKB'nin bilişsel terapisinde, tehlike oluşma olasılığının yüksek olduğu algısı ve tehlikenin sonuçlarına yönelik abartılı düşünceler gibi hatalı ve işlevsel olmayan inançlar üzerine çalışılır. Bu hatalı düşünceler sonucu kişi kompulsif davranışlar kaygıdan kurtulmaya çalışır. Aşırı sorumluluk, mükemmeliyetçilik, düşüncelere aşırı önem verilmesi, belirsizliğe tolerans gösterememe, artmış tehdit algısı ve düşünceleri kontrolde tutma Terapide çalışılan alanlar alanlardır (120).

Davranışçı terapide maruz bırakma (exposure) ve tepki önlenmesi (response prevention) uygulamaları yapılır. Hastanın kaygısının ve kompulsif davranışlarının artmasına neden olan durumların kontrollü ve aşamalı olarak üzerine gidilir ve kişinin kaygısı kontrol altına alınmaya çalışılır (120).

Günümüzde konservatif tedaviye dirençli OKB vakalarında derin beyin stimülasyonu, gama bıçağı ve termoregülasyon yöntemleri uygulanmaktadır. (121,122) Bu yöntemlerde bazal ganglionlar ve korteks arasındaki anormal bağlantılar hedeflenmekte ve OKB belirtilerinin azalması amaçlanmaktadır.

2.1.7 İğr

İğr, kişinin kendisiyle ilgili bir durumun gerek nedenini ve anlamını kavrayabilme becerisidir. Psikiyatri perspektifinde ise kişinin kendisindeki bozukluğın farkındalık ve anlayış derecesidir. Kişiler var olan bozukluğın tamamen inkar edebilir yada kendisinde bir bozukluğın olduğunu ve yaşadığı uyum güçlüğüünün kendi mantıksız düşüncelerinden kaynaklandığını söyler bazen de bu ikisinin arasında kendisinde bir bozukluk olup olmadığından tam olarak emin olamadığı durumlar olabilir. Dolayısıyla OKB’de içğr düzeyinin bir uta yüksek düzeyde içğrünün olduğu, diğer uta ise içğrünün hiç olmadığı bir spektrum şeklinde olduğu düşünlmektedir (123).

Tarihsel süreçte OKB’de obsesyon ve kompulsiyonların benliği yabancı olduğu ve kişinin bu belirtilere dair içğrüsünün olması gerektiğı söylenmekteyken sonraki yıllarda araştırmacılar, OKB’si olan bazı hastaların obsesyon ve kompulsiyonlarını mantıksız ve saçma bulmadıklarını, semptomlarını eleştirme becerisi ve semptomlara karşı direnmede yetersizlik gösterebildiklerini fark etmişlerdir (124). Üstelik hastaların belirtilerin anlamsızlığının farkında olmalarının davranışsal olmaktan ziyade daha çok sözel olduğu ayrıca bu farkındalığın da zamanla değışkenlik gösterebildiğini saptamışlardır (123).

DSM-5’te OKB’de içğrünün olması gerektiğı şartı tanı kriterinden çıkarılmış, onun yerine içğrüsü iyi, içğrüsü kötü, içğrüsü yok/sanrısız inanışlar şeklinde belirleyiciler getirilmiştir (113).

Yapılan çalışmalarda içğrü yokluğunun OKB’nin prognozunu kötü yönde etkilediğı ve daha kötü tedavi cevabına neden olduğu gösterilmiştir (125,126).

2.2. Zihin Kuramı

2.2.1. Tanım ve Tarihçe

Zihin kuramı (ZK) kavramsal olarak 1978 yılında prematolog olan Premack ve Woodruff tarafından “Şempanzelerin Zihin Kuramı var mıdır?” (Does the chimpanzee have a theory of mind?) isimli makalede ortaya atılmıştır (127). Araştırmacılar bu makalede şempanzelerin kendi türdeşlerinin gerçekleştirdikleri eylemlerin arkasındaki sebepleri anlayabildiklerini öne sürdükleri bu makalede Zihin Teorisi ismini önermişlerdir. Bu makale her ne kadar metodolojik olarak eleştirilse de yeni ve önemli bir çalışma alanının ortaya çıkmasını sağlamıştır (128).

İnsanın gelişimsel sürecinde ZK’nın hangi noktada oluştuğu ve hangi zamanda hangi aşamada olduğu henüz tam olarak anlaşılabilmiş değildir. Genel olarak kabul edilen görüş 3-5 yaş arasında kişinin başka insanların zihinsel süreçlerini kendi zihinsel süreçlerinden ayırarak anlayabildiğidir (129). Ancak son yıllarda giderek artan çalışmalarla birlikte ZK becerilerinin ilerleyen yıllarda da diğer yürütücü işlevler ve kognitif süreçlerle etkileşim halinde sürekli gelişmekte olduğu ve bunun yaşam boyunca sürdüğü öne sürülmektedir (130). Bu alanda yapılan önemli bir çalışmada araştırmacılar üç ve dört yaşlarındaki çocukların temporoparietal bağlantı ve ventromedial prefrontal korteks gibi sosyal bilgi işleme bölgelerindeki aktivite ile ZK becerilerinin korelasyon gösterdiğini bulmuş ve bu durumun o yaşlarda ilgili beyin bölgelerinde görülen beyaz cevher değişikliklerinin bir sonucu olabileceğini öne sürmüşlerdir (131). Ayrıca ZK

becerilerinin gelişiminde yaş dışında dil gelişimi, aile ortamı, kardeş sayısı ve doğum sırası gibi faktörlerin de rol oynadığı bilinmektedir (132). Özellikle dil gelişimi ile ZK becerilerinin gelişimi arasındaki ilişki üzerine birçok çalışma yapılmıştır (133). Pragmatik dil becerileri, düşünce söze dökülürken veya duyulan bir ifade yorumlanırken gereklidir ve yalan söylemek, birini kandırmak, samimi olmak, ima etmek, alaycı olmak gibi hemen her türlü sosyal biliş ve etkileşim için pragmatik dil becerisinin bulunması gerekir. Zihin kuramı gelişimi ve dil gelişimi arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada dil becerilerinin, çocukların daha sonraki zihin kuramı performanslarını yordadığı saptanmıştır (134). Yapılan başka bir çalışmada ise düşük dil puanına sahip çocukların kendi duygularını veya durumlarını ifade edebiliyorken, başkalarının durumlarını açıklamada güçlük çektikleri gösterilmiştir (135). Çocuğun ZK becerilerinin gelişiminde annenin dil becerilerinin belirleyici bir rolü olduğunu gösterilmiştir (136). Dilin, özellikle kognitif ZK testleri ile yakın ilişki içinde olduğu gösterilmiş ve kognitif ZK becerisinin gelişiminde dil gelişiminin öncüllüğü ortaya konulmuştur (137). Benzer şekilde çocuğun mizahi gelişimi sürecinin de ZK becerileri ile ilişkili olması, bu alandaki gelişim sürecinin önemini göstermektedir (138). Ayrıca ZK becerilerinin gelişiminde bağlanma kuramının da temel bir rol oynadığı düşünülmektedir (139).

Farklı araştırmacılar ve bilim dalları tarafından farklı tanımlamaları yapılmış olmakla birlikte zihin kuramı, kişinin kendi zihni ve başkasının zihinsel süreçleri hakkında çıkarsama yapabilme becerisi şeklinde kavramsallaştırılmakta ve ortak bir tanım olarak uzlaşılmaktadır (140). Biraz daha açacak olursak zihin kuramı,

kişinin kendisi ve başkalarının niyetleri, amaçları, tercihleri ve inançları gibi zihinsel süreçleri ile ilgili çıkarım yapabilmesi olarak tanımlanabilir (141). Bazı araştırmacılar bu beceriye sadece zihinsel süreçlerin değil aynı zamanda duygusal süreçlerin de dahil olduğunu belirtmişlerdir (142).

Yıllar içerisinde farklı ZK tanımlamaları yapılmış ve “ZK” teriminin yanında "mentalizasyon", "zihin okuma", "metareprezentasyon", "folk psikoloji", "sağduyu psikolojisi", "naif psikoloji", "kognitif empati" gibi çeşitli isimlendirmeler de kullanılmıştır (143). Bu farklı isimlendirme ve tanımlamaların kuramın farklı bileşenlerden oluşup farklı süreçleri yansıtabileceğinin bir göstergesi olduğu düşünülmektedir (144).

Başkalarının davranışlarının altında yatan istek, amaç ve inançlar doğrudan görülemese de ZK becerileri sayesinde çıkarımda bulunabilmir. Bu çıkarımların yapılabilmesi, duyulardan gelen bilgiler ve deneyimlerin entegrasyonu ile olur. Karşıdakinin yüz ifadesi, beden hareketleri ve ses tonu gibi ipuçlarından o kişinin duyguları hakkında çıkarsama yapılabilir. Karşıdakinin istek, amaç ve inançları hakkında çıkarımda bulunabilmek için ise, o kişinin ne yapmakta olduğuna dair gözlemin yanısıra önceki deneyimler, dış dünyaya ilişkin genel bilgi birikimi ve karşıdaki kişi ile ilgili tecrübeler etkili olmaktadır (145,146).

Bununla ilgili Sabbagh, Tager-Flusberg ve Sullivan, ZK işlevlerinin iki bileşenden oluştuğunu öne sürmüşlerdir. İlki “sosyal-algısal” bileşen de denilen “zihinsel durum kod çözmesi veya saptaması” (mental state decoding or detecting) kavramıdır ve kişi bu sayede başkalarının zihinsel durumlarını o kişinin yüz ifadesi, eylemleri, ses tonu, bakışlarının odaklandığı yer gibi gözlemlenebilir

sosyal ipuçları yardımıyla çıkarımda bulunabilmektedir. İkinci kavram ise “sosyal-kognitif” bileşen diye de ifade edilen başkalarının eylemlerini anlayabilmek veya tahmin etmek için akıl yürütme işlevlerinin gerçekleştirildiği “zihinsel durum muhakemesi” (mental state reasoning)’ kavramıdır. Bunu yapabilmek için ise, söz konusu kişi veya bağlamsal koşullarla ilgili bilgi ve gerçeklere sahip olmak gerekir. ZK'nın bu iki yönü, başkalarının zihinsel durumları hakkında güvenilir çıkarımlar yapılabilmesi için genellikle birlikte ve uyum içinde çalışır (147,148).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda diğer bir sosyal beyin kavramı olan empati de kognitif empati ve emosyonel empati olarak iki farklı yapıya ayrılmıştır (149). Emosyonel empati, başkalarının gözlemlenen yaşantılarına duyusal tepkiler verme ve ortak duyguları paylaşma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Emosyonel empati; duygu tanıma (emotion recognition), duygusal bulaşıcılık (emotional contagion) ve paylaşılan acı (shared pain) adı verilen alt bileşenlerden oluşmaktadır (149). Kognitif empatinin ise ZK becerileri olduğu ifade edilmektedir (150). Bu beceriler, başkalarının emosyonel ve bilişsel durumlarına ilişkin çıkarımlarda bulunmayı içerir (151). Bu çalışmalarda benzer şekilde ZK işlevleri affektif ZK ve kognitif ZK olmak üzere iki alt bileşene ayrılmıştır (152-154). Kognitif ZK, diğer insanların bilişsel durumlarına ilişkin çıkarımlarda bulunma yeteneği iken, affektif ZK ise bir kişinin diğerlerinin emosyonlarıyla ilgili yaptığı çıkarımlar olarak tanımlanmaktadır ve çıkarımda bulunma sürecini içermesi nedeniyle affektif ZK'nın emosyonel empatiden ayrıştığı iddia

edilmektedir(149). Nörogörüntüleme çalışmalarında, affektif ve kognitif ZK'nın beynin farklı alanlarında etkinleşmeye neden oldukları gösterilmiştir (153, 155).

2.2.2. Zihin Kuramında Beyin Bölgeleri

Zihin kuramından sorumlu nöral yapı ve bağlantılarla ilgili çalışmalar son dönemde giderek artmıştır. Özellikle şizofreni ve otizm spektrum bozukluğunda zihin kuramı becerilerinin sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak bozuk olduğunun gösterilmesi sonucu yapılan çalışmalarda zihin kuramından sorumlu nöral bölgelerdeki nörogelişimsel patolojilerin otizm spektrum bozukluğu ve şizofreni gibi bozukluklara yol açmış olabileceği düşünülmüştür (156). Sağlıklı bireylerdeki zihin teorisinin nöronal temellerini araştırmaya olan ilgi bu bozukluklardaki nöral sistemleri daha iyi anlayabilme umudundan doğmuştur (156,157).

Bu alanda en çok katkı fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarından gelmiştir. Zihin kuramı testleri sırasında en çok aktifleşen bölgeler ventromedial frontal korteks, anterior singulat korteks, superior temporal sulkus ve temporoparietal bileşke olarak bildirilmiştir (158,159). Çalışmalarda birçok beyin bölgesi zihin kuramıyla ilişkili bulunmasına karşın özellikle ventromedial prefrontal korteks ve temporoparietal bileşke dikkat çekicidir çünkü bu bölgeler aynı zamanda ayna nöronların yoğun olarak bulunduğu bölgelerdir (160). Ayna nöronlar, canlıların hem bir türdeşi veya başka türden bir canlının yaptığı bir eylemi gözlemlemesinde hem de aynı eylemi kendisi yaptığında aktive olan nöral bir sistem olarak kavramsallaştırılmaktadır (161). Ayrıca ayna nöronların sadece hareketle değil

aynı zamanda kişinin kendisinin ve karşısındaki duygu ve niyetlerinin algılanması sırasında da aktifleştirdiği saptanmıştır (162). ZK ile ayna nöron sistemi arasındaki bu ilişkinin, kendiliği ve ötekini anlama becerisini sağlayan bir yönü olduğu düşünülmektedir (163). Bazı araştırmacılar tarafından zihin okuma becerisinin ayna nöron sisteminden evrimleşmiş olabileceği ileri sürülmektedir (164).

2.2.3. Zihin Kuramı Teorileri

Zihin teorisinin temel tanımıyla ilgili fikir birliği olsa da gelişimi ve işleyiş düzeni hakkında farklı teorik yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu farklı teoriler, zihinselleştirme yeteneğinin doğası ile ilgili farklı yordamalar yaptığından ZK yeteneğinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlamaktadırlar. Birçok farklı teori bulunmakla birlikte, geçmişten günümüze üzerinde en çok durulan üç teori bulunmaktadır.

2.2.3.1 Modüler Teori

Bazı teorisyenler Fodor'un (1983) insan zihninin modüler organizasyonu kavramından yola çıkarak ayrı bir zihin kuramı modülünün varlığını ileri sürmüşlerdir (165). Bu teoriye göre; tıpkı belli bir bilgi sınıfıyla sınırlı işlem yapan beyindeki diğer alana-özgü bilişsel kapasitelerde olduğu gibi, ZK mekanizmasının da sosyal çıkarımla sınırlı bilgileri işlediği iddia edilmiştir (166). ZK yeteneğine özgü nöral yapıların diğer bilişsel işlevlerden fonksiyonel ayrıldığı ve bu nöral yapıların spesifik hasarı sonucu, ZK becerileri dışındaki diğer bilişsel işlevlerin korunacağı iddia edilmektedir. Modüler teoriye göre, ZK'nın gelişimi

esas olarak ZK'ya özgü doğuştan var olan beyin yapılarının nörolojik matürasyonu sonucu olmaktadır. Yaşantılar ZK mekanizmasının işlevselliğini etkileyebilir ancak mekanizmanın yapısından sorumlu değildir (166). Son yıllarda yapılan görüntüleme çalışmalarının tutarlı sonuçları modüler teori ile uyumlu olarak ZK işlevlerinde yer alan ortak bir nöronal ağ olduğuna işaret etmekte ancak bu ağ içerisinde gösterilen alanların başka birçok bilişsel işlevde de kullanıldığının gösterilmesi, bu teorinin iddia ettiği seçici beyin bölgelerinin varlığına dair görüşlerle uyuşmamaktadır.

2.2.3.2 Simülasyon Teorisi

Gordon (1986) tarafından geliştirilen bu teoriye göre insanlar iç gözlem yoluyla kendi zihinsel durumlarının farkındadırlar ve bu farkındalığı simülasyon süreci yoluyla diğer insanların zihinsel durumlarını anlamlandırmak için kullanabilirler (167). Bu sebeple bu teoriye “empati teorisi” adı da verilmektedir.

Başka bir deyişle bu süreçte başkalarının zihinsel durumları ve duyguları hakkında çıkarımda bulunmak için kendi gözlem ve deneyimlerini kullanır, karşısındakinin bulunduğu durumu simülasyon veya role bürünme yoluyla içselleştirir ve kendisi benzer bir durumda olduğunda nasıl hissedilip düşünüleceğini önceki deneyimleriyle entegre edilerek hayal eder ve sonuçlar karşı tarafa yansıtır (168). Daha basit bir anlatımla ZK işlevinin temsili olarak ‘bir kişinin kendisini başkasının yerine koyabilme’ kabiliyeti ile ilgili olduğu iddia edilmektedir (164). Dolayısıyla simülasyon teorisinde deneyim, ZK becerisinin gelişiminde önemli rol oynamaktadır (166).

Simülasyon teorisinde, zihin teorisine özgü bir nöral yapı bulunmadığı, bunun yerine genel çıkarım yapma yeteneğini destekleyen bütün nöral yapıların aynı zamanda ZK becerilerini de desteklediği düşünülmektedir (168).

2.2.3.3 Teori Teori

Metarepresentasyonel teori olarak da ifade edilen ve ilk olarak Perner (1991) tarafından ortaya konan bu modele göre, kişilerin doğuştan bir temsil etme becerisi bulunmaktadır ve bilişsel gelişim basamakları arttıkça farklı düzeylerde temsil oluşturma becerisi kazanılmaktadır (166).

Başkalarının ne düşündüğüne dair düşünebilme eylemi sayesinde kişi başkalarının zihinsel temsilleri hakkında teorilerde bulunabilmektedir. Bu şekilde başkalarına ait düşünce, duygu ve davranışlar kişinin zihninde kuramsallaştırılır. Dış dünyayı anlamak için oluşturulan ve erken dönemlerden itibaren aşamalı bir gelişim ve değişim gösteren bu kuramlar yetersiz kaldığında ya da hatalı olduğunda aynı bilimsel teorilerde olduğu gibi değişebilmektedir. Kişi yaşadığı deneyimlerle sınılandıkça dış dünyaya yönelik daha gelişmiş kuramlar oluşturmaktadır. Simülasyon teorisinde olduğu gibi Teori-teori modelinde de ZK becerisinin gelişme sürecinde deneyimler önemli rol oynamaktadır ve ZK becerisinin sadece kendi başına bağımsız bir işlevle değil, birden çok bilişsel becerinin etkileşimiyle oluştuğunu öne sürmekte bu görüşleriyle de modüler teoriden ayrılmaktadır (166). Kişinin kendisinin ve başkalarının zihinsel durumlarını yorumlamak için kuramlar meydana getirdiğini ileri süren Teori-Teori hipotezinin aksine Simülasyon Teorisi'ne göre kişi, kendi zihinsel kaynaklarından yararlanmaktadır. Simülasyon

Teorisi'ne göre insanlar başkalarının zihinsel durumlarını ve davranışlarını yordayabilmek için kendi duygusal ve motivasyonel kaynakları ile muhakeme kapasitelerini kullanmaktadırlar. Bunun sonucunda, Teori-Teori görüşü hem kendi hem de diğerlerinin düşünce ve inançlarını anlamamanın eş zamanlı gerçekleşeceğini savunurken, Simülasyon Teorisi'nde kişi önce kendi zihinsel durumunu anlayabilmekte sonrasında kendi zihinsel durumu vasıtasıyla diğerlerinin zihinsel durumlarını anlamlandırabilmektedir (169).

2.2.4. Zihin Kuramı İşlevleri

Bilişsel ve motor becerilerin çoğunda olduğu gibi ZK becerilerinin de öncüllerinin yaşamın ilk aylarından itibaren gelişmeye başladığı ve gelişimsel süreçle beraber giderek daha karmaşık ve üst düzey işlevler haline geldikleri kabul edilmektedir (166).

Anne ile çocuk arasındaki doğumla başlayan fiziksel ve duygusal temas gibi sözel olmayan iletişim biçimleriyle başlayan süreçte ilerleyen dönemde yüzleri algılamak, annenin yüzü ile başkalarının yüzlerini ayırt etmek ve yüzdeki duygusal ifadeleri algılamak, ZK'nın afektif bileşenlerinin gelişiminde çok önemli bir role sahiptir (170).

Sosyal davranışların ilk örneklerinden olan bakmak, gülümsemek ve karşılık olarak gülümsemek aynı zamanda anne ve çocuk arasındaki empatik karşılıklılık duygusunun da ilk örnekleridir (171). Çocuk, anneden gelen uyarıları algılayıp farklı duyularından elde ettiği tüm bilgileri birleştirir. Apılan son çalışmalar, sosyal bilginin temel duygusal işlenmesinden sorumlu nöronal mekanizmalar ile

ZK sistemi arasında çift yönlü bir etkileşim bulunduğu ve bu ilişkinin de sosyal algının oluşmasında rol oynadığını göstermektedir (172).

Doğuştan gelen sosyal davranışlar ilk örnekleri olan bakmak, gülümsemek ve karşılık olarak gülümsemek belki de anne ve çocuk arasında empatik bir karşılıklılık duygusunun kanıtıdır (171). Bebeklerin ilk 2 yaş döneminde farklı yüz ifadelerini ve sesleri birbirinden ayırt etmeye başladığı, başkaları ile ilgili algısal temsiller oluşturabildikleri saptanmıştır ve bunun da bebeklerin sosyal-kognitif gelişiminde önemli rolü olduğu düşünülmektedir (167).

Altıncı aya gelindiğinde bebekler canlı ve cansız nesnelerin hareketlerini birbirinden ayırt etmeye başlar. 12. ayda ise bebeklerde “ortak dikkat” becerisi gelişir. Ortak dikkatin gelişmesi ile beraber bebekler dikkatini kendisi, başka birisi ve etrafındaki bir nesne arasında düzenleyip üçlü bir temsil geliştirebilir (166).

Ortak dikkat yeteneği ile çocuklar başkasının neye baktığını farketmenin yanında kendisi ile başkasının aynı nesneye bakmakta olduğunu fark edebilmektedir (173). Zihin kuramı becerisinin gelişimsel süreçte ilk kez kendisini bu ortak dikkat yeteneğinde 18. ay dolaylarında gösterdiği kabul edilmektedir.

14-18 aylıkken bebekler, bir kişinin arzu ve istekleri gibi zihinsel durumları ile duyguları ve hedefleri arasındaki nedensel ilişkiyi anlamaya başlar (174). 18. ayda farklı kişilerin aynı nesneye karşı yaklaşımlarının birbirlerinden farklı olabileceği ve bu sayede arzuların aynı zamanda öznel oldukları da algılanmaya başlanır (175). Bu değerlendirme yetisi sayesinde çocuklar kendilerinin istemediği bir şeyi başkalarının isteyebileceğini fark edebilir (175) ve başkalarının istekleri gerçekleşmediğinde nasıl hissedeceklerini tahmin edebilir (176).

18-24 ay arasında başlayan hayal gücüne dayalı "-mış gibi" oyunların ZK becerileri gelişiminde önemli bir rolü olduğu kabul edilmektedir (177). Bu oyun sayesinde çocuklar olayların veya nesnelerin gerçek temsilleri yerine onların varsayımsal temsillerini geliştirirler. Bu varsayımsal temsillere üst temsil (metarepresentational) denilmektedir. Üst temsilleri kavrayabilme ve bu temsilleri ayırtabilme sürecinin ZK'nın bir göstergesi olduğu öne sürülmektedir (166). Bu dönemde çocuk, hayali durum ile gerçeklik arasındaki farkı anlayıp bunlar arasında ayırım yapabilmekte ve birbirinden farklı zihinsel durumları örtük bir şekilde anlamaya başlamaktadır (166, 178).

Çocuklar 3-4 yaşlarına kadar kendileri ile başkasının bilgilerini ve inancını ayırt edememektedir. Bu dönemden önce, çocuklar başkalarının bilgilerinin kendi bilgileriyle benzer olduğunu düşünürler. (166, 173). Bu yaş grubuna gelindiğinde çocuklar basit nedensel ilişkiler kurarak başkalarının inanç, istek ve duygularının kendilerinininkinden farklı olabileceğini hatta başkalarının yanlış inançlara sahip olabileceğini anlamaya başlarlar. Bu yaştaki çocukların birinci düzey yanlış inancı anladıkları yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (173,178).

6-7 yaşlarından itibaren çocuklarda, başkalarının diğer kişiler hakkındaki düşünce ve niyetlerini algılama ve zihinlerinde temsil etme becerisi gelişmeye başlar (166, 173). Kavramsal olarak "Düşünce hakkındaki düşünce" olarak ifade edilen bu becerinin bu yaş grubunda gelişmeye başladığı, 2. derece yanlış inanç testleri ile gösterilmiştir (179, 180). Metafor ve ironiyi kavrayabilme becerisi, konuşmanın düz anlamının ötesindeki anlamları düşünebilmeyi ve başkalarının gerçek niyetini anlamayı sağlayan ZK becerisidir. İroninin metafora göre daha karmaşık bir zihin

kuramı becerisi olduğu iddia edilmektedir. Çocuklar ikinci düzey zihin kuramı becerilerinin gelişmesiyle birlikte metafor ve imayı anlamayı başarabilirler ve bu nedenle bu becerilerin gelişimi ancak 6 ile 7 yaşlarından sonra olabilmektedir (166).

9-11 yaşlarında ise "pot kırmayı fark etme" (Faux pas) becerisi gelişir. "Pot kırmayı fark etme" içinde empatiyi de barındıran bilişsel ve affektif bileşenleri olan, gelişimsel olarak ileri bir ZK becerisidir (173,181). Pot kırmanın fark edilmesi, konuşmacının bilgi durumu ile dinleyicinin bilgi durumu arasında bir fark olabileceğinin anlaşılmasını ayrıca bu durumun dinleyici üzerindeki duygusal etkisinin değerlendirilebilme becerisini gerektirir. Bu yeteneğın gelişiminin kızlarda 9 yaş civarında, erkeklerde ise 11 yaş civarında oluştuğu gösterilmiştir (182).

ZK yetilerinin 11-12 yaşlarından sonra hayatın ilerleyen dönemlerinde de gelişmeye devam ettiğı düşünülmektedir. Zihin kuramı becerilerinin gelişmeye devam etmesinin kişide, yalanları ve kandırmacaları çözme, blöfleri anlama, ikna etme, kişilerin belli etmedikleri düşünce veya niyetlerini anlama gibi karmaşık becerilerinin gelişmesine yardımcı olduğu düşünülmektedir (183).

2.2.5. OKB ve Zihin Kuramı

Son yıllarda yapılan bazı araştırmalarda, OKB hastalarında ZK becerilerinin de dahil olduğu sosyal bilişsel becerilerde anlamlı bozulmaların olduğu saptanmıştır (184).

ZK becerileriyle ilişkili olduğu düşünölen ve OKB'nin patogeneğinde rol oynayan bazı nöronal ağlarda benzerlikler bulunmaktadır. Yapılan nörogörüntöleme çalışmalarında amigdala, anterior singulat girus, süperior temporal girus ve prefrontal korteks arasındaki sinirsel bağlantıların ZK gelişiminde rolü olduğu saptanmıştır (185,186). Bu bölgeler aynı zamanda OKB'de işlev bozukluğuna yol açan frontostriatal devre olarak adlandırılan bölge ile ortak ağları içermektedir (187). Ayrıca özellikle affektif ZK fonksiyonlarıyla ilişkili olduğu gösterilen orbitofrontal kortekste aynı zamanda OKB hastalarında da fonksiyon bozukluğu olduğu gösterilmiştir (188,189).

Literatürde OKB ve ZK ilişkisini inceleyen oldukça az sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda birbirlerinden farklı sonuçlar ortaya çıktığı gözökmektedir. Çalışmalardaki örneklem sayısının sınırlı olması, farklı alanlarda ve düzeylerde ZK becerilerini ölçen farklı testler kullanılmış olması ve ZK'yı etkileyebilecek diğer faktörlerin çalışmalarda yeterli düzeyde araştırılamamış ve dışlanamamış olması sonuçlardaki bu farklılıkların sebepleri olabilir.

Mavrogiorgou ve arkadaşlarının 20 OKB ve sağlıklı kontrolle yaptığı çalışmada ima ve pot kırmayı fark etme (faux pas) testlerinde gruplar arasında fark bulunmazken daha gelişmiş ZK becerisini gösterdiği düşünölen atasözlerini anlama testinde, OKB hastalarının daha kötü performans gösterdiği saptanmış ve OKB'de ileri ZK becerilerinde bozulmaların görölebileceğı iddia edilmiştir (190).

Sayın ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; 30 OKB hastası ve 30 sağlıklı kontrole 1. ve 2. derece yanlış inanç, imayı anlama ve çift blöf testlerini içeren ZK testleri ile bazı bellek testleri ve stroop testi uygulanarak karşılaştırma yapılmış

daha gelişmiş bir ZK becerisi düzeyini gösteren çift blöf testinde OKB grubu anlamlı olarak daha kötü performans sergilemiştir. Ayrıca ZK becerileri ile bellek testleri arasında ilişki saptanmıştır (191).

Mısır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; 30 OKB hastası ve 30 sağlıklı gönüllüye içinde 1. ve 2. sıra yanlış inanç, ironi, metafor ve pot kırmayı fark etme testleri ile gözlerden zihin okuma testi bazı nöropsikolojik testler uygulanmıştır.

OKB grubu 1. ve 2. sıra yanlış inanç ve toplam puan alanlarında ZK becerilerinde anlamlı olarak daha düşük performans sergilemiş ve toplam puandaki bu anlamlılık genel bilişsel faktörler kontrol edildiğinde de korunmuştur. Ayrıca bu araştırmanın sonucunda; OKB'de ZK becerilerinin bozulduğu ve şizotipal özelliklerin, hastalık şiddetinin ve zayıf içgörünün ZK testlerindeki düşük performans ile ilişkili olduğu saptanmış ve OKB'deki ZK becerilerinin bazı nörobilişsel fonksiyonlar ile ilişkili olsa da farklı bir antite olduğu savunulmuştur (192).

Tulacı ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir başka çalışmada; 80 OKB hastası ve 80 sağlıklı kontrol ile ZK becerileri ve içgörü düzeyi araştırılmış, tüm ZK testlerinde OKB hastaları sağlık kontrollere göre anlamlı ölçüde daha düşük performans sergilemiş, ayrıca içgörüsü zayıf olan OKB hastalarında da anlamlı ölçüde ZK işlevlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (187).

Darvishi ve arkadaşları 45 OKB hastası ve 45 sağlıklı kontrole "ZK resimli öyküler testi" ve "garip hikayeler testini" uygulayarak ZK yetilerini karşılaştırdığı başka bir çalışmada da OKB hastalarında hem temel hem de ileri ZK becerilerinde sağlık kontrollere kıyasla anlamlı bozulmanın olduğu gösterilmiştir (193).

İnanç ve arkadaşlarının bir çalışmasında; 30 tedaviye dirençli ve 41 tedaviye yanıt veren OKB hastaya gözlerden zihin okuma testi yapılmış ve tedaviye direnç, içgörü düzeyi ve ZK becerileri arasındaki ilişki araştırılmış, tedaviye yanıt veren grupta zihinselleştirme becerilerinin anlamlı şekilde daha iyi olduğu saptanmıştır. Ayrıca tedaviye dirençli grupta içgörü daha az ve içgörü azaldıkça ZK testlerindeki performansın azaldığı bulunmuştur (194).

Pino ve arkadaşlarının 24 OKB hastası ve 23 kontrol katılımcısı ile yaptığı bir çalışmada; empati ve zihinselleştirme becerilerini araştıran bazı testler uygulanmış, gözlerden zihin okuma testinde anlamlı fark saptanmamakla birlikte diğer zihinselleştirme testlerinde OKB grubunda anlamlı eksiklikler saptanmıştır.

López-Del-Hoyo ve arkadaşlarının 30 şizofreni, 31 OKB hastası ve 30 sağlıklı kontrol grubunda sosyal bilişsel yetenekleri ile farkındalık becerilerinin araştırıldığı ve gözlerden zihin okuma ile imayı anlama testlerinin kullanıldığı çalışması sonucunda OKB ve şizofreni hastalarının emosyan tanıma ve ZK becerilerini de içeren sosyal bilişsel becerilerinde sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı bozulma bulunmuş ve her iki hasta grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (184).

2.3. Çocukluk Çağı Travmaları

2.3.1 Tanım ve Genel Bilgiler

Travma, kişinin içsel ve dışsal uyaranlarla baş edebilmesini sağlayan ego bütünlüğünü tehdit eden ve kişinin içinde bulunduğu durumları değerlendirmesini, bağlantı kurmasını, denetlemesini ve bunlara uyum gösterebilmesini sağlayan

mücadele etme mekanizmalarını çalışmaz hale getiren deneyimlerdir (195,196)). Travmaya maruz kalmak her yaşta psikiyatrik problemlere neden olabilirken bireyin travma ile baş edebilecek gücünün yetersiz olduğu ve korunmaya en çok ihtiyaç duyduğu çocukluk dönemindeki travmalarda risk daha yüksektir (197). Çocukluk çağında travmalara maruz kalmanın nörobiyolojik değişiklikler oluşmasında ve yetişkinlikte psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasında risk faktörü olduğu bilinmektedir (198).

Çocukluk çağı travmaları, kişilerin 18 yaşından önce maruz kaldığı doğal ya da kaza sonucu meydana gelen travmalar (fırtına, yangın, trafik kazası vb.), büyük çaplı sosyal felaketler (savaş, göç vb.), tıbbi travmalar (inme, kalp krizi vb.), kişisel travmalar (saldırı, tecavüz, şiddete tanık olma vb.) ve son olarak kişilerarası travmalardan (ihmaller ve istismarlar) oluşurlar (199).

Çocukluk çağındaki kişilerarası travmalar (ÇÇT), istismar ve ihmal olmak üzere iki sınıfta incelenmektedir. ÇÇT altında yer alan çocuk istismarı veya ihmali, ebeveynler yada bakım verenlerin çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizlikleri olarak tanımlanmaktadır ve bunların sonucunda çocuk fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmekte, sağlık ve güvenliği tehlikeye girmektedir (200).

İstismar ve ihmali birbirinden istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir süreç olmasıyla ayrılmaktadır (201). İstismar; fiziksel, cinsel, ruhsal veya sosyal açıdan çocuğa zarar veren ve çocuğa karşı kasıtlı yapılan aktif eylemler bütünüdür. İhmal ise; çocuğun bakımından sorumlu kişi veya kişilerce bakım ve korunmasının

yeterince sağlanamaması nedeniyle çocuğun fiziksel ve ruhsal olarak olumsuz etkilendiği pasif bir süreçtir (202).

Literatür incelendiğinde çocukluk çağı ihmal ve istismarının oldukça yaygın olduğu düşünülmekle beraber konuyla ilgili araştırmaların sınırlı olduğu görülmüştür. DSÖ'nün 2015-2020 yılları arasında yayımladığı rapora göre Avrupa Bölgesi'nde yapılan çocukluk çağı istismarı araştırmalarında cinsel istismar %9,6 (erkeklerde %5,7, kızlarda %13,4) fiziksel istismar %22,9, duygusal istismar ise %29,1 oranlarında saptanmıştır. Dünya'da istismarın sıklığı ile ilgili kesin bir veri bulunmamaktadır, bu durumun istismarın tanımının kültürler göre değişkenlik göstermesi ve damgalanmasından kaynaklanmaktadır. Dünya çapında yapılan ihmal araştırmalarında ise fiziksel ihmalin yaygınlığı %16,3 ve duygusal ihmalin yaygınlığı %18,4 olarak bulunmuştur (203). Amerika'da yayımlanan bir metaanalize göre fiziksel istismar sıklığı %18,3, cinsel istismar sıklığı %9,3 ve ihmal sıklığı ise %78,3 oranlarında saptanmıştır (Nemeroff, 2016). Amerika'daki 15.197 genç yetişkinin katıldığı başka bir çalışmaya göre katılımcıların %41,5'i tarafından bildirilen çocukluk çağı ihmali en sık görülen çocukluk çağı travması türü olarak öne çıkmaktadır ve ardından fiziksel istismar (%28,4) ve temas içeren cinsel istismar (%4,5) gelmektedir (204). Ülkemizde çocukluk çağı olumsuz yaşam olaylarıyla ilgili sınırlı çalışma bulunmaktadır. İstanbul'da lise öğrencilerinde yürütülen bir çalışmada %34,8'inin erken dönem travmatik yaşantı hikayesine sahip olduğu gözlemlenmiştir. Aynı çalışma, çocukluk çağı duygusal ve fiziksel istismar oranlarının %15,9, cinsel istismar oranlarının ise %10,7 olduğunu belirtmektedir (205). 635 üniversite

öğrencisinde yapılan bir çalışmada ise duygusal ihmal %59,4, fiziksel ihmal %8,7, duygusal istismar %17,4, fiziksel istismar %5,8 ve cinsel istismar %10,1 oranında bulunmuştur (206).

2.3.2 OKB ve Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif bozukluk arasında ilişki olabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (207). Kişide öncesinde rahatsızlık vermeyen düşüncelerin obsesif nitelikteki düşüncelere dönüşmesine sebep olabileceği (208,209), düşüncelerin yoğunluğunda ve sıklığında artışa neden olabileceği (210), düşüncelerin içeriği üzerinde de etkisinin olabileceği (211) ve obsesif ve kompulsif semptomların ortaya çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Çocukluk çağı travmalarının OKB dışında depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), psikotik bozukluk, borderline kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile de ilişkili olabileceği bulunmuştur (212).

OKB’de çocukluk çağı travmalarının normal popülasyona göre daha fazla olduğunu gösteren çalışmaların yanındafarklı olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (207,213,214) . Carpenter ve Chung’ın OKB’ye sahip kişilerle sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırdığı bir çalışmada OKB grubunda fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanlarının yüksek, cinsel istismar puanları açısından ise fark olmadığı bulunmuştur (215). Başka bir çalışmada özellikle duygusal ihmal puanları yüksek bulunmuş ve çocukluk çağı travmalarının obsesif belirtilerin gelişiminde rolü olabileceği iddia edilmiştir

(207). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise OKB'nin duygusal istismar ve fiziksel ihmal ile ilişkili olduğu, fiziksel istismar ve duygusal istismarın ise obsesif ve kompulsif belirtilerin şiddetiyle ilişkili olduğunu bulmuşlardır (216).

Çocukluk çağı travmalarının OKB üzerindeki yordayıcı etkisine bakıldığında ise travma puanları ile obsesif kompulsif belirtilerin toplam puanı arasında ilişki bulunmamıştır ancak bu durumun yaş, depresyon gibi faktörlerden etkilenmiş olabileceği düşünülmüştür. Yapılan başka bir çalışmada çocukluk çağı travmaları ve OKB arasında depresyon, anksiyete ve işlevsel olmayan inançlar üzerinden dolaylı bir ilişki olduğu saptanmıştır (217). 2020 yılında yapılan çalışmada çocukluk çağı travmasının varlığının OKB'de kötü prognoza yakınlığı artıran bir faktör olduğu saptanmıştır (218). Travmanın bu olumsuz etkilerinin, hipotalamus-hipofiz-adrenal aks, bazal gangliyonlar, serotonerjik transmisyon ve nöroplastisite gibi birçok biyolojik mekanizmada oluşan değişimler üzerinden olduğu düşünülmektedir (219).

2.3.3 Çocukluk Çağı Travmaları ve Zihin Kuramı

Çocukluk çağında karşılaşılan ihmal veya istismarın, özellikle duygu tanıma kapasitesi gibi sosyal biliş için gerekli olan bazı alanlarda düşük performansla ilişkili olduğu gösterilmiştir (220). Bununla birlikte duygu tanıma, bireyin kendisinin ve diğerlerinin zihinsel durumlarını anlama ve çıkarsama yapma becerisi olan zihin kuramının da önemli bir bileşenidir (221). Çeşitli çalışmalarda

çocukluk çağı kötüye kullanımının zihin kuramı becerilerinde bozukluk veya gecikme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (222-224).

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile zihin kuramı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların çoğu şizofreni hasta gruplarında yapılmıştır. Çocukluk çağı kötüye kullanımının şizofrenide sosyal işlevselliğin bozulma olasılığını artırdığı bilinmektedir. Bununla birlikte bu olumsuz etkinin nasıl oluştuğu halen tam olarak bilinmemekle birlikte çocukluk çağı travmalarının, hipotalamo-hipofizer sistemi (HPA) ve nöronal gelişim üzerindeki olumsuz etkilerinin zihin kuramı becerilerinin gelişimini de olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir (16). Diğer bir düşünce ise yaşanan çocukluk çağı travmaları sonucunda çocuğun zihin kuramı becerilerinin gelişiminde temel rol oynayan başkalarının zihinsel durumu hakkında nasıl düşüneceğine dair öğrenme deneyimleri sunan dış ortamlarla ve kişilerle etkileşiminin bozulmasının zihinselleştirme becerisini etkilemiş olabileceğidir (17,225).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Süresi

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na 15/07/2021 – 15/07/2022 tarihleri arasında ayaktan başvuran veya kliniğinde yatarak tedavi gören, çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan 66 OKB grubu ve 65 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alınmıştır.

3.2. Örneklem Grubunun Seçimi

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı'na ayaktan başvuran veya yatarak tedavi görmekte olan hastalardan DSM-5 kriterlerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısını karşılayan okuma-yazma bilen 18-65 yaş arası hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir. Sağlıklı kontrol grubu, herhangi bir psikiyatrik yakınması olmayan ve psikotrop ilaç kullanmayan, cinsiyet, yaş ve eğitim durumu hasta grubuyla eşleştirilmiş kişilerden oluşmuştur.

Çalışmaya dahil olan tüm katılımcılara çalışmanın amacı ve gerekçesi hakkında sözel bilgi verilmiş, katılmaya gönüllü olanlardan aydınlatılmış onam alınmış, gönüllü olmayan ise çalışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmaya dahil olan tüm katılımcılara ait doğum tarihi, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, kullanmakta olduğu ilaçlar, hastane yatış öyküsü, ailede OKB öyküsü, ailede başka psikiyatrik hastalık öyküsü demografik verilerini içeren veri formu uygulayıcı tarafından doldurulmuştur.

Çocukluk çağı olumsuz yaşam olaylarının saptanmasında Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ) kullanılmıştır. Eşlik eden depresyon varlığını değerlendirmek için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), eşlik eden anksiyete varlığını değerlendirmek için Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır. Araştırmaya katılanlara zihin kuramını performansını değerlendirmek amacıyla Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ) uygulanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların güncel belirti şiddetini ölçmek için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) uygulanmıştır. Veri toplama araçları araştırmacılar tarafından katılımcılarla yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. DSM-5 tanı ölçütlerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı olmak
2. 18-65 yaş aralığında olmak
3. Çalışmada kullanılacak ölçekleri doldurabilecek düzeyde okuma-yazma bilmek
4. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
5. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalamış olmak
6. Psikiyatrik görüşmeyi sağlıklı şekilde sürdürebilecek bilişsel kapasiteye sahip olmak

Çalışmadan dışlama kriterleri:

1. Primer nörolojik hastalık veya mental retardasyonu bulunması
2. Nörobilişsel bozukluk (demans, deliryum) bulunması

3. DSM-5 tanı ölçütlerine göre Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Psikotik Bozukluk tanısı bulunması

4. Alkol-madde bağımlılığı öyküsü olması

5. Anketleri doldurmaya engel olabilecek işitme-görme sorunu olması

3.3. Etik Kurul Onayı

Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 2021-653 araştırma koduyla etik kurul onayı alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçesi, araştırmacıların kendi kaynaklarından karşılanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik veri formunda: doğum tarihi, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, kullanmakta olduğu ilaçlar, hastane yatış öyküsü, ailede OKB öyküsü, ailede başka psikiyatrik hastalık öyküsü, alkol, madde ve sigara kullanım öyküsünü içeren sorular bulunmaktadır. Bu form görüşmeyi yapan çalışmacı tarafından doldurulmuştur.

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

Y-BOCS ölçeği, OKB olan hastalarda görülen belirtilerin niteliğini ve şiddetini belirlemek amacıyla Goodman ve Rasmussen tarafından 1989'da geliştirilmiş olup Uluğ ve Savaşır tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise 1993 yılında Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Toplam 19 maddeden oluşan ölçekte ilk 10 maddenin puanı değerlendirmeye dâhil edilir. 1–5. sorular obsesyonlar, 6–10. sorular kompulsiyonları değerlendirir. Geri kalan 9 maddede ise kaçınma, içgörü, global etkilenim konularında bilgi sağlanmaktadır.

Ölçeğin değerlendirilmesi klinisyen tarafından her bir madde 0 ile 4 puan arasında olmak üzere ayrı ayrı puanlanarak yapılır. Alınabilecek maksimum puan 40 olup 0-7 puan subklinik; 8-15 puan hafif; 16-23 puan orta; 24-31 puan ağır, 32-40 puan ise çok ağır olarak sınıflandırılır.

3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek formunda, hasta tarafından doldurulan 21 belirti kategorisinden oluşmaktadır. Hastadan her bir kategori için uygulama günü de dâhil son bir hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir.

Her madde 0 ile 3 arasında puanlanmakta olup toplamda alınabilecek maksimum puan 63'tür. Test puanının yüksekliği depresyon şiddetiyle ilişkilidir. 1988 yılında Hisli tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır.

3.5.4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck, Epstein ve Brown tarafından 1988 yılında anksiyete belirtilerinin niteliğini ve şiddetini ölçmek amacıyla tasarlanmıştır. Yirmi bir maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her madde 0- 3 arası puan alır ve toplam 0-63 arasında puanlanır. Testin toplam puanlarının değerlendirilmesi; 0-7 minimal anksiyete, 8-15 hafif anksiyete, 16-25 orta anksiyete ve 26-63 şiddetli anksiyete şeklindedir. Ölçeğin Türkçe uyarlama için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

3.5.5. Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ)

Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği, Banu Değirmencioğlu ve arkadaşları tarafından 2008 yılında, diğer zihin kuramı ölçeklerinden yola çıkılarak yeni ve daha kapsamlı bir ölçek elde etmek amacıyla tasarlanmış ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Birinci derece yanlış inanç, ikinci derence yanlış inanç, ironi, metafor ve faux kavrama bileşenleri resim ve öykü aracılı 18 soruyla değerlendirilmektedir ve içerik Türk kültür yapısına uygun hale getirilmeye çalışılmıştır. Bu ölçeğe ayrıca farklı bir ZK becerisi olarak empati becerisi de dahil edilmiştir.

Ölçekte toplam yedi hikâye ve beş resim görevi bulunmaktadır. Hikayeler araştırmacı tarafından okunur, ölçeğin bir örneği katılımcıya verilmiştir ve hikayeleri buradan takip edebileceği söylenir. Bu hikayelerden beşi tek bir beceriyi değerlendirmeye yöneliktir ve hikâyenin sonunda bu tek soru katılımcıya yönlendirilir. Geri kalan iki hikâyede de birden fazla ZK becerisi hikâye arasında ve sonunda yönlendirilen sorularla değerlendirilir. Ayrıca hikâye aralarında yönlendirilen dört kontrol sorusuyla katılımcının hikâyeyi hatırlayıp hatırlamadığı kontrol edilir.

Resim görevlerinde ise olay akışı 1-2-3 şeklinde numaralandırılan resimler aracılığıyla aktarılmaktadır ve katılımcıdan hikâyeye uygun olarak gelecek dördüncü resmi A ve B seçeneğinde sunulan iki resim arasından seçmesi istenir. Üç resim sırasıyla birinci derece yanlış inanç yeteneği, ikinci derece yanlış inanç yeteneği ve empatik anlayış yeteneğini ölçmeye yöneliktir. Geri kalan iki resim yine kontrol sorusudur ve bunların ilki katılımcının resimleri sıralayıp sıralayamadığını, ikincisi fiziksel gerçekliği algılayıp algılamadığını kontrol etme amaçlı dahil edilmiştir.

3.5.6. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ)

Çocukluk ve ergenlikteki istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak değerlendirmeye yönelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin kısa form olarak bilinen ve 28 maddeden oluşan biçiminin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2012 yılında Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Alt ölçekler 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Bu çalışmanın bulguları cinsel ve

fiziksel kötüye kullanım için 5 puanın aşılmasının, yani sorulardan herhangi birine en alt düzeyde bile evet yanıtı verilmesinin pozitif yanıt olarak sayılmasını önermiştir. Fiziksel ihmal ve duygusal kötüye kullanım için bu sınır 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan olarak belirtilmiştir. Toplam puan için sınır 35 olarak belirlenmiştir. Travmanın inkarını ölçmeye yönelik 10,16 ve 22. maddeler “minimizasyon” kategorisinde değerlendirilmekte ve bu sorulardan alınan puanlar toplam ölçek puanını etkilememektedir.

3.6. İstatistiksel Değerlendirme

Bu araştırmada katılımcılarda elde edilen verilerin analizleri SPSS 22.0 IBM paket programı kullanılarak yapılmıştır. Örneklem grubunun bağımlı değişkenler açısından normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Skewness-Kurtosis, Shapiro-Wilks, histogram ve Q-Q Plot değerleri incelenmiştir. Sonuçta, tüm değerlendirmelerde örneklem grubu normal dağılımı göstermediğinden nonparametrik testler kullanılmıştır. Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz yöntemleri, gruplar arası karşılaştırma yaparken, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis ve Ki-Kare, bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için de Spearman Korelasyon analiz yöntemleri kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, OKB'si olan 66 ve sağlıklı 65 katılımcının sosyodemografik verileri ve klinik özellikleri ile uygulanan anksiyete, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, çocukluk çağı travma yaşantıları ve zihin kuramı ile ilgili ölçeklere ilişkin bulgulara yer verilecektir.

4.1. Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Örneklem grubunu oluşturan gruplara ait sosyodemografik özellikleri ait veriler Tablo 1'de gösterilmiştir. Gruplar arasında yaş ($U=2035$, $p=.612$), cinsiyet ($X^2=0.011$, $p=.918$) ve eğitim düzeyi ($X^2=0.217$, $p=.897$) açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

OKB'si olanların %36.4'ünde ($N=24$) sigara kullanımı, %25.8'inde eşlik eden ($N=17$) başka bir tıbbi hastalık varken kontrol grubunda bu oranlar sırasıyla %33.8 ($N=22$) ve %24.6 ($N=16$) şeklindedir. OKB'si olanların %16.7'sinin ($N=11$) ailesinde OKB öyküsü olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunda ailede OKB öyküsü ise %3.1'dir ($N=2$). Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü dağılımına bakıldığında OKB'si olanların %34.8'inin ($N=23$) ailesinde psikiyatrik bozukluk öyküsü olduğu, bu oranın kontrol grubunda ise %21.5 ($N=14$) olduğu saptanmıştır. Başka bir tıbbi hastalık, ailede OKB öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı ile YBOCS ve zihin kuramı becerileri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

OKB'si olanların %53'ünde (N=35) monoterapi, %12.2'sinde (N=8) antidepresan kombinasyon kullanımı, % 31.8'inde (N=21) antipsikotik güçlendirmesi varken %3'ünde (N=2) herhangi bir ilaç kullanımı yoktur. Antipsikotik güçlendirmesi ve alanlar ve almayanlar olarak iki gruba ayrılıp zihin kuramı becerilerine bakıldığında anlamlı ilişki saptanmamıştır. OKB grubunda %21.2'sinin (N=14) hastaneye yatış öyküsü bulunmaktadır. OKB'si olanların ortalama tanı yaşı 23.06 ± 6.48 , ortalama hastalık süresi 8.86 ± 7.35 'tir. İlk OKB tanısı alınan yaş ile YBOCS semptom şiddeti, zihin kuramı becerileri ve ÇÇRTÖ arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 1. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri

Demografik Özellikler	OKB (N=66)		Kontrol (N=65)		Toplam (N=131)	
	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet						
Erkek	28	42.4	27	41.5	55	100
Kadın	38	57.6	38	58.5	76	100
Medeni Durum						
Evli	30	45.5	29	44.6	59	100
Bekar	36	54.5	36	55.4	72	100
Eğitim Durumu						
İlkokul	9	13.6	9	13.9	18	100
Lise	32	48.5	29	44.6	61	100
Üniversite	25	37.9	27	41.5	52	100
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	26	39.4	35	53.8	61	100
Çalışmıyor	40	60.6	30	46.2	70	100
	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.
Yaş	31.73	9.68	31.31	10.72	31.52	10.17

Grupların Y-BOCS, BDÖ ve BAÖ puanlarına ait ortalama ve standart sapma değerleri ise Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Grupların Y-BOCS, BDÖ ve BAÖ Puanlarına Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Ölçekler	OKB (N=66)		Kontrol (N=65)		Toplam (N=131)	
	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.
Y-BOCS	17.14	9.33	2.75	2.56	10	9.94
BDÖ	16.18	10.50	5.91	5.06	11.08	9.71
BAÖ	17.73	11	6.72	6.19	12.27	10.48

OKB ve kontrol grupları, uygulanan Y-BOCS, BDÖ ve BAÖ puanları açısından karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 3’te gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde gruplar arasında, Y-BOCS ($U=79$, $p<.001$), BDÖ ($U=832.5$, $p<.001$) ve BAÖ ($U=865$, $p<.001$) puanları açısından anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Buna göre, OKB grubu (Ort.=97.3) kontrol grubundan (Ort.=34.22) anlamlı olarak daha fazla Y-BOCS puanına sahiptir. Benzer şekilde, OKB grubu (Ort.=85.89) kontrol grubundan (Ort.=45.81) anlamlı olarak daha fazla BDÖ puanına sahiptir. Yine, OKB grubu (Ort.=85.39) kontrol grubundan (Ort.=46.31) anlamlı olarak daha fazla BAÖ puanına sahiptir.

Tablo 3. Gruplar Arasında YOBCS, BDÖ ve BAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Sıra Ortalama	Sıra Toplamı	U	p
YOBCS	OKB	66	91.30	6422	79*	.000
	Kontrol	65	34.22	2224		
BDÖ	OKB	66	85.89	5668.5	832.5*	.000
	Kontrol	65	45.81	2977.5		
BAÖ	OKB	66	85.39	5636	865*	.000
	Kontrol	65	46.31	3010		

* $p < .001$

4.2. Grupların Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ) Sonuçlarının Karşılaştırılması

Grupların ÇÇRTÖ puanlarına ait ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Grupların ÇÇRTÖ Puanlarına Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Ölçekler	OKB (N=66)		Kontrol (N=65)		Toplam (N=131)	
	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.
Cinsel İstismar	6.26	3.33	5.26	0.99	5.76	2.51
Fiziksel İstismar	6.30	2.91	5.43	0.98	5.87	2.21
Duygusal İstismar	7.18	3.42	5.64	1.22	6.42	2.68
Fiziksel İhmal	6.85	2.37	5.82	1.16	6.34	1.94
Duygusal İhmal	12.38	5.24	7.83	2.98	10.12	4.83
ÇÇRTÖ Toplam	38.92	13.45	30.06	4.46	34.53	10.96

Grupların ÇÇRTÖ alt ölçek ve toplam puanlarına ait kesme puanlarına göre dağılımı Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. Grupların ÇÇRTÖ Kesme Puanlarına Göre Dağılımı

ÇÇRTÖ	OKB (N=66)		Kontrol (N=65)		Toplam (N=131)	
Cinsel İstismar	N	%	N	%	N	%
Olan	13	19.7	6	9.2	19	100
Olmayan	53	80.3	59	90.8	112	100
Fiziksel İstismar						
Olan	22	33.3	12	18.5	34	100
Olmayan	44	66.7	53	81.5	97	100
Duygusal İstismar						
Olan	20	30.3	7	10.8	27	100
Olmayan	46	69.7	58	89.2	104	100
Fiziksel İhmal						
Olan	21	31.8	6	9.2	27	100
Olmayan	45	68.2	59	90.8	104	100
Duygusal İhmal						
Olan	27	40.9	6	9.2	33	100
Olmayan	39	59.1	59	90.8	98	100
Toplam						
Olan	32	48.5	9	13.8	41	100
Olmayan	34	51.5	56	86.2	90	100

Gruplar ÇÇRTÖ alt test ve toplam puanları açısından karşılaştırıldığında, Fiziksel İstismar ($U=1796$, $p<.05$), Duygusal İstismar ($U=1492.5$, $p<.01$), Fiziksel İhmal ($U=1663$, $p<.05$), Duygusal İhmal ($U=970.5$, $p<.001$) ve ÇÇRTÖ Toplam ($U=1049.5$, $p<.001$) puanları OKB grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunurken, Cinsel İstismar ($U=1904$, $p=.070$) puanları açısından anlamlı fark

yoktur (Tablo 6). Grupların ÇÇRTÖ puanlarına ait ortalama ve standart sapma değerleri ise Tablo 6’de gösterilmiştir.

Tablo 6. Gruplar Arasında ÇÇRTÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Sıra Ortalama	Sıra Toplamı	U	p
Cinsel İstismar	OKB	66	69.65	4597	1904	.070
	Kontrol	65	62.29	4049		
Fiziksel İstismar	OKB	66	71.29	4705	1796*	.037
	Kontrol	65	60.63	3941		
Duygusal İstismar	OKB	66	75.89	5008.5	1492.5**	.001
	Kontrol	65	55.96	3637.5		
Fiziksel İhmal	OKB	66	73.30	4838	1663*	.018
	Kontrol	65	58.58	3808		
Duygusal İhmal	OKB	66	83.80	5530.5	970.5***	.000
	Kontrol	65	47.93	3115.5		
ÇÇRTÖ Toplam	OKB	66	82.60	5451.5	1049.5***	.000
	Kontrol	65	49.15	3194.5		

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

4.3. Grupların Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ) Sonuçlarının Karşılaştırılması

Grupların DEZTÖ puanlarına ait ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 7’de, DEZTÖ alt test ve toplam puanları açısından gruplar arası karşılaştırılma ise Tablo 8’de gösterilmiştir. Metafor Kavramı ($U=1735$, $p < .05$), İroni Kavramı ($U=1591.5$, $p < .01$), Faux Pas Kavramı ($U=1771.5$, $p < .05$) ve DEZTÖ Toplam

($U=1442.5$, $p<.01$) puanları OKB grubunda daha düşük olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Birinci Derecede Yanlış İnanç ($U=1801.5$, $p=.072$), İkinci Derecede Yanlış İnanç ($U=1755.5$, $p=.053$) ve Empatik Anlayış ($U=1977$, $p=.324$) puanları açısından anlamlı fark yoktur.

Tablo 7. Grupların DEZTÖ Puanlarına Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Ölçekler	OKB (N=66)		Kontrol (N=65)		Toplam (N=131)	
	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.
Birinci Derece Yanlış İnanç	3.35	0.77	3.58	0.61	3.47	0.70
İkinci Derece Yanlış İnanç	1.92	0.77	2.18	0.70	2.05	0.75
Metafor Kavramı	1.59	0.63	1.85	0.36	1.72	0.53
İroni Kavramı	1.86	0.86	2.28	0.72	2.07	0.82
Empatik Anlayış	4.73	0.51	4.65	0.54	4.69	0.53
Faux Pas Kavramı	0.32	0.47	0.49	0.50	0.40	0.49
DEZTÖ Toplam	13.77	2.24	15.08	1.51	14.42	2.02

Tablo 8. Gruplar Arasında DEZTÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Sıra Ortalama	Sıra Toplamı	U	p
Birinci Derece Yanlış İnanç	OKB	66	60.80	4012.5	1801.5	.072
	Kontrol	65	71.28	4633.5		
İkinci Derece Yanlış İnanç	OKB	66	60.10	3966.5	1755.5	.053
	Kontrol	65	71.99	4679.5		
Metafor Kavramı	OKB	66	59.79	3946	1735*	.012
	Kontrol	65	72.31	4700		
İroni Kavramı	OKB	66	57.61	3802.5	1591.5**	.006
	Kontrol	65	74.52	4843.5		
Empatik Anlayış	OKB	66	68.55	4524	1977	.324
	Kontrol	65	63.42	4122		
Faux Pas Kavramı	OKB	66	60.34	3982.5	1771.5*	.043
	Kontrol	65	71.75	4663.5		
DEZTÖ Toplam	OKB	66	55.36	3653.5	1442.5**	.001
	Kontrol	65	76.81	4992.5		

* $p < .05$, ** $p < .01$

4.4. OKB Grubunda Korelasyon Analizi Sonuçları

OKB grubunda OKB tanı yaşı, hastalık süresi, YBOCS, BDÖ ve BAÖ arasındaki ilişkiye bakılmıştır (Tablo 9). Hastalık süresi ile içgörü düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki ($r = -.243$, $p < .05$) ve YBOCS arasında pozitif yönde anlamlı ilişki ($r = .285$, $p < .05$) bulunmuştur. İçgörü düzeyi ile YBOCS ($r = -.752$, $p < .01$),

BDÖ ($r=-.264$, $p<.05$) ve BAÖ ($r=-.294$, $p<.05$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Diğer ölçekler arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 9. OKB Grubunda OKB Tanı Yaşı, Hastalık Süresi, YBOCS, BDÖ ve BAÖ Arasındaki İlişki

Ölçekler	Hastalık Süresi	OKB Tanı Yaşı	İçgörü Düzeyi	Y-BOCS	BDÖ	BAÖ
Hastalık Süresi	-	0.210	-.243*	.285*	.104	.018
OKB Tanı Yaşı	.021	-	-.090	-.141	.006	.042
İçgörü Düzeyi	-.243*	-.090	-	-.752**	-.264*	-.294*
Y-BOCS	.285*	-.141	-.752**	-	.420**	.308*
BDÖ	.104	.006	-.264*	.420**	-	.541**
BAÖ	.018	.042	-.294*	.308*	.541**	-

* $p<.05$, ** $p<.01$

OKB grubunda eğitim süresi, BAÖ ve BDÖ ile DEZTÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde (Tablo 10) eğitim süresi ile İroni Kavramı ($r=.272$, $p<.05$) ve DEZTÖ toplam ($r=.334$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. BDÖ ile ikinci derece yanlış inanç kavrama ($r=-.288$, $p<.05$) ve DEZTÖ toplam puanı ($r=-.258$, $p<.05$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. BAÖ ile İroni Kavramı ($r=-.268$, $p<.05$), faux pas kavrama ($r=-.232$, $p<.05$) ve DEZTÖ toplam ($r=-.284$, $p<.05$) puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 10. OKB Grubunda Eğitim Yılı, BDÖ ve BAÖ ile DEZTÖ Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Eğitim Yılı	BDÖ	BAÖ
Birinci Derece Yanlış İnanç	.230	-.143	-.088
İkinci Derece Yanlış İnanç	.190	-.288*	-.200
Metafor Kavramı	.190	-.108	-.118
İroni Kavramı	.272*	-.154	-.268*
Empatik Anlayış	.000	-.052	-.078
Faux Pas Kavramı	.225	-.132	-.264*
DEZTÖ Toplam	.334**	-.258*	-.284*

* $p < .05$, ** $p < .01$

OKB grubunda cinsiyet ile DEZTÖ puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır (Tablo 11). Sonuçta cinsiyet ile DEZTÖ ölçeğinin hiçbir alanında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 11. OKB Grubunda Cinsiyet ile DEZTÖ Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Cinsiyet	N	Sıra Ortalama	Sıra Toplamı	U	p
Birinci Derece Yanlış İnanç	Erkek	28	34.73	972.5	497.5	.621
	Kadın	38	32.59	1238.5		
İkinci Derece Yanlış İnanç	Erkek	28	33.07	926.0	520.0	.867
	Kadın	38	33.82	1285.0		
Metafor Kavramı	Erkek	28	37.96	1063.0	407.0	.062
	Kadın	38	30.21	1148.0		
İroni Kavramı	Erkek	28	36.61	1025.0	445.0	.217
	Kadın	38	31.21	1186.0		
Empatik Anlayış	Erkek	28	36.93	1034.0	436.0	.095
	Kadın	38	30.97	1177.0		
Faux Pas Kavramı	Erkek	28	35.96	1007.0	463.0	.267
	Kadın	38	31.68	1204.0		
DEZTÖ Toplam	Erkek	28	37.86	1060.0	410.0	.110
	Kadın	38	30.89	1151.0		

* $p < .05$, ** $p < .01$

OKB grubunda cinsiyet ile ÇÇRTÖ puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır (Tablo 12). Sonuçta cinsiyet ile ÇÇRTÖ ölçeğinin hiçbir alanında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 12. OKB Grubunda Cinsiyet ile ÇÇRTÖ Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Cinsiyet	N	Sıra Ortalama	Sıra Toplamı	U	p
Cinsel İstismar	Erkek	28	30.70	859.5	453.5	.142
	Kadın	38	35.57	1351.5		
Fiziksel İstismar	Erkek	28	34.36	962.0	508.0	.710
	Kadın	38	32.87	1249.0		
Duygusal İstismar	Erkek	28	29.39	823.0	417.0	.116
	Kadın	38	36.53	1388.0		
Fiziksel İhmal	Erkek	28	35.45	992.5	477.5	.460
	Kadın	38	32.07	1218.5		
Duygusal İhmal	Erkek	28	28.16	788.5	482.5	.052
	Kadın	38	37.43	1422.5		
ÇÇTÖ Toplam Puanı	Erkek	28	29.61	829.0	423.0	.157
	Kadın	38	36.37	1382.0		
DEZTÖ Toplam	Erkek	28	37.86	1060.0	410.0	.110
	Kadın	38	30.89	1151.0		

* $p < .05$, ** $p < .01$

OKB grubunda OKB tanı yaşı, hastalık süresi, YBOCS ve içgörü düzeyi ile ÇÇRTÖ ve DEZTÖ arasındaki ilişkinin incelenmesinde (Tablo 13) yalnızca hastalık süresi ile İroni Kavramı ($r = -.303$, $p < .05$) ve DEZTÖ toplam ($r = -.312$, $p < .05$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

YBOCS puanları ile İkinci Derece Yanlış İnanç ($r = -.334$, $p < .01$), İroni Kavramı ($r = -.305$, $p < .05$), Faux Pas Kavramı ($r = -.342$, $p < .01$) ve DEZTÖ toplam ($r = -.374$, $p < .01$) puanları arasında negatif yönde, Duygusal İhmal ($r = .263$, $p < .05$) puanları

arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, diğer ölçekler arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

İçgörü düzeyi ile ikinci derece yanlış inanç ($r=-.299$, $p<.05$), ironi kavrama ($r=-.315$, $p<.01$), faux pas kavrama ($r=-.310$, $p<.05$) ve DEZTÖ toplam ($r=-.321$, $p<.05$) puanları arasında negatif yönde ilişki olduğu diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.

OKB tanı yaşı ile ÇÇTÖ ve DEZTÖ arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 13. OKB Grubunda YBOCS, OKB Tanı Yaşı, Hastalık Süresi ile ÇÇRTÖ ve DEZTÖ Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Hastalık Süresi	YBOCS	OKB Tanı Yaşı	İçgörü Düzeyi
Birinci Derece Yanlış İnanç	-.127	-.071	-.108	-.037
İkinci Derece Yanlış İnanç	-.233	-.334**	.054	-.299*
Metafor Kavramı	-.168	-.118	.107	-.044
İroni Kavramı	-.303*	-.305*	-.124	-.315**
Empatik Anlayış	-.004	-.093	-.119	-.096
Faux Pas Kavramı	-.071	-.342**	-.001	-.310*
DEZTÖ Toplam	-.312*	-.374**	-.086	-.321*
Cinsel İstismar	.114	.158	-.050	.073
Fiziksel İstismar	-.089	.018	.160	.016
Duygusal İstismar	.040	.201	.096	.221
Fiziksel İhmal	-.035	.083	.189	.083
Duygusal İhmal	.140	.263*	.51	.209
ÇÇRTÖ Toplam	.076	.226	.043	.185

* $p<.05$, ** $p<.01$

Antipsikotik güçlendirme tedavisi alan ve almayanlar şeklinde iki gruba ayrılan hasta örnekleminde (Tablo 14) zihin kuramı açısından anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.

Tablo 14. OKB Grubunda Antipsikotik Güçlendirme Tedavisi Alan ve Almayanların Zihin Kuramı becerilerinin Karşılaştırılması

Ölçekler	Antipsikotik Güçlendirme	N	Sıra Ortalama	Sıra Toplamı	U	p
Birinci Derece Yanlış İnanç	Yok	45	34.22	1540	440	.621
	Var	21	31.95	671		
İkinci Derece Yanlış İnanç	Yok	45	36.19	1628.5	351.5	.074
	Var	21	27.74	582.5		
Metafor Kavramı	Yok	45	33.84	1523	457	.797
	Var	21	32.76	688		
İroni Kavramı	Yok	45	34.90	1570.5	409.5	.343
	Var	21	30.50	640.5		
Empatik Anlayış	Yok	45	31.90	1435.5	400.5	.184
	Var	21	36.93	775.5		
Faux Pas Kavramı	Yok	45	34.00	1530	450	.701
	Var	21	32.43	681		
DEZTÖ Toplam	Yok	45	34.72	1562.5	417.5	.444
	Var	21	30.88	648.5		

* $p < .05$, ** $p < .01$

OKB grubunda DEZTÖ puanları ile ÇÇRTÖ puanları arasında da (Tablo 15) anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 15. OKB Grubunda DEZTÖ Puanları ile ÇÇRTÖ Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Birinci Derece Yanlış İnanç	İkinci Derece Yanlış İnanç	Metafor Kavrama	İroni Kavrama	Empatik Anlayış	Faux Pas Kavrama	DEZTÖ Toplam
Cinsel İstismar	-.178	.017	.173	-.142	.030	.082	-.051
Fiziksel İstismar	.041	.092	.231	-.089	.026	.073	.105
Duygusal İstismar	-.096	.105	.008	-.090	-.019	-.147	-.069
Fiziksel İhmal	-.165	.069	.235	-.140	.123	-.134	-.019
Duygusal İhmal	-.172	-.153	.050	-.158	-.027	-.214	-.129
ÇÇRTÖ Toplam	-.202	-.037	.102	-.178	-.011	-.215	-.181

4.5. Kontrol Grubunda Eğitim Süresi ve Zihin Kuramı İlişkisi

Kontrol grubunda eğitim süresi ile DEZTÖ puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır (Tablo 16). Sonuçta eğitim süresi ile İroni Kavramı ($r=.272$, $p<.05$) ve DEZTÖ toplam ($r=.334$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmış, diğer ölçekler arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.

Tablo 16. Kontrol Grubunda Eğitim Süresi ile DEZTÖ Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Eğitim Yılı
Birinci Derece Yanlış İnanç	.011
İkinci Derece Yanlış İnanç	.117
Metafor Kavramı	.051
İroni Kavramı	.291*
Empatik Anlayış	.136
Faux Pas Kavramı	.163
DEZTÖ Toplam	.304**

* $p<.05$, ** $p<.01$

4.6. Kontrol Grubunda Çocukluk Çağı Travması ve Zihin Kuramı İlişkisi

Kontrol grubunda DEZTÖ puanları ile ÇÇRTÖ puanları arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 17). Sonuçta sadece İkinci Derece Yanlış İnanç ile Cinsel İstismar ($r=-.244$, $p<.05$) ve Metafor Kavramı ile Fiziksel İstismar puanları ($r=-.260$, $p<.05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişkiye olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 16. Kontrol Grubunda DEZTÖ Puanları ile ÇÇRTÖ Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Birinci Derece Yanlış İnanç	İkinci Derece Yanlış İnanç	Metafor Kavramı	İroni Kavramı	Empatik Anlayış	Faux Pas Kavramı	DEZTÖ Toplam
Cinsel İstismar	-.183	-.244*	-.014	-.106	.002	.212	-.109
Fiziksel İstismar	-.021	.012	-.260*	-.110	-.085	-.126	-.134
Duygusal İstismar	-.033	-.218	.003	-.201	.016	.204	-.063
Fiziksel İhmal	-.060	-.060	-.118	-.081	-.047	.024	-.053
Duygusal İhmal	-.142	-.072	-.029	-.149	-.138	-.053	-.201
ÇÇRTÖ Toplam	-.215	-.186	-.086	-.139	-.056	.001	-.206

* $p<.05$

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda çocukluk çağı travmalarının zihin kuramıyla ilişkisiyle sosyodemografik ve hastalık değişkenlerinin bu ilişkiye etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Güncel literatürde OKB’de çocukluk çağı travmaları ve zihin kuramını ayrı ayrı inceleyen az sayıda çalışma olmakla birlikte, her ikisinin bir arada incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

5.1. Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Cinsiyet açısından eşleştirilmiş olan mevcut çalışma gruplarında cinsiyet farkı ile zihin kuramı becerileri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde zihin teorisi yeteneğindeki cinsiyet farklılıklarının yetişkin popülasyonlarda sistematik olarak araştırılmadığı dile getirilmiş olmakla birlikte (226) zihin kuramı becerisinde cinsiyetin etkisiz olduğunu gösteren çalışmalar vardır (227,228). Ancak bu bulgular yaş ve psikopatoloji açısından farklı örneklemelerden elde edilmiş olup ZK ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi daha iyi açıklayacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu çalışmada benzer şekilde cinsiyet farkı ile çocukluk çağı travmaları arasında da anlamlı ilişki saptanmamış olup literatürde bu konuda birbirinden farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Kadın ve erkeklerde çocukluk çağı travmaları açısından anlamlı fark bulmayan çalışmalar olmakla birlikte (229,230) özellikle cinsel istismarın en sık görüldüğü dönem olan ergenlikte cinsel istismar sıklığının kızlarda erkeklere kıyasla üç kat fazla olduğu da ileri sürülmüştür (231). Bizim çalışmamızda cinsel istismara uğrayan kadın

sayısı erkek sayısından fazla olmakla birlikte bu farklılık anlamlı düzeyde değildir. Ancak bu durumun örneklem büyüklüğüyle ilgili olması olasıdır.

Çalışmamızda gruplar arasında yaş açısından anlamlı fark bulunmamış olup OKB grubunun yaş ortalaması (31.73 ± 9.68) genel literatür verileriyle uyumlu görünmektedir. Ülkemizde 1999 yılında yapılan bir çalışmada (232), OKB hastalarının ortalama yaşı 28.78 ± 11.07 , daha güncel bir çalışmada ise 30.14 ± 12.38 olarak bulunmuştur (233). Yurtdışında yapılan farklı bir çalışmada da, hasta grubun yaş ortalaması 29.32 ± 10.56 olarak bildirilmiştir (234).

Eğitim düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. OKB grubunda eğitim yılı ile ironi kavrama arasında zayıf düzeyde pozitif korelasyon, DEZTÖ toplam puanı ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Kontrol grubunda ise eğitim yılı ile ironi kavrama ve DEZTÖ toplam puanı arasında aynı yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Her iki grupta da eğitim yılıyla zihin kuramı becerileri arasında benzer sonuç bulunması eğitim süresindeki artışın ZK üzerine olumlu etkisi bağlamında değerlendirilebilir. Benzer şekilde daha gelişmiş bir ZK becerisinin de, bireylerin eğitim sisteminde daha fazla süre kalması ile bağlantılı olduğu düşünülebilir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde zihin kuramı becerileri test performansının sağlıklı kontrollerde eğitim süresi ile ilişkisini bulan çalışmalar bulunmaktadır (235,236). Benzer şekilde eğitimin, sağlıklı gönüllülerle şizofrenideki ve şizofreni yakınlarındaki ZK bozulması farkını açıklayabilecek bir faktör olduğunu gösteren bulgular da vardır (237). Burada karşılıklı bir etkileşimin olduğu düşünülebilir. Yetersiz eğitim, zihin kuramı becerilerindeki bozulmalara ve OKB semptomatolojisinin ortaya

çıkışına ortam hazırlayacağı gibi diğer taraftan zihin kuramındaki bozulmalar ve OKB de eğitim süresini olumsuz yönde etkileyebilir. Ayrıca OKB de şizofreni gibi nörogelişimsel bir perspektiften ele alınacak olursa, ZK becerilerindeki bozukluğun yeterli eğitim ile gelişebileceği ve OKB'nin bir hastalık olarak ortaya çıkmasını engelleyebileceği düşünülebilir. Bu noktada ZK becerilerinin eğitim ile geliştirilebilir zihinsel süreçler olduğunu da tekrar hatırlamakta fayda olabilir (238).

Çalışmaya katılanların medeni durumları değerlendirildiğinde OKB grubunun %54.5'i (n=36), kontrol grubunun ise %55.4'ü (n=36) bekardır. OKB klinik durum veya hastalık sonrası gelişen uyum problemleri açısından incelendiğinde literatürde çelişkili sonuçlar bulunmaktadır (239). Bazı çalışmalar evli veya bekar olmanın hastalık üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını savunurken (240), bazı çalışmalar da hastalığın evli olanlarda daha çok görüldüğü şeklinde sonuçlar bildirmişlerdir (241).

Çalışma durumlarına bakıldığında ise OKB grubunda %39.4'ünün (n=26) çalıştığı, kontrol grubunun ise %53.8'inin (n=35) çalışmakta olduğu görülmüştür. OKB'nin işlevsellikte bozulmaya yol açan bir bozukluk olması nedeniyle OKB grubunda çalışan oranının daha az olması beklendik bir bulgudur.

5.2. Hasta ve Kontrol Gruplarının Kullanılan Ölçek ve Testlere Göre Karşılaştırılması

Tanımında belirtildiği üzere obsesyonlar doğası gereği belirgin anksiyeteye neden olan belirtilerdir. Kompulsiyonlar da obsesyonların neden olduğu bu anksiyeteyi

gidermek için genellikle ortaya çıkmaktadır. Ancak bir süre sonra kompulsiyonlar da katı ritüelistik doğası, tekrarlayıcı biçimde yapılmak zorunda hissedilmesi, giderek daha fazla çaba ve zaman gerektirmesi ve engellenmek istendiğinde belirgin sıkıntıya neden olması nedeniyle OKB hastalarında anksiyete kaynağına dönüşmektedir. Bu nedenle, OKB hastalarında obsesyon ve kompulsiyonlar sonucu ortaya çıkan anksiyetenin neden olduğu duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtiler, diğer anksiyete bozukluklarında görülen belirtiler ile benzer özellikler gösterir. DSM-IV'te ve ICD-10'da anksiyete bozuklukları başlığı altında bu nedenle sınıflandırılan OKB, DSM-5'te klinik belirtiler ve altta yatan patofizyolojik düzeneklerin anksiyete bozukluklarından farklı olduğunu gösteren araştırma bulguları sonucunda anksiyete bozuklukları başlığı altından çıkarılarak ayrı bir başlık altına alınmıştır (41). Bununla birlikte anksiyete bozuklukları ile OKB birbirine sıklıkla eşlik eden, yakın ilişki içerisinde olan bozukluklardır. Panik bozukluğu, sosyal ve özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu başta olmak üzere OKB hastalarının yaşam boyu anksiyete bozukluklarından birinin tanı kriterlerini karşılama olasılığının %40-60 oranında olduğu bildirilmektedir (242). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak obsesif kompulsif belirtilerin toplam şiddeti ile anksiyete düzeyi arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Literatürde OKB ve depresyon birlikteliği sık karşılaşılan bir durumdur (243). Klinik örnekleme yapılan çalışmalarda, OKB olgularında %30-43 oranlarında major depresyonun görüldüğü bildirilmektedir (1). OKB ve depresyonun birlikte sık görülmesi, her iki hastalığın oluşmasında rol oynayan ortak nörofizyolojik

yolaklar ile ilişkilendirilmiştir (244). OKB'ye major depresyonun eşlik etmesinin, obsesif kompulsif semptomların süregenliği, hastalığın şiddeti ve işlevsellikte görülen bozulma ile ilişkili olduğu saptanmıştır (245-247). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak obsesif kompulsif belirtilerin toplam şiddeti ile depresif belirtilerin düzeyi arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

OKB grubunun sağlıklı kontrol grubuna göre duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal toplam ÇÇRT puanı alanlarında anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığı, dolayısıyla sağlıklı kontrol grubuna göre daha çok ÇÇRT'ye maruz kaldığını tespit ettik. OKB grubunda cinsel istismar kontrol grubuna göre daha fazla görülmesine rağmen anlamlı düzeyde değildi. Travmatik bir olay sonrası OKB başlaması, OKB ile travmatik yaşantılar ve ÇÇRT arasındaki mekanizmalar için bir araştırma alanı ortaya çıkarmıştır (248). Carpenter ve Chung (249) cinsel istismar dışındaki diğer ÇÇRT tiplerini OKB grubunda kontrol grubundan daha fazla bulmuştur. Kadınlarda çocukluk çağı cinsel istismarları yetişkinlik döneminde OKB gelişimiyle ilişkili bulunmuştur (250). Şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada obsesif kompulsif semptomları olan şizofreni hastalarında obsesif kompulsif semptomları olmayanlara göre daha fazla çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü bildirilmiştir (251). ÇÇRT çocukluk dönemi gibi hassas bir dönemde beyinde fizyolojik, nörokimyasal ve hormonal değişikliklere neden olarak OKB gelişimine katkıda bulunuyor olabilir (252). Kronik stres prefrontal korteks ve asosiyatif striatum atrofi, sensorimotor striatum hipertrofisine neden olmaktadır (253). OKB hastalarında hipokampus

hacim azalması, pallidum hacim artışı bildirilmiştir (254). Hipokampus hacim azalması çocukluk döneminde travmatik yaşantıları olan bireylerde daha tutarlı şekilde gözlenen bir bulgudur ve ÇÇRT ile ilişkili bir risk faktörüdür (255). Hipokampusun görevlerinden birisi yeni bilgileri kodlamak ve bu kodlama işlemini gerçekleştirirken eski bilgilerle yeni bilgileri ayırmaktır (256, 257) ve bu işlevin, ÇÇRT nedeniyle gerçekleşen hipokampal disfonksiyonun OKB hastalarındaki katı davranışlara neden olmasının altında yatan olası bir mekanizma olabileceği öne sürülmüştür (258). Ayrıca kompulsiyon şiddetiyle sol posterior hipokampus hacimleri arasında anlamlı ve negatif korelasyonlar saptanmıştır (259, 260). Çalışmamızda sadece cinsel istismar puanlarının iki grup arasında anlamlı olarak farklı bulunmamaktadır. Önceki çalışmalarla uyumlu olarak bu durum sayı azlığı, non-parametrik test, ya da kültürel olarak bu durumun daha fazla gizleniyor olabileceği ile açıklanabilir.

OKB olgularında ZK becerilerinin araştırılması, çalışmamızın ana amaçlarından birisidir. Literatürde, özellikle son yıllarda artmakla birlikte OKB ve ZK becerileri arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Yazımızın genel bilgiler bölümünde ayrıntılarına yer verildiği bu çalışmaların önemli kısmında OKB hastalarında ZK becerilerinde bozulmalar olduğu bildirilmiştir (10, 11, 187, 192, 261). Ancak çalışmalarda ZK becerilerini değerlendirmek amacıyla farklı testler kullanıldığı ve birbirinden farklı sonuçlara ulaşıldığı gözükmemektedir. Bazı çalışmalarda temel ZK becerilerinin OKB hastalarında korunduğu ancak ileri ZK becerilerinin bozulduğu saptanırken (10,11), diğer çalışmalarda ise hem temel hem de ileri ZK becerilerinin bozulduğu

bildirilmiştir (187, 193). Çalışmamızda ZK becerileri DEZTÖ ile değerlendirilmiştir. Çalışmamızda OKB hasta grubunda, metafor kavrama, ironi kavrama, gaf anlama ve DEZTÖ toplam puanlarının kontrol grubunun ortalama puanlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. OKB hastalarında ZK becerilerinin kontrol grubuna göre daha zayıf olacağına dair hipotezimiz elde edilen bu bulgular sonucu doğrulanmaktadır. Bu bulgu OKB’de daha çok ileri düzey ZK becerilerinin etkilendiği literatür bilgisiyle uyumludur.

5.3. OKB Grubunun Klinik Özelliklerinin ZK ile İlişkisi

Çalışmamızda ilk OKB tanısı aldığı ortalama yaş 23.06 ± 6.48 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan iki çalışmada 22,38 ve 23,8 yıl olarak bulunmuştur (263,232). Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan OKB çalışmalarında benzer şekilde belirti başlangıç yaşı 19,5 yıl bulunmuştur (20). Bulgumuz, literatürdeki hastalık başlangıç yaşının tipik olarak geç ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde başladığına ilişkin verilerle (110) uyumlu olarak değerlendirilmiştir. İlk OKB tanısı alınan yaş ile YBOCS semptom şiddeti, zihin kuramı becerileri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızla uyumlu olacak şekilde daha önce gerçekleştirilen iki çalışmada da OKB başlangıcı yaşı ve ZK becerileri arasında herhangi bir anlamlı korelasyon saptanmamıştır (264,192). Çalışmamızda hastalık süresi ortalamasını 8.86 ± 7.35 yıl olarak saptanmış olup elde edilen sonuçlar literatür ile uyumlu bulunmuştur (233, 13). Çalışmamızda hastalık süresi ve YBOCS arasında anlamlı pozitif, hastalık süresi ve toplam zihin kuramı becerileri ile arasında ise anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. Toplam

zihin kuramı becerileri ile arasındaki bu negatif ilişki ile hipotezlerimizden birisi doğrulanmıştır. OKB’de görülen sosyal işlevsellikteki bozulmanın zihin kuramı becerilerini etkilediği ve hastalık süresiyle de bu ilişkinin korelasyon gösterdiği düşünülebilir. Öte yandan ZK becerilerinin ilerleyen yıllarda da diğer yürütücü işlevler ve bilişsel süreçlerle etkileşim halinde sürekli gelişmeye devam ettiği ve bunun yaşam boyunca sürdüğü düşünülmektedir, OKB’de de başta yürütücü işlevler olmak üzere çeşitli bilişsel alanlarda bozulmaların görülmesi ve yapılan görüntüleme çalışmalarında frontal disfonksiyona işaret edecek bulguların saptanması, OKB’de zihin kuramı bozukluğunun durumsal bir bozukluktan ziyade süregelen bir doğası olabileceğini düşündürmektedir (265).

OKB grubunun tedavilerine bakıldığında %53’ünde (N=35) monoterapi, %12.2’sinde (N=8) antidepresan kombinasyon kullanımı, % 31.8’inde (N=21) antipsikotik güçlendirmesi varken %3’ünde (N=2) herhangi bir ilaç kullanımı yoktur. Antipsikotik güçlendirmesi alanlarda beklendiği gibi hastalık şiddetinin daha yüksek olduğu görülmüştür. OKB grubu, antipsikotik güçlendirme tedavisi alanlar ve almayanlar şeklinde iki gruba ayrılmış ve iki grup zihin kuramı becerileri açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Antipsikotik tedavilerin sosyal biliş üzerine etkisi ile ilgili çalışmaların sonuçları çelişkili görünmektedir. Antikolinerjik etkileri olan ilaçların bilişsel işlevler üzerinde olumsuz etkisi olduğu bilinirken diğer taraftan özellikle şizofrenide antipsikotiklerin sosyal biliş üzerinde olumlu etkilerinin olduğu ve bu etkinin 5-HT2 antagonizması aracılığıyla prefrontalde dopamin artışı sağlayan ikinci kuşak antipsikotiklerde daha belirgin olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. (266)

Ayrıca bizim çalışmamızda kullanılan antipsikotiklerin güçlendirme dozunda olduğunu, psikoz tedavisinde kullanılan terapötik dozlardan daha düşük dozlarda olduğunu da belirtmek gerekir.

Hastalık şiddetinin bir göstergesi olarak Y-BOCS toplam puanı açısından, ironi kavrama ile negatif yönlü zayıf düzeyde korelasyon bulunurken, ikinci derece yanlış inanç testi, gaf anlama ve DEZTÖ toplam puanı ile negatif yönlü orta düzey korelasyon bulunmuştur. Hastalık şiddeti arttıkça zihin kuramı becerilerinde artan bozulma durumsal bir bozukluğa işaret edebileceği gibi, zihin kuramı becerilerindeki bozukluğun hastalığın daha şiddetli olmasına neden olabileceği çıkarımı da yapılabilir. İçgörü ve hastalık şiddeti arasında negatif yönlü zayıf korelasyon bulunması, hastalık şiddetiyle ilişkili bulunan ikinci düzey yanlış inanç ve içgörüyle daha önce bahsedilen ilişkisini destekler niteliktedir. Yatkinlık zemininde tetiği çeken mekanizmaların varlığı zihin kuramı becerilerinde bozulmaya ve obsesyonların oluşmasına aracılık ediyor olabilir. Bu bağlamda zihin kuramının çekirdek bileşenlerinde bozulma meydana gelmesi belirtilerin alevlenmesine neden olmuş olabilir.

Belirtilere yönelik içgörünün, obsesyonların aşırı ve anlamsız olduğunun tamamen farkında olduğu durum ile bunların tamamen mantıklı bulunduğu durum arasında süreklilik gösteren bir yelpazede değerlendirilmesinin gerektiği düşünülmektedir (267). Çalışmamızda içgörü düzeyi ile diğer parametrelerin ilişkisinin araştırılması için YBOC-S 11. madde puanı kullanılmıştır. Yapılan çalışmalarda OKB’de içgörü azlığı veya içgörü yokluğu oranı %13.8 - %30.7 arasında bulunmuştur (267). Bizim çalışmamızda da içgörüsü kaybolmuş ve

içgörüsü zayıf grupların toplamı %15.2 olup literatürle uyumludur. Basitçe tanımıyla bireyin kendisini diğerlerinin gördüğü gibi görebilmesi olan içgörü ile kişinin kendisinin ve diğerlerinin zihinsel durumları ile ilgili çıkarımlar yapabilmesi olan zihin kuramı arasında bağlantı olduğu düşünülmektedir (22). Aynı zamanda bazı araştırmacılar pozitif psikotik belirtiler ile intruziv düşünce arasındaki benzerliğe dikkat çekmektedir (22,268). Psikotik bozukluklar ve obsesif kompulsif bozukluğun ortak bilişsel defisitler göstermeleri, zihinsel düzeyde inhibe edilememeleri ve neden olan zihinsel süreçlerle ilgili farkındalık kaybı göstermeleri nedeniyle psikotik belirtiler ve obsesyonel düşüncenin yakın bağlantısı olduğu öne sürülmüştür (22,268). Kişinin kendisinin ve diğerlerinin zihinsel süreçleri üzerine düşünebilme yetisindeki bozulmanın kendisinin ve diğerinin düşüncelerini ayırt etmesinde defisite neden olabileceği ve bu nedenle zihin kuramı ile içgörüde azalma/kayıp ve sanrısız düşünceye yürüyüş arasında bağlantı olabileceği öne sürülmüştür (22,270). Önen ve ark. tarafından yapılan obsesif kompulsif bozuklukta içgörü ve üstbiliş arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmada içgörüsü iyi olan obsesif kompulsif bozukluk hastalarında içgörüsü kısıtlı grup ve sağlıklı kontrol grubuna göre kendi düşünce süreçleri üzerine düşünmenin daha fazla olduğu bulunmuştur (270). Bununla birlikte literatürde obsesif kompulsif bozuklukta içgörü ve zihin kuramı ilişkisinin araştırıldığı sınırlı sayıda çalışma vardır. Yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar bulunmuştur. İki çalışmada OKB’de zayıf içgörünün kötü zihin kuramı becerileriyle ilişkili olduğunu gösterilmiştir (187, 271, 192). Şizofreni ve OKB hastalarında yapılan başka bir çalışmada ise şizofreni grubunda içgörü düzeyi ile zihin kuramı

becerileri arasında anlamlı ilişki bulunurken OKB grubunda ise ilişki saptanmamıştır (272). Bizim çalışmamızda içgörü düzeyi ile ikinci düzey yanlış inanç ve gaf anlama arasında zayıf ilişki, ironi kavrama ve DEZTÖ toplam puanı arasında orta düzeyde ilişki saptanmıştır. Bunun dışında çalışmamızda içgörü düzeyi literatürle uyumlu şekilde hastalık süresi ve hastalık şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca her üçünün de zihin kuramı becerileriyle çeşitli derecelerde korelasyon göstermesi de kendi aralarındaki bu ilişkiyi desteklemekte ve zihin kuramının durumsal etkilerin bir sonucu olmasının yanında süregelen bir yapısının da olabileceğini düşündürmektedir.

Depresyonun en bilinen özelliklerinden biri sosyal işlev bozukluğudur. Depresif bireylerin kişilerarası etkileşimleri bozulmuştur. Unipolar depresyonda zihin kuramı ile yapılan çalışmalar daha az sayıda olmakla birlikte hastalığın hem akut hem de remisyon döneminde ZK bozukluğunu gösteren çalışmalar vardır. Önceki çalışmalar depresyondaki hastalarda ZK bozukluğunun hem hastalığın akut döneminde (292) hem de semptomatik iyileşme dönemlerinde (293) mevcut olduğunu bildirmiştir. Lee ve arkadaşları (2005), unipolar depresyon tanısı alan kadın hastaların “gözlerden zihin okuma testi”nde bozukluk gösterdiğini bildirmişlerdir (294). Wolkenstein ve arkadaşları (2011), unipolar depresyon akut dönemde olan 24 hastayla yaptıkları çalışmada, gözler testinde kontrol grubuna göre fark bulunmadığı ancak zihin kuramıyla ilişkili olarak sosyal bilişin ölçüldüğü “Movie for the Assessment of Social Cognition” (MASC) testinde hasta grubunda kontrollere göre bozukluk olduğunu bildirmişlerdir (295). Cusi ve arkadaşları (2013), majör depresif bozuklukta zihin kuramının ikinci derecede

yanlış inanç bileşeninde bozukluk olduğunu ve bunun da psikososyal işlevsellikle negatif ilişkili olduğunu bulmuşlardır (296). Öte yandan, ZK bozukluğu depresif hastalarda artmış yinleme riski ve sosyal işlevsellikte azalma ile ilişkili olabilir. Inoue ve arkadaşlarının (2006) unipolar depresyon ve bipolar depresyon hastalarında yaptıkları bir yıllık izlem çalışmasında, ikinci derece yanlış inanç bozukluğu olan hastalarda yinleme riski artmış olarak bulunmuştur (297). Sosyal bilişlerinde ve işlevlerinde bozulma nedeniyle bu hastalarda günlük yaşama adaptasyonda zorluk ve bu nedenle yinleme oranlarında artış oluyor olabilir. Bizim çalışmamızda da OKB'ye eşlik eden depresyonu olan hastalarda ikinci derece yanlış inanç ile toplam zihin kuramı puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuş olup bulgularımızın mevcut literatür bilgisiyle uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Anksiyete bozukluklarında ZK işlevlerini araştıran sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Eş tanısı olmayan sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada, eş tanılı olmayan major depresif bozukluk (MDB) ve kontrol gruplarına göre ZK testlerinde anlamlı olarak daha kötü performans gösterdikleri saptanmıştır. MDB eştanısı olmayan SAB olgularının, SAB'unun ana karakteristik özelliği olan sosyal kaçınmayı daha çok sergilediği ve bu da sosyal uyaranların doğru olarak çözülmesini engellediği ileri sürülmüştür (298). Başka bir çalışmada, SAB olgularında, kendilikle ilgili kaygıların artan bilişsel yük nedeniyle diğer insanların zihinsel durumları hakkında çıkarsamalar yapmayı bozabileceği hipotezini test etmek amacıyla, ZK testleri olarak Sosyal Bilişin Değerlendirilmesi için Film (MASC- Movie for Social Cognition) ve

Gözlerden Zihin Okuma Testleri uygulanmış ve bu çalışmada, depresif olmayan, sosyal yönden kaygılı katılımcıların, kaygısı olmayan katılımcılara göre ZK testlerinde daha kötü performans gösterdikleri saptanmıştır.(299) Yaygın anksiyete bozukluğunda ise ZK işlevlerinin incelendiği bir çalışma saptanmıştır. Zainal ve Newman(300), YAB'daki kaygının, diğerlerinin gözlemlenebilir eylemlerinin altında yatan duyguların ve niyetlerin hassas bir şekilde okunmasını kolaylaştırabildiğini ve bunun sonucunda kaygılı durumda olan YAB'lu bireylerin ZK becerilerinin artmış olabileceği düşünmüşlerdir. Bizim çalışmamızda ise anksiyete ile gaf anlama ve toplam zihin kuramı becerilerinde negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu sonucun oluşmasında bizim çalışmamızdaki katılımcıların spesifik bir anksiyete grubundan oluşmuyor olması ve anksiyete belirtilerinin ön planda OKB'ye ve özellikle hastalık şiddetine eşlik etmesinin rolü olduğu düşünülebilir.

5.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Zihin Kuramı ile İlişkisi

Literatürde çocukluk çağı travmaları ve ZT becerileri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışma sayısı oldukça azdır ve bu çalışmalar çoğunlukla şizofreni hastalarında yapılmıştır. Palmier-Claus ve ark. tarafından yapılan, kronik, ilk atak psikoz ve psikoz açısından yüksek riskli bireylerin, kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, çocukluk çağı travması ile herhangi bir ZT performansı arasında ilişki bulmadıkları bildirilmiştir (278). Başka bir çalışmada, ZT becerilerinden olan ironiyi anlama görevi incelendiğinde, çocukluk çağında istismara uğrayan grupta, klinik semptomlarla ve ironiyi anlama görevinde

istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı bildirilmiştir (279). Garcia ve ark., psikozda, çocukluk çağı travması öyküsünün, zayıf sosyal bilişle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (280). Schalinski ve ark.'nın yakın tarihli bir çalışmada, psikotik hastalarda, kümülatif olumsuz çocukluk çağı deneyimlerinin, hastalarda sosyal biliş ile önemli ölçüde olumsuz ilişkili bulunduğu bildirilmiştir (281). Şizofreni hastalarında yapılan bir diğer çalışmada, özellikle erken çocukluk döneminde (0-6 yaş), duygusal ihmalin ZT bozukluklarını yordadığını belirtmiştir. Duygusal ihmalin, bakım verenlerin zihinsel durumu anlamayı iletme fırsatlarını azaltan ve engelleyici bir faktör olduğunu ve bu nedenle, duygusal ihmale maruz kalmanın, kişilerin ZT becerilerindeki zihinsel temsilleri oluşturmada zorluklara neden olabileceğini belirtmişlerdir (282).

Yakın zaman önce yayınlanan 2200 yetişkinin katıldığı toplum temelli bir çalışmada (262) çocukluk çağı travması ve zihin kuramı becerileri arasındaki ilişki araştırılmış, zihin kuramı becerilerinin test edilmesi için “gözlerden zihin okuma testi” yapılmış, çalışmanın sonucunda zihin kuramı becerileri ile çocukluk çağı ihmal ve istismarı ve travmaya ilk maruz kalma yaşı arasında ilişki saptanmamıştır. Çalışmanın sonuçları, daha önceki çalışmaların çoğunun, klinik olarak psikiyatrik bozukluk teşhisi konan (bipolar bozukluk, şizofreni ve travma sonrası stres bozukluğu gibi) hastalar arasındaki ilişkilere odaklandığı ve bu gruplardaki hastaların travmatik olaylara daha fazla maruz kalmış olabileceği, çalışmada kullanılan “gözlerden zihin okuma testi”nin afektif ZK becerilerini ölçtüğü, sonuçların kognitif ZK’yı ölçen farklı ZK testlerinde farklı olabileceği

ayrıca çocukluk çağlarında karşılaşılan olumsuz yaşam olaylarının zaman zaman bir tür plastisite faktörü olarak işlev görebileceği ve bazı bireylerin travmatik maruziyetin stresine tepki olarak olumlu beceriler geliştirebileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Literatürde incelenemediği kadarıyla, OKB tanılı hastalarda, çocukluk çağı travması ve ZT becerileri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda OKB grubunda çocukluk çağı travmalarıyla zihin kuramı becerileri arasında negatif yönde bir ilişki olmakla birlikte anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır. Bu veriler doğrultusunda OKB'nin kendisi zihin kuramı becerilerini çocukluk çağı travmaları olup olmamasından bağımsız olarak kötüleştirmektedir denilebilir.

Literatürdeki bulguların bir kısmı birbiriyle örtüşmemektedir. Mevcut bulgular arasındaki bu farklılığın ortaya çıkmasında araştırmalarda çok çeşitli ve birbirinden farklı türlerde ZK testlerinin kullanılması katkı sağlıyor olabilir (227,6). Literatür incelendiğinde ZK becerilerinin çok çeşitli görevlerle ölçüldüğü görülmektedir. Ayrıca araştırma bulguları kişilik bozuklukları, psikotik bozukluklar, TSSB gibi farklı ruhsal bozukluklara sahip örneklemelerden elde edilmişlerdir. Bu durum araştırma sonuçlarını karşılaştırmayı zorlaştırdığı gibi bulgular arasındaki farklılıklar ruhsal bozuklukların doğasıyla da ilişkili olabilir. Bu durum sözü edilen araştırma bulguları arasındaki farklılığın ortaya çıkmasında etkili olabilir.

Bir başka önemli konu da travmatik deneyimlerin geçmişe yönelik ölçülmesinin zorluğudur. Geçmişe yönelik öz bildirim değerlendirmelerinde bellek yanlılığı

veya geri çağırma hataları olabilir. Travmatik deneyimler çoğu zaman maruz kalanın üzerinde durmayı istemeyeceği rahatsızlık verici olaylar olarak yaşantılanmış olabilir. Travmatik deneyim hakkında konuşmanın rahatsız edici olması zaten zorlayıcı olan travmatik deneyimin ölçülmesi işlemi daha da zorlaştırmaktadır. Bu çalışmada da diğer pek çok çalışmada olduğu gibi çocukluk çağı travmatik deneyimleri travmayı geriye dönük olarak ölçen bir öz bildirim ölçeğinden elde edilen puanlarla hesaplanmıştır. Her ne kadar travmatik yaşantıların geriye dönük ölçülmesi çeşitli sorunlar yaratsa da çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile erişkin ruh hastalığı arasındaki ilişkinin, retrospektif değerlendirmesi ile prospektif değerlendirilmesinin benzer sonuçlar verdiğini gösteren bulgular mevcuttur (301). Ancak travmatik deneyimin ölçülmesindeki bu yöntemsel dezavantaj bulguların yorumlanmasını zorlaştırmaktadır.

Çocukluk çağı travmaları ile zihin kuramı arasında bir ilişki görülmeişinin bir nedeni “tavan etkisi” olabilir. Psikotik olmayan bozukluklarda ve sağlıklı kontrollerde özellikle birinci ve ikinci sıra yanlış inanış testleri olmak üzere zihin kuramı testlerinde “tavan etkisi” bulunabileceğinden bahsedilmektedir. Tavan etkisi ile bir işlevi ölçmeye yönelik testin, bu işlevleri yüksek olan grupta ayırt edici olamaması kastedilmektedir. Zihin kuramı testlerinde ölçülen becerilerin 11-12 yaşlarında büyük oranda kazanıldığı düşünüldüğünde yetişkinler için de kullanılan bu testlerdeki görevlerin “kolay” olmalarına bağlı olarak ortaya “tavan etkisi” sorununun çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Bu tablonun olası açıklamalarından biri psikolojik sağlamlık (resilience) ve travma sonrası büyüme (post traumatic growth) kavramları olabilir. Psikolojik

sağlamlık, travmatik yaşantı, tehdit, yüksek düzeyde stres ve zorlukların ardından, kişinin temel kişisel gelişimini de kapsayan bir şekilde kendini toparlayarak yeniden uyum sağlayabilme kapasitesi olarak açıklanmaktadır (19). Travma sonrası büyüme kavramı ise kişilerin travmatik bir yaşantının ardından deneyimledikleri olumlu değişim ve gelişimler olarak tanımlanmaktadır (287,288). Bonanno psikolojik sağlamlığı kişinin stabil bir dengeyi sürdürebilme becerisi olarak tanımlamaktadır (283). Psikolojik sağlamlık, olumlu tutum ve işlevsel baş etme müdahalelerini kapsayan sürekli gelişen dinamik yapıda bir süreci ifade etmektedir. Kişinin, travmatik ya da zorlayıcı deneyimler ile karşılaştığında, esneklik ve uyum kapasitesini artırarak, psikolojik iyilik halini koruyarak ya da sürecin sonrasında yeniden kazanarak, bu durumlar ile başarılı bir şekilde başa çıkabilmesi ve yeniden eski durumuna dönebilmesidir (284-286). Psikolojik sağlamlık zaman içerisinde gelişebilen dinamik bir yapıya sahiptir. Kişinin yaşamı içerisinde deneyimlediği olumlu, destekleyici ve güçlendirici deneyimler, psikolojik sağlamlık düzeyinin de gelişmesinde etkili olacaktır (290). Psikolojik sağlamlık, yetişkinlikte geliştirilebilmekle birlikte, çocukluktan itibaren sahip olunan deneyimlerin de bu özellik üzerinde önemli bir etkisi olduğu düşünülmektedir (291).

Travmatik yaşantı sürecinde kişisel özellikler, destek alma, kendini açma ve tehdit edilen bilişsel sistemde yeniden işlemlenmenin önemli bir etkiye sahip olduğu kabul edilir (289). Dolayısıyla bizim yaptığımız çalışmada çocukluk çağında travmatik yaşantıların olumsuz etkisiyle karşılaşan kişilerin belli bir bölümünün

travmatik süreçlerle başarılı bir şekilde başa çıkabildiği ve zihinsel bütünlüklerini koruyabildikleri düşünülebilir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları da mevcuttur. Kliniğimize başvuran hastalarla yapılması nedeniyle örneklem grubu tedavi uyumu iyi olan, okuma yazma bilen, görece stabil kişileri içermekte olup sonuçların genel OKB popülasyonunu temsil ettiği iddia edilemez. Ayrıca örneklem grubu normal dağılıma uygunluk göstermediğinden kısmi korelasyon ya da regresyon analizleri yapılamamış ve bağımsız değişkenler kontrol edilerek etki büyüklükleri saptanamamıştır. Yine örneklem büyüklükleri pek çok araştırmada sonuçların genellenebilirliğini etkileyen önemli faktörlerden biridir. Çalışmamızın örneklem büyüklüğü literatürdeki çalışmaların çoğundan daha fazla olmasına rağmen örneklem büyüklüğünün yetersizliği bazı alanlarda beklediğimiz ilişkiyi saptayamamış olmamıza neden olmuş olabilir. Sonraki çalışmaların daha büyük bir örneklemle yürütülmesi araştırma bulgularının genellenebilirliği açısından önemlidir. Ayrıca kullanılan ilaçların değerlendirme araçları üzerine etkisi dışlanamamaktadır.

Ek olarak, bu çalışmanın istismarı ya da ihmali uygulayan kişi, yakınlık derecesi, istismar veya ihmalin başlama yaşı, hangi gelişimsel aşamada ve ne kadar süre maruz kalındığı gibi istismar ve ihmal öyküsünün daha ayrıntılı boyutlarını inceleyememiş olması, çalışmanın bir başka kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda zihin kuramı becerilerinin ölçümü açısından da bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. ZK' yı test etmede kullanılan yazılı/resimli materyal gerçek hayattaki sosyal etkileşimleri tam olarak yansıtamayabilir. Ayrıca yapılan ZK testinde bozukluk derecesinin saptanamaması da kısıtlılıklar arasındadır. Son

olarak; alışmamızda DEZTÖ'den tam puan alan katılımcılar olduğunu göz önünde bulundurduğunda, kullanılan ölçeğin katılımcıların ZK performanslarını daha üst düzeylerde sınanmasında ve ZK performans farklarını belirginleştirmede yetersiz kalmış olması da mümkündür.

Öte yandan, mevcut alışma OKB hastalarında ZK ile ocukluk ağı travmaları arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk araştırma olması nedeniyle, bulguların literatüre katkı sunacağını düşünmekteyiz. ZK becerilerinin gelişme sürecinde, ocukluk ağının getiği ortam ve travmatik yaşantıların, becerilerin gelişimini etkilemesi ve olumsuz yaşantılar gelişimi engelleyici bir faktör olabileceği düşünöldüğünden, bu konuya ışık tutması aısından konuyla ilgili daha fazla alışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

OKB hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları ve Zihin Kuramı Becerileri arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmanın sonucunda OKB grubunda kontrollere kıyasla özellikle ileri düzey ZK becerilerinin anlamlı ölçüde zayıf olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde OKB’de zihin kuramı ve ÇÇT’yi ayrı ayrı değerlendiren sınırlı sayıda çalışma bulunmakla birlikte her ikisini beraber değerlendiren bir çalışmaya rastlanamamıştır. Mevcut çalışmada OKB grubunda kontrollere kıyasla çocukluk çağı travmalarının cinsel travma hariç anlamlı ölçüde daha çok görülmekle birlikte çocukluk çağı travması ile zihin kuramı becerileri arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır.

Ayrıca OKB grubunda hastalık şiddeti, süresi, eşlik eden depresyon ve anksiyetenin zihin kuramı becerileriyle negatif yönde, içgörü düzeyiyle pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi ile ZK becerileri arasında pozitif yönlü ilişkinin olduğu hem hasta hem de kontrol grubunda gösterilmiştir. OKB grubunda cinsiyet ile ZK becerileri ve çocukluk çağı travmaları arasında ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızın yukarıda sözü edilen kısıtlılıkları göz önüne alındığında ilerleyen çalışmalarda daha geniş örnekleme farklı zihin kuramı değerlendirmelerinin kullanılması, ÇÇRT’nin ZK’ya etkisini daha kapsamlı değerlendirebilmek için istismarı ya da ihmal uygulayan kişinin yakınlık derecesi, istismar veya ihmalin başlama yaşı, hangi gelişimsel aşamada ve ne kadar süre maruz kaldığı gibi istismar ve ihmal öyküsünün daha ayrıntılı boyutlarının, bunun yanında ihmal ve

istismar dışındaki diğer travmatik olayların (ebeveyn kaybı, doğal afetler, kazalar, savaş, göç vb.) da dahil edilmesi düşünülebilir.



7. KAYNAKLAR

1. Obsessive Compulsive Disorder. Sadock BJ, Sadock VA (ed.) Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th Ed 2007;604-10.
2. Ruscio A. M, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessivecompulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry 2010;15(1), 53-63.
3. Cukor D, McGinn LK. History of child abuse and severity of adult depression: The mediating role of cognitive schema. Journal of Child Sexual Abuse. 2006;15(3):19-34.
4. Mathews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. Childhood trauma and obsessive compulsive symptoms. Depression and Anxiety 2008; 25(9), 742–751.
5. Diaz, F. J., Gurpegui, M., Ferrin, M., Luisa, M., Dolores, M., Morenogradados, J., Ruiz-veguilla, M. Childhood trauma as a risk factor for psychosis : A sib-pair study, Journal of Psychiatric Research 2015; 70, 130–136.
6. Yıldırım E, Alptekin K. Şizofrenide Öne Çıkan Yeni Bir Boyut: Sosyal Biliş. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2012; 25:368-375.
7. Bora, E., Yücel, M., & Pantelis, C. (2009). Theory of mind impairment: a distinct trait-marker for schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorder?. Acta Psychiatrica Scandinavica, 120(4), 253-264.
8. Bora, E., Yücel, M., & Pantelis, C. Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta-analysis. Schizophr Res, 2009;109(1):1-9.
9. Bora, E. Şizofreni Spektrum Bozukluklarında Zihin Kuramı. Türk Psikiyatri Dergisi, 2009; 20: 269-281.
10. Sayin A, Oral N, Utku C, Baysak E, Candansayar S. Theory of mind in obsessivecompulsive disorder: Comparison with healthy controls. European psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists, 2010; 25(2):116-122.
11. Mavrogiorgou P, Bethge M, Luksnat S, Nalato F, Juckel G, Brüne M. Social cognition and metacognition in obsessive–compulsive disorder: an

explorative pilot study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2016; 266(3), 209-216.

12. Stuss DT, Levine B. Adult clinical neuropsychology: Lessons from studies of the frontal lobes. *Annu Rev Psychol* 2002; 53: 401–433.
13. Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V. Obsesif – Kompulsif Bozukluğun Fenomenolojisi ve Patogenezi. Tükel R, Alkın T (ed.) *Anksiyete Bozuklukları*, 1. Baskı, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006;277 – 238.
14. Tulacı, R. G., Cankurtaran, E. Ş., Özdel, K., Öztürk, N., Kuru, E., & Özdemir, İ. (2018). The relationship between theory of mind and insight in obsessive-compulsive disorder. *Nordic journal of psychiatry*, 72(4), 273-280.
15. Ayribasa, B., Ayhanb, G., Topcuoglu, V., Kosed, S., & Sayar, K. (2020). Theory of Mind Abilities and Insight Dimension in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Schizophrenia. *PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY*, 30(4), 434-442.
16. Agorastos, A., Pervanidou, P., Chrousos, G. P., & Kolaitis, G. (2018). Early life stress and trauma: developmental neuroendocrine aspects of prolonged stress system dysregulation. *Hormones*, 17(4), 507-520.
17. Luke, N., & Banerjee, R. (2013). Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: A meta-analysis and systematic review. *Developmental Review*, 33(1), 1-28.
18. Fornaro M, Gabrielli F, Albano C, Fornaro S, Rizzato S, Mattei C, et al. Obsessive-compulsive disorder and related disorders: a comprehensive survey. *Annals of General Psychiatry*. 2009;8(1):1-13.
19. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM5®): American Psychiatric Pub; 2013.
20. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*. 2010;15(1):53-63.
21. Brakoulias V, Starcevic V, Belloch A, Brown C, Ferrao YA, Fontenelle LF, et al. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive–compulsive disorder (OCD): an international collaboration. *Comprehensive psychiatry*. 2017;76:79-86.

22. Murray CJ, Lopez AD, Organization WH. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary: World Health Organization; 1996.
23. Kugler BB, Lewin AB, Phares V, Geffken GR, Murphy TK, Storch EA. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: The role of mediating variables. *Psychiatry Research*. 2013;206(1):43-9.
24. Berrios GE. Obsessive-compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century. *Comprehensive psychiatry*. 1989;30(4):283-95.
25. Goodman WK, Grice DE, Lapidus KAB, Coffey BJ. Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2014;37(3):257-67.
26. Stewart S, Mayerfeld C, Arnold P, Crane J, O'Dushlaine C, Fagerness J, et al. Meta-analysis of association between obsessive-compulsive disorder and the 3' region of neuronal glutamate transporter gene SLC1A1. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2013;162(4):367-79.
27. Association AP. Diagnostic and statistical manual mental disorders American Psychiatric Pub.; 1952.
- 28- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Washington, DC; American Psychiatric Association, 1980.
- 29- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition. Washington, DC; American Psychiatric Assosiation, 1994.
- 30- Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessivecompulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psych* 1988, 45:1094-9.
- 31- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross-National Collaborative group. *J Clin Psychiatry* 1994; 55:5-10.
- 32- Alsobrook JP 2nd, Leckman JF, Goodman WK, Rasmussen SA, Pauls DL. Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom based factor scores. *Am J Med Genet A* 1999, 88:669-75.

- 33- Jenike, M. A. (2004). Obsessive-compulsive disorder. *New England Journal of Medicine*, 350(3), 259-265.
- 34- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell et al. (2006). Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, Comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978–1985.
- 35- Nakatani, E., Krebs, G., Micali, N., Turner, C., Heyman, I. ve Mataix-Cols, D. (2011). Children with very early onset obsessive-compulsive disorder: Clinical features and treatment outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 52(12), 1261–1268
- 36- Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen SA, Leckmann JF. A family study of obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995, 152:76-84.
- 37- Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology, clinical features and genetics of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1991, 53:4-10.
- 38- Brakoulias V, Starcevic V, Belloch A, Brown C, Ferrao YA, Fontenelle LF, et al. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): an international collaboration. *Comprehensive psychiatry*. 2017;76:79-86.
- 39- Nestad, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu III, J., Liang, K. Y., Labuda, M., Saric, R. H. A Family Study of Obsessive-compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 358–362
- 40- Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *Psych Clin North Am* 1992, 15:759-66.
- 41- Öztürk, M O, & Uluşahin, N. A. Obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* 2016; 364-379.
42. Rapaport JL, Inoff-Germain G. Treatment of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:41-431.
- 43- Matris B, Keuthen NJ, Wilson KA, Jenike M. Stein DJ. Obsessive-Compulsive Disorder in *Clinical Manual of Anxiety Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing 2004, 87-118.

- 44- Geller, D.A., Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics*, 2006. 29(2): p. 353-370.
- 45- Rapoport, J.L. and G. Inoff-Germain, Update on childhood-onset schizophrenia. *Current psychiatry reports*, 2000. 2(5): p. 410-415.
- 46- Pauls, D.L., et al., Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 2014. 15(6): p. 410-424.
- 47- Inouye E. Similar and dissimilar manifestations of obsessive-compulsive neurosis in monozygotic twins. *Am J Psychiatry* 1965; 21:1171-5.
- 48- Carey G, Gottesman II. Twin and family studies of anxiety, phobia, and obsessivecompulsive disorder. Klein D, Rabkin J (ed.) *Anxiety: New Research and Changing Concepts*. New York; Raven Press 1981, s. 117-36.
49. Yüksel N, Ruhsal Hastalıklar. 4. baskı ed. 2014, Ankara: Akademisyen Tıp kitabevi.
- 50- Frisch A, Michaelovsky E, Rockah R, Amir I, Hermesh H, Laor N, et al. Association between obsessive-compulsive disorder and polymorphisms of genes encoding components of the serotonergic and dopaminergic pathways. *Eur Neuropsychopharmacol* 2000; 10:205-9.
- 51- Mundo E, Richter MA, Zai G, Sam F, McBride J, Macciardi F, et al. 5HT1Dbeta receptor gene implicated in the pathogenesis of obsessive-compulsive disorder: further evidence from a family-based association study. *Mol Psychiatry* 2002; 7:805-9.
52. Schindler KM, Richter MA, Kennedy JL. Association between homozygosity at the COMT gene locus and obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet A* 2000, 10:205-9.
- 53- Millet B, Chabane N, Delorme R, Leboyer M, Leroy S, Poirier MF, et al. Association between the dopamine receptor D4 gene and obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B, Neuropsychiatric Genet* 2003, 116(1):55-9.
54. Eşel E. Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 2000;3:46-55.

55. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther*, 2003;41(1):11-29.
56. Rück C, Karlsson A, Steele JD, Edman G, Meyerson BA, Ericson K et al. Capsulotomy for obsessive-compulsive disorder: long-term follow-up of 25 patients. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65:914-21.
57. Lipsman N, Neimar JS, Lozano AM. Deep brain stimulation for treatmentrefractory obsessive-compulsive disorder: the search for a valid target. *Neurosurgery*. 2007;61:1-13.
- 58- Luxenberg JS, Swedo SE, Flament MF, Friedland RP, Rapoport J, Rapoport SI. Neuroanatomical abnormalities in obsessive-compulsive disorder detected with quantitative X-ray computed tomography. *Am J Psychiatry*, 1988;145(9):1089-93.
59. Scarone S, Colombo C, Livian S, Abbruzzese M, Ronchi P, Locatelli M, et al. Increased right caudate nucleus size in obsessive-compulsive disorder: detection with magnetic resonance imaging. *Psychiatry Res*, 1992;45(2):115-21.
- 60- Stein, D. J., Hollander, E., Stephen, C., DeCaria, C. M., Hilal, S., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1993). Computed tomography and neurological soft signs in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 50(3), 143-150.
- 61- Lacerda, A. L., Dalgalarondo, P., Caetano, D., Camargo, E. E., Etchebehere, E. C., & Soares, J. C. (2003). Elevated thalamic and prefrontal regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive disorder: a SPECT study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 123(2), 125-134.
- 62- Sawle, G. V., Hymas, N. F., Lees, A. J., & Frackowiak, R. S. J. (1991). Obsessional slowness: functional studies with positron emission tomography. *Brain*, 114(5), 2191-2202.
63. López-Ibor, J. J. (1988). The involvement of serotonin in psychiatric disorders and behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 153(S3), 26-39.
64. Capstick N. Clomipramine in obsessional states. *Psychosomatics*, 1971;12:332-335.

- 65- Leonard HL, Swedo SE, Rapoport JL, Koby EV, Lenane MC, Cheslow DL, et al. Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents. A double-blind crossover comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:1088-92.
- 66- Greist JH, Jefferson JW, Kobak KA, Katzelnick DJ, Serlin RC. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:53-60.
67. Perse, T. L., Greist, J. H., Jefferson, J. W., Rosenfeld, R., & Dar, R. (1987). Fluvoxamine treatment of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*.
68. Goddard AW, Shekhar A, Whiteman, AF, McDougle CJ. Serotonergic mechanisms in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Drug Discov Today*, 2008;13:325-332.
69. Insel TR, Mueller EA, Alterman I, Linnoila M, Murphy DL. Obsessive-compulsive disorder and serotonin: Is there a connection? *Biological Psychiatry*. 1985;20(11):1174-88.
70. Thorén, P., Åsberg, M., Bertilsson, L., Mellström, B., Sjöqvist, F., & Träskman, L. (1980). Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder: II. Biochemical aspects. *Archives of general psychiatry*.
71. Gross-Isseroff R, Cohen R, Sasson Y, Voet H, Zohar J: Serotonergic dissection of obsessive compulsive symptoms: a challenge study with mchlorophenylpiperazine and sumatriptan. *Neuropsychobiology*, 50:200-205, 2004
72. Koran LM, Pallanti S, Quercioli L. Sumatriptan, 5-HT_{1D} receptors and obsessivecompulsive disorder. *European Neuropsychopharmacology*. 2001;11(2):169-72.
73. Stern L, Zohar J, Cohen R, Sasson Y. Treatment of severe, drug resistant obsessive compulsive disorder with the 5HT_{1D} agonist sumatriptan. *European Neuropsychopharmacology*. 1998;8(4):325-8.
74. El Mansari M, Blier P. Mechanisms of action of current and potential pharmacotherapies of obsessive-compulsive disorder. *Progress in NeuroPsychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2006;30(3):362-73.

75. Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*. 2002;360(9330):397-405.
76. Hollander, E., et al., Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, 2000. 23(3): p. 643-656.
77. Vythilingum B, Cartwright C, Hollander E. Pharmacotherapy of obsessivecompulsive disorder: experience with the selective serotonin reuptake inhibitors. *International clinical psychopharmacology*. 2000;15:S7-13.
78. Denys D, Nieuwerburgh FV, Deforce D, Westenberg HG. Prediction of response to paroxetine and venlafaxine by serotonin-related genes in obsessive-compulsive disorder in a randomized, double-blind trial. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68(5):747-53.
79. Hollander E, Schiffman E, Cohen B, Rivera-Scein MA, Rosen W, Gorman JM, et al. Signs of central nervous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:27-32.
80. Isıklı S, Gonul AS. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 2012;5(3):24-32.
81. Eilam D, Scechtzman H. Psychostimulant induced behavior as an animal model of obsessive-compulsive disorder: an ethiological approach to the form of compulsive rituals. *CNS Spectrums* 2005, 10(3):191-202.
82. Eşel, E. (2000). Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 46-55.
83. Westenberg HG, Fineberg NA, Denys D. Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: serotonin and beyond. *CNS spectrums*. 2007;12(S3):14-27.
84. Denys D, Zohar J, Westenberg HG. The role of dopamine in obsessivecompulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiat*, 2004;65(14):11-7.
85. Krystal JH, D'Souza DC, Petrakis IL, Belger A, Berman RM, Charney DS, et al. NMDA agonists and antagonists as probes of glutamatergic dysfunction and pharmacotherapies in neuropsychiatric disorders. *Harvard review of psychiatry*. 1999;7(3):125-43.

86. Moghaddam B, Bolinao ML, Stein-Behrens B, Sapolsky R. Glucocorticoids mediate the stress-induced extracellular accumulation of glutamate. *Brain research*. 1994;655(1-2):251-4.
87. Rosenberg DR, Keshavan MS. Toward a neurodevelopmental model of obsessive– compulsive disorder. *Biological psychiatry*. 1998;43(9):623-40.
88. Moore GJ, MacMaster FP, Stewart C, Rosenberg DR. Case study: caudate glutamatergic changes with paroxetine therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(6):663-7.
89. Rosenberg DR, MacMASTER FP, Keshavan MS, Fitzgerald KD, Stewart CM, Moore GJ. Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessivecompulsive disorder patients taking paroxetine. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(9):1096-103.
90. Karshoğlu EH, Yüksel N. Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*. 2007;10(3):3-13.
91. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, et al. Pediatric auto-immune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS): a clinical description of the first fifty cases. *Am J Psychiatry* 1998, 155: 264-71.
92. Bronze MS, Dale JB. Epitopes of streptococcal M proteins that evoke antibodies that cross-react with human brain. *J Immunol*, 1993;151:2820-8
93. Freud S. Some thoughts on development and regression: Aetiology. *SE*. 1917;16:339-57.
94. Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klinik Psikiyatri*. 2003;6:46-50.
95. Freud S. Ego ve İd. *Metapsikoloji*. Haz İlkesinin Ötesinde, Ego ve İd ve Başka Yapıtlar,(Çözümlemeler ve Notlarla Çev. A Yardımlı) İstanbul, 2000. İdea Yayınevi. 1923:247-93.
96. Jonest E. Hate and anal erotism in the obsessional neurosis. In: DJ Stein and M Stone, editors. *Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder*, New York, New York University Press, 1997; 65-72.

97. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice, 2nd edition. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
98. Tükel R. Nevrotik bir fenomen olarak yineleme kompulsiyonu. Psikanaliz Yazıları- Nevrozlar. İstanbul: Bağlam Yayınları, 2004; 43-51.
99. Alsobrook JP 2nd, Leckman JF, Goodman WK, Rasmussen SA, Pauls DL. Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom based factor scores. Am J Med Genet A 1999, 88:669-75.
100. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural approaches to the understanding of obsessional problems. Rapee RM (ed.) Current Controversies in the Anxiety Disorders. New York; The Guilford Press, 1996, s.103-33.
101. Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. In: Tükel R, Alkın T (Eds) Anksiyete Bozuklukları, Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006, s.277-298.
102. Franklin JC, Kent M, Lee KM, Hanna EK, Prinstein JM, Feeling Worse to Feel Better: Pain-Offset Relief Simultaneously Stimulates Positive Affect and Reduces Negative Affect. Psychological Science, 2013;24(4):521-9.
103. Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions: a replication. Behav Res Ther 1984; 22:549-52.
104. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. Behaviour research and therapy. 1978;16(4):233-48.
105. Rachman S. Obsessions, responsibility, and guilt. Behavior Research and Therapy, 1993;31:149-154.
106. Clark DA. Cognitive-behavioral therapy for OCD: Guilford Press; 2004.
107. Fontanelle 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.
108. Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. Psychiatry Clin Neurosci, 2001;55(6):623-7.
109. Sadock B and S. VA, Comprehensive Textbook of Psychiatry. 11 ed. 2016, Ankara: Günes Kitapevi. 418-435.

110. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 1992;53:4-10.
111. Beşiroğlu, L., Obsesif Kompulsif Bozuklukta Fenomenoloji: Tedavi Yanıtı İçin Önemli mi? *Psikiyatride Güncel*, 2014. 4(3).
112. Williams, M.T., et al., Myth of the pure obsessional type in obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 2011. 28(6): p. 495-500.
113. *Diagnosis And Statistical Manuel Of Mental Disorders*. Fifth edition. American Psychiatric Association. 2013.
114. Öztürk O. Uluğ B. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1992.
115. Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., Bandelow, B., Bond, A., Davidson, J. R., ... & Wittchen, H. U. (2005). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 19(6), 567-596.
116. Zohar J, Zohar K, Kindler S. Current concepts in the pharmacological treatment of obsessive compulsive disorder. *Drugs*, 1992;43;219.
117. Geller, D. A., Biederman, J., Stewart, S. E., Mullin, B., Martin, A., Spencer, T., & Faraone, S. V. Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry* 2003; 160, 1919-1928.
118. Bayraktar E. Obsesif -Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası* 1997;1:25-32.
119. Kim SJ, Veenstra-VanderWeele J, Hanna GL, Gonen D, Leventhal BL, Cook EH Jr. Mutation screening of human 5-HT(2B)receptor gene in early onset obsessive-compulsive disorder. *Mol Cell Probes*, 2000;14:47-52.
120. Sharp, M. Understanding obsessive-compulsive disorder. *Nursing Made Incredibly Easy* 2013; 11(5), 44-52.
121. Rück C, Karlsson A, Steele JD, Edman G, Meyerson BA, Ericson K et al. Capsulotomy for obsessive-compulsive disorder: long-term follow-up of 25 patients. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65:914-21.

122. Lipsman N, Neimar JS, Lozano AM. Deep brain stimulation for treatment refractory obsessive-compulsive disorder: the search for a valid target. *Neurosurgery*. 2007;61:1-13.
123. Markova IS, Jaafari N, Berrios GE. Insight and obsessive-compulsive disorder: A conceptual analysis. *Psychopathology*. 2009; 42: 277-282.
124. Bellino S, Patria L, Ziero S, Bogetto F. Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a regression model. *Psychiatry research*. 2005;136(2):223-31.
125. Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, Cioffi V, Giacco D, De Santis V, et al. Obsessive– compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2010;34(2):323-30.
126. Türksoy N, Tükel R, Özdemir Ö, Karali A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive–compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*. 2002;16(4):413-23.
127. Call, J., & Tomasello, M. (2011). Does the chimpanzee have a theory of mind? 30 years later. *Human Nature and Self Design*, 83-96.
128. Mahy, C. E., Moses, L. J., & Pfeifer, J. H. (2014). How and where: Theory-of-mind in the brain. *Developmental cognitive neuroscience*, 9, 68-81.
129. Saxe, R., & Baron-Cohen, S. (2006). The neuroscience of theory of mind.
130. Moran, J. M. (2013). Lifespan development: The effects of typical aging on theory of mind. *Behavioural brain research*, 237, 32-40.
131. Schreiber, J., Singer, T., Steinbeis, N., & Friederici, A. D. (2017). White matter maturation is associated with the emergence of Theory of Mind in early childhood. *Nature Communications*, 8, 14692-14692.
132. Calero, C. I., Salles, A., Semelman, M., & Sigman, M. (2013). Age and gender dependent development of Theory of Mind in 6-to 8-years old children. *Frontiers in human neuroscience*, 7, 281.
133. Happé, F., & Loth, E. (2002). ‘Theory of mind’and tracking speakers’ intentions. *Mind & Language*, 17(1-2), 24-36.

134. Matthews, D. (2006). JANET WILDE ASTINGTON & JODIE A. BAIRD (eds), *Why language matters for theory of mind*. Oxford: OUP, 2005. Pp. 355. ISBN 0-19-515991-8. *Journal of Child Language*, 33(4), 910-916.
135. Henseler, S. E. (2000). *Young children's developing theory of mind: Person reference, psychological understanding and narrative skill*. City University of New York.
136. Ruffman, T., Slade, L., & Crowe, E. (2002). The relation between children's and mothers' mental state language and theory-of-mind understanding. *Child development*, 73(3), 734-751.
137. Milligan, K., Astington, J. W., & Dack, L. A. (2007). Language and theory of mind: Meta-analysis of the relation between language ability and false-belief understanding. *Child development*, 78(2), 622-646.
138. Hoicka, E., & Akhtar, N. (2012). Early humour production. *British Journal of Developmental Psychology*, 30(4), 586-603.
139. Kim, S. (2015). The mind in the making: Developmental and neurobiological origins of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 356.
140. Schurz, M., & Perner, J. (2015). An evaluation of neurocognitive models of theory of mind. *Frontiers in psychology*, 6, 1610.
141. Koster-Hale J, Saxe R. Theory of Mind: A Neural Prediction Problem. *Neuron*. 2013;79:836–48.
142. Brüne, M., & Brüne-Cohrs, U. (2006). Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(4), 437-455.
143. Goldman AI. Theory of mind. *The Oxford handbook of philosophy of cognitive science*. 2012;1.
144. Harrington L, Siegert R, McClure J. Theory of mind in schizophrenia: a critical review. *Cognitive neuropsychiatry*. 2005;10(4):249-86.
145. Gallagher HL, Frith CD. Functional imaging of 'theory of mind'. *Trends in cognitive sciences*. 2003;7(2):77-83.

146. Wimmer H, Hogrefe G-J, Perner J. Children's understanding of informational access as source of knowledge. *Child development*. 1988;386-96.
147. Harkness, K. L., Jacobson, J. A., Duong, D., & Sabbagh, M. A. (2010). Mental state decoding in past major depression: Effect of sad versus happy mood induction. *Cognition and Emotion*, 24(3), 497-513.
148. Tager-Flusberg, H., & Sullivan, K. (2000). A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome. *Cognition*, 76(1), 59-90.
149. Shamay-Tsoory SG. The neural bases for empathy. *The Neuroscientist*. 2011;17(1):18-24.
150. Nummenmaa L, Hirvonen J, Parkkola R, Hietanen JK. Is emotional contagion special? An fMRI study on neural systems for affective and cognitive empathy. *Neuroimage*. 2008;43(3):571-80.
151. Shamay-Tsoory SG, Aharon-Peretz J, Perry D. Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*. 2009;132(3):617-27.
152. Shamay-Tsoory SG, Tomer R, Berger BD, Goldsher D, Aharon-Peretz J. Impaired "affective theory of mind" is associated with right ventromedial prefrontal damage. *Cognitive and Behavioral Neurology*. 2005;18(1):55-67.
153. Shamay-Tsoory SG, Shur S, Barcai-Goodman L, Medlovich S, Harari H, Levkovitz Y. Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry research*. 2007;149(1-3):11-23.
154. Kalbe E, Grabenhorst F, Brand M, Kessler J, Hilker R, Markowitsch HJ. Elevated emotional reactivity in affective but not cognitive components of theory of mind: a psychophysiological study. *Journal of Neuropsychology*. 2007;1(1):27-38.
155. Bodden ME, Kübler D, Knake S, Menzler K, Heverhagen JT, Sommer J, et al. Comparing the neural correlates of affective and cognitive theory of mind using fMRI: Involvement of the basal ganglia in affective theory of mind. *Advances in cognitive psychology*. 2013;9(1):32.
156. Asakura N, Inui T. A Bayesian Framework for False Belief Reasoning in Children: A Rational Integration of Theory-Theory and Simulation Theory. *Frontiers in Psychology*, 2016;7:2019.

157. Wellman HM, Woolley JD. From simple desires to ordinary beliefs: the early development of everyday psychology. *Cognition*, 1990;35(3): 245–75
158. Völlm, B. A., Taylor, A. N., Richardson, P., Corcoran, R., Stirling, J., McKie, S et al. (2006). Neuronal correlates of theory of mind and empathy: a functional magnetic resonance imaging study in a nonverbal task. *Neuroimage*, 29(1), 90-98.
159. Ondobaka S, Kilner J, Friston K. The role of interoceptive inference in theory of mind. *Brain Cogn* 2017;112: 64–68.
160. Koster-Hale J, Saxe R . Functional neuroimaging of theory of mind.Understanding other minds: Perspectives from developmental social neuroscience, 2013;132-163.
161. Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The Mirror Neuron System. *Annual Review Neuroscience*, 27, 169–192.
162. Mahy CE, Moses LJ, Pfeifer JH. How and where: Theory-of-mind in the brain. *Developmental cognitive neuroscience*. 2014;9:68-81.
163. Uddin, L. Q., Iacoboni, M., Lange, C., & Keenan, J. P. (2007). The self and social cognition: the role of cortical midline structures and mirror neurons. *Trends in cognitive sciences*, 11(4), 153-157.
164. Brüne M. “Theory of mind” in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia bulletin*. 2005;31(1):21-42.
165. Scholl BJ, Leslie AM. Modularity, development and ‘theory of mind’. *Mind & Language*. 1999;14(1):131-53.
166. Brüne M, Brüne-Cohrs U. Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2006;30(4):437-55.
167. Flavell JH (1999) Cognitive development: Children's knowledge about the mind. *Annu Rev Psychol*, 50:21-45.
168. Youmans, G. L. (2004). Theory of mind performance of individuals with Alzheimer-type dementia profiles (Doctoral dissertation, The Florida State University).

169. Gordon RM. Folk psychology as simulation. *Mind & Language*. 1986;1(2):158-71.
170. Korkmaz, B. (2011). Theory of mind and neurodevelopmental disorders of childhood. *Pediatric research*, 69(8), 101-108.
171. BARON-COHEN S, Cross P. Reading the eyes: evidence for the role of perception in the development of a theory of mind. *Mind & Language*. 1992;7(1-2):172-86.
172. Teufel C, Fletcher PC, Davis G. Seeing other minds: attributed mental states influence perception. *Trends in cognitive sciences*. 2010;14(8):376-82.
173. Stone VE, Baron-Cohen S, Knight RT. Frontal lobe contributions to theory of mind. *Journal of cognitive neuroscience*. 1998;10(5):640-56.
174. Saxe R, Carey S, Kanwisher N. Understanding other minds: linking developmental psychology and functional neuroimaging. *Annu Rev Psychol*. 2004;55:87-124.
175. Repacholi BM, Gopnik A. Early reasoning about desires: evidence from 14- and 18month-olds. *Developmental psychology*. 1997;33(1):12.
176. Wellman HM, Banerjee M. Mind and emotion: Children's understanding of the emotional consequences of beliefs and desires. *British Journal of Developmental Psychology*. 1991;9(2):191-214.
177. Leslie AM. Pretense and representation: The origins of" theory of mind.". *Psychological review*. 1987;94(4):412.
178. Frith U, Frith CD. Development and neurophysiology of mentalizing. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B: Biological Sciences*. 2003;358(1431):459-73.
179. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*. 1985;21(1):37-46.
180. Perner J, Wimmer H. "John thinks that Mary thinks that..." attribution of secondorder beliefs by 5-to 10-year-old children. *Journal of experimental child psychology*. 1985;39(3):437-71.

181. Bach LJ, Happe F, Fleminger S, Powell J. Theory of mind: Independence of executive function and the role of the frontal cortex in acquired brain injury. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2000;5(3):175-92.
182. Baron-Cohen S, O'riordan M, Stone V, Jones R, Plaisted K. Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or highfunctioning autism. *Journal of autism and developmental disorders*. 1999;29(5):407-18.
183. Isoda M, Noritake A. What makes the dorsomedial frontal cortex active during reading the mental states of others? *Frontiers in neuroscience*. 2013;7:232.
184. López-del-Hoyo Y, Panzano MG, Lahera G, Herrera-Mercadal P, Navarro-Gil M, Campos D, et al. Differences between individuals with schizophrenia or obsessivecompulsive disorder and healthy controls in social cognition and mindfulness skills: A controlled study. *PLoS One*. 2019;14(12):e0225608.
185. Henry JD, Phillips LH, Crawford JR, Ietswaart M, Summers F. Theory of mind following traumatic brain injury: The role of emotion recognition and executive dysfunction. *Neuropsychologia*. 2006;44(10):1623-8.
186. Abu-Akel A. A neurobiological mapping of theory of mind. *Brain research reviews*. 2003;43(1):29-40.
187. Tulacı RG, Cankurtaran EŞ, Özdel K, Öztürk N, Kuru E, Özdemir İ. The relationship between theory of mind and insight in obsessive-compulsive disorder. *Nordic journal of psychiatry*. 2018;72(4):273-80.
188. Beucke JC, Sepulcre J, Talukdar T, Linnman C, Zschenderlein K, Endrass T, et al. Abnormally high degree connectivity of the orbitofrontal cortex in obsessivecompulsive disorder. *JAMA psychiatry*. 2013;70(6):619-29.
189. Sabbagh MA. Understanding orbitofrontal contributions to theory-of-mind reasoning: implications for autism. *Brain and cognition*. 2004;55(1):209-19.
190. Mavrogiorgou, P., Bethge, M., Luksnat, S., Nalato, F., Juckel, G., & Brüne, M. (2016). Social cognition and metacognition in obsessive–compulsive disorder: an explorative pilot study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(3), 209-216.

191. Sayın A, Oral N, Utku C, Baysak E, Candansayar S. Theory of mind in obsessivecompulsive disorder: Comparison with healthy controls. *European Psychiatry*. 2010;25(2):116-22.
192. Mısır E, Bora E, Akdede BB. Relationship between social-cognitive and socialperceptual aspects of theory of mind and neurocognitive deficits, insight level and schizotypal traits in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2018;83:1-6.
193. Darvishi N, Alilou MM, Bakhshipour A, Farnam A, Bahramkhani M. Theory of mind in obsessive-compulsive disorder patients versus normal individuals. *Adv Cogn Sci*. 2013;15:77-89.
194. Inanc L, Inanir S, Yazla E, Altintas M, Semiz UB. The relationship between treatment resistance, insight, and theory of mind in patients with obsessivecompulsive disorder. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2015;25(1):S150S1.
195. Laungani P. Stress, trauma, and coping strategies: Cross-cultural variations. *International journal of group tensions*. 2002;31(2):127-54.
196. Schmittebecher PP. The management of trauma in childhood and adolescence. *European Journal of Pediatric Surgery*. 2013;23(06):425-6.
197. Türksoy, N. (2003). Psikolojik travma ve tanım sorunları. *Psikolojik travma ve sonuçları*, 1, 9-19.
198. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(2):113-23.
199. Fink, L. A., Bernstein, D., Handelsman, L., Foote, J., & Lovejoy, M. (1995). Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *The American journal of psychiatry*.
200. Topçu, S. (1997). Çocuk İstismarının Tarihçesi. *Çocuk ve Gençlerin İstismarı içinde*; 30–34.
201. Kara, B., Biçer, Ü. ve Gökalp, A.S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47, 140-151.

202. Yurdakök, K. (2010). Çocuk istismarı ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(4), 423–434.
203. World Health Organization. (2015). Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015–2020 (No. WHO/EURO: 2015-4315-44078-62167). World Health Organization. Regional Office for Europe.
204. Hussey, J. M., Chang, J. J., & Kotch, J. B. (2006). Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*, 118(3), 933-942.
205. Zoroğlu, S., Şar, V. ve Öztürk, M. B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69.
206. Dereboy, Çiğdem, et al. Çocukluk Çağı Travmalarının, Kimlik Gelişimi, Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikopatoloji ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2018, 29.4.
207. Lochner, C., du Toit, P. L., Zungu-dirwayi, N., Marais, A., Kradenburg, J. Van et al. Childhood Trauma in Obsessive Compulsive Disorder, Trichotillomania and Controls. *Depression&Anxiety* 2002; 15, 66–68.
208. Silva, P. D. E., & Marks, M. Traumatic experiences , post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder. *İnternational Review of Psychiatry* 2001; 13(3), 172–180.
209. Silva, P. De, & Marks, M. The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research And Therapy* 1999; 37(10), 941–951.
210. Dinn, W. M., Harris, C. L., & Raynard, R. C. Posttraumatic obsessive compulsive disorder: A three-factor model. *Psychiatry* 1999; 62(4), 313–324.
211. Sasson, Y., Dekel, S., Nacasch, N., Chopra, M., Zinger, Y., Amital, D. & Zohar, J. Posttraumatic obsessive-compulsive disorder : A case series. *Psychiatry Research* 2005; 135(2), 145–152
212. Mandelli, L., Petrelli, C., & Serretti, A. The role of specific early trauma in adult depression : A meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression. European Psychiatry* 2015; 30(6), 665–680

213. Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Spitzer, C., Josepeit, J., Ettelt, S., Buhtz, F., Freyberger, H. J. Obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder. *Psychopathology* 2008; 41(2), 129–134.
214. Hartl, T. L., Duffany, S. R., Allen, G. J., Steketee, G. S. & Frost, R. O. Relationships among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Behavior Research And Therapy* 2005; 43(2), 269–276.
215. Carpenter, L., & Chung, M. Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychology and Psychotherapy* 2011; 84(367), 88.
216. Mathews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. Childhood trauma and obsessivecompulsive symptoms. *Depression and Anxiety* 2008; 25(9), 742–751.
217. Çelikel, H., & Beşiroğlu, L. Klinik olmayan örneklemde çocukluk çağı travmatik yaşantıları, dissosiasyon ve obsesif kompulsif belirtiler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008; 9(2), 75-83.
218. Tibi, L., van Oppen, P., van Balkom, A. J., Eikelenboom, M., Hendriks, G. J., & Anholt, G. E. (2020). Childhood trauma and attachment style predict the four-year course of obsessive compulsive disorder: Findings from the Netherlands obsessive compulsive disorder study. *Journal of affective disorders*, 264, 206-214
219. Aas, M., Henry, C., Andreassen, O. A., Bellivier, F., Melle, I., & Etain, B. (2016). The role of childhood trauma in bipolar disorders. *International journal of bipolar disorders*, 4(1), 1-10.
220. Luke N, Banerjee R. Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: A meta-analysis and systematic review. 2013;33(1):1–28.
221. Luyten P, Fonagy P. TThe Neurobiology of Mentalizing. *Personal Disord Theory, Res Treat*. 2015;6(4):366–79.
222. Cicchetti D, Rogosch FA, Maughan A, Toth SL, Bruce J. False belief understanding in maltreated children. *Dev Psychopathol*. 2003;15(4):1067–91.

223. Pears K, Fisher PA. Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence of deficits. *Dev Psychopathol.* 2005;17(1):47–65.
224. Ensink K, Normandin L, Target M, Fonagy P, Sabourin S, Berthelot N. Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *Br J Dev Psychol.* 2015;33(2):203–17.
225. Palmier-Claus, J., Berry, K., Darrell-Berry, H., Emsley, R., Parker, S., Drake, R., & Bucci, S. (2016). Childhood adversity and social functioning in psychosis: exploring clinical and cognitive mediators. *Psychiatry research*, 238, 25-32.
226. Brüne M, Brüne-Cohrs U. Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neurosci Biobehav Rev*, 2006;30(4):437-455.
227. Kelemen, O., Ke' ri S, Must A, Benedek G, ve Janka Z. (2004). No evidence for impaired 'theory of mind' in unaffected first-degree relatives of schizophrenia patients. *Acta Psychiatr Scand*: 110: 146–149
228. Bechi, ve ark., (2012) Theory of mind and emotion processing training for patients with schizophrenia: Preliminary findings. *Psychiatry Research* 198 371– 377
229. Çavuşoğlu, F. (2020). Cinsiyet Gruplarına Göre Çocukluk Çağı Travma Düzeylerinin İncelenmesi. *Journal of International Social Research*, 13(73).
230. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 378–385
231. Kanbur N, Akgül, S. Adölesanlarda cinsel istismar ve pediatristin rolü. *Çocuk İhmal ve İstismarı-I.* 2010; 32:491-502
232. Sayar, Kemal, Uğurad, I. K. ve Acar, B. (1999). Obsessif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 9(3), 142–147.
233. Çamli, K., Türkçapar, M. H. ve Sargin, E. (2012). Reaktif ve Otojen Özellikler Gösteren Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü, Bilişsel İçgörü

ve Sosyodemografik Özellikler. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi.

234. Narayanaswamy, J. C., Viswanath, B., Cherian, A. V., Math, S. B., Kandavel, T., & Reddy, Y. J. (2012). Impact of age of onset of illness on clinical phenotype in OCD. *Psychiatry research*, 200(2-3), 554-559.
235. Akgün YILDIRIM, Ejder, Muzaffer Kaşar, Mehmet Güdük, Elif Ateş, İlker Küçükparlak, and Erdem Onur ÖZALMETE. 2011. "Gözlerden Zihin Okuma Testi'nin Türkçe Güvenirlik Çalışması." *Türk Psikiyatri Dergisi* 22 (3): 177–
- 86.
236. Değirmencioğlu, B. (2008). İlk kez geliştirilecek olan Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeğinin (DEZTÖ) geçerlik ve güvenilirlik çalışması (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
237. Bora, E., & Pantelis, C. (2013). Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 144(1-3), 31-36.
238. Strauss, S., Ziv, M., & Stein, A. (2002). Teaching as a natural cognition and its relations to preschoolers' developing theory of mind. *Cognitive development*, 17(3-4), 1473-1487.
239. Beşiroğlu, L., Çilli, A. S., & Aşk, R. (2004). The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45(2), 99-108.
240. Beşiroğlu, L. (2014). Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji: tedavi yanıtı için önemli mi. *Psikiyatride Güncel*, 4(3), 221–229.
241. Lapsekili, N., Uzun, Ö. ve Ak, M. (2010). Obsesif kompulsif bozukluk olgularında heyecan arama davranışı. *Klinik Psikiyatri*, 13, 170–176.
242. Tükel R, Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Temel ve Klinik Psikiyatri. Güneş Tıp Kitapevleri*, 2018; 379-404
243. Bartz JA, Hollander E. Is obsessive–compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*. 2006;30(3):33852.

244. Saxena S, Brody AL, Ho ML, Alborzian S, Ho MK, Maidment KM, et al. Cerebral metabolism in major depression and obsessive-compulsive disorder occurring separately and concurrently. *Biological Psychiatry*. 2001;50(3):159-70.
245. Angst J, Dobler-Mikola A. The zurich study. *European archives of psychiatry and neurological sciences*. 1985;235(3):179-86.
246. Stavrakaki C, Vargo B. The relationship of anxiety and depression: a review of the literature. *The British Journal of Psychiatry*. 1986;149(1):7-16.
247. Wittchen, H. U. (1988). Natural course and spontaneous remissions of untreated anxiety disorders: Results of the Munich Follow-up Study (MFS). In *Panic and phobias 2* (pp. 3-17). Springer, Berlin, Heidelberg.
248. Dykshoorn KL. Trauma-related obsessive–compulsive disorder: a review. *Health Psychology and Behavioral Medicine: an Open Access Journal*. 2014;2(1):517-28.
249. Carpenter L, Chung MC. Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2011;84(4):367-88.
250. Saunders BE, Villeponteaux LA, Lipovsky JA, Kilpatrick DG, Veronen LJ. Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. *Journal of interpersonal violence*. 1992;7(2):189-204.
251. Renkema TC, de Haan L, Schirmbeck F, Alizadeh BZ, van Amelsvoort T, Bartels-Velthuis AA, et al. Childhood trauma and coping in patients with psychotic disorders and obsessivecompulsive symptoms and in un-affected siblings. *Child Abuse & Neglect*. 2020;99:104243.
252. Teicher MH, Samson JA. Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2016;57(3):241-66.
253. Dias-Ferreira E, Sousa JC, Melo I, Morgado P, Mesquita AR, Cerqueira JJ, et al. Chronic stress causes frontostriatal reorganization and affects decision-making. *Science*. 2009;325(5940):621-5.
254. Boedhoe PS, Schmaal L, Abe Y, Ameis SH, Arnold PD, Batistuzzo MC, et al. Distinct subcortical volume alterations in pediatric and adult OCD: a

worldwide meta-and megaanalysis. *American Journal of Psychiatry*. 2017;174(1):60-9.

255. Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American journal of psychiatry*. 2013;170(10):1114-33.
256. Anacker C, Hen R. Adult hippocampal neurogenesis and cognitive flexibility - linking memory and mood. *Nat Rev Neurosci*. 2017;18(6):335-46.
257. Leal SL, Yassa MA. Integrating new findings and examining clinical applications of pattern separation. *Nat Neurosci*. 2018;21(2):163-73.
258. Destrée L, Brierley M-EE, Albertella L, Jobson L, Fontenelle LF. The effect of childhood trauma on the severity of obsessive-compulsive symptoms: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*. 2021;142:345-60.
259. Rao S, Raveendranathan D, Shivakumar V, Narayanaswamy JC, Venkatasubramanian G, Reddy YCJ. Hippocampus volume alterations and the clinical correlates in medication naïve obsessive compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2018;236:1-5.
260. Reess TJ, Rus OG, Gürsel DA, Schmitz-Koep B, Wagner G, Berberich G, et al. Association between hippocampus volume and symptom profiles in obsessive-compulsive disorder. *NeuroImage: Clinical*. 2018;17:474-80.
261. López-del-Hoyo, Y., Panzano, M. G., Lahera, G., Herrera-Mercadal, P., Navarro-Gil, M., Campos, D. et al. (2019). Differences between individuals with schizophrenia or obsessive-compulsive disorder and healthy controls in social cognition and mindfulness skills: A controlled study. *Plos one*, 14(12).
262. Peterson, C. S., Zhu, Y., Germine, L. T., & Dunn, E. C. (2022). Associations Between Childhood Trauma Characteristics and Theory of Mind in Adults: Results From a Large, Diverse Sample. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-12.
263. Demet MM, Deveci A, Deniz F, Taşkın E, Şimşek E, Yurtsever F. Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005;6(3):133-44.
264. Altinöz AE, Köşger F, Eşsizoglu A. Obsesif kompulsif bozuklukta seçici dikkat, bilişsel esneklik, yanıt inhibisyonu ve zihin kuramı işlevleri

arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2019;20(1).

265. Aydın, P. Ç., & Öyekçin, D. G. (2013). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel işlevler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(4).
266. Kucharska-Pietura K, Mortimer A. Can antipsychotics improve social cognition in patients with schizophrenia? *CNS drugs*. 2013;27(5):335-43
267. Jacob ML, Larson MJ, Storch EA. Insight in adults with obsessive–compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 2014;55(4):896-903.
268. Demal, U., Lenz, G., Mayrhofer, A., Zapotoczky, H. G., & Zitterl, W. (1993). Obsessive-compulsive disorder and depression. *Psychopathology*, 26(3-4), 145-150.
269. Kaufman AS, Reynolds CR, McLean JE. Age and WAIS-R intelligence in a national sample of adults in the 20-to 74-year age range: A cross-sectional analysis with educational level controlled. *Intelligence*, 1989;13(3); 235-253.
270. Önen S, Uğurlu, GK, Çayköylü A. The relationship between metacognitions and insight in obsessive–compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 2013;54(5):541-548.
271. Relationship between social-cognitive and social-perceptual aspects of theory of mind and neurocognitive deficits, insight level and schizotypal traits in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 83, 1-6.
272. Ayribasa, B., Ayhanb, G., Topcuoglu, V., Kosed, S., & Sayar, K. (2020). Theory of Mind Abilities and Insight Dimension in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Schizophrenia. *PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY*, 30(4), 434-442.
273. Lochner, C., Seedat, S., Hemmings, S. M., Kinnear, C. J., Corfield, V. A., Niehaus, D. et al. (2004). Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: clinical and genetic findings. *Comprehensive psychiatry*, 45(5), 384-391.
274. Besiroglu, L., Uguz, F., Saglam, M., Agargun, M. Y., & Cilli, A. S. (2007). Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 102(1-3), 73-79.

275. Fontenelle, L. F., Domingues, A. M., Souza, W. F., Mendlowicz, M. V., De Menezes, G. B., Figueira, I. L., & Versiani, M. (2007). History of trauma and dissociative symptoms among patients with obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *Psychiatric Quarterly*, 78(3), 241-250.
276. Palanza P, Parmigiani S. How does sex matter? Behavior, stress and animal models of neurobehavioral disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2017;76:134-43.
277. Tonna M, Marchesi C, Parmigiani S. The biological origins of rituals: An interdisciplinary perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2019;98:95-106.
278. Palmier-Claus, J., Berry, K., Darrell-Berry, H., Emsley, R., Parker, S., Drake, R., & Bucci, S. (2016). Childhood adversity and social functioning in psychosis: exploring clinical and cognitive mediators. *Psychiatry research*, 238, 25-32.
279. Brañas, A., Lahera, G., Barrigón, M. L., Canal-Rivero, M., & Ruiz-Veguilla, M. (2022). Effects of childhood trauma on facial recognition of fear in psychosis. *Revista de psiquiatría y salud mental (English edition)*, 15(1), 29-37.
280. Garcia M, Montalvo I, Creus M, Cabezas Á, Solé M, Algora MJ, et al. Sex differences in the effect of childhood trauma on the clinical expression of early psychosis. *Compr Psychiatry*. 2016 Jul 1;68:86–96.
281. Schalinski, I., Teicher, M. H., Carolus, A. M., & Rockstroh, B. (2018). Defining the impact of childhood adversities on cognitive deficits in psychosis: an exploratory analysis. *Schizophrenia research*, 192, 351-356.
282. Kincaid, D., Shannon, C., Boyd, A., Hanna, D., McNeill, O., Anderson, R. Et al. (2018). An investigation of associations between experience of childhood trauma and political violence and theory of mind impairments in schizophrenia. *Psychiatry research*, 270, 293-297.
283. Bonanno, G. A. (2008). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1, 101–113

284. Özçetin, Y. S. Ü., & Hiçdurmaz, D. (2017). Kanser deneyiminde travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlamlık. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(4), 388-397.
285. Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25338.
286. Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., & Mathé, A. A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7, 10.
287. Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: Conceptual issues. In *Posttraumatic growth* (pp. 9-30). Routledge.
288. Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
289. Tennen, H., & Affleck, G. (1998). Personality and transformation in the face of adversity. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, 65-98.
290. Kararımak, Ö. (2006). Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), 140-142.
291. Erdener, M. (2019). Afet alanında çalışan profesyonellerin psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi.
292. Kerr N, Dunbar RI, Bentall RP. Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *J Affect Disord* 2003; 73(3): 253-59.
293. Inoue Y, Tonooka Y, Yamada K, Kanba S. Deficiency of theory of mind in patients with remitted mood disorder. *J Affect Disord* 2004; 82(3): 403-09.
294. Lee L, Harkness KL, Sabbagh MA, Jacobson JA. Mental state decoding abilities in clinical depression. *J Affect Disord* 2005; 86(2-3): 247-58.
295. Wolkenstein L, Schönenberg M, Schirm E, Hautzinger M. I can see what you feel, but I can't deal with it: Impaired theory of mind in depression. *J Affect Disord* 2011; 132(1): 104-11.

296. Cusi, A. M., Nazarov, A., MacQueen, G. M., & McKinnon, M. C. (2013). Theory of mind deficits in patients with mild symptoms of major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 210(2), 672-674.
297. Inoue Y, Yamada K, Kanba S. Deficit in theory of mind is a risk for relapse of major depression. *J Affect Disord* 2006; 95(1-3): 125-227.
298. Washburn D, Wilson G, Roes M, Rnic K, Harkness K. L. Disorders Theory of mind in social anxiety disorder, depression, and comorbid conditions *Journal of Anxiety Disorders*. 2016; 37, 71–77.
299. Hezel D. M, & McNally R. J. Theory of mind impairments in social anxiety disorder. *Behavior Therapy*. 2014; 45, 530–540.
300. Zainal N. H, Newman M. G. Worry amplifies theory-of-mind reasoning for negatively valenced social stimuli in generalized anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders* .2018; 227; 824–833.
301. Scott K.M., McLaughlin K.A., Smith D.A. ve Ellis P.M. (2012). Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: comparison of prospective and retrospective findings. *Br. J. Psychiatry.* ;200(6):469– 475

8. ÖZET

OKB hastalarında çocukluk çağı travmaları ve zihin kuramı becerileri arasındaki ilişki araştırılmıştır. OKB grubunda kontrollere kıyasla özellikle ileri düzey ZK becerilerinin anlamlı ölçüde zayıf olduğu saptanmıştır. OKB grubunda kontrollere kıyasla çocukluk çağı travmalarının cinsel travma hariç anlamlı ölçüde daha çok görülmüştür. OKB grubunda hastalık şiddeti, süresi, eşlik eden depresyon ve anksiyetenin zihin kuramı becerileriyle negatif yönde, içgörü düzeyiyle pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi ile ZK becerileri arasında pozitif yönlü ilişkinin olduğu hem hasta hem de kontrol grubunda gösterilmiştir. Literatür incelendiğinde OKB’de zihin kuramı ve ÇÇRT ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanamamıştır. OKB grubunda çocukluk çağı travması ile zihin kuramı becerileri arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır. Bu konuda ÇÇRT’nin daha kapsamlı değerlendirildiği, sosyal etkileşimleri daha iyi yansıtan ZK testlerinin kullanıldığı, daha büyük örneklem grubuyla yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır.

9. SUMMARY

The relationship between childhood traumas and theory of mind skills in OCD patients was investigated. It was determined that especially advanced ToM skills were significantly weaker in the OCD group compared to the controls. Childhood traumas excluding sexual trauma were significantly more common in the OCD group compared to the controls. In the OCD group, the severity and duration of the illness, accompanying depression and anxiety were found to be negatively correlated with theory of mind skills. A positive and significant relationship was found between the level of insight and theory of mind skills. It has been shown that there is a positive relationship between education level and ToM skills in both the patient and control groups. When the literature was examined, there was no study examining the relationship between theory of mind and childhood traumas in OCD. No significant correlation was found between childhood trauma and theory of mind skills in the OCD group. There is a need for studies with larger sample groups in which CTQs are evaluated more comprehensively, and ToM tests that better reflect social interactions are used.

10. EKLER

Ek-1 Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 19.06.2021-E.105933



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu

Sayı : E-77082166-604.01.02-105933
Konu : Değerlendirme ve Onay

19.06.2021

Sayın Prof. Dr. ASLI KURUOĞLU
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, araştırmacı grubu Aslı KURUOĞLU ve Seyfullah Önder UÇAR'dan oluşan, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Arş. Gör. Seyfullah Önder UÇAR'ın uzmanlık tez çalışması olan "*Obsesif Kompulsif Bozuklukta Çocukluk Çağı Travmaları ve Zihin Kuramı İşlevleri Arasındaki İlişki*" başlıklı tez çalışması ile ilgili araştırma önerisi Komisyonumuzun 18.05.2021 tarih ve 09 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanın, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Araştırma Kod No: 2021 - 653

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Ek:1 Liste

Belge Doğrulama Kodu :BSFZC19S5Y

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://belgedogrulama.gazi.edu.tr/belgedogrulama.aspx>

Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>
Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için :Nursel Güner
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 20 57

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 19.06.2021-E.105933

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ**

TOPLANTI TARİHİ : 18.05.2021		TOPLANTI SAYISI : 09	
ADI – SOYADI		İMZA	
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA BAŞKAN			
Prof.Dr.Kemal ÖZTEMEL BAŞKAN YRD.			
Prof.Dr.C.Haluk BODUR			
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN			
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER			
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL			
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ			
Prof.Dr.Gülşah BAYRAMOĞLU			
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ			
Prof.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA			
Doç.Dr.İlyas OKUR			
Doç.Dr.Nihan KAFA			
Doç.Dr.Melek Gülşah ŞAHİN			

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-2 Sosyodemografik Veri Formu

Dosya No / TC No			Tarih	
Ad Soyadı			Yaş	
Cinsiyet	() Kadın	() Erkek		
Medeni Durum	() Evli	() Bekar		
Eğitim Durumu	() okur yazar	() ilköğretim	() lise	() üniversite
Çalışma Durumu	() öğrenci	() çalışıyor	() çalışmıyor	() emekli
Yaşadığı Yer	() kırsal	() kentsel		
Sigara Kullanımı	() yok	() var		
Alkol - Madde Kullanımı	() yok	() var		
Başka tıbbi hastalık				
OKB tanısının alındığı yaş				
Hastalık Süresi (Yıl)				
Tedavisiz Geçen Süre				
Kullandığı ilaçlar (son 3 ay)				
Hastane yatış öyküsü				
Ailede OKB Öyküsü				
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü				

Ek-3 Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS)

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS)

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

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

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

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

1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (toplam puanlamaya katılmaz)

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

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

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERDEN ETKİLENME

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

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

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERE KARŞI DUYULAN RAHATSIZLIK

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

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

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME

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

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

5. OBSESİF DÜŞÜNCELERİ KONTROL ETME DERECESİ

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

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

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

6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN ZAMAN

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

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

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

6b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN SÜRE (Toplam puanlamaya katılmaz)

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

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

7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

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

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

8. KOMPULSİF DAVRANIŞLARA KARŞI DUYULAN RAHATSIZLIK

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

- 0: Hiç.
- 1: Kompulsif davranışın engellenmesi halinde veya kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi esnasında hafif anksiyete.
- 2: Orta, kompulsif davranışın engellenmesi halinde sızıntı duyduğunu, fakat başedilebilir düzeyde olduğunu veya kompulsiyonun gerçekleştirilmesi sırasında anksiyetenin artabildiğini fakat başa çıkabildiğini bildirmektedir.
- 3: Ciddi kompulsiyonların engellenmesi halinde veya kompulsif davranışlar sırasında, anksiyete belirgin şekilde artmaktadır.
- 4: İleri derecede, kompulsif davranışa en ufak bir müdahale halinde veya kompulsiyon sırasında iş göremez duruma sokan anksiyete.

9. KOMPULSİF DAVRANIŞLARA KARŞI DİRENME

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

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

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

10. KOMPULSİF DAVRANIŞLARI KONTROL ETME DERECEİ

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

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

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

11. HAFTANIN OBSESYONLARI VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA İÇGÖRÜSÜ

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

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

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

12. KAÇINMA

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

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

13. KARARSIZLIK DERECESİ

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

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

14. AŞIRI SORUMLULUK HİSSİ

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

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

15. HAREKETLERDE BELİRGİN YAVAŞLAMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ

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

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

16. PATOLOJİK KUŞKU

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

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

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

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

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

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

- 0: Çok daha kötü.
 - 1: Daha kötü.
-

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

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

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

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

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

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

Ek-4 Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişelendiği zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.
Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR siz ne kadar rahatsız ettiğini yanına uygun
yere (x) işareti koyarak belirtiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

Ek-5 Beck Depresyon Ölçeği

BECK DEPRESYON ENVANTERİ-BDE

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|--|---|
| <p>1 (0) Üzgün ve sılantılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sılantılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sılantılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sılantılıyım ki, artık dayanamıyorum.</p> | <p>11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğini kaybetmedim.
(1) Eski kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.</p> |
| <p>2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.</p> | <p>12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.</p> |
| <p>3 (0) Kendimi başarsız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarsız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişte baktığımda başarsızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarsız bir insan olarak görüyorum.</p> | <p>13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.</p> |
| <p>4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.</p> | <p>14 (0) Eski kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.</p> |
| <p>5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.</p> | <p>15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eski gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.</p> |
| <p>6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.</p> | <p>16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.</p> |
| <p>7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kaba hatli buluyorum</p> | <p>17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.</p> |
| <p>8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.</p> | <p>18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.</p> |
| <p>9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum</p> | <p>19 (0) Sağlığımla ilgili kaygıları yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.</p> |
| <p>10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkılan ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık lozamiyorum.</p> | <p>20 (0) Sekse karşı ilgidim herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgidim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.</p> |
| | <p>21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın cezalandırılabilirliğini düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.</p> |

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek-6 Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ)

DOKUZ EYLÜL ZİHİN TEORİSİ ÖLÇEĞİ (DEZTÖ) UYGULAYICI BÖLÜMÜ YÖNERGE - HİKÂYELER - SORULAR

1. YÖNERGE:

Şimdi ben size sırayla bazı hikayeler okuyacağım ve bazı resimler göstereceğim.

Ben hikayeleri size yüksek sesle okuyacağım. Ama, takip edebilmeniz için de hikayelerin bir örneğini size vereceğim. Yani ben hikayeyi okurken, siz bir yandan bu hikayeleri gözünüzle takip edebileceksiniz. Bu hikayelerle ilgili, hikayelerin arasında ya

da sonunda size bazı sorular soracağım ve sizden cevaplamanızı isteyeceğim.

Hikayelerle ya da sorularla ilgili soru sormayınız, ihtiyaç duyduğunuzda elinizde bulunan hikayeye ve resme tekrar bakabilirsiniz; hikayeleri yeniden okuyabilirsiniz.

Herhangi bir süre kısıtlaması yoktur. Doğru olduğuna karar verdiğiniz anda cevabınızı verebilirsiniz.

Size gösterilen resimli hikayelerde ise, 1 - 2 - 3 şeklinde numaralandırılmış üç tane resim vardır. Bu üç resim sırayla bir hikaye anlatmaktadır. Bu hikayeyi doğru bir şekilde anlayıp, bu hikayeyi tamamlayacak olan dördüncü resmi bulmanız istenecektir. Bunun için de, bu üç resmin yanında yer alan a ve b seçenekli iki resimden doğru olduğunu düşündüğünüz birini seçmeniz gerekmektedir.

Uygulama sırasında hikayeler, resimler ya da sorularla ilgili soru sormayınız,. Uygulamayla ilgili olarak aklınıza takılan bir soru varsa, başlamadan önce sorabilirsiniz.

Hazırsanız başlayalım.

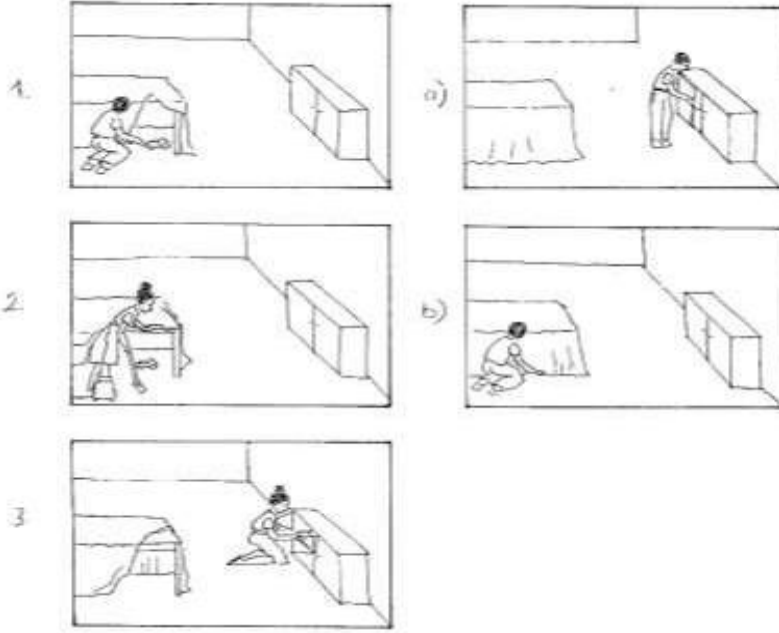
2. HİKAYELER - SORULARI:

HİKAYE 1: Selma Hanım mutfakta, pişirdiği börekleri bir kap içinde masanın üstüne koyar. O sırada çalan telefona bakmak için salona gider. Selma Hanım, mutfakta değilken, mutfağa giren kızı Gül, masanın üstünde duran börek kabını, böreklerin bozulmaması için buzdolabına kaldırır ve mutfaktan çıkıp, kendi odasına gider.

SORU 1: Selma Hanım bir parça börek yemek için mutfağa geri döndüğünde, börek kabını nerede arayacak?

RESİM 1:

SORU 2: Şimdi resimlere dikkatli bakarak (ilk üç resmi göstererek) çocuğun oynayacağını nerede arayacağını gösteren resmin seçeneğini (a ve b resimlerini göstererek) söyleyiniz.



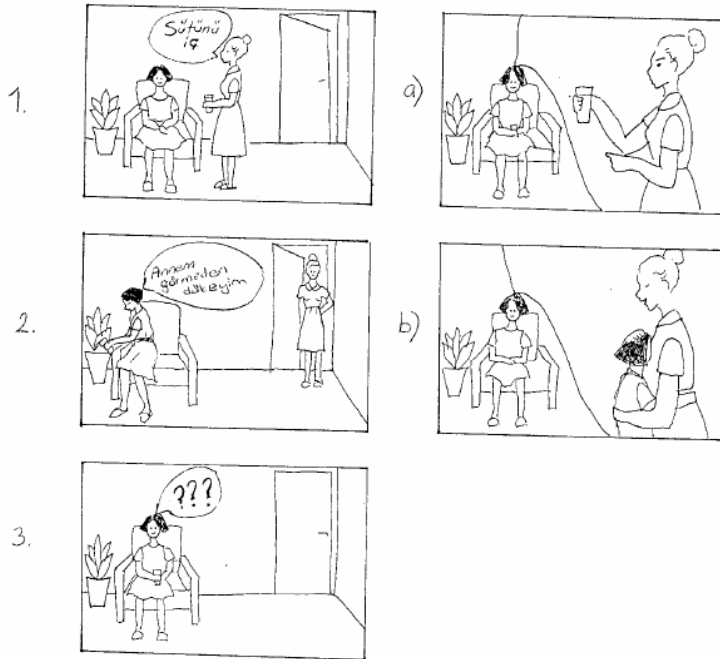
HİKAYE 2: Ayşe Hemşire ve Mine Hemşire, doktorlar odasında yapacakları işler hakkında konuşmaktadır. Ayşe Hemşire, Doktor Ahmet Bey'in, o günkü hastalara ait tahlil sonuçlarını doktorlar odasından alacağını söyler. Ayşe Hemşire: "Ben şimdi, Doktor Ahmet Bey ile vizite çıkacağım. Sen de sonuçlarını laboratuardan alıp, buraya getirir misin?" der. Mine Hemşire laboratuara, Ayşe Hemşire vizite gitmek üzere odadan ayrılır.

Ayşe Hemşire vizit sırasında, Doktor Ahmet Bey ile karşılaşır. Doktor Ahmet Bey, vizitin bitiminde, tahlil sonuçlarının hemen polikliniğe getirilmesini ister ve polikliniğe doğru yola çıkar. Doktor Ahmet Bey, yolda tahlil sonuçlarını almaya giden Mine Hemşire'yi görür. Mine Hemşire, sonuçları almaya gittiğini söyler. Doktor Ahmet Bey, Mine Hemşire'ye sonuçları hemen polikliniğe getirmesini söyler ve polikliniğe gider. Ayşe Hemşire, Mine Hemşire'nin Doktor Ahmet Bey ile konuştuğunu bilmemektedir. Laboratuardan çıkmadan Mine Hemşire'yi bulmak için, vizit sonrası acele ile laboratuara giden Ayşe Hemşire, laboranta Mine Hemşire'nin tahlil sonuçlarını alıp almadığını sorar. Laborant, Mine Hemşire'nin tahlil sonuçlarını alarak çıktığını söyler.

SORU 3: Ayşe Hemşire, Mine Hemşire'nin tahlil sonuçlarını nereye götürdüğünü düşünmektedir?

RESİM 2:

SORU 4: Şimdi resimlere dikkatli bakarak (ilk üç resmi göstererek) çocuğun ne hayal ettiğini gösteren resmin seçeneğini (a ve b resimlerini göstererek) söyleyiniz.



HİKAYE 3: Yıl sonunda, derslerinden çok düşük notlar alan Ahmet'in karnesine bakan annesi Ahmet'e " Ne kadar da başarılı bir öğrencisin! " der.

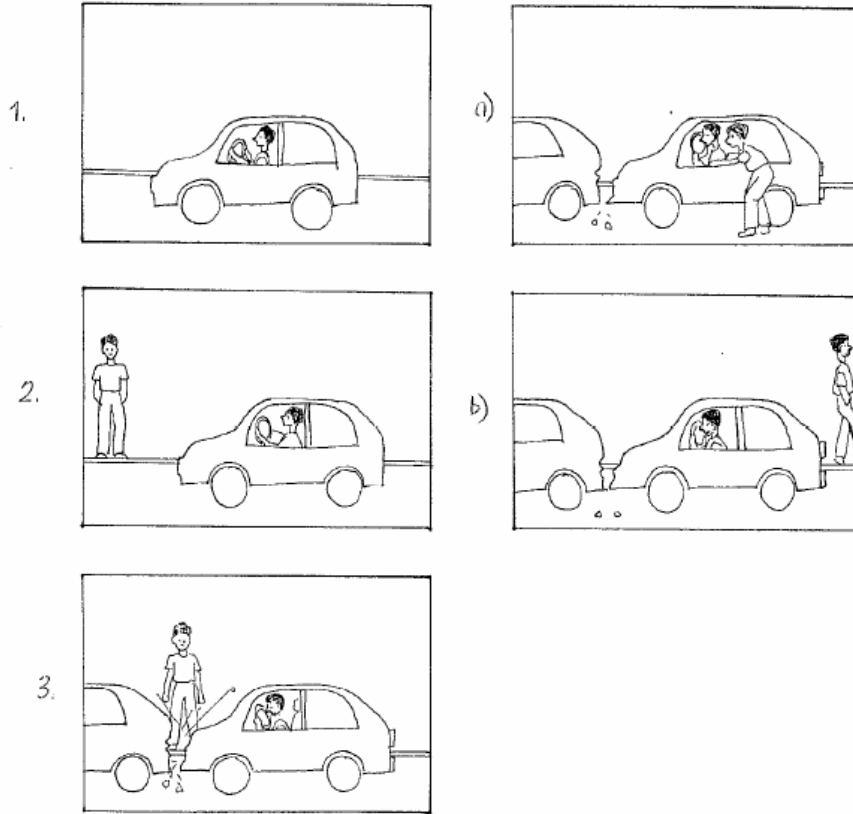
SORU 5: Ahmet'in annesinin söylediği doğru mudur? Ahmet'in annesi ne demek istemiştir?

HİKAYE 4: Melek iş dönüşü, yolda gördüğü bir dilenci çocuğun ağladığını fark eder. Çocuğun ağlamasından çok etkilenen Melek, eve geldiğinde bu çocuktan eşine bahseder: "Küçük dilenci bir çocuk gördüm; gözlerinde dev dalgalar vardı."

SORU 6: Melek, eşine çocuk ile ilgili ne anlatmak istemiştir?

RESİM 3:

SORU 7: Şimdi resimlere dikkatli bakarak (ilk üç resmi göstererek) sizce adamın ne yapacağını gösteren resmin seçeneğini (a ve b resimlerini göstererek) söyleyiniz.



HİKAYE 5: Osman ve Zeynep, evli bir çifttir. Her hafta sonu, birlikte gezmeye gitmek isterler. Ancak, farklı yerlere gitmekten hoşlandıkları için, bu konuda sürekli tartışıp nereye gideceklerine karar veremezler. Osman, deniz

kıyısına gidip balık tutmak ve mangal yapmaktan hoşlanmaktadır. Zeynep ise, alışveriş merkezlerinde gezmeyi ve sinemaya gitmeyi sevmektedir. Zeynep, Osman'ı mutlu etmek için çoğunlukla, deniz kıyısına gitmeyi kabul eder.

KONTROL SORU 1: Hafta sonları Osman ne yapmaktan hoşlanmaktadır?

KONTROL SORU 2: Hafta sonları Zeynep ne yapmaktan hoşlanmaktadır?

Bu hafta sonu için ne yapacaklarını konuşurken, Osman Zeynep'e alışveriş merkezine gitmeyi teklif eder.

SORU 8: Osman neden alışveriş merkezine gitmeyi istemiştir?

SORU 9: Zeynep, Osman'ın bu teklifi karşısında nasıl hissetmiş olabilir?

Osman ve Zeynep evden çıkmak üzere hazırlanırlar. Osman arka odaya sobayı söndürmeye gider.

KONTROL SORU 3: Osman şu anda nerededir?

Bu sırada Zeynep, unutmamak için araba anahtarını, Osman'ın anahtarı her zaman bıraktığı vestiyerden alarak çantasına koyar.

KONTROL SORU 4: Osman anahtarı her zaman nereye bırakır?

SORU 10: Şu anda, Osman arabanın anahtarının nerede olduğunu düşünmektedir?

Evden çıkıp arabalarına binen Osman ve Zeynep, alışveriş merkezine gider. Arabayı kullanmakta olan Osman, arabayı park etmek için uzun bir süre yer bulamayınca çok sinirlenir.

SORU 11: Osman kolaylıkla park yeri bulabilmiş olsaydı ne hissederdi?

Arabayı park ettikten sonra alışveriş merkezine girerler. Zeynep, büyük bir keyifle gezerken, bir süre sonra Osman söylenmeye başlar. Kapalı yerlerde gezmekten hoşlanmayan Osman, Zeynep'in hala hevesle her dükkana girmek istemesi üzerine Zeynep'e "İnan hiç bu kadar eğlenmemiştim!" der.

SORU 12: Osman'ın söylediği doğru mudur? Osman neden böyle söylemiştir?

HİKAYE 6: Selim ve Ali bir dergide çalışan iki yazardır. Selim, uzun yıllardır yazarlık yapmaktadır ve işe yeni başlayan Ali'den daha deneyimlidir. Ali yazılarında sık sık hata yapar. Bu nedenle Selim, Ali'nin yazılarını sürekli kontrol eder. Akşam müdürle yapacakları toplantıdan önce, Selim Ali'nin yazısını kontrol etmiş ve her zaman olduğu gibi birçok hata bulmuştur. Bu durumla ilgili olarak Ali'ye dönerek: "Yine kusursuz bir iş çıkarmışsın!" der.

SORU 13:

Selim'in söylediği doğru mudur?

Selim neden böyle söylemiştir?

Selim düzeltmeleri yaptıktan sonra, tüm yazıları masasının üstünde bırakarak odadan ayrılır. Ali, yazılara herhangi bir zarar gelmemesi için, hepsini bir dosyaya koyarak kendi çekmecesine kaldırır.

SORU 14: Şu anda Selim, yazıların nerede olduğunu düşünmektedir?

Toplantı saati geldiğinde Ali ve Selim müdürün odasına gider. Müdür toplantı boyunca yazarlıkla ilgili konuşur. Bir yazarın her zaman yaratıcı olması gerektiğini söyler. Her yazının, yepyeni bir eser olduğunu açıklar ve şöyle der: "Sizler birer bebek dünyaya getiriyorsunuz!"

SORU 15: Müdür burada ne anlatmak istemiştir?

Toplantı bittikten sonra herkes odadan çıkar. Selim Ali'ye Orhan'ın odasına gideceğini söyler ve Ali'nin yanından ayrılır. Ali, Selim ile birlikte paylaştıkları odasına vardığında, oda telefonu çalar. Arayan kişi Selim'in karısıdır. Ali'ye, Selim'in bir an önce eve gelmesi gerektiğini, çok önemli olduğunu söyler ve telefonu kapatır. Ali telaşla Selim'e haber vermek ister. Bu sırada Selim Orhan'ın odasındadır. Karısının Ali ile konuştuğundan habersiz olarak karısını arar. Hemen eve gitmesi gerektiğini öğrenen

Selim apar topar iş yerinden ayrılır ve evine gitmek üzere yola çıkar.

SORU 16: Ali, Selim'in nerede olduğunu düşünmektedir?

HİKAYE 7: Canan, bayramda bir arada olmak için bütün akrabalarını evinde yemeğe davet eder. Canan'ın o kadar kalabalığa yetecek miktarda yemek yapması mümkün olmayacağından, her gelen kendi evinde pişirdiğı bir çeşit yemeğı getirir. Yemekten sonra bulaşıkları yıkayan Canan'a kuzeni Merve yardım eder. İki bayan, yapılan yemeklerin ne kadar lezzetli olduğundan bahsederken; Canan, bilmeden, Merve'nin getirmiş olduğu " karnıyarık " yemeğini kast ederek: " Ama o karnıyarığı kim yaptıysa o kadar yağlı yapmış ki görüntüsü bile midemi bulandırdı! " der.

SORU 17: Bu hikayede söylememesi gereken bir şeyi söyleyen kimse var mı?

Söylememesi gereken bir şeyi söyleyen kimdir?

Canan'ın söylediğı neden söylenmemesi gereken bir şeydir?

SORU 18: Merve nasıl hissetmiş olmalıdır?

CEVAP SÜTUNU VE PUANLAMA (Uygulayıcı tarafından doldurulacaktır.)

1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
Kontrol Cevapları	1. 2. 3. 4. 5. 6.	Kontrol Toplam DEZTÖ Toplam

PUANLAMA İÇİN DOĞRU VE YANLIŞ CEVAPLAR

Her bir görevdeki doğru cevap 1, yanlış cevap 0 olarak puanlanır:

1. GÖREV:

Doğru Cevap: Masanın üzeri, masa, masada. (Bıraktığı yerde cevabı verilirse, neresi olduğu sorulur.)

Yanlış Cevap: Buzdolabı, fırın gibi, doğru cevap dışındaki herhangi bir cevap.

2. GÖREV: Doğru Cevap: b Yanlış Cevap: a

3. GÖREV:

Doğru Cevap: Doktorlar odası (Konuştukları yere cevabı verilirse, neresi olduğu sorulur.)

Yanlış Cevap: Doktor Ahmet Bey'e, laboratuara, polikliniğe gibi, doğru cevap dışındaki herhangi bir cevap.

4. GÖREV:

Doğru Cevap: b **Yanlış Cevap:** a

5. GÖREV:

Doğru Cevap: Yanlış (Bu cevaba henüz puan verilmez) Ahmet'in annesi aslında Ahmet'in başarısız olduğunu söylemiştir. (Bu yorumu, yani ironik ifadenin düz anlamını içermeyen, ironi durumunu yansıtan herhangi bir cevap.)

Yanlış Cevap: Ahmet'in annesi Ahmet'in aslında başarılı olduğunu söylüyor, Ahmet'i motive etmek istiyor gibi ironik ifadenin düz anlamını içeren herhangi bir cevap.

6. GÖREV:

Doğru Cevap: Çocuğun gözyaşları, çocuğun ağladığı, çocuğun çok üzgün olduğu gibi metaforu gözyaşları ya da ağlamakla açıklayan herhangi bir cevap. **Yanlış Cevap:**

Çocuğun hırslı olduğu, çocuğun umutları olduğu gibi, çocuğun gözyaşlarını içermeyen herhangi bir cevap.

7. GÖREV:

Doğru Cevap: a **Yanlış Cevap:** b

8. GÖREV:

Doğru Cevap: Zeynep mutlu olsun diye, eşini mutlu etmek için, Zeynep hoşlandığı için gibi, Zeynep'in duygularını içeren herhangi bir cevap.

Yanlış Cevap: Alışveriş yapmak için, balık malzemesi almak için gibi Zeynep'in duygularını içermeyen herhangi bir cevap.

9. GÖREV:

Doğru Cevap: Sevinmiştir, mutlu olmuştur, kendini iyi hissetmiştir gibi duygu ifadelerini içeren herhangi bir cevap.

Yanlış Cevap: Üzülmüştür gibi, doğru cevapların tam tersi duygu ifadelerini içeren ya da sevildiğini düşünmüştür gibi duygu ifadeleri içermeyen herhangi bir cevap.

10. GÖREV:

Doğru Cevap: Vestiyerde

Yanlış Cevap: Zeynep'in çantasında gibi, doğru cevabın dışındaki herhangi bir cevap.

11. GÖREV:

Doğru Cevap: Sinirlenmezdi, mutlu olurdu, sevinirdi, normal olurdu, sakın olurdu gibi duyguları içeren herhangi bir cevap.

Yanlış Cevap: Hiçbir şey hissetmezdi ya da şanslı olduğunu düşünürdü gibi duygu içermeyen herhangi bir cevap.

12. GÖREV:

Doğru Cevap: Yanlış (Bu cevaba henüz puan verilmez)

Osman aslında eğlenmediğini anlatmıştır. (Bu yorumu, yani ironik ifadenin düz anlamını içermeyen, ironi durumunu yansıtan herhangi bir cevap.)

Yanlış Cevap: Osman aslında eğlendiğini söylüyor, eşini kırmamak için yalan söylüyor gibi ironik ifadenin düz anlamını içeren herhangi bir cevap.

13. GÖREV:

Doğru Cevap: Yanlış (Bu cevaba henüz puan verilmez)

Selim aslında Ali'nin çok hata yaptığını anlatmıştır. (Bu yorumu, yani ironik ifadenin düz anlamını içermeyen, ironi durumunu yansıtan herhangi bir cevap.)

Yanlış Cevap: Selim aslında Ali'nin hatasız bir iş çıkardığını söylüyor, arkadaşını kırmamak, utandırmamak için hatası olmadığını söylüyor gibi ironik ifadenin düz anlamını içeren herhangi bir cevap.

14. GÖREV:

Doğru Cevap: Masanın üstü, masasının üstü, masasında, masada.

Yanlış Cevap: Çekmecede, dosyada gibi, doğru cevabın dışındaki herhangi bir cevap.

15. GÖREV:

Doğru Cevap: Yaratıcılık, yazarların yaratıcı olması gerektiği, her yazının yepyeni olduğu gibi metaforu yaratıcılık ya da yenilikle açıklayan herhangi bir cevap.

Yanlış Cevap: Yazıların değerli olduğu, yazıların bebek gibi emek istediği gibi, yaratıcılık ya da yenilik açıklaması içermeyen herhangi bir cevap.

16. GÖREV:

Doğru Cevap: Orhan'ın odası, Orhan'ın yanında.

Yanlış Cevap: Evine gittiği, çıktığı, eşinin yanına gittiği, toplantı odasında olduğu gibi, doğru cevabın dışındaki herhangi bir cevap.

17. GÖREV:

Doğru Cevap: Var (Henüz puan verilmez. Eğer yok şeklinde cevap verildiyse, diğer iki soru sorulmadan, 0 puan verilir.)

Canan (Henüz puan verilmez. Eğer Merve şeklinde cevap verildiyse diğer soru sorulmadan, 0 puan verilir.)

Canan karnıyarığı getirenin kim olduğunu bilmediğinden, Merve'nin getirmiş olabileceğini düşünmeden söylediği için, söylememesi gerekirdi yorumunu içeren herhangi bir cevap.

Yanlış Cevap: Merve'ye ayıp olacağı, Merve emek harcayıp getirdiğinden saygısızlık olacağı, Merve'nin yemek yapmayı bilmiyor oluşu, Merve'nin üzüleceği gibi, doğru cevap dışındaki herhangi bir cevap.

18. GÖREV:

Doğru Cevap: Üzülmüştür, kırılmıştır, kendini kötü hissetmiştir, sinirlenmiştir, aşağılanmış gibi duyguları içeren herhangi bir cevap.

Yanlış Cevap: Utanmıştır, sıkılmıştır ya da kendini beceriksiz hissetmiştir gibi, doğru cevaplar dışındaki herhangi bir cevap.

Ek-7 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (ÇÇTÖ)

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

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Yeterli yemek bulamazdım.					
Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.					
Kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
Sevdiğimi hissediyordum.					
Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
Ailedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.					
Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					

Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
Ailemdelikler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.					
Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
Çocukluğum mükemmeldi.					
Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					
Gerektiği halde doktora götürülmezdim.					

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Seyfullah Önder UÇAR

Doğum yeri ve yılı:

Eğitim:

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (2018-2022) – halen devam etmekte

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (2017 – Lisans)

Yabancı Dil: İngilizce

Üye Olduğu Kuruluşlar: Türkiye Psikiyatri Derneği