T.C.

BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA İNTİHAR RİSKİNİN BİLİŞSEL ESNEKLİK VE SOSYAL BİLİŞ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Duygu ÖZŞENLER ALKAN

Balıkesir, 2022

T.C.

BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA İNTİHAR RİSKİNİN BİLİŞSEL ESNEKLİK VE SOSYAL BİLİŞ İLE İLİŞKİSİNİ DEĞERLENDİRİLMESİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Duygu ÖZŞENLER ALKAN

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Merve ŞAHİN CAN

Balıkesir, 2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca hekimlik sanatını incelikleriyle aktaran, bilgilerinden ve deneyimlerinden son derece fayda bulduğum değerli hocam Prof. Dr. Tunay Karlıdere' ye,

Asistanlığım süresince ilgisini ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim, birçok alanda bana yol gösteren değerli hocam Doç. Dr. Hayriye Baykan'a,

Özverili kişiliği ve eğitmenliği sayesinde asistanlık sürecimde güven ve huzur veren, aynı zamanda uzmanlığa atacağım ilk adımları oluşturacak olan tez sürecimde anlayışını ve bilgi birikimini hiçbir zaman benden esirgemeyen değerli tez danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Merve Şahin Can'a,

Yardımlarını ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim, bilgilerini ve deneyimlerini benden hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Nazan Dolapoğlu, Dr. Öğr. Üyesi Deniz Alçı ve Dr. Öğr. Üyesi Rıza Gökçer Tulacı'ya,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve desteklerini esirgemeyen, Nöroloji Anabilim Dalı hocalarıma, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde hocalarıma ve uzman doktor ve asistan arkadaşlarıma, Marmara Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı Hoca ve asistanlarına,

Beraber çalışmaktan son derece keyif aldığım, eğitim sürecimi neşe ve uyum içerisinde geçirdiğim, desteklerini her zaman yanımda hissettiğim değerli dostlarım; bütün asistan doktor arkadaşlarıma, kliniği bizlere aile yapan, hastalarımıza birlikte şifa sağladığımız değerli hemşirelerimiz ve sağlık personelimize,

Desteği ve neşesiyle her zaman iyi hissettiren Psikoloğumuz Ayfer Tırak'a,

Bana hayatımdaki en değerli varlığı vererek ışık olan, Balıkesir'de kendimi asla yalnız hissettirmeyen desteklerini her zaman hissettiğim ikinci ailem Tülin Alkan ve Özkan Alkan'a,

Hekim olmamda en büyük paya sahip olan, düştüğümde her zaman beni kaldıran kişiliğimin ve aslında her şeyimin mimarı canım babam Serdar Özşenler'e ve sevgisini ve inceliğini asla eksik etmeyen canım Nazire Özşenler'e

Abladan öte can yoldaşım olan, hayatımın her alanında örnek aldığım, beni ben yapan, bilgisi ile de her zaman destek olan bir tanecik ablam Dr. Didem Özşenler'e,

Hayatıma aniden girerek en değerlim olan, yanında her zaman güvende ve huzurlu hissettiğim, yol arkadaşım, çok sevdiğim eşim Cem Buğra Alkan'a ve birtanecik kedimiz Servet'e,

Ve attığım her adımda, yaptığım her işte, kalbimden ve aklımdan çıkmayan, bana şefkati, insanları dinlemeyi, sevmeyi ve affetmeyi, her şeye rağmen gülmeyi ve her zorlukta dimdik ayakta durmayı öğreten özlemini aldığım her nefeste hissettiğim ışıklar içinde uyuyan Canım Anneme sonsuz teşekkürler…

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR iii

İÇİNDEKİLER v

KISALTMALAR ix

TABLOLAR DİZİNİ xi

ŞEKİLLER DİZİNİ: xii

ÖZET xiii

ABSTRACT xv

1.GİRİŞ VE AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 3

2.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk 3

2.1.1 Tanım ***3***

2.1.2 Epidemiyoloji ***4***

2.1.3 Etiyoloji ***4***

2.1.3.1. Psikososyal Kuramlar ***4***

Psikoanalitik teori ***4***

Davranışçı model ***6***

Bilişsel davranışçı model ***7***

2.1.3.2 Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi ***12***

1) Nöroanatomi ***12***

2) Görüntüleme Çalışmaları ***14***

Yapısal beyin görüntüleme çalışmaları ***14***

Fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmaları *15*

3) Düzenleyici Nörotransmitterler *16*

Serotonin *16*

Dopamin *17*

Glutamat *17*

Noradrenalin *18*

4) Nöroimmunoloji *18*

5) Genetik *19*

6) Nöroendokrinoloji *19*

7) Nöropsikoloji *19*

2.1.4 Klinik Tanı ve Tedavi *20*

OKB'nin Alt Tipleri: *22*

2.1.5. Komorbidite *24*

2.1.6. Ayırıcı Tanı *25*

2.1.7. Tedavi *27*

Farmakoterapi *27*

Psikoterapi *27*

Diğer Tedavi Modaliteleri *28*

2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İntihar Düşüncesi 28

2.2.1. İntiharın Tanımı, Tarihçesi ve Sınıflandırması *28*

2.2.2. Etiyoloji *29*

a-Psikolojik yaklaşımlar *29*

b-Sosyolojik Yaklaşımlar *31*

c-Nörobiyolojik Yaklaşımlar *32*

2.2.3. Epidemiyoloji *33*

2.2.4. Risk Faktörleri *33*

2.2.5. İntihar Davranışı ve Psikiyatrik Hastalıklar *34*

2.2.6. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İntihar İlişkisi *35*

2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bilişsel Esneklik 36

2.3.1. Bilişsel Esneklik Tanımı *36*

2.3.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bilişsel Esneklikle İlişkili Çalışmalar *37*

2.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Sosyal Biliş 38

2.4.1. Sosyal Bilişin Tanımı *38*

2.4.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Sosyal Bilişle İlişkili Çalışmalar *41*

3.YÖNTEM VE GEREÇLER 42

3.1.Araştırmanın Tipi: 42

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı: 42

3.3.Çalışma Grubunun Seçimi: 42

Dahil edilme kriterleri: *42*

Gönüllülerin araştırmadan dışlama kriterleri: *43*

3.4. Etik Onay 43

3.5.Klinik Değerlendirme Ölçekleri 43

3.5.1. Onam Formu *43*

3.5.2. Sosyodemografik Veri Formu *43*

3.5.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) *44*

3.5.4. İntihar Olasılığı Ölçeği *44*

3.5.5. Bilişsel Esneklik Envanteri *45*

3.5.6. İma Testi *45*

3.5.7. Gözlerden Zihin Okuma Testi *45*

3.6. İstatistiksel Analiz Yöntemi 46

4.BULGULAR 47

4.1.Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile İntihar Riski İlişkilendirilmesi 47

4.2. Hastalık Şiddetinin Ölçeklerle İlişkisi: 58

4.3. İntihar Riski ve Bilişsel Esneklik İlişkisi: 60

4.3.1. İntihar Olasılığı Ölçeği ve Bilişsel Esneklik Envanteri Korelasyonu *60*

4.3.2. Geçmiş İntihar Düşüncesi ve Bilişsel Esneklik Envanteri İlişkisi *61*

4.3.3. İntihar Girişimi Öyküsü ve Bilişsel Esneklik Envanteri İlişkisi *61*

4.4. İntihar Riski ve Sosyal Biliş İlişkisi 62

4.4.1. İntihar Olasılığı Ölçeği ile Gözlerden Zihin Okuma ve İma Testi Korelasyonu *62*

4.4.2. Geçmiş İntihar Düşüncesi Öyküsü ve Sosyal Biliş İlişkisi *63*

4.4.3. İntihar Girişimi Öyküsü ve Sosyal Biliş İlişkisi *64*

5.TARTIŞMA 65

6. SONUÇLAR 71

7.KISITLILIKLAR 72

KAYNAKLAR 73

EKLER 89

KISALTMALAR

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

BEE: Bilişsel Esneklik Envanteri

GZOT: Gözlerden Zihin Okuma Testi

DEZİKO: Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği

İOÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

HAM-D: Hamilton Depresyon Drecelendirme Ölçeği

HAM-A: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği

Y-BOCS: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

DSM-V: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

ICD-10: Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması

DEK: Düşünce Eylem Kaynaşması

IBA: The İnference-Based Approach (Çıkarıma Dayalı Yaklaşım)

OKBÇG: Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu

CAS: Bilişsel Dikkat Sendromu

GABA: Gama aminobütirik asit

GPi: Globus pallidus interna

GPe: Globus pallidus externa

SEC: Structured Event Complex

ASK: Anterior singulat korteks

5-HT: 5-Hidroksitriptamin

NAA: N- Asetil Aspartat

SSRİ: Serotonin Geri Alım İnhibitörü

m-CCP: meta-klorofenilpiperazin

PANDAS: Streptokokla Ilişkili Pediatrik Otoimmun Nöropsikiyatrik Bozukluklar

MDB: Major Depresif Bozukluk

BDNF: Brain Derived Neurotrophic Factor

NGF: Nerve Growth Factor

HPA: Hipotalamopitüiter Aks

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

APA: American Psychiatry Association

L-FPN: Lateral frontoparietal ağ

M-CIN: Midsinguloinsular ağ

NIOMH: National Institute Of Mental Health

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Mesleğe Göre Katılımcıların Dağılımı

Tablo 2: İntihar Olayına Göre Katılımcıların Değerlendirilmesi

Tablo 3: Yakınlarında İntihar Olayına Göre Katılımcıların Değerlendirilmesi

Tablo 4: İlaç Kullanımına Göre Katılımcıların Dağılımı

Tablo 5: Ek Hastalık ve Hastaneye Yatış Açısından Katılımcıların Değerlendirilmesi

Tablo 6: Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre Katılımcıların Geçmiş İntihar Düşüncesinin Değerlendirilmesi

Tablo 7: Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre Katılımcıların İntihar Girişimi Öyküsünün Değerlendirilmesi

Tablo 8: Sosyodemografik ve Klinik Verilere Göre İOÖ Değerlendirilmesi

Tablo 9: Y-BOCS Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle Korelasyonu

Tablo 10: İOÖ ile Bilişsel Esneklik Korelasyonları

Tablo 11: İntihar Düşüncesi ile Bilişsel Esneklik Envanteri Korelasyonu

Tablo 12: İntihar Girişimi Öyküsü ve Bilişsel Esneklik Envanteri Korelasyonu

Tablo 13: İntihar Olasılığı Ölçeği ile GZOT ve İMA Korelasyonları

Tablo 14: İntihar Düşüncesi Öyküsü ile GZOT ve İMA Korelasyonu

Tablo 15: İntihar Girişimi ile GZOT ve İMA Korelasyonu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Bilişsel davranışçı model sirkülasyonu

Şekil 2: Bazal Gangliyonlar ve Diğer Beyin Yapılarının İlişkisi

Şekil 3: Yetişkinlerde Sosyal Bilişte Yer Alan Ana Yapı ve Yerler

Şekil 4: Cinsiyete Göre Katılımcıların Dağılımı

Şekil 5: Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Dağılımı

ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastalarda intihar riskinin sosyal biliş ve bilişsel esneklikle ilişkisini belirleyerek önlenebilir ölüm nedenlerinden biri olan intiharı erken tespit etmek, önlem almak ve uygun tedavileri geliştirebilmeye yardımcı olmaktır.

YÖNTEM VE ARAÇLAR: Çalışmamızın örneklemi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvurarak Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı alan (n=51) hastalardan oluşmaktadır. Psikiyatrik değerlendirme, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının beşinci baskısı (DSM-V) ölçütlerine göre klinisyen tarafından yapılmıştır. Hastalara Sosyodemografik Veri Formu doldurulmuş, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) uygulanarak hastalığın şiddeti, Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE) uygulanarak bilişsel esneklik skorları, İma Testi ve Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) uygulanarak sosyal biliş skorları, İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) uygulanarak da intihar riski hesaplanmıştır.

BULGULAR: İOÖ, intihar düşüncesi ve intihar girişimi ile sosyodemografik ve klinik veriler karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Y-BOCS ölçeği ile İOÖ total ve alt ölçekleri arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu korelasyon istatistiksel olarak anlamlı ölçülmüştür ($p<0,05$). Y-BOCS ölçeği ile BEE arasında negatif korelasyon, İOÖ total ve alt ölçekleri ile BEE arasında da negatif korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Geçmiş intihar düşüncesine sahip kişilerin BEE skorları düşük olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Sosyal biliş değerlendirme ölçekleri ile İOÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$).

SONUÇ: OKB'de bilişsel esnekliğin az olması ile, hastalık şiddetinin ve intihar olasılığının yüksek olması arasında ilişki saptanmıştır. Hastalık şiddetinin intihar olasılığını artırmasında bilişsel katılığın aracı rol üstlendiği düşünülmüştür. Sosyal bilişsel beceriler ile intihar olasılığı, geçmiş intihar düşüncesi ve intihar girişimi öyküsü arasında ilişki saptanmamıştır. Bilişsel esnekliğe yapılacak terapötik müdahalelerin intihar riski ve hastalık prognozuna olumlu katkı yapacağı değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel esneklik, intihar, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal biliş, yürütücü işlevler

ABSTRACT

AIM: For this purpose, it is aimed to detect suicide, which is one of the preventable causes of death, early, to take precautions, and to help develop appropriate treatments by determining the relationship between obsessive-compulsive and obsessive-compulsive death risk and social cognition and employment methods.
METHODS: Our study sample consisted of patients (n=51) diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder, who applied to Balıkesir University Health Practice and Research Hospital Psychiatry Outpatient Clinic. A psychiatric evaluation was performed by the clinician according to the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-V). The patients' sociodemographic data form was filled, the severity of the disease by applying the Yale-Brown Obsession Compulsion Scale (Y-BOCS), cognitive flexibility scores by applying the Cognitive Flexibility Inventory (CFI), social cognition scores by applying the Implicit Test and Reading Minds from the Eyes Test (RMET), Suicide Probability Scale The risk of suicide was also calculated by applying the (SPS).
RESULTS: When sociodemographic and clinical data were compared with SPS, suicidal ideation, and suicide attempt, no statistically significant difference was found ($p>0.05$). A positive correlation was found between the Y-BOCS scale and the total subscales of the SPS. This correlation was statistically significant ($p<0.05$). A negative correlation was found between the Y-BOCS scale and BEE, and a negative correlation was found between the total and subscales of SPS and BEE ($p<0.05$). The BEE scores of people with past suicidal ideation were found to be low ($p<0.05$). No statistically significant relationship was found between social cognition assessment scales and SPS ($p>0.05$).
CONCLUSION: A relationship was found between low cognitive flexibility in OCD and high disease severity and suicide probability. Cognitive rigidity was thought to play a mediating role in increasing the likelihood of suicide. No relationship was found between social cognitive skills and suicide probability, past suicidal ideation and suicide attempt history. It has been evaluated that therapeutic interventions to cognitive flexibility will contribute positively to suicide risk and disease prognosis.

Key Words: Cognitive flexibility, executive functions, obsessive-compulsive disorder, social cognition, suicide

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif Kompulsif bozukluk (OKB), tekrarlayan obsesyonlar ve/veya kompulsiyonlar ile giden, kronik, hastaya belirgin sıkıntı yaratan, ciddi işlev kaybına ve kişiler arası etkileşimlerde bozulmalara yol açan ruhsal bir hastalıktır. Sosyal ve ailevi ilişkiler ile çalışma performansında önemli bozukluklara sebep olabileceğinden en çok işlev kaybı gösteren 10 tıbbi hastalıktan birisi olduğu düşünülmektedir [1]. OKB'nin her ne kadar tedaviye dirençli, yüksek komorbidite gösteren ve süreğen bir ruhsal hastalık olduğu bilinse de intihar riskine yönelik çalışmalar sınırlı sayıdadır [2]. Yapılan güncel çalışmalarda OKB'nin intihar riskini diğer faktörlerden bağımsız olarak artırdığı belirtilmektedir [3].

OKB hastalarında sağlıklı popülasyona göre bilişsel işlevlerde bozulmalar olduğu belirtilmektedir. Bilişsel beceriler, OKB'nin tanı kriterleri içinde yer almasa da işlevselliği ve hastalık şiddetini önemli ölçüde etkilemektedir [4]. OKB'de en çok araştırılan bilişsel işlevler; kısa süreli bellek, yürütücü işlevler, karar verme, dikkat, sözel akıcılık ve sözel bellektir [5-7].

Psikiyatrik bozuklukların birçoğu, insanlarla başarılı ve anlamlı etkileşimler kurabilme yetisindeki bozukluklar ile karakterizedir. Bu nedenle, psikiyatrik bozukluklarda gözlenen sosyal güçlüklerin sosyal biliş bozuklukları olarak tasvir edilmeye başlanması bizlere yeni bir düşünce boyutu kazandırmaktadır. Sosyal bilişsel yetilerin en çok bozulduğu hastalıklardan birisi obsesif kompulsif bozukluktur. Literatüre baktığımızda, sosyal bilişin OKB'nin şiddetini etkilediği ile ilgili çalışmalar görülürken, intihar riskine olan etkisinin araştırıldığı bir çalışma bulunmamaktadır. Aynı zamanda yürütücü işlevlerin bir alt dalı olan bilişsel esnekliğin de OKB'deki intihar riskine olan etkisi literatürde ayrı olarak sınırlı sayıda çalışılmıştır.

Bu çalışmada da sosyal bilişin ve bilişsel esnekliğin obsesif kompulsif bozukluktaki intihar riskine olan etkisi değerlendirilerek, sosyal bilişsel becerilerin ve bilişsel esnekliğin geliştirilmesine yönelik tedavilerin intiharın önlenebilmesindeki önemine dikkat çekmek amaçlanmaktadır.

Hipotezler

1) Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan bireylerde, hastalık şiddeti ve intihar riski arasında ilişki vardır.

2) Bilişsel esneklikteki azalma; obsesif kompulsif bozukluk hastalarında intihar riskini artırır.

3) Sosyal bilişsel yetersizlik; obsesif kompulsif bozukluk hastalarında intihar riskini artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.1 Tanım

Obsesyonlar, irade dışı gelen, bilinçli çaba ile kovulamayan, kişiyi huzursuz eden, tekrarlayıcı düşünce, dürtü ya da imgeler iken, kompulsiyonlar kişinin yaşadığı obsesyona ya da kendisini yapmak zorunda hissettiği katı kurallara karşı sergilediği tekrarlanan davranışlar ve zihinsel imgeler olarak adlandırılmaktadır. Obsesif kompulsif bozukluk; obsesyon ve/veya kompulsiyonların varlığı ile tanımlanmaktadır [8].

Obsesif kompulsif bozukluk batıda adını ilk kez Orta Çağ'da duyurmuştur. Morel, 1866 yılında obsesyon terimini insanlara duyurmaya başlamış, Janet ise istemsiz dürtüler sonucu oluşan fobi, obsesyon ve kompulsiyonlara, kuşku hastalığı "Psikasteni" adını vermiştir. Diğer yandan Freud 1909 yılında; ruhsal sebepler ve buna neden olan psikodinamik sistemlerin birbirinden farklı olduğunu kanıtlayarak, obsesif nevroz ile histerik nevrozu ''Obsesyon nevrozunda bir vaka üzerine notlar'' adlı kitabında birbirinden farklı kavramlar olarak tanımlamıştır [9].

Sınıflandırılması, 1952 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından bildirilen DSM-I'de "Obsesif Kompülsif Reaksiyon"; 1968 yılında düzenlenen DSM-II'de "Obsesif Kompülsif Nevroz", 1980 yılında DSM-III' te ise "Obsesif Kompülsif Bozukluk" olarak ifade edilmiştir. DSM-IV'te Anksiyete Bozuklukları kategorisinde sınıflandırılmış, 2013 yılında yayımlanan DSM-V ile "Obsesif Kompülsif Bozukluk (Takıntı Zorlantı Bozukluğu) ve İlişkili Bozukluklar" başlığı olarak ayrı bir kategoride tanımlanmıştır [10]. Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (ICD-10)'da ise "Nevrotik, Strese Bağlı ve Somatoform Bozukluklar" grubu altında bulunmaktadır.

2.1.2 Epidemiyoloji

Dünya çapında obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) yaşam boyu yaygınlığının kadınlar için yüzde 1,5 ve erkekler için yüzde 1,0 olduğu tahmin edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yetişkinler arasında tahmini yaşam boyu yaygınlık yüzde 2,3 ile biraz daha yüksektir [11-13]. Son yıllarda yapılan ve yedi ülkeyi kapsayan başka bir çalışmada, (Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Porto Riko, Almanya, Tayvan, Kore ve Yeni Zelanda) OKB yıllık prevalans oranları, Kore ve Yeni Zelanda'da 1,1/100, Porto Riko'da 1,8/100 ile bu ülkeler arasında oldukça tutarlı bulunmuştur. Bu çalışmadaki tüm psikiyatrik bozukluklar için en düşük yaygınlık oranlarına sahip olan ülke Tayvan olarak belirtilmiştir (0,4/100). Başlama yaşı, majör depresyon ve diğer anksiyete bozuklukları ile komorbidite verileri ülkeler arasında oldukça tutarlıdır; ancak obsesyon veya kompulsiyonların baskınlığı farklılık göstermektedir [14]. Ülkemizde yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda 12 aylık inceleme sonunda OKB'nin kadınlarda %0,6, erkeklerde %0,2 oranında olduğu yani kadınların 3 kat daha fazla bu hastalığa sahip olabileceği tespit edilmiştir [15]. Konya'da yapılan bir diğer araştırmada OKB sıklığı, DSM-IV kriterleri ile %3, ICD-10 kriterlerine göre ise %2,2 oranında değerlendirilmiştir [16]. OKB görülme sıklığı çalışmalarında toplum baz alındığında kadınlarda erkeklere göre daha yüksek saptanırken; kliniğe gelen hastalar ile yapılan araştırmalarda her iki cinsin benzer oranlara sahip olduğu anlaşılmıştır [17].

2.1.3 Etiyoloji

2.1.3.1. Psikososyal Kuramlar

Psikoanalitik Teori

Teoriye göre obsesif kompulsif bozukluk, uzun süre bastırılmış bilinçsiz dürtülerin sonucunda meydana gelir. Regresyon denilen, Türkçe'de gerileme olarak adlandırılan savunma mekanizması; kişinin yaşadığı kaygı sonucunda bulunduğu ruhsal dönemden daha önceki bir döneme geçişidir ve obsesif kompulsif bozukluğun oluşumunda temel rolü üstlenir [18]. Gerilemeyi yaşamın her döneminde görmekle

beraber en sık bağımsızlığını yeni kazanmış çocuklarda görmekteyiz. Mahler; korktuğunda annesinin eteklerine sarılan çocuktan yola çıkarak, insanlarda atılım yaptığı her dönemde bocaladığı anlar olabileceğini ve bu anlarda kendisine en tanıdık ve güvenilir gelen şeylere geri dönme ihtiyacı hissedebileceğini anlatmaktadır [19]. Obsesif kompulsif bozukluğa sahip kişilerde de bastırılmış dürtülerin zamanla yarattığı yaygın anksiyete, bireyi anal döneme regrese etmektedir [18]. Anal sadistik evreye gerileyen libido, bu aşamada ikilemde kalmaktadır. Ambivalans denilen bu durum; anal erotizm ve nefretin birlikte bulunduğu obsesif kompulsif bozukluğa özgü bir durumdur. Kişi sürekli olarak sadizme ve erotizme karşı bir savaş verme durumunda kalır ve sıkıntıyı gideremez. Freud yaptığı araştırmalarda, obsesif kompulsif kişilerin bebekliklerinde tuvalet eğitimleri ile ilgili yapılan hatalara dikkat çekmiştir. Zamanından önce gelişmeye zorlayan, uygunsuz, aşırı katı eğitimler çocukta anal dönemde fiksasyon meydana getirir ve aşırı titiz ve kontrolcü bireyler yetişir [15].

Üç ana savunma mekanizması olan yalıtma (izolasyon), yapma-bozma (undoing) ve karşıt tepki oluşturma (reaksiyon formasyon), obsesif kompulsif bozukluk açıklamalarında psikoanalitik teoride kullanılmaktadır. Obsesif bireyler özellikle yalıtma savunma mekanizmasını kullanırken, kompulsif kişiler yapma-bozma mekanizmasını kullanırlar. Yalıtmada dürtüler duygular olmadan salt olarak bilinç seviyesinde tutularak kişi sıkıntılı durumlarla başa çıkmaya çalışmaktadır. Bu mekanizma olumsuz yönde işlerse birey kendi haz duygularını bilinçdışına iter. Örneğin anne babasının sevgisini kazanmak için dürtülerini bastıran bir çocuk zamansız bir şekilde gelişim göstermiş olur. OKB' de yalıtma savunma mekanizmasını kullanan kişilerin, duygu yükü olmadan sorun yaşadıkları olayları detaylı bir biçimde anlattıkları görülmektedir [15].

Yapma-bozma savunma mekanizmasında ise kompülsif özellikteki davranışların egoyu tehdit edici obsesif düşüncelerden kurtarabilmek için farklı bir eylem geliştirmesi söz konusudur. Yapma-bozma mekanizmasın anlaşılmasında üç önemli özellik iyi bilinmelidir. Bu özellikler; büyüsel düşünce, ambivalans ve şüphedir. Bireyler anal dönemdeki gibi düşüncenin eylem kadar önemli olduğuna

inanır, eylemi yapıp yapmama konusunda kararsızdır ve son olarak da eylemin gerçekleşmiş olduğuna inanamaz. Bu nedenle sürekli olarak bu dürtülerin yerine ikinci bir eylem koyarlar [20]. Ocağı açıp tüm evi zehirleme dürtüsünü yerine getiren hastanın ocağı tekrar kapatarak bu dürtüsünü düzeltme davranışı göstermesi OKB'de yapma-bozma mekanizmasının en temel örneklerinden biridir.

Karşıt tepki oluşturma savunma mekanizmasında, ego dürtülerin tehdidi karşısında her zaman hazırlıklı bulunma halindedir. Sıklıkla bu mekanizma dürtülerin zıttı yönünde ortaya çıkabilir. Bireye zarar veren duygu ve düşünceler genellikle bilinçdışında tutulmaktadır. Bilinç alanında ise bu dürtülerin zıttı bulunmaktadır. Olumlu veya olumsuz duygular birbirine dönüştürülebilir. Günlük hayatta normalden fazla kibarlık, titizlik ve düzenlilik gibi aldatıcı şekillerde görünebilir. Bu davranışların normal davranışlar değil de, savunma mekanizması sonucu olduğunu, beklenmedik anlarda da sürdürülmesinden, aşırı olmasından ve kişinin insan iletişimlerinin kötü olmasından anlayabiliriz [20]. Kirlenme dürtüleri bilinçdışı alanda varlıklarını idame ettirirken, bireyin temiz olmaya yönelmesi bilinç düzeyinde gerçekleşmektedir, kirlenme obsesyonları ile meydana gelen temizlenmeye yönelik kompulsif davranışlar bu şekilde gelişebilmektedir [21].

Davranışçı Model

1939 yılında Mowrer'in öncü olduğu davranışçı model, klasik koşullanma ve edimsel koşullanma şeklinde iki aşamadan meydana gelmektedir [22]. 1950 yılında Dollard ve Miller, davranışçı modeli kullanarak obsesif kompulsif bozukluğu açıklamışlardır. Obsesyonları koşullu uyaran olarak gören ve öğrenme yolu ile davranışların şekil aldığını savunan bir kuram olarak ortaya çıkmıştır. Kurama göre; obsesyonların temelinde koşullu düşünceler ve onların meydana getirdiği anksiyete vardır [23]. İlk olarak düşünce nötrdür daha sonra anksiyete oluşturan uyaran yani koşulsuz uyaran eklenir. Nötral uyaran artık koşullu uyaran haline gelir ve yansızlığını kaybederek sıkıntı oluşturan bir düşünce halini alır [24]. Birey bu anksiyeteden kurtulmak ve kendisini korumak için istemsiz şekilde sürekli tekrar eden davranışlar sergiler. Anksiyetenin azalmasına sebep olan davranışlar kompulsif nitelik kazanmaya

başlamıştır [23]. Örneğin; lavaboya dokunduğunda (lavabo=nötral uyaran), annesi bağıran (sıkıntı verici koşulsuz uyaran) çocuk; klasik koşullanma mekanizmasını gösterirken, çocuğun lavaboya dokunmaması korkunun devam etmesine neden olur. Yani bir bakıma lavaboyu ellememesi olumsuz pekiştireç görevi görür. Bu noktada olumlu ve olumsuz pekiştireç olarak bilinen iki kavramdan bahsedilmektedir. Olumlu pekiştireç, sıkıntıyı giderdiği anlaşılan hareketin sürekli olarak yapılması iken; olumsuz pekiştireç bu hareketin yapılmasına gerek kalmayacak şekilde davranmaktır. Kısacası olumsuz pekiştireçler kaçınma davranışları olarak da bilinir [24]. Davranışçı model bu kısır döngüyü alıştırma ve engelleme gibi teknikler kullanarak kırmaya çalışmaktadır [23]. Rachman'ın geliştirmesi ile ''tepki engelleme ve birlikte alıştırma'' adı verilen davranışçı modele göre oluşturulmuş bir tedavi yaklaşımı ortaya atılmıştır [25].

Davranışçı modelin obsesyonların çeşitliliğini ve bu çeşitler arasında geçişlerin yaşanmasını açıklayamaması gibi eksiklikleri olduğu görülmüş olup; bu durum bilim insanlarını obsesif kompulsif bozukluğu bilişsel modellerde açıklamaya itmiştir [26].

Bilişsel Davranışçı Model

Davranışçı modelde anlatıldığı şekilde tepki engelleme ve birlikte alıştırma yöntemi kullanılarak yapılan tedavinin %20-30 oranında başarısız olduğu saptanmıştır. Başarısızlığın sebebi, hatalı düşünceler olarak görülüp; değiştirilmesine yönelik bilişsel çalışmalar geliştirilmeye başlanmıştır [27].

Bilişsel anlamda ilk açıklamaları 1974 yılında Carr yapmıştır. Obsesif kompulsif bozukluğu, herkesin aklına gelebilecek düşüncelerin hatalı yorumlanması ve tehlikeli olarak görülmesi; bunun sonucunda da engelleyici davranışların gelişmesi şeklinde yorumlamıştır. 1979 yılında ise McFall ve Wollersheim; gerçekçi olmayan tehlike ile ilgili aşırı korku ve öznel olarak bu korkunun yorumlanması sonucu geliştirilen başa çıkma becerileri olarak yeni bir tanımlama yapmıştır [28]. McFall ve Wollersheim ilk olarak gerçekçi olmayan düşünceleri oluşturan öznel hatalı bilişsel değerlendirmelere değinmiştir. Bunlar mükemmeliyetçilik, bir insanın tehlikeyi

durdurabilecek veya başlatacak güçte olduğu inancı, düşüncelerin felaketlere yol açabilecek güçte olduğu gibi değerlendirmelerdir [29].

Davranışçı modeli temel alarak obsesyonlara ve kompulsif etkilerine yeni bir yaklaşım modeli sunan Salkovskis, bilişsel davranışçı modelin oluşmasını sağlamıştır. Takıntılar normal birer düşünce olarak varsayılmakta, birey bu düşünceleri yorumlarken kendisine veya çevresine zarar gelebileceğini düşünmekte ve bu düşünceden kaynaklanan zararları önlemenin kendi sorumluluğunda olduğunu hissetmektedir. Anksiyete, depresyon, girici (intruziv) düşünce varlığı, ortamdaki tetikleyici faktörler ve bireyin davranışsal tepkileri bu modelin davranış döngüsü olarak tanımlanmaktadır. Fazla sorumluluk hissi bireyin aşırı kontrolcü olmasını sağlayarak kompulsif davranışlara sebep olmaktadır. Bilişsel davranışçı kuramda en çok kabul gören bu model ‘’***Abartılmış Sorumluluk Modeli*** ‘’olarak adlandırılmıştır [27].

Saldırgan davranışlar, cinsellik, kutsal değerlere hakaret gibi bireyi huzursuz eden düşünceler ve dürtülerin anlamlarında yapılan yanlış yorumlamalar sonucunda birey kendini ahlaksız, günahkâr ve çok tehlikeli biri gibi görmeye başlar ve bununla beraber obsesif kompulsif davranışlarda artış görülür. %80-90 oranında intrüziv düşünceler normalde de akla gelebilirken; bu düşüncelerin obsesyon halini alması, bireyin kendi değer yargılarına yönelik önemli bir tehdit algılamasıyla başlar. Örneğin; annesine aşırı değer veren bir çocuğun, annesine zarar verme gibi düşüncelere sahip olması ciddi kaygı yaratır. Egodistonik olan bu düşüncelerin gerçekleşeceğine ve felakete yol açacağına inanılır. Rachman’a göre bu durum **‘’*Anlamın Yanlış Yorumlanması Modeli’’*** olarak adlandırılmaktadır [24]. Rachman’ın adını vermiş olduğu ‘’Düşünce eylem kaynaşması (DEK) ‘’ olarak adlandırılan kavram da olumsuz düşüncelere sahip olmanın, onları eyleme geçirmek kadar ahlak dışı ve kötü olabileceğine inanmaktır. Kognitif yanlılık yaşayan birey yaşadığı kötü olayların etkisinden kurtulamamakta, sorumluluk hissi artmakta, vicdan mekanizması ağır basmakta ve bu da suçluluk duygusuna sebep olmaktadır [30].

Olguların imge, dürtü ve düşüncelerde "irademe sahip çıkarsam zihnimi kontrol altına alabilirim" mantığına ve kontrol altına alabilmenin gerekliliğine inanması ve bu mantığa göre hareket etmesinden hareketle 2004 yılında Clark ve arkadaşları; düşünceleri bilinç düzeyinde kontrol altına almaya ve şekillendirmeye çalışan **''*Bilişsel Kontrol Modelini''*** sunmuşlardır. Bu modelde hasta birey olumsuz düşüncelerini en başında engellemeye veya ortadan kaldırmaya çalışmakta, çabaladıkça istem dışı bu düşünceler ve imgeler daha yoğun bir şekilde karşısına çıkmaktadır [30].

Son dönemlerde ortaya atılan, olumsuz düşüncelerin temelinde ilk olarak kuşkulanmaların yattığını savunan bir diğer bilişsel model; **''Çıkarıma Dayalı Yaklaşım (*The inference-based approach-IBA*)''**dır. IBA; hatalı yorumlama ya da abartılmış sorumluluk gibi bilişsel süreçlerden çok daha öncesine odaklanmaktadır. Bu yaklaşımda kişi, duyuları doğruyu söylese bile tam aksine odaklanır ve odaklandığı şey olmuş kadar tepki gösterir [31]. Örneğin trafikte olan bir kişi, köpeğe çarpmadığını bilir, fakat duyularına güvenmez ve çarpmış olma olasılığını gerçekleşmiş gibi kabul eder. Yorumlama sürecine geçmeden duyularına karşı oluşan şüphe ve gerçekleşme olasılığı çok düşük olan durumlara verdiği önem kaygıya neden olur [32]. Bu modelde terapiler kuşkular üzerinden yapılmalıdır. Kuşkular son bulursa davranışlar da normalleşmeye başlar [33].

Birçok ülkenin bir araya gelerek oluşturduğu Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (OKBÇG); yukarıda anlatılan bilişsel süreçleri geliştirerek, OKB'ye temel oluşturan bilişsel alanları 6 başlıkta toplamıştır [34].

1) Abartılı sorumluluk algısı; bireyin olumsuz sonuçları öncesinde engelleyebileceğine, o güce sahip olduğuna inanmasıdır. Salkovskis, obsesyon ve/veya kompulsiyonlu bireylerin algıladıkları kötü sonuçların sorumlusunu kendileri olarak gördüğünü göstermiştir [27].

2) Düşüncenin önemsenmesi; düşüncenin varlığı bile onun önemli olduğu anlamına gelmektedir. Bir olay hakkında düşünmek bu olayın olma olasılığını arttırmaktadır, ahlak dışı düşüncelere sahip olmak yapmak kadar kötüdür gibi düşünce kalıpları bu

modeli desteklemektedir. Rachman obsesyon ve/veya kompulsiyonlu bireylerde düşünceye verilen önemin hastalık için ciddi bir unsur olduğunu çalışmalarında ifade etmektedir [35].

3) Düşüncenin kontrolü; imge, dürtü ve düşüncelerin bireyin "irademe sahip çıkarsam zihnimi kontrol altına alabilirim" mantığına ve kontrol altına alabilmenin gerekliliğine inanması ve bu mantığa göre hareket etmesi bu alanı oluşturmuştur [34].

4) Abartılı tehdit algısı, obsesif kompulsif bireylerden bazıları abartılı tehdit algısına sahip olabilir ve olayların içerisinde kendisi olduğunda sonuçların daha kötü olabileceğini düşünebilmektedirler [36].

5) Belirsizliğe tahammülsüzlük, bu modelde tahmin edilemeyen değişimlerle baş edememe, üstesinden gelme yetisinden yoksun olma gibi düşünceler tanımlanmaktadır. Libby ve arkadaşları bu görüşün düşüncenin önemsenmesi modeli ile ilişkili olduğunu, gençlerde çok daha yaygın bir algı olarak ifade edildiğini ileri sürmüştür [37].

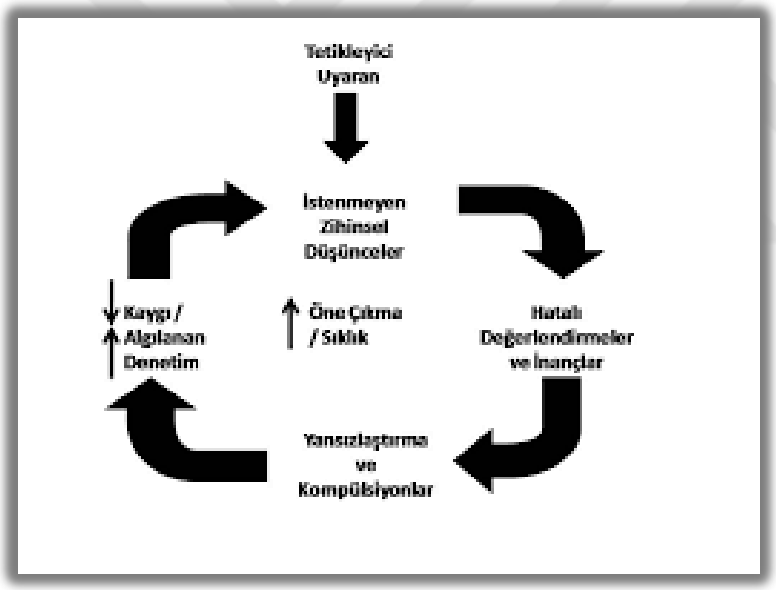
6) Mükemmeliyetçilik, yaptığımız her faaliyetin mükemmel olması gerektiğine, karşılaştığımız her olayın mükemmel bir çözümü olduğuna ve hata yapmanın ciddi sonuçlar doğuracağına inanmaktır. Başkaları tarafından yargılanma korkusu, fazla sorumluluk sahibi olma gibi özellikler genç bireylerde mükemmeliyetçilik ile birlikte hissedilen kaygılardır [37].

2005 yılında, bu alanlar arasında ayrım yapmanın zorluğu nedeniyle sorumluluk ve tehdidin abartılması, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile düşüncelerin önemi ve kontrolü şeklinde 3 alanda incelemelere devam edilmiştir [38].

Üzerinde durulan diğer bir görüş olan, düşünceyi kontrol edebilme ve düzenleme ile ilişkili inanışlar, ilk olarak Flavell tarafından ortaya konmuştur. Adrian Wells ve arkadaşları da daha kapsamlı bir çalışma sonucunda üstbiliş bilincini geliştiren bir model olan **''Metakognitif Model''**i ortaya koymuşlardır. Wells'in

geliştirdiği Bilişsel Dikkat Sendromu (CAS) adı verilen model, tüm duygudurum bozukluklarının temelinde yatan ana etken olarak ifade edilmiştir. Bilişsel dikkat sendromunda üç temel bileşen dikkati çekmiştir. Bunlardan birincisi, perseveratif (endişe ve ruminasyon ile dikkat çeker) düşünce; ikincisi, fazla tetikte olma hali ve üçüncüsü ise zarar veren başa çıkma yöntemidir. İntruziv düşüncelerin bilişsel dikkat sendromuna neden olan olumsuz metakognitif inançları tetiklediğine inanan Wells, düşünce kaynaşması, ritüelleri gerçekleştirme ve ritüellerin durdurulmasına karar verme gibi inanışların obsesif kompulsif bozukluğun metakognitif modelinde üç önemli üstbilişsel düşünce biçimini oluşturduğunu iddia etmektedir [39].

Şekil 1: Bilişsel davranışçı model sirkülasyonu[40]



2.1.3.2 Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi

Obsesif kompulsif bozukluk patofizyolojisinde sorumlu tutulan beyin yapıları temelde; orbitofrontal kortex, bazal ganlionlar, talamus ve anterior singulat kortekstir.

Nöroanatomi

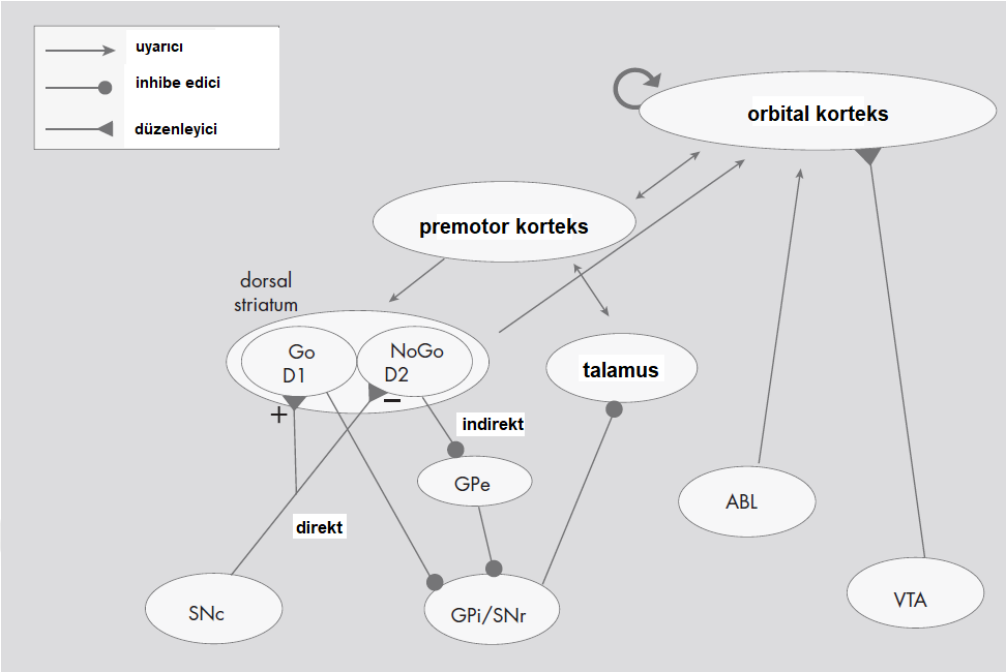
Orbitofrontal korteksin, duygu entegrasyonunda, karar verme sürecinde ve bu kararların yönetilmesinde temel rol oynayan anatomik bölge olduğu bilinmektedir. Bu bölge, bireyin olumsuz durumlara maruz kalması sonucunda adaptasyonunu hızlandırabilmesini sağlar. Yapılan birçok çalışmada ödül-davranış ilişkisinin orbitofrontal merkezden yönetildiği ispatlanmıştır. Lateral orbitofrontal korteksin, tehlikeden kaçınmak ve cezaya tepki göstermek gibi davranışsal işlevleri olduğu gösterilmiştir [41]. Medial orbitofrontal korteksin ise daha çok duyguları yönetme ve ödüllendirme gibi davranış şekilleri ile ilişkili olduğu fark edilmiştir [42]. Kompulsiyonların bu davranış işlevleri nedeniyle orbitofrontal korteks üzerinden geliştiği düşünülmektedir. Karar verme sürecinde temel rol oynayan anterior singulat korteks ise; planlanan ile meydana gelen hadiseler arasındaki uyumsuzlukta tepki gösterir. Anksiyete oranı arttıkça bu alanın aktivasyonunun arttığı gözlemlenmiştir [43, 44].

Bazal ganglionlar, talamus, beyin sapı ve korteks arasında bağlantıyı sağlayan orta beyin merkezli yapılardır. İstemsiz hareketlerin kontrolünün sağlanması, rutin davranışlar, bazı alışkanlıkların ve duyguların düzenlenmesinde primer görev alan bazal ganglionlar, dorsal striatum (kaudat çekirdek ve putamen), ventral striatum (akkumbens çekirdeği ve koku yumrusu), globus pallidus ve substantia nigra gibi birçok bölümü içerisinde barındırmaktadır. Dorsal striatum korteksin tamamından gelen eksitatör glutamaterjik sinyalleri, substantia nigradan ise ana dopaminerjik sinyalleri alır ve dopaminerjik uyarılar glutamaterjik uyarıları düzenler. Globus pallidus ve striatum bölgesi arasında Gama aminobütirik asit (GABA)'erjik sinapslar bulunmaktadır. Bu sinapslar bazal gangliyonlardan diğer alanlara giden en önemli yolaklardan bir tanesidir [45]. Bazal ganglionlarda aktive edici direkt ve inhibe edici

indirekt birbirine zıt çalışan iki yolak sistemi bulunmaktadır. Aktive edici yolak D1 dopaminerjik, inhibe edici yolak ise D2 dopaminerjik reseptörleri bulundurmaktadır. Direkt yolak korteksi aktive derken, indirekt yolak inhibe etmektedir. Direkt yolakta substantia nigra, D1 reseptörleri üzerinden striatumu uyarır, striatum da globus pallidus interna (GPi)'yı GABArjik reseptörler üzerinden inhibe eder. GPi inhibisyonu talamusun üzerindeki GPi tarafından yapılan devamlı kontrol mekanizmasını azaltır ve talamus aktive olur, hareket meydana gelir. İndirekt yolakta ise substantia nigra, D2 reseptörleri ile striatumu inhibe eder. Globus pallidus eksterna (GPe)'ya inhibe edici bir uyarı gönderir, GPe'nın GPi üzerindeki inhibisyonu azalır. GPi aktifleşince talamusu daha çok baskılar ve hareket ortadan kaldırılmış olur [46].

Obsesif kompulsif bozukluktaki davranış tekrarlarına, striatumdaki nöronların dengesiz aktivasyonu, globus pallidustaki özgün nöronların disinhibisyonu neden olur. Globus pallidustaki anormal inhibisyonun talamik nöronların ve sonra da kortikal hedeflerin kontrolsüz aktive olmasına sebep olduğu düşünülmektedir [47]. Obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerde indirekt yolağın direkt yollara göre daha hareketli olması, mediodorsal talamus, anterior singulat ve orbitofrontal korteks, ventromedial kaudat çekirdeğin aktivasyonunu arttırmakta, hastalar çevresel uyaranları algılarken zorlanmaktadır. Bu durum tehlike, hijyen, düzen ve cinsellik ile ilgili konularda kendilerine çok dikkat etmelerine ve endişe duymalarına sebep olmaktadır [48].

Şekil 2: Bazal Gangliyonlar ve Diğer Beyin Yapılarının İlişkisi [43]



GPi: globus pallidus internal segmenti; GPe: globus pallidus eksternal segmenti; SNc: substantia nigra pars kompakta; SNr: substantia nigra pars retikulata; VTA: ventral tegmental alan; ABL: basolateral amigdala.

Görüntüleme Çalışmaları

Yapısal beyin görüntüleme çalışmaları

Obsesif kompulsif bozuklukta yapılan çalışmalarda sol orbitofrontal korteks, sol inferior pariyetal korteks, sol talamus ve sol superior temporal girus boyutunda artma; serebellumda gri cevher boyutunda azalma görülmüş, ventral prefrontal korteks ve talamustaki boyutsal artışın obsesif kompulsif bozuklukta nörobiyolojik anlamda bir belirti olabileceği iddia edilmiştir [49]. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında obsesif kompulsif bozukluğun belirtilerinin artması ile frontal putamen ve kaudat çekirdekte gri cevherin boyutunun artması, anterior singulat girusun hacminin azalması ilişkili görülmüştür [50]. 2012'de yapılan bir çalışmada OKB hastalarında mediafrontal girus ve anterior singulat kortekste gri cevher boyutunda azalma, lentikuler çekirdek, kaudat çekirdek ve sağ parietal lobta boyut artışı dikkati çekmiştir

[51]. 2014 yılında yapılan voksel tabanlı analizlerde ise; bilateral dorsolateral prefrontal korteks, anterior singulat korteks, anterior insula ve girus frontalis inferiorda gri ve beyaz cevher hacimlerinde azalma olduğu ortaya konmuştur [52].

Fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmaları

Pozitron emisyon tomografisi ve tek foton emisyon tomografisi yapıldığında orbitofrontal ve anterior singulat kortekste, talamusta, kaudat nükleusta aktivitenin arttığı gösterilmiştir. Serotonerjik ilaç tedavisine, tedavi öncesi inferior orbitofrontal korteks aktivitesi yoğun olan hastalarda daha iyi yanıt alınabildiği öngörülmüştür. Posterior singulat girusta artan aktivitenin de fluvoksamin ilaç tedavisine daha olumlu yanıt verdiği iddia edilmiştir. Manyetik rezonans ve pozitron emisyon tomografisinde diğer anksiyete bozukluklarına kıyasla anterior/lateral orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks ve kaudat aktivitesinin obsesif kompulsif bozukluğa daha spesifik olduğu izlenmiştir. Obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerde inferiorun aksine medial orbitofrontal korteks hipoaktif olarak görülmüş ve OKB derecesinin medial orbitofrontal korteksin aktivitesi ile ters orantılı seyrettiği gösterilmiştir. Bununla birlikte medial orbitofrontal korteksin aktivitesinin azalmış olması ile lateral orbitofrontal korteksin aktivitesinin artmış olmasının aksine pozitron emisyon tomografisinde medial orbitofrontal kortekste hiperaktivite görülmesi dikkati çekmiştir. OKB'li hastalarda ventromedial prefrontal korteksin magnetik rezonans görüntülerinde hiperaktif olduğu yapılan son çalışmalarda ortaya konmuştur. OKB görüntüleme çalışmalarında farklı sonuçlarla karşılaşmış olsak da orbitofrontal korteksin medial ve lateral alanlarının işlevsel bozukluğu saptanmıştır [53-56]. Ek olarak; Magnetik Rezonans Spectroscopy (MRS) ile yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında, ventrolateral prefrontal korteks ve striatumda N-Asetil Aspartat (NAA) düzeyinin çok düşük olduğu da saptanmıştır[17].

Düzenleyici Nörotransmitterler

Nörokimyasal bakış açısına göre, OKB' de serotonerjik sistemin yanı sıra dopamin, glutamat ve noradrenalin gibi ek nörotransmitterlerin de aracılık ettiğine dair güçlü kanıtlar vardır [57].

Serotonin

Raphe çekirdeğinden salınarak beyinde geniş bir alanda işlev gösteren serotonin, dürtüselliği engeller, öfkeyi yatıştırır, duygu durumu üzerinde olumlu etkiler gösterir. Çevreyle uyum sağlama gibi sosyal yetenekleri ve vücuttaki fizyolojik mekanizmaları düzenlemede etkin rol oynar [58]. OKB'de en çok incelenen kimyasal molekül olan serotonin, Serotonin Geri Alım İnhibitör (SSRI)'leri vasıtasıyla obsesif kompulsif bozuklukta salınımını artırarak 5-HT (5-hidroksitriptamin) otoreseptörlerini aktifleştirir, var olan bulgularda azalmayı sağlar [59]. Trisiklik antidepresanlar sınıfında bulunan klomipraminin hastalara uygulanması ile beyin omurilik sıvısı (BOS)'ndaki serotoninin yıkım ürünü (5-hidroksi indol asetik asit) miktarında azalma saptanmıştır [60]. Postsinaptik 5-HT reseptörlerinin duyarlılığının normalden fazla olması da etiyolojiyi açıklar niteliktedir [18]. OKB olgularına 5-HT1A, 5-HT1D ve 5-HT2C reseptör agonisti olan meta-klorofenilpiperazin (m-CPP) uygulanarak elde edilen verilerde semptomların artması, bu artışın 5HT1D agonist etkisi olmayan diğer serotonin agonistleri kullanıldığında görülmemesi, OKB etiyolojisinde 5HT1D'nin etkisini gösterir [61]. Sumatriptanın 5HT1D agonisti olarak OKB'li bireylerde belirtileri kötüleştirdiği bilgisi de çalışmaları destekler niteliktedir [62]. SSRİ'ların OKB'de etkinliğinin başlama süresi depresif hastalardan daha uzundur. 5HT-1B ve 5HT-1D otoreseptörlerinin dolum süresinin daha uzun olması bu hipotezi açıklar niteliktedir [63].

Dopamin

Serotonin salınımında azalma, dopaminerjik etkinin artmasına ve obsesif kompulsif davranışlarda artış meydana gelmesine neden olabilmektedir. Yapılan birkaç deneysel çalışmada SSRI (Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri) ile birlikte Dopamin1(D1) reseptör antagonisti birlikte uygulandığında kompulsif davranışların azaldığı, uzun süre D2/D3 reseptör agonisti uygulandığında ise kompulsif davranışların arttığı dikkati çekmiştir. Antipsikotik verilen dirençli hastalarda iyileşme görülmektedir. Antipsikotik kullanan psikotik hastalarda ise tedaviye sekonder gelişen obsesif kompulsif davranışların artması, 5-HT2A antagonizmasının dopamin reseptörlerini aktive edici etkisi olduğunu ortaya atmakla birlikte, D2 reseptör antagonizması ile bulguların azaldığı görüşü de yapılan son çalışmalarda iddia edilmektedir [56, 64].

Glutamat

Glutamat, yetişkin beynindeki başlıca uyarıcı nörotransmiterdir. Glutamaterjik projeksiyonlar, intrakortikal bağlantılar, kortikal-subkortikal bağlantılar ve bazal ganglionlar, serebellum, talamus ve beyin sapı devreleri gibi subkortikal sistemler dahil olmak üzere yetişkin merkezi sinir sistemindeki hemen hemen tüm devrelere katılır. Kortiko-striato-talamo-kortikal (KTSK) devrelerindeki etkileri ile striatumla iletişim kuran glutamaterjik nöronlar, OKB patofizyolojisini açıklayabilir [65]. Yapılan son çalışmalardan bir tanesinde de kaudat nükleusta, kortikostriatal glutamatın serotonin salınımını azalttığı ortaya atılmış, belli bir süre verilen paroksetin medikal tedavisinin glutamat düzeyini azalttığını ve bu azalmayı takiben hastada obsesif kompulsif bulguların da azaldığı dikkati çekmiştir [17]. Riluzol, ketamin, memantin, topiramat, N-asetil sistein ve lamotrijinin de glutamat üzerinden OKB belirtilerinde azalmaya neden olmaları araştırmacılara yol gösterici olmuştur. Özellikle ketamin uygulaması sonrasında Y-BOCS ölçek skorları %35 oranında düşmüştür [66]. Glutamat reseptörleri iyonotropik ve metabotropik olmak üzere iki tiptir. İyonotropik ve metabotropik glutamat reseptörlerin birçoğu OKB riski için aday

genler olarak araştırılmış ve umut verici erken sonuçlar elde edilmiştir. Fakat daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır [65].

Noradrenalin

Noradrenalin blokörlerinin iki durum karşısında seçim yapmayı kolaylaştırdığı belirtilse de OKB üzerine etkileri yeterince çalışılmamıştır.

Nöroimmunoloji

Grup A Streptokok enfeksiyonlarına sekonder gelişen bazı hastalıklarda (Romatoid Artrit, Sydenham Koresi) ilk bulgularının obsesif kompulsif bozukluklar olduğu dikkati çekmiştir. Bu görüş PANDAS (Streptokokla İlişkili Pediatrik Otoimmun Nöropsikiyatrik Bozukluklar) tanısının ortaya çıkmasını sağlamıştır. Tanı için; 1. Obsesif-kompulsif veya tik bozukluğu, 2. Pediatrik yaş başlangıcı, 3. Ani başlangıç ve bulguların epizodik davranışı, 4. A grubu streptokok enfeksiyonu varlığı, 5. Ataklar ile birlikte nörolojik bulgular (koreiform hareketler vs.) gereklidir. Bu immünoljik tanı ile ilgili birçok eleştiri yapılmış olsa da OKB'nin bağışıklık sistemi ile olan boyutunun araştırılmasına yardımcı olmuştur [67]. Kaudat çekirdek, putamen ve globus pallidusta MRG'da hacimce genişleme olduğunun fark edilmesi, streptokoklara karşı gelişen lokal antikor reaksiyonlarını düşündürmektedir [56]. PANDAS tedavisinde uygulanan intravenöz immünglobülinin, obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinde düzelme sağladığı saptanmıştır. Başka otoimmün hastalıklarda da, Sistemik Lupus Eritematozus, Multiple Skleroz vb., OKB prevalansının artış gösterdiği dikkati çekmiştir [68]. 2001 yılında yapılan bir diğer çalışmada obsesif kompulsif bozukluğa sahip bir hasta grubunda, otoimmun hastalıkların sağlıklı gruba göre nispeten daha fazla görüldüğü ortaya konmaktadır [69].

Genetik

Obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin birinci derece yakınlarında bu bozukluk iki kat fazla görülürken, belirtilerini çocukluk ve ergenlik döneminde görmeye başladığımız olguların birinci derece yakınlarda hastalığın on kat daha sık görülmesi genetiğin ne kadar da önemli bir etken olduğunu göstermiştir. İkizlerde yapılan bir çalışmada monozigotik olanlarda %53-87, dizigotik olanlarda ise %22-47 oranında bir genetik geçiş olduğu görülmüştür. Serotonin transporter polimorfizmi, serotonin reseptör tip 2c eksikliği, triptofan hidroksilaz geninin polimorfizmi, dopamin transporter gen eksikliği obsesif kompulsif bozuklukta çalışılan genetik diğer çalışmalardır [70, 71].

Nöroendokrinoloji

Yapılan araştırmalarda hormonal sıkıntılar obsesif kompulsif bozukluğa sekonder gelişiyor izlenimi verse de birçok çalışmada etyolojik nedenler arasında gösterilebilmektedir. Kadın hastalarda hastalığın menstrüel dönemlerde daha sık belirti gösterdiği iddia edilmektedir[72]. Antiandrojenik tedavi yapılan birçok hastada obsesyon kompulsif bulguların düzeldiği dikkati çekmiştir. Yapılan çalışmalara rağmen, OKB'ye sebep olabilecek bir hormonal bozukluk kanıtı halen bulunamamıştır[56].

Nöropsikoloji

Başta yürütücü işlevler olmak üzere, sosyal biliş, işlemsel bellek, dikkat gibi yüksek bilişsel beceriler, beynin başlıca talamus, bazal gangliyon ve frontal lobunun etkilenmesiyle oluşan OKB hastalarında bozulmuştur. Nöropsikolojik çalışmalar bu bozulmaların mekanizmasını açıklamaya çalışır. Sağlıklı bireylerde bilişsel mekanizmalar ve motor etkinlikler düzenlenirken inhibisyon mekanizması kullanılır. OKB hastaları ise bu inhibisyon sisteminde sorun yaşadıklarından düşünceler sürekli akla gelir ve kişiye sıkıntı vermeye, hayatını olumsuz etkilemeye başlar [73].

2.1.4 Klinik Tanı ve Tedavi

American Psychiatry Association (APA); obsesyonları istenmeden akla gelen düşünce, dürtü ve imge, kompulsiyonları da obsesyonların vermiş olduğu sıkıntıyı gidermek adına oluşan; konuyla ilişkisiz ya da aşırıya kaçan fakat amaca uygun olan zihinsel aktiviteler ve tekrarlanan davranışlar olarak tanımlamıştır [74]. Obsesyonlar; genel yaşamla ilgili olmaktan çok bireysel değer yargıları ile ilgilidir ve genellikle bir işe veya düşünceye odaklanmaya çalışıldığında ortaya çıkar [75]. Hastaların çoğunda tetikleyici olmaksızın ortaya çıkar. Çoğunlukla başlangıcı fark edilmez fakat takiplerinde ilerleyici özellik gösterdiği ve kronikleştiği saptanmıştır [76]. Bireyler genellikle detaycı, mükemmeliyetçi kişilerdir. Obsesyonları nedeniyle dikkatlerini toplamakta güçlük çekerler ve işlevsellikleri düşüktür [58]. Hastaların akıllarında düşünceler gün boyu döner durur ve bunları sonuçlandıramazlar, bastırmaya çalıştıkça bu düşünceler rahatsızlık vermeye devam eder. Bu döngü; ‘’zihinsel geviş getirme’’ veya ‘’obsesyonel ruminasyon’’ olarak adlandırılmaktadır [77].

Psikiyatrik hastalıkların tanı ve sınıflandırılmasında günümüzde çoğunlukla DSM-V ve ICD-10 kullanılmaktadır. Obsesif kompulsif belirtiler için ICD-10 DSM-V’ den farklı olarak; 2 hafta boyunca semptomların bulunması gerektiğini belirtmiştir. DSM-V ile birlikte OKB; ‘’Anksiyete Bozuklukları’’nın altından çıkıp yeni bir başlık altında incelenmiş ve ‘’Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar’’ adını almıştır [78, 79].

DSM-V’e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri,

A) Obsesyonlar, kompulsiyonlar veya her ikisinin birlikte var olması,

Obsesyonlar,

1) İstenmeden yineleyici ve devamlı gelen, çoğu bireyde sıkıntıya neden olabilen düşünce dürtü ve düşlemler

2) Birey bu dürtü, düşünce ya da düşlemlerini baskılamaya çalışır ya da bir başka düşünce ya da hareketle etkisizleştirmeye çalışır

Kompulsiyonlar,

1) Bireyin obsesyona bir tepki gibi ya da kesin bir şekilde uyulması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alamadığı yineleyici ve tekrar eden davranış şekilleri (el yıkama, sayı sayma, vb)

2) Yapılan bu davranışlar bireyi sıkıntıdan kurtarma ya da olan sıkıntıyı azaltma amacıyla yapılmaktadır. Eylemler korunulması gereken sıkıntılı durumlara göre oldukça abartılıdır.

B) Obsesyon ve kompulsiyonlar bireyin sosyal hayatını olumsuz yönde etkiler, zaman kaybına ve bireyde sıkıntı oluşmasına neden olur.

C) Bu bozukluk tedavide kullanılan bir ilacın ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D) Eksen 1 bozukluklarından başka bir hastalıkla birliktelik var ise obsesyon ve kompulsiyonların yapısı ve içeriği değişebilir (trikotillomanisi olan bir hastanın sürekli saç çekme ile ilgilenmesi, vb.).

İç görüsü iyi: Birey inanışlarının doğru olmadığının bilincindedir.

İç görüsü kötü: Birey inanışlarının çoğunlukla gerçek olduğunu düşünür.

İç görüsü yok: Birey inanışlarının gerçek olduğunu tam manasıyla kabul eder.

Tik bozukluğu bireyde ya geçmişte ya da şimdiki zamanda mevcut olabilmektedir [80].

Bu tanı ölçütleri içinden ayrılarak ‘’İlişkili Bozukluklar’’ altında incelenen diğer hastalıklar ise Vücut Dismorfik Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Saç Yolma Bozukluğu (Trikotillomani), Deri Yolma Bozukluğu (Dermatillomani),

Maddenin/İlacın Yol Açtığı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk, Tanımlanmış Diğer Bir Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk ve Tanımlanmamış Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklardır.

OKB'nin şiddeti ve alt tipleri zaman içinde değişiklik gösterebilir. Epizodik gidişli OKB; daha geç yaşlarda başlar, kadınlarda daha yüksek oranlarda görülür ve majör depresyon ile sıklıkla ilişkilidir. Çocukluk veya ergenlikte belirtileri başlayan obsesif kompulsif belirtiler ömür boyu sürebilmekte, erken fark edilmiş ve tedavisine başlanmış hastalarda erişkin dönemde iyileşme sağlanabilmektedir. Ek psikiyatrik bir hastalığa sahip OKB'li bireylerde iyileşme çok daha zor olmaktadır [70]. Ayrıca kişilerin belirtilerinden utanması bu nedenle de gizleme eğiliminde olmaları tanı ve tedaviye geç kalınmasına yol açar [81].

2.1.4.1 OKB'nin Alt Tipleri:

Obsesif kompulsif bozukluklu olguların birçoğunda hem obsesif hem de kompulsif davranış şekilleri bir arada görülebilir. Bazı olgularda ise birden fazla obsesyon, birden fazla da kompulsiyonun beraber bulunduğu dikkati çekmektedir [82, 83]. Takıntı ve zorlantılar bilişsel mekanizmalar, hastanın yaşam kalitesindeki azalma ve nöronal yolaklar gibi birçok açıdan farklılaşır. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) listesinde 67 farklı alt tipten bahsedilmesi, çeşitliliğin en net kanıtıdır [84]. Bilişsel bağlamda semptomların niteliklerine göre yapılan sınıflamada obsesyonlar ve kompulsiyonlar ''otojen'' ve ''reaktif'' olmak üzere iki gruba ayrılır. Reaktif yani diğer adıyla tepkisel olanlar; daha gerçekçi düşüncelere sahiptir, tetikleyicileri vardır, sıkıntı verme oranı daha düşüktür ve bireyler saklama gereksinimi duymadığı için erken tanı alabilirler. Temizlik, simetri, kontrol gibi obsesyonlar buna örnek olarak verilebilir. Otojen obsesyonlar özellikle bastırılmaya çalışıldığı için ve yüksek suçluluk hissettirdiği için sıkıntı verme düzeyi daha yüksektir. Tekrarlayıcıdır ve tetikleyicisi olmadan da oluşabilir. Erkeklerde daha sıklıkla görülür. Yine cinsel, dini ve şiddet içerikli düşünceler bu obsesyonlara örnek olarak verilebilir [85, 86].

Obsesyon ve kompulsiyonlar çok çeşitli boyutlarda belirti verir. Abramowitz ve arkadaşları 2010 yılında 4 temel belirti tanımlamıştır. Bunlar; bulaşma-temizleme, şüphe, sorumluluk-kontrol etme, simetri, düzen- sıralama, cinsel, dini ve şiddet içerikli istenmeyen düşünce veya imgeler ile nötrleştirme ya da bastırmaya yönelik zihinsel aktivitelerdir [87].

En sık görülen obsesyon tipi %25-55 oranında kirlenme/bulaşma obsesyonu olarak bilinmektedir. Bulaşmasından korktuğu maddeler özellikle; kir, mikrop, meni, idrar ve dışkıdır. Birey bulaştırıcı özellikte olduğunu düşündüğü nesnelere karşı kaçınma davranışı ya da bu endişeyi yönetebilmek için temizlik kompulsiyonu geliştirir [88]. Bulaşma endişesi yıkama kompulsiyonu ile rahatlatılmaya çalışılır. Eller en sık temizlenen organlardır. Yıkamanın çok fazla olması sonucunda ellerde kuruluk ya da kontakt dermatit gelişebilir [58]. Bulaşmanın 3 alt tipi tanımlanmıştır. İlk olarak en sık görülen, hastalık ve pislik bulaşması veya bulaştırması kaygısı tanımlanmıştır. İkincisi kaygıdan ziyade tiksinme duygusunun bulunmasıdır [89]. Son olarak ise bulaşma endişesi insanın sadece düşüncesinde bulunur, dokunma gibi bir eylem olmamış ya da olma ihtimali de yoktur [90].

İkinci sıklıkta görülen obsesyon; kuşku/emin olamama obsesyonudur [91]. Kendi dikkatsizlikleri yüzünden başkalarının zarar görmesinden tedirgin oldukları için tekrar tekrar davranışlarını kontrol ederler. Şüphe ve sorumluluk hissi dikkat çeker. Bu semptomları başlatan travmatik olaylara muayenede çok sık rastlanır. Depresif şikayetler sıklıkla eşlik eder [92].

Simetri obsesyonları ve sıralama kompulsiyonları %30 oranında üçüncü sırada gelmektedir. Bilişsel teorilerden olan mükemmeliyetçilik zemininde gelişir. Hiç hatasız olarak davranmayı isteyen kişi, yapma bozma şeklinde sürekli belirli davranışları düzenli olarak yapar. Diğer türlerden farklı olarak bunu sıkıntıyı gidermek için yapmaz; doğru olma ihtiyacı ile yapar. Hastalar bunun normal olduğunu düşünür ve doktora başvurmakta gecikirler, bu nedenle sıklıkla kronikleşen bir alt tip olduğu belirtilir [93].

Saldırganlık obsesyonu %10-20, cinsel obsesyonlar ise %13-26 oranında izlenmektedir [94]. Saldırganlık obsesyonu bireyin bilinçli ya da bilinçsiz olarak, kendisine, yakınlarına zarar verebileceğini düşünüp kaygılanması şeklinde ortaya çıkar. Çocuğuyla bile yalnız kalmaktan korkan, kesici delici ve sivri nesnelerden uzak duran hastalar görülmektedir. Saldırganlık düşüncelerinin intiharla en çok ilişkilendirilen obsesyon olduğu bilinmektedir. Rahatsız edici düşüncelerden kaçmak isteyen kişi intihar düşüncesine sahip olabilmekte ya da intihar girişiminde bulunabilmektedir [95]. Din içerikli obsesyonlar Avrupa' da %4-10 iken, Arap ülkelerinde %40-60 oranında görülmektedir [96]. Kişinin inancına ters düşebilecek bir davranışta bulunma ya da söz söyleme korkusu olarak tanımlanan dinsel obsesyonların, tanımlanan en eski belirti grubu olduğu bilinmektedir. Dini kitaplarda yer edinmemiş durumlarda dahi davranışlarının doğruluğunu sorgulama ve yanlış yapma ihtimaline karşı fazlaca kaygılanma hakimdir [9, 97]. Cinsel içerikli obsesyonlarda; bireyin düşünceleri uygunsuz cinsel temalar ile doludur. Dua etme, sayı sayma gibi zihinsel kompulsiyonlar sıklıkla bu obsesyonlarla birlikte görülür. Saldırganlık ve cinsellikle ilgili obsesyonlarda kişi güvence arama davranışları sergiler. Yakın çevrelerine sürekli teyit ettirme amaçlı sorular sorarlar [98]. Türkiye' de yapılan bir çalışmada kirlenme obsesyonu en sık, saldırganlık, somatik, din, cinsel ve simetri obsesyonları ise sırasıyla diğer sıklıkta görülen obsesyonlar olarak karşımıza çıkmaktadır [94].

Kompulsiyonlardan en sık görüleni temizleme olup görülme oranı %45-52 arasında saptanmıştır [94]. Kontrol etme kompulsiyonu %28-45, tekrar etme kompulsiyonu %11,1, sayı sayma kompulsiyonu ise %8 olarak tespit edilmiştir. Simetri kompulsiyonları ise %13,5 oranında izlenmektedir [82].

2.1.5. Komorbidite

Yapılan araştırmalara göre OKB tanısı almış bireyler ortalama %60-%65 oranında farklı bir psikiyatrik hastalık tanısı da almaktadırlar [99]. Komorbid ruhsal hastalık görülme sıklığı kadınlarda daha yüksek saptanmıştır [100]. Majör depresif bozukluk (MDB), OKB ile birlikte görülme oranı %50,5 ile en yüksek olan

bozukluktur [101]. Depresif bozukluktan sonra en sık kaygı bozuklukları görülürken; onlar da kendi arasında %1,4-23,7 ile panik bozukluk, %4,7-19.2 ile travma sonrası stres bozukluğu ve %14-43,5 ile sosyal anksiyete bozukluğu olarak sıralamaya girmektedirler. MDB, tedaviye direnç ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkilendirilirken, OKB semptom şiddeti ile arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Kaygı bozuklukları ile OKB birlikteliğinde ise semptomların daha şiddetli olduğu saptanmıştır [102]. Bipolar bozukluk 1 %2, Bipolar bozukluk 2 ise %4,9 sıklığında OKB ile birlikte görülmektedir [103]. Özellikle epizodik olan alt grupta bipolar bozukluğun eşlik ettiği gösterilmiştir [104]. Şizofreni; %4-12 aralığında OKB hastalarında görülebilirken; şizofreni tanılılarda OKB komorbiditesi %7,8 olarak saptanmıştır. Özellikle henüz şizofreni tanısı almamış olan erken dönem vakalarda obsesyon ve kompulsiyonlar görülebilir. Şizofreni ve OKB komorbiditesinde tekrarlayan düşüncelerin ve davranışların psikotik olup olmadığı bu nedenle dikkatli bir şekilde araştırılmalıdır [105]. Daha az sıklıkla madde kullanım bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, dürtü kontrol bozuklukları ve yeme bozuklukları da OKB ile birlikte bulunabilir. Eksen 1 bozukluklarından sonra Eksen 2 bozuklukları ile ilişkisine bakacak olursak; özellikle C küme kişilikler, OKB ile birlikte görülür ve semptomların şiddetini artırdıkları gösterilmiştir [106].

2.1.6. Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda birçok psikiyatrik hastalık düşünülmelidir. Bunlardan birincisi yaygın anksiyete bozukluğudur. Yaygın anksiyete bozukluğunda, sıkıntı yaratan düşünceler gerçekçidir. Sıkıntıyı azaltmak için kaçınma davranışları görünse de tekrarlayıcı davranışlar genellikle bulunmaz.

Major depresif bozuklukta da tekrarlayıcı (geviş getiren) düşünceler olsa da bu düşünceler duygudurum ile uyum içindedir. Anoreksiya nervozada sadece yeme ile ilişkili kompulsif davranışlar görülebilir.

Kompulsif tik ve stereotipik hareketler obsesyonun yönlendirmesi olmadan uyarıcı duyusal dürtüler tarafından meydana gelir. Bireylerin bazılarında her iki

bozukluk birden var olabilir, bu durumda her iki tanı birden konulabilmektedir [70]. Tik bozuklukları ile OKB %30-40 oranında beraber bulunur [106].

Obsesif kompulsif bozuklukta bazen hezeyanlı düşüncelere sahip olabilirler fakat psikotik düşünce ve davranış özellikleri bireylerde görülmemektedir [70]. Psikotik hastalarda obsesif kompulsif belirtilerin görülme sıklığı arttığı için yakın zamanlı çalışmalarda şizo-obsesyon terimi bir alt grup olarak söylenmeye başlamıştır [107].

Kompulsif benzeri davranış gösteren bozukluklar içinde kabul edilebilen kumar oynama, madde kullanımı ve benzeri davranış bozuklukları bireyin yaparken hoşuna gitmesi ve kendine zararı olduğunu bildiği için yapmak istememesi nedeniyle gerçek kompulsiyondan ayrılmaktadır [70].

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunda; birey sürekli uyumsuz ve aşırı mükemmeliyetçi davranışlar sergilemektedir. Erken yetişkinlik döneminde başlar. Katı kontrolcü kurallara sahiptir. Birey iki bozukluğa da sahip olabileceğinden iki tanı birden alabilir [70].

OKB ile ilişkili bozukluklar ayrı ayrı tanımlanmaktadır. Obsesif kompulsif davranışların sadece fiziksel görünümle ilişkili olduğu bir bozukluk olan beden algısı bozukluğu, kompulsif şekilde saç yolma davranışı sergileyen trikotillomani, deri yolma ile giden dermatillomani, nesnelerle bağını koparamayan, onları atmak yerine sürekli biriktirmeye çalışan biriktiricilik bozukluğu, OKB ile ilişkili bozukluklardır ve tanı kriterlerine uygun olduğunda obsesif kompulsif bozukluk tanısı da konulabilir [70].

2.1.7. Tedavi

2.1.7.1 Farmakoterapi

İlk tercih edilen ilaç grubu Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) dir. Etkinliği belirgin olmasına rağmen; yan etki profili nedeni ile klomipramin ikinci tercih olarak kullanılmaktadır. Hastada olumlu bir yanıt almak 3 ayı bulabilmektedir. %40-60 oranında hastada kısmi yanıt alınır ya da hiç yanıt alınamaz. Bu hastalarda; klomipramine geçiş yapmak, SSRI ile birlikte kombinlemek, antipsikotik ilaç eklemek (risperidon, olanzapin, haloperidol, vb), Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'ye geçiş yapmak veya eklemek uygulanabilmektedir. Farklı ilaçlar da bazen denenmekte veya kombine edilmektedir. Ekleme tedavisinde; Memantin, riluzol, amantadin, topiromat, pregabalin, N-asetilsistein, mirtazapin, agomelatin, fenelzin, trazodon, venlafaksin ile yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur [15, 108].

2.1.7.2 Psikoterapi

Yapılan çalışmalar bilişsel davranışçı terapinin SSRI'lar kadar etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bilişsel terapi bazen tek başına bile çok etkili olabilmektedir. Davranışçı terapilerden yaşayarak alıştırma (maruz bırakma) ve yanıt erteleme (tepki önleme)'nin kombine uygulanması hasta bireylerde olumlu geri dönüşlere neden olmaktadır. Anksiyete azalana kadar hasta birey uyaranla birlikte bırakılır. Bu yöntemin sonunda birey hep karşı karşıya kaldığı ve anksiyete yaşadığı durumdan kurtulur ve artık anksiyete hissetmemeye başlar. Bireyin kompulsiyonlarına engel olmak için tepki önleme yöntemi kullanılmakta ve en az korkulandan başlayarak en korkulan uyaranı terapist eşliğinde hedefler konarak o rahatsız edici uyaranlara cevabı erteleme şeklinde yapılmaktadır. Olumlu bir tedavi süreci için belirli aralıklarla BDT'nin tekrarlanması gerekebilmektedir.

Davranışçı terapi ve bilişsel davranışçı terapinin bazı durumlarda etkisi zayıflar hatta hiç etkisi olmayabilir. Bu gibi durumlarda hastanın çocukluk çağı travmalarına, ailesinin yetiştirme tarzına ve bağlanma stillerine de bakmak gerekir. Ailenin ilgisinin

zayıf olduğu bireylerde OKB'nin sık görüldüğü saptanmıştır. Şema terapi ve Metakognitif terapinin de OKB'de faydalı olabileceği düşünülmektedir. [109-111].

2.1.7.3 Diğer Tedavi Modaliteleri

Derin beyin uyarımı, transkraniyal magnetik stimulasyon ve dirençli vakalarda cerrahi yaklaşımlar **(**ön singulotomi, subkaudat trakotomi, ön kapsülotomi gibi) hasta bireylere uygulanabilmektedir.

2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İntihar Düşüncesi

2.2.1. İntiharın Tanımı, Tarihçesi ve Sınıflandırması

Bedenin göğüs ve boğazın birleştiği yeri tarif eden, Arapça kökenli bir kelime olan ''nahr'' kelimesi günümüzde kullanılan intihar kelimesinin kökenini oluşturur [112]. Tanzimat dönemiyle birlikte Türkçe' de de intihar kelimesi kullanılmaya başlanmıştır. Orta çağda ''sui homicida'' veya ''sui ipisis homicidum'' deyimleri kendini veya bir başkasını katletme anlamına gelir. 18.yy'da intihar kelimesi suicid olarak kitaplarda yerini almıştır [113]. 2019 yılının Türk Dil Kurumu sözlüğünde intihar; ''Bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi'' ya da ''Hayatını tehlikeye düşürecek aşırı davranış veya iş'' olarak tanımlanırken, günümüz Türkçesinde ise intihar yerine özkıyım veya özekıyım kelimeleri tercih edilmektedir.

İntihar günümüze kadar çok farklı biçimlerde tanımlanmış ve sınıflandırılmıştır. En eski yazılı kayıtlardan bu yana intihar üzerine araştırmalar yapılmakta olup, sapkınlıktan hastalığa, kurtuluştan erdemli davranışa kadar fikir çeşitliliğine rastlamak mümkündür. Anadolu'nun ilk yazılı uygarlığı olan Hititlerden Eski Yunan Mitlerinde ve Dede Korkut Masallarında intihardan bahsedildiği görülmektedir [114].

Fransız sosyolog Durkheim intiharı bencil intiharlar, elcil intiharlar, kuralsızlık intiharları ve ölümcül intiharlar olarak 4 sınıfa ayırmıştır. Beachler ise 1992 yılında

kaçma intiharları, saldırganlık intiharları, adanma intiharları ve oyun intiharları olarak yine 4 maddede kategorize etmiştir. Sheidman sadece 3 grupta (bencil, çiftli ve soyutlanma) intiharı sınıflandırmıştır. ‘’Beck Komitesi Sınıflaması’’ adı verilen ve halen aktif olarak kullanılan sınıflandırmada ise intihar 3 boyutta ele alınmıştır: İntihar düşüncesi, intihar girişimi, tamamlanmış intihar [115].

APA ise intihar davranışı ile ilgili 7 kriter belirtmektedir. Bunlar; intihar, intihar girişimi, durdurulmuş intihar teşebbüsü, intihar düşüncesi, intihar niyeti, intihar davranışının ölümcüllüğü, kasıtlı olarak kendine zarar verme şeklinde ifade edilmiştir [116]. DSM-V’te Daha İleri Çalışmalar İçin Durumlar başlığının altında İntihar Davranış Bozukluğu olarak kendine yer bulmuştur.

2.2.2. Etiyoloji

2.2.2.1. Psikolojik yaklaşımlar

Dinamik yaklaşımın kurucusu kabul edilen Freud’a göre bilinçdışında sevgi nesnesinin yitirilmesi ile intihar süreci başlamış olur. Sevgi nesnesinin kaybıyla başka nesneye yönlendirilemeyen libidinal enerji kendi benliğine geri döner. Bu enerji sayesinde benlik kaybedilen nesne ile özdeşim kurar. Nesnenin yokluğuna öfkelenen benlik aslında kendine öfkelenir, nesneden intikam alma amacıyla oluşan saldırgan tavırlarını kendisine yöneltir. Sonunda sadistik üst benlik benliği kurban eder. Kişi kendi isteği ile kendisini öldürür [117, 118]Bazen de ego süperegonun baskısına dayanamaz ve ego kurtuluş yolu olarak intihara yönelir. Ego psikolojisi savunucularına göre benliğin içsel çatışmaları sonucu değer kaybetmesi, kişiyi intihara sürüklemektedir [119].

Karl Meningere göre yapıcı ve yıkıcı dürtüler birlikte bulunmaktadır. Bu dürtülerin dışa yöneltilemediği durumlarda içe yöneltilir ve yıkıcı dürtüler galip gelir ve kişi kendini öldürür [118]. Meninger kuramı; öldürme arzusunu öldürülme (suçluluk) arzusu, onu da ölme arzusu (depresyon) takip etmektedir şeklinde açıklanır [120].

Schneidman intiharı, yaşanılan olumsuz olaylar karşısında psikolojik ihtiyaçlar karşılanamadığında zayıf olan egonun sorun çözme şekli olarak tanımlar. Bu nedenle absürt karşılanan özkıyım girişiminin kendi içinde mantıklı olduğunu savunur [58 , 118]. Schneidman ve Farberovv sosyal açıdan intiharı 5 gruba ayırmışlardır. Birinci grupta, yaşadığı olumsuzluklarla başa çıkamayan kişinin ölümü çözüm yolu olarak gördükleri söylenebilir. İkinci grupta intiharın benlik saygısını artıracağına hatta şeref kazandıracağına inandıkları da görülmektedir. Üçüncü grupta, intihar ettiklerinde üzüntü verdikleri kişilerin yaşadığı acı ve suçluluk duyguları ile birlikte dolaylı yollardan kaybettikleri sevgiyi alabileceklerini düşündükleri, dördüncü grupta toplum içinde yitik, yaşlı hasta kişilerin, beşinci grupta ise akıl hastalığı bulunan kişilerin intiharı düşündükleri belirtilir [121].

Sosyal öğrenme kuramına bakacak olursak bu kavramla ilgili en açıklayıcı örneği Goethe'nin ''Genç Werther'in Acıları'' adlı kitabından sonra Avrupa'da intihar oranlarının artmasıyla görmekteyiz. Hatta bu duruma Werther Sendromu denilmektedir. İnsan sürekli öğrenmekte olan bir canlıdır böylece davranışlarına yön verebilir. Bunu yaparken de diğer insanları ve olayları gözlemleme gücünü kullanabilir. Strese olan tepkisini de sosyal öğrenme kuramına göre diğer olaylardan öğrenerek veriyor ve bu nedenle özkıyım gerçekleştiriyor olabilir [122].

Narsistik kurama göre ise bu bireylerde yalnızlık çaresizlik terk edilmişlik gibi duygular altındayken kullandıkları ülküleştirme ve inkar gibi savunma düzenekleri çalışmaz ve daha ilkel savunma düzeneklerini kullanmaya başlarlar [123]. İntihar bu kişilerce sonsuz huzur ve güven verici nesnelere ulaşma olarak anlaşılmaktadır [124].

Varoluşçu kuramda ise hayatının kontrolünü elinde tutamadığı alanlarla karşılaştığında kişi intiharı seçerek bu kontrolü sağladığını düşünür. Yalom; bu kuramı bireyin hayatın anlamını oluşturma sorumluluğunu alamaması olarak açıklamıştır [125]. Öğrenme kuramında ise öğrenilmiş çaresizlik kavramı üzerinden kişinin benlik saygısının düşmesi sonucu intihara kalkıştığı görülür [123]. Kaçış kuramı Beachler tarafından önerilen Baumeister tarafından 1990 yılında yenilenen 6 aşamalı bir kuramdır. Birinci aşamada beklentileri yüksek olan bireyin yaşadığı olumsuz olaylar

karşısında intiharı düşünmesi olasıdır denir. İkinci aşamada; birey yaşadığı olumsuz olaylar sonucunda suçluluk hisseder ve kendisine yönelik olumsuz biliş oluşturur. Üçüncü aşamada ise olumsuz öz farkındalıktan bahsedilir. Dördüncü aşamada; olumsuz öz farkındalık nedeniyle ruhsal hastalıkların oluştuğu belirtilir. Beşinci aşamada; bilişsel yıkım meydana gelir ve son olarak altıncı aşamada; oluşan bilişsel yıkımın intihara giden yoldaki faktörleri açıklanmıştır. Bilişsel anlamda çok açıklayıcı olan bu model sosyolojik yaklaşıma hiç yer vermemesi nedeniyle tepki almıştır [117, 126].

2.2.2.2. Sosyolojik Yaklaşımlar

19.yy'da Durkheim tarafından açıklanmış olan bu kavram temelde 2 alt gruba ayrılır. Sosyal bütünleşme ve toplumsal düzenleme gibi iki alanın ya çok güçlü ya da çok zayıf olmasından kaynaklanmaktadır. Sosyolojik olarak sınıflandırılacak olunursa intihar 4 grupta incelenmektedir:

1-Bencil intiharlar

2-Elcil intiharlar

3-Kuralsızlık intiharları

4-Ölümcül (yazgısal intiharlar) [117]

Bencil intiharlar toplumsal bütünleşme zayıfsa, birey hiçbir sosyal topluluğa kendini ait hissedemediyse gerçekleşir. Evli çocuk sahibi olan, bir dine mensup kişilerde intiharın az görülmesi bu görüşü destekler niteliktedir. Elcil intiharlar ise bir gruba aşırı bağlı olan bireylerde hayatını feda etmek olarak da tanımlanan sosyal bütünleşmenin aşırı olduğu intihar çeşididir. Kuralsızlık intiharlarında, toplumsal düzenleme düşüktür ve birey arzu ve isteklerini sürekli artırma eğilimindedir. Kendisini güvende hissettirecek kurallar göremeyen birey intiharı bir kaçış yöntemi olarak görebilir. Toplumun çöküşü gibi olaylarda değil aksine refahın arttığı dönemlerde de sıklıkla görülür. Toplumsal düzenlemenin aşırılaştığı durumlarda katı

kuralcılığa dayanamayan bireyler intihara yönelebilir, bu ise ölümcül intiharlar olarak sınıflandırılmıştır [127].

2.2.2.3. Nörobiyolojik Yaklaşımlar

İntihar eyleminde bulunan bireylerin ailelerinde de bu tarz girişimlerin mevcudiyeti intihar davranışının da şizofreni ve bipolar bozukluk gibi genetik özelliği olabileceğini bizlere hatırlatmaktadır [128]. Özellikle serotonerjik sistem üzerinde çalışmalar yoğunlaşsa da dopamin, noradrenalin ve farklı birçok biyolojik molekül intihardan sorumlu tutulmuştur. Serotonin sistemini de hem BOS metabolitleri, hem serotonin reseptörleri hem de gen polimorfizmi gibi genetik faktörler açısından incelemişlerdir [129]. Postmortem çalışmalarda, serotonin reseptörlerinde prefrontal korteks presinaptik bölgelerde azalma, 5-HT1A ve 5-HT2A postsinaptik reseptörde artış olduğu ölçülmüştür. Serotonin düzeyinin çok düşük tespit edilmesi, intihar eğiliminin psikiyatrik bir tanı almadan önce de biyolojik bir yönü olabileceğini düşündürmektedir [130, 131]. Yapılan son çalışmalarda triptofan hidroksilaz ve serotonin 5-HT2A reseptör genleri üzerine yoğunlaşılmış fakat kayda değer veriler elde edilememiştir [132].

Düşük serum kolesterol düzeyi, BDNF (Brain derived neurotrophic factor), NGF (Nerve growth factor), İnterlokin-6 intihar riski ile ilişkili bulunan araştırmaya açık moleküllerdir [133]. Dwivedi ve arkadaşlarının çalışmasına göre BDNF ve/veya Trk-6 (Tirozin kinaz 6) intihar girişimi olan bireylerde düşük saptanmıştır. BDNF'nin sinaptik plastisite ve hücre sağkalımı açısından önemi düşünüldüğünde bu sonuçlar şaşırtıcı olmamaktadır [134].

İntihar ve HPA aksı ilişkisini Bunny ve Fawset incelemiş olup, intihar girişiminde bulunmuş depresyon tanısı almış olan hastaların idrar 17-hidroksikortikosteroidlerinin yüksek olduğunu görmüştür [135].

Son yıllarda intihar alanında epigenetik çok sık konuşulan bir konu halini almıştır. Epigenetik sayesinde genetik, çevre ve genom etkileşiminin daha net olabileceği düşünülmüştür. Burada ''genom wide'' çalışmasından bahsetmek daha

anlamlı olabilir. Postmortem intihar eden bireylerin beyinleri incelendiğinde 273 hipermetilasyon ve 93 hipometilasyon gibi metilasyon farklılıkları olduğu saptanmıştır [136]. Bu alanın erken tanıda önemli hale gelebileceği düşünülmektedir.

2.2.3. Epidemiyoloji

Dünya genelinde çok önemli bir mortalite nedeni olan bu durum, son yıllarda Türkiye'de de artış göstermektedir. Ülkemizde devlet istatistik bilgilerine göre 1989 yılında 1172, 2000 yılında ise 1802 kişinin intihar yoluyla hayatına son verdiği ifade edilmiştir [137]. Ankara'da 1998-2000 yılları arasında yapılan bir çalışmada 57.9/100.000 olan yıllık hız 4 yılın sonunda 112.1/100.000 olarak tespit edilmiştir [138]. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı çalışmalar sonucunda intiharın dünyadaki ölümler sıralamasında ilk onun içerisinde yer aldığı görülmüştür. [139]. Birçok ülkede erkekler sıklıkla intihar davranışı gösterirken, kadınlar girişim evresinde kalmaktadır [140].

Kuzey Amerika'da intihar sonucu ölümlerde en sık ateşli silahlar kullanılmış olup, Türkiye'de her iki cinsiyet için de en çok ası yöntemi kullanılmıştır. Bunu ateşli silah ve yüksekten atlama takip eder [141, 142].

2.2.4. Risk Faktörleri

İntihar davranışı, bireyin düşünce dünyasında başlayan, yardım çığlıklarının bir sonucu olarak ölüm riskinin çok düşük olduğu denemelerden, yüksek olduğu denemelere uzanan süreci ifade etmektedir [143]. İntihar davranışının, girişimden kaynaklanan yaralanma veya ölüm; intihara niyet ve hazırlanma gibi iki boyutu olduğu görülmektedir. Ölüm riskinin yüksek olduğu bir girişim başarısız olarak sonuçlansa bile tamamlanmış intihar davranışıyla benzer klinik ve psikososyal altyapıya sahip olduğu düşünülmektedir. Yapılan araştırmalarda denenmiş ve başarısızlıkla sonuçlanmış girişimlerin sonrasındaki ilk altı ay içerisinde %25 oranında tekrarlandığı ve bunun da %30'unun ölümle sonuçlandığı görülmüştür [144].

Risk faktörlerini incelediğimizde; erkek olmak, 45 yaş ve üzerinde olmak, gelir düzeyinin düşük olması, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü, dirençli çökkün mizaç, psikomotor retardasyon, sürekli isteksizlik hali ve daha önce intihar düşüncesi veya girişiminin olmuş olması gibi özellikler karşımıza çıkar [58]. 10 intihar olgusundan 8'inin daha önce ölüm isteği ile ilgili yorumlarının olduğu açıklanmıştır [145]. DSÖ'ye göre açıklanan risk faktörleri 5 kategoriye ayrılmıştır. Sağlık sisteminin zayıflığı, toplumsal intihara bakış, çevresel etmenler, kişiler arası ilişkiler ve bireysel özellikler olarak maddelendirilmiştir [146]. Risk faktörlerinden sonra koruyucu faktörlere de değinmek gerekir. Bunlar sosyal desteği iyi olmak, çocuk sahibi olmak veya hamile olmak, maneviyatının kuvvetli olması, sorun çözme becerileri yüksek olmak, bilişsel gücü yüksek olmak, impulsivitesinin az olması, genel tıbbi durumunun iyi olması gibi özelliklerdir [147].

2.2.5. İntihar Davranışı ve Psikiyatrik Hastalıklar

Yapılan çalışmalarda intihar eden bireylerin %90'ından fazlasında altta yatan bir psikiyatrik hastalığın olduğu ifade edilmektedir [148]. Ruhsal hastalık tanısından sonra ilk 1 yıl özellikle de ilk 3 ay hastanın yakın takibi önemlidir, en sık intihar bu zaman dilimlerinde gerçekleştirilmektedir [149]. Duygu durum bozuklukları, kişilik bozuklukları, madde bağımlılığı ve şizofreni intihar riski olan hastalık gruplarında en önde yer almaktadırlar. Şizofreni hastalarının %40'dan fazlası intihar girişiminde bulunmuş, %10-13 arası da intiharı ölümle sonuçlanmış olup dikkatle takip edilmesi gerekli bir psikiyatrik hastalıktır [150, 151]. Obsesif kompulsif bozukluğa sahip şizofreni hastalarında intihara eğilim OKB tanısı olmayanlara göre daha yüksek seyretmektedir. Duygu durum bozukluklarında %60 oranında intihar girişimi görülmekte olup, en önemli tanılardan olan majör depresyonda bu oran %15 civarındadır ve son yapılan çalışmalarda intihar eden bireylerin %70'e yakınında depresyon tanısı görülmektedir [152]. Anksiyete bozukluğu başlı başına bir risk faktörü olmakla birlikte yanında var olan başka bir psikiyatrik hastalıkla birlikte bu oran yükselmektedir [2].

Bazı kişilik özelliklerinin, agresif, kuşkucu, umutsuz, mükemmeliyetçi, alıngan, vb, intihara daha fazla eğilimli olabileceği yapılan araştırmalarda tespit edilmiştir [153]. Diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikte kişilik bozukluğunun varlığının intihara eğilimi arttırdığı ve tedaviyi zorlaştırdığı dikkati çekmektedir [154].

2.2.6. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İntihar İlişkisi

Obsesif kompulsif bozukluğa sahip hastalarda intihar eğilimi ile ilişkili çalışmalar çok sınırlı olmakla birlikte, %15 oranında ölümcül olmayan intihar eylemi ifade edilmiştir. 7 farklı ülkenin katılımıyla toplanan 3711 katılımcı ile yapılan bir çalışmada 1 aylık süreçte vakalardaki intihar düşüncesi %6,4 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %9'u ömürleri süresince en az bir kez intihar girişimi gerçekleştirmişlerdir [155]. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS) skorunun 16 ve üzerinde olmasının OKB tanılı bireylerde intihar düşüncesi ve eylemlerinin sıklığını artırdığı tespit edilmiştir [156]. 2021 yılında Kore toplumunda yapılan bir çalışmada; ömür boyu intihar girişimi oranı obsesyon ve kompulsiyon birlikteliğinde semptomların ayrı ayrı bulunmasına göre daha yüksek saptanmıştır. Eşlik eden majör depresif bozukluğun bu riski artırdığı gözlenmiştir [157]. Obsesif kompulsif bozuklukla beraber antisosyal, borderline kişilik bozukluğu, davranım bozukluğu, impulsivite ve bipolar bozukluklarından birinin var olması intihar eğilimini ciddi oranda arttırmaktadır [158, 159]. Geçmişte intihar girişimi olması, depresyon ve anksiyete birlikteliği ve biriktirme, düzen takıntıları gibi spesifik takıntıları olanlarda artmış intihar oranları görülür. Özellikle Müslüman ülkelerde dini obsesyonların intihar düşüncelerini artırdığı saptanmıştır [160]. Güncel çalışmalar; OKB hastalığı açısından aile öyküsünün pozitif olmasını intihar düşüncesi için sanılanın aksine negatif yordayıcı olarak göstermiştir. Pozitif yordayıcı olarak kabul edilenler ise; stresli yaşam olayları, yüksek Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) skorları, ailede duygudurum bozukluğu tanısının olması ve tedavisiz geçen sürenin uzun olması olarak belirlenmiştir. Yaşam boyu intihar girişiminin yordayıcıları ise; Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) puanlarının yüksekliği, simetri obsesyonları ile yıkama ve kontrol kompulsiyonları olarak gösterilmiştir [161]. Geçmişte OKB'de intihar oranlarının az olduğu düşünülmekteydi.

Bu önyargılar OKB'de intihar riskinin hafife alınarak teşhis ve tedavi için yeterli çabayı göstermemeyi beraberinde getirebilmektedir [162]. Bu nedenle biz de çalışmamızda bu riske dikkat çekmeyi ve farklı yönlerden bu riskin yordayıcılarını incelemeyi hedefledik.

2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bilişsel Esneklik

2.3.1. Bilişsel Esneklik Tanımı

Bilişsel fonksiyonların en önemli bileşenini oluşturan yürütücü işlevler; karar verme, kararı değiştirebilme ve problem çözme gibi uyumu artırıcı özelliklerden meydana gelmektedir [163]. Başlıca; bilişsel esneklik, inhibisyon ve inhibisyonun kontrolü, çalışma belleği gibi üç temel yürütücü işlev olduğu belirtilse de Barkley beş ayrı bölümde yürütücü işlevleri ele almıştır. Bunlar bilişsel esneklik, inhibisyon, plan yapma, sözel akıcılık ve çalışma belleğidir [164, 165]. Bilişsel esneklik, yürütücü işlevlerin altında açıklanan ve OKB'deki kompulsif davranışlar gibi nörobilişsel semptomların oluşumunda temel rol oynayan bir kavramdır [25].

Jonassen ve Grabowski'ye göre sorunlar karşısında alternatif düşünce üretebilme becerisi olarak tanımlanan bilişsel esneklik; zor durumları çözebilecek güce sahip olduğunu hissetmeyi, davranışlarını bu durumlar karşısında ayarlayabilmeyi ve görevlerini yerine getirebilmek için işlevsel bir şekilde çalışabilmeyi sağlar [166, 167]. Martin ve Rubin ise bilişsel esnekliği üç temel özellikle açıklamıştır. Bunlar; sorun karşısında alternatif çözümlerin farkında olma, durumlara uyum sağlayabilmek için esnek olma isteği ve kendisini esnek olma açısından yeterli hissetmesidir [168]. Katı düşüncenin tam tersini ifade eder ve üretkenlikle büyük oranda ilişkili olduğu söylenebilir [164]. Dikkati dağınık, sorunlar karşısında katı bir tutum sergileyen, değişime kapalı bireylerin bilişsel esnekliğinin düşük, dikkatini bir noktaya verebilen, gerektiğinde ise dikkatinin odağını başarılı bir şekilde değiştirebilen, katı düşünceye sahip olmayıp değişimi kabul eden bireylerin ise bilişsel esnekliği yüksektir [167].

Bilişsel esnekliğin hem bilişsel hem de davranışsal komponentleri birlikte barındırdığı düşünülmektedir. Davranışsal esneklik, değişen çevresel şartlara yanıt olarak davranışların değişimini ifade etmektedir. Bilişsel esnekliği değerlendirmek için kullanılan çoğu laboratuvar deneyleri ve ölçekler aslında hem bilişsel hem de davranışsal esnekliğin özelliklerini birlikte değerlendirmektedirler [136, 166].

2.3.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bilişsel Esneklikle İlişkili Çalışmalar

OKB'li hastalarda yürütücü işlevlerin bozulduğu yapılan birçok çalışmada bildirilmiş olup bilişsel esnekliğin bu durumdan en çok etkilenen fonksiyonlardan biri olduğu üzerinde durulmaktadır. Fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmaları, lateral frontoparietal ağ (L-FPN) ve midsingulo-insular ağ (M-CIN) ları, bilişsel esnekliğin sergilendiği merkezi alanlar olarak göstermektedir [169]. Obsesif kompulsif bozukluğun kliniğinde, bazal gangliyonların bütünlüğünün ve frontal korteks ile olan bağlantılarının, hedefe yönelik davranış için gerekli olan afektif, bilişsel ve motor esnekliği sağlamada çok önemli olduğu yapılan son çalışmalarda gösterilmektedir [170, 171]. Özellikle prefrontal korteksteki sorunların bilişsel rijiditeye sebep olduğu düşünülmektedir [172]. OKB'nin klinik şiddetinin bilişsel esneklikteki azalma ile doğru orantılı olduğu ve bilişsel esnekliğin OKB'yi sağlıklı kontrollerden ayırıcı nitelikte olduğu belirtilmektedir [173]. Bilişsel esnekliğin OKB'nin alt tiplerine göre karşılaştırıldığı çalışmalar mevcuttur. Simetri/ düzen takıntı ve kompulsiyonlarında süphe/kontrol alt tipine göre bilişsel esneklik alanında daha fazla eksiklik saptanırken, Omori ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise kontrol etme ve yıkama kompulsiyonları karşılaştırılmış olup kontrol etme davranışını gösterenlerde bilişsel eksiklik ve inhibisyon skorlarında düşüklük saptanmıştır [174, 175].

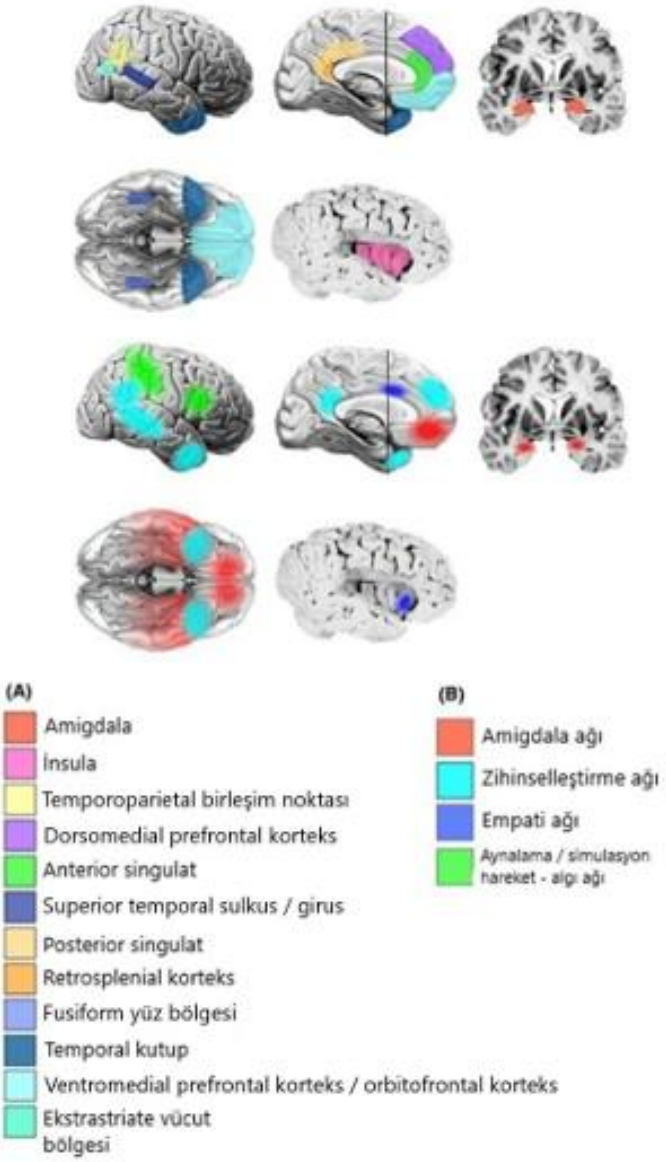
Bilişsel esnekliğin dolaylı yoldan intiharı tetiklediği düşünülmektedir. Bilişsel tek yönlülüğün dürtüsellik artışına neden olmasıyla intihar davranışı görülebilmektedir [176]. Dikkat kontrolünün azaldığı bireylerde intihar girişim oranı daha yüksek bulunmuştur [177].

2.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Sosyal Biliş

2.4.1. Sosyal Bilişin Tanımı

Sosyal psikolojide adını ilk kez ‘’bilişsel devrim’’ yılları olarak bilinen 1960’lı yıllarda duyuran sosyal biliş, insanların niyet ve davranışlarını algılayabilme, tahmin edebilme, çevre ile sosyal etkileşime geçebilme özelliği olarak tanımlanır. Doğumdan itibaren tüm insanlarda mevcuttur ve yaşla birlikte gelişerek diğer kişilerle etkili iletişim kurulmasını sağlar [178, 179]. 90’lı yıllar ile birlikte çalışmaları artan sosyal biliş kavramı, bireyin diğer insanların davranışlarını, niyetlerini, duygularını anlamlandırabilmesi, farklı bir sosyal çevreye girebilmesi ve empati yapabilmesi açısından çok önemli görülmektedir [180]. ‘’Karşılıklılık’’ kavramı; sosyal bilişte önemli tanımlamalardan birisidir. Araştırmacılara göre sadece anlamak insan ilişkilerinde yeterli olmaz. Anlamanın karşılığı olarak bireyin uygun yanıtlar verebilme becerisine de sahip olması gereklidir [181]. İyi bir sosyal bilişe sahip olma, toplumla bütünleşmeyi sağlar ve sosyal desteği artırarak ruhsal anlamda sağlıklı olmaya katkıda bulunur [182, 183].

Yapılan çalışmalar sosyal biliş ile alakalı beyin alanlarını, prefrontal korteks, fusiform girus, superior temporal girus, ön singulat korteks ve amigdala olarak tespit etmişlerdir. Ventromedial hasarın afektif zihin kuramı becerilerinde bozukluk ortaya çıkardığı görülürken, geniş prefrontal hasar sonucunda bilişsel zihin kuramı becerileri bozulmaktadır [184]. Sosyal bilişi değerlendiren bir test olan Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) esnasında sağlıklı bireylerdeki beyin bölgeleri incelendiğinde, üst temporal girusta, amigdalada ve prefrontal korteksin bazı bölgelerinde aktivite artışı tespit edilmiştir [185].



Şekil 3: Yetişkinlerde Sosyal Bilişte Yer Alan Ana Yapı ve Yerler

**Tanrıverdi'nin 2022 yılındaki çalışmasında, Baksh (2018)' den uyarlanmış olan şekil değiştirilmeden alınmıştır [186] [187].

Sosyal biliş, National Institute Of Mental Health (NIOMH) grubunun destek sağlamasıyla, beş temel alanda; sosyal algı, duygu algılama, sosyal bilgi, atıfsal yanlılık ve zihin kuramı olarak incelenmeye başlanmıştır [188].

Sosyal algı: Baron ve Byrne tarafından 2000 yılında bireyin bulunduğu durumda edindiği bilgi ve sosyal ipuçları ile bir yoruma ve yargıya varmaya çalışma başarısı olarak tanımlanmıştır [189]. Diğer insanların güvenilir olup olmadığı gibi yorumlar yapabilmek için sosyal ibareleri görme ve değerlendirebilme becerisi olarak ifade edilmektedir [190]. Duygu algılamada üzüntü tanınır, sosyal algıda ise üzüntüsünün gerçekçi olup olmadığı düşünülmektedir [191].

Duygu algılama: Bireyin insanların yüz ifadeleri ve ses tonlamalarından elde edilen ip uçlarını yorumlayabilme yeteneğidir [188]. Yüz ifadeleri gibi sözsüz etkileşim kaynakları, ilk anda karşımızdaki kişi hakkında yargıya varmamıza neden olduğundan oldukça önemlidir. Bu alanda yapılan hatalar olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir.

Sosyal bilgi: Sosyal etkileşim halinde olan bireyin bu rollerin ve kuralların bilincinde olma hali gibi tasvir edilmekte, sosyal yeterlilik için ön koşul olarak görülmektedir [192]. Sosyal şema olarak da adlandırılabilen bu alan, kişinin önceden düzenlemiş olduğu bir algılar zincirinin yeni durumlarda da kullanılması olarak bilinir. Sadece başkalarına yönelik değil kendimizin de bazı kurallar karşısında nasıl davranacağımızı belirlemektedir [193].

Atıfsal yanlılık: Var olan durumla ilgili bireyin kendisi ve diğer insanların davranışları hakkındaki negatif/pozitif yorumları, yargıları şeklinde nitelendirilebilmektedir [194]. İçsel ve dışsal olarak temelde ikiye ayrılır [190]. İçsel atıf yapanlar özellikle depresif kişiler iken, dışsal atıf kullananlar daha çok psikotik bireylerdir [192, 195].

Zihin kuramı: Bilişsel empati olarak da tanımlanan zihin kuramı; iletişim halinde olduğu insanların zihinsel durumlarını gözlemleyip anlayabilme yetisi olarak tasvir edilmektedir [196]. İlk kez Premack ve Woodruff, şempazelerle ilgili yaptığı çalışmalarda, diğerlerinin zihinsel mekanizmalarını fark etme becerisi üzerinde durmuştur [197]. Primatların sosyal etkileşimlerinin karmaşıklığının artması üzerine, insanlarda en yüksek düzeyde gelişip evrimleşmiş olan psikolojik kapasite olarak

açıklanmaktadır [198]. 2016 yılına kadar erişkin bireylerde otizm, şizofreni, bipolar bozukluk ve depresyon hastalıklarında sosyal biliş çalışılmışken, Huntington, Parkinson hastalığında da birkaç çalışma yapılmıştır [199-204]. OKB ile ilgili yapılmış olan bir çalışmada da ileri düzey zihin kuramı becerilerinde eksiklik saptanmıştır, bunun da yürütücü işlevler ve azalan bellek kapasitesine bağlı olabileceği belirtilmiştir [205]. Baron-Cohen ve arkadaşları zihin kuramını ölçeğe dökerek Gözlerden Zihin Okuma Testini (GZOT) geliştirmiştir [206]. İma Testi ve Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği (DEZİKO) ise kullanılan diğer ölçeklerdendir.

2.4.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Sosyal Bilişle İlişkili Çalışmalar

OKB, Huntington, Parkinson gibi hastalıklarda görülen bazal gangliyon mekanizmalarındaki bozuklukların sosyal bilişi etkilediği düşünülmektedir [204]. Sosyal desteği algılama bozuklukları nedeniyle OKB'nin davranışsal belirtileri, kişinin sosyal ilişkilerini, eş ve arkadaşlık ilişkilerini ciddi anlamda bozabilmektedir. Çalışmalarda OKB hastalarının çoğunda ailelerinden uzak hissetme duygusunun bulunduğu gösterilmiştir [207]. İntruziv düşüncelerin neden olduğu stres zihin kuramı becerilerinde bozukluklara yol açmaktadır [208]. OKB'li hastalarda sosyal bilişin içerisinde yer alan duygu algılama bozukluğunu anlamaya yönelik yüzden duygu tanıma testleri son yıllarda araştırmalara konu olan bir alandır. Belirti şiddeti yüksek, içgörüsü azalmış, şizoobsesyon tanımlamasına daha yakın vakalarda zihin kuramı becerilerinin zayıf olduğu gösterilmiştir [209, 210]. OKB'li hastaların yüzden duygu tanıma testlerinde; iğrenme ve öfke temalı ifadeleri tanımada zorluk yaşadıkları dikkati çekmiştir. İğrenme temalı fotoğrafların öfkeli olduğunu düşünmüşlerdir. OKB'si olmayan Tourette Sendromunda ya da diğer ruhsal hastalıklarda iki tema arasında karışıklık yaşanmamıştır [211]. Yalnızca kirlilik obsesyonları olan vakalarda iğrenme temalarına karşı duyarlılığın daha fazla olduğu tespit edilmiştir ve bu duruma ventrolateral prefrontal korteksteki aktivite artışının aracı rol oynadığı belirtilmiştir [212].

3.YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1.Araştırmanın Tipi:

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Yüz yüze anket ile veri toplama yöntemi ile yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği ve Kliniğinde 1 Mayıs 2022 ve 1 Kasım 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3.Çalışma Grubunun Seçimi:

Araştırmanın örneklemi OKB tanısı olan hastalardır. Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği ve Kliniğinde OKB tanısı ile takip edilen hastalar arasından rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Çalışma grubunun belirlenebilmesi için, örneklem büyüklüğü G-Power 3.1 programı aracılığıyla saptanmıştır. İstatistiksel anlamlılık seviyesi $\alpha=0.05$ ve araştırmanın gücü %80 olarak kabul edilmiştir. Bu yöntemle çalışmaya minimum 47 hastanın dahil edilmesine karar verilmiştir.

Dahil edilme kriterleri

1-Katılımcının DSM-5'e göre OKB tanısı alması,

2-Katılımcının 18-65 yaş arasında olması,

3-En az 5 yıllık öğrenim görmüş olması,

4-Katılımcının çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması ve gönüllü olur formunu imzalamış olması.

Gönüllülerin araştırmadan <u>dışlama</u> kriterleri

1-Geçirilmiş kafa travması, kognisyonu ve motor fonksiyonları bozabilecek genel duruma bağlı nörolojik veya tıbbi hastalığı bulunması,

2-Görüşme ile anlaşılır düzeyde mental retardasyonu ve bilişsel kusuru olması,

3- Görüşme ile anlaşılır düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalığı olması,

4-Katılımcıda alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı olması,

5-Katılımcının, OKB tanısı dışında Psikotik bozukluk, Bipolar bozukluğu, Orta ve ağır derecede depresif bozukluk, Orta ve ağır derecede anksiyete bozukluğu tanısının olması.

3.4. Etik Onay

Çalışmanın etik izni, 22.03.2022 tarihinde 2022/37 karar no ile T.C. Balıkesir Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır.

3.5.Klinik Değerlendirme Ölçekleri

3.5.1. Onam Formu

Çalışmada bulunan kişilere uygulamanın öncesinde etik kurul tarafından kabul edilmiş olan bilgilendirilmiş onam formu verilmiş olup, çalışma hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapılmış, akıllarına gelebilecek herhangi bir sorun olduğunda araştırmacıyla iletişime geçebilecekleri numara verilmiştir, sonrasında imzalı onamları alınmıştır.

3.5.2. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu formda, çalışmaya katılan bireylerin cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, çalışıyor ise mesleği, medeni hali, maddi gelir düzeyi,

kimlerle yaşadığı, ek hastalığının olup olmadığı, daha önce hastaneye yatış öyküsünün olup olmadığı, intihar düşüncesi ve/veya girişim öyküsünün olup olmadığı, girişim öyküsü olduysa ne şekilde olduğu, yakınlarında intihar girişim öyküsünün olup olmadığı ve olduysa yakınlık derecesi, OKB'nin kaç yıldır olduğu ve ilaç kullanıp kullanmadığı gibi sorular sorulmuştur.

3.5.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS)

1989 yılında Goodman ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 1993 yılında Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik güvenilirlik testi yapılan, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği; obsesyonların ve kompulsiyonların şiddetini, kişiye verdiği sıkıntı düzeyini ve bu sıkıntıya karşı koyabilme miktarını belirler. İlk beş soru obsesyonları, diğer 5 soru ise kompulsiyonları değerlendirirken testin tamamı gerçekte 19 sorudan oluşmaktadır. İlk 10 soru semptom şiddeti ile ilişkilendirildiğinden çalışmalarda sadece bu ilk 10 soru kullanılmaktadır. Sorular, 0 en az 4 en çok olmak üzere, gün içinde semptomların aldığı süreyi, engel olduğu kişisel aktiviteleri, engelleyebilme gücü ve uyguladığı direnci engellediğinde oluşan sıkıntıyı sorgular. Alınabilecek en yüksek puan 40 iken belirtiler şu şekilde sınıflandırılır:

0-7 puan: klinik belirti vermez

8-15 puan: hafif şiddet

6-23 puan: orta şiddet

24-31 puan: şiddetli

32-40 puan: çok şiddetli [66, 213].

3.5.4. İntihar Olasılığı Ölçeği

1988 yılında Cull ve Gill tarafından oluşturulan 36 sorudan oluşan intihar olasılığı ölçeği dörtlü likert tipinde bir testtir. Her madde için 1-4 arasında puan alınmakta olup en düşük puan 36, en yüksek puan ise 144 olarak saptanır. Umutsuzluk,

intihar düşüncesi, olumsuz kendilik algısı ve düşmanlık olmak üzere 4 alt ölçekten oluşur. 2007 yılında Eskin ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. [214, 215].

3.5.5. Bilişsel Esneklik Envanteri

Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını Gülüm ve Dağ tamamlamış, Dennis ve Vander Wal tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir. Toplamda 20 soru olmakla birlikte testten alınabilecek en yüksek puan 100, en düşük puan ise 20' dir. 2, 4, 7, 9, 11 ve 17. maddeler tersine puanlandırılır. Toplam alınan puan yükseldikçe bilişsel esnekliğin de arttığı düşünülür [216, 217].

3.5.6. İma Testi

Sosyal bilişin zihin kuramı alt dalını değerlendiren yani; söylemlerin altında yatan gerçek niyeti anlama becerilerini gösteren görece uygulama şekli zor olan bir testtir. Birinin diğerine bir anlamı ima ettiği 10 adet hikâyeden oluşur. Görüşmeci tarafından hastaya okunur ve puanlandırılır. Corcoran ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Hikâye kişiye okunduğunda kişi altında yatan niyeti anlar ve ifade ederse 2 puan verilir, anlaması için ipucu gerekirse 1 hiç bilemezse de 0 puan verilir. Alınabilecek en yüksek puan 20'dir, skor arttıkça zihin kuramı becerilerinin de yüksek olduğu düşünülür. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik testi henüz bulunmamaktadır [218].

3.5.7. Gözlerden Zihin Okuma Testi

36 farklı resimden oluşan, kişilerin resimlerdeki yüz ifadelerinden duyguyu tanıma becerilerini ölçen test Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir. Çalışmaya katılanlardan bu resimlere bakması ve verilen 4 duygu veya niyeti içeren kelimeden birisini seçmesi istenmektedir [206]. Bu test, empati yolu ile karşısındaki kişinin duygusunu, düşüncesini, niyetini anlama becerilerini yani zihin kuramı becerilerini ölçebilmek için bir araçtır. 2011 yılında Yıldırım ve arkadaşları

tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik testi yapılan ölçeğin 32 soruluk versiyonu kullanılmaktadır [219].

3.6. İstatistiksel Analiz Yöntemi

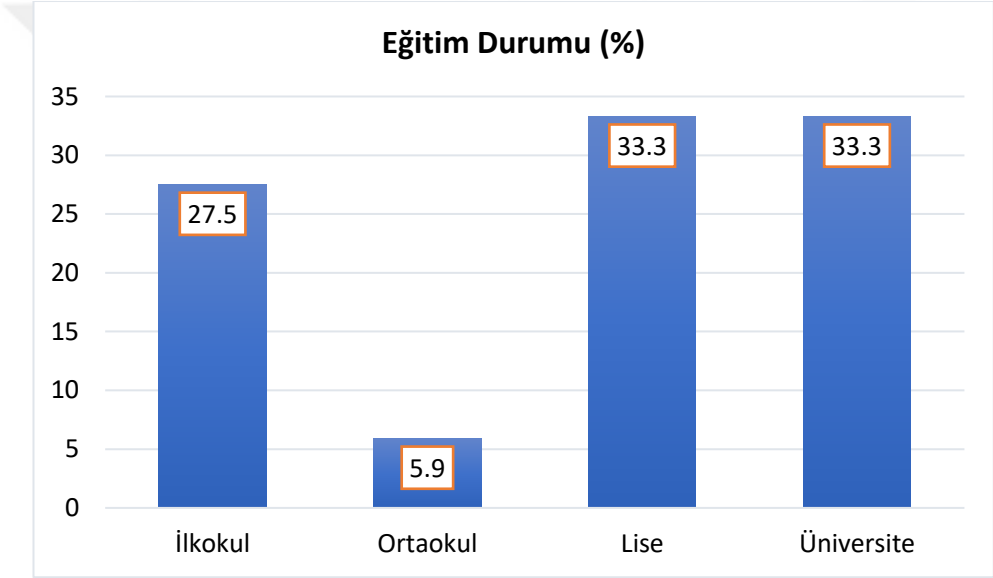
İstatistiksel analizler SPSS versiyon 26 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov- Smirnov/ Shapiro-Wilk testleri) incelenmiştir. Tanımlayıcı analizler parametrik değişkenler için ortalama ve standart sapmalar kullanılarak verilmiştir. Parametrik nicel veriler bağımsız gruplar için Student T testi ve One Way Anova (post hoc bonferoni), parametrik olmayan nicel veriler için iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılık saptandığında Mann-Whitney U Testi tercih edilmiştir. Parametrik verilerin korelasyonunu incelemek için Pearson Korelasyon Testi, parametrik olmayan veriler için Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır. Nominal veriler çapraz tablolar kullanılarak verilmiştir. Gruplar arasında fark bulunup bulunmadığı, eğer hücrelerin en az %80'inde beklenen değer 5'ten büyük ise Ki-Kare testi, değil ise Fisher testi ile incelenmiştir İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p değeri) 0,05 olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1.Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile İntihar Riski İlişkilendirilmesi

Bu çalışmaya toplamda 51 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 12 (%23)'si erkek, 39 (%77)'u kadın idi. Hastaların yaş ortalaması 35,2±12,93 (min=18, max=64) idi.

Hastaların %66,6'sının lise ve üzeri eğitim durumunda olduğu saptanmıştır (Şekil 4).



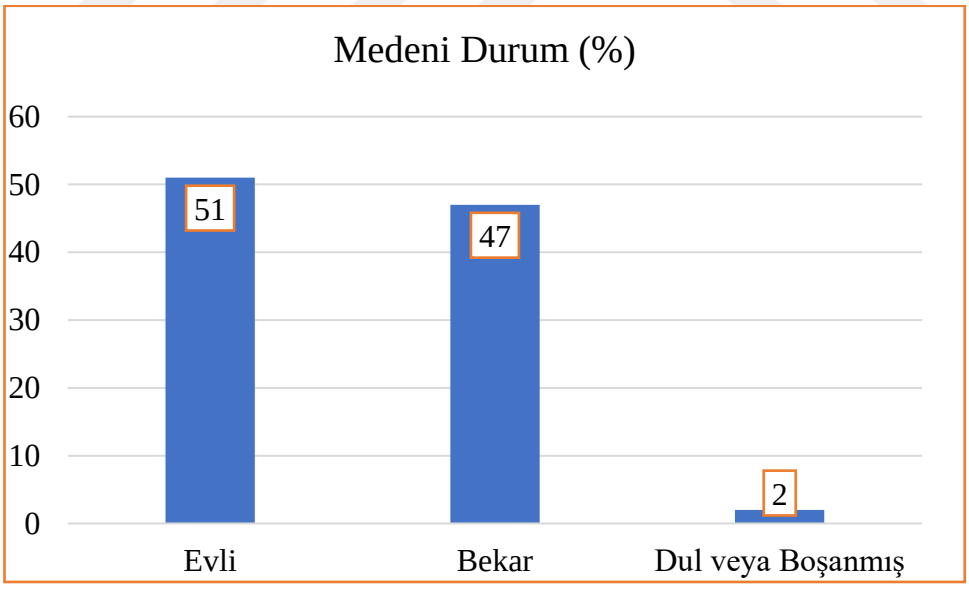
Şekil 4. Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Dağılımı

Hastaların (n=22) %43,1'inin çalışmadığı, (n=7) %13,7'sinin öğrenci, (n=13) %21,6'sının kamu çalışanı olduğu, %21,6'sının da kamu dışı işlerde çalıştığı saptanmış olup tüm meslek grupları aşağıda listelenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Mesleğe Göre Katılımcıların Dağılımı

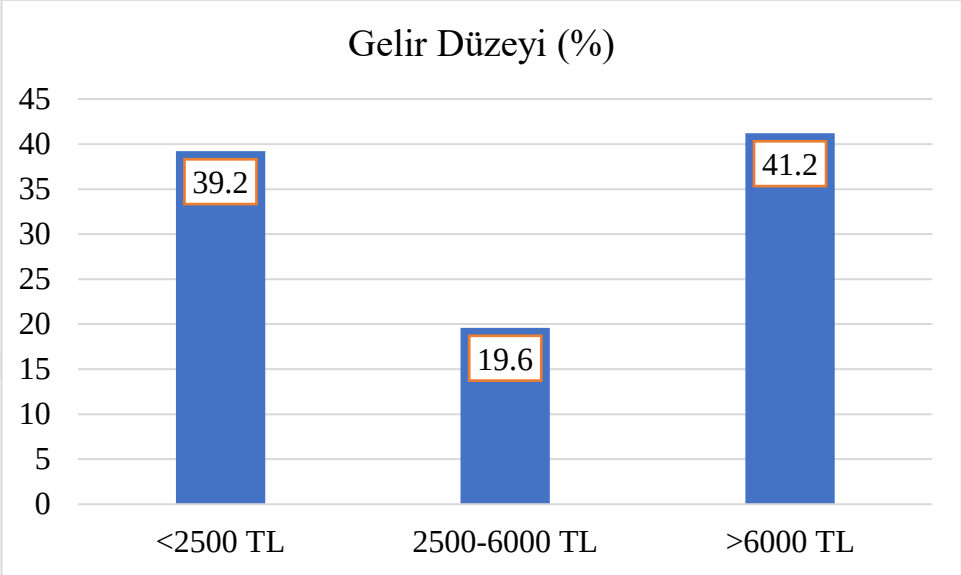
Meslek	**N**	**%**
Çalışmıyor	22	43,1
Öğrenci	7	13,7
Kamu çalışanı	13	21,6
Kamu dışı çalışan	9	21,6
Total	51	100

Hastaların %51'inin evli, %47'sinin bekar, %2'sinin ise dul veya boşanmış olduğu saptanmıştır.



Şekil 5. Medeni Duruma Göre Katılımcıların Dağılımı (%)

Hastaların %41,2’ sinin 6000 tl ve üzerinde, %39,2’sinin ise 2500 tl ve altında gelir düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (Şekil 6).



Şekil 6. Gelir Düzeyine Göre Katılımcıların Dağılımı

Hastaların %80’inin aile ile, %20’sinin de tek başına yaşadığı saptanmıştır. Hastaların %41,2’sinde (n=21) geçmişte intihar düşüncesi olduğu, %9,8’inin (n=5) intihar girişiminde bulunma öyküsünün olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. İntihar Olayına Göre Katılımcıların Değerlendirilmesi

	N	%
İntihar Düşüncesi Olan	21	41,2
İntihar Girişimi Olan	5	9,8
İlaç içerek	4	7,8
Yüksekten Atlama	1	2
İntihar Düşüncesi Olmayan	30	58,8
Toplam	51	100

Hastaların %17,6'sının (n=9) yakınlarında intihar düşüncesi olduğu saptanmıştır. Bunların %3,9'u birinci derece yakınlıkta iken, %9,8'i ikinci derece yakınlık, %3,9'u ise akrabalık ilişkisi bulunmayan arkadaş derecesindedir (Tablo 3).

Tablo 3. Yakınlarında İntihar Olayına Göre Katılımcıların Değerlendirilmesi

	N	%
Yakınlarında İntihar Düşüncesi Var	9	17,6
1. Derece Akraba	2	3,9
2. Derece Akraba	5	9,8
Arkadaş	2	3,9
Yakınlarında İntihar Düşüncesi Yok	42	82,4
Toplam	51	100

Hastaların ortalama OKB süreleri 10,29±9,28 (min=1, max=40) idi. Hastaların %11,8'inin (n=6) şu an ilaç kullanmadığı, %88,2'sinin (n=45) ilaç kullandığı ve en fazla kullanılan ilacın ise SSRI (%43,1) olduğu saptanmıştır. Kullanılan diğer ilaçlar aşağıdaki tabloda detaylı bir şekilde listelenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. İlaç Kullanımına Göre Katılımcıların Dağılımı

	N	%
İlaç Kullanımı Var	45	88,2
SSRI	22	43,1
Antidepresan+Antipsikotik	13	25,5
Klomipramin	2	3,9
SNRI	2	3,9
SSRI+Klomipramin+Antipsikotik	2	3,9
SSRI+Antipsikotik	2	3,9
Antipsikotik	1	2
Klomipramin+SSRI	1	2
İlaç Kullanımı Yok	6	11,8
Total	51	100

Hastaların %25,5'inde ek hastalık saptanırken, %74,5'inde ek hastalık saptanmamıştır. En sık rastlanan ek hastalık %3,9 oranla hipertansiyondur. Hastaların %13,7'sinin psikiyatrik hastalığı nedeniyle hastaneye yatırılarak tedavi gördüğü saptanmıştır. %86,3'ünde hastaneye yatış öyküsünün bulunmadığı gösterilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Ek Hastalık ve Hastaneye Yatış Açısından Katılımcıların Değerlendirilmesi

		N	%
Ek Hastalık Var		13	25,5
	HT	2	3,9
	Beyin Tm Opere	1	2
	DM	1	2
	Guatr	1	2
	Hipotiroidi	1	2
	Lenfoma Kür	1	2
	Parkinson+Dm+Ht	1	2
	Perthes,Epilepsi	1	2
	Romatizmal Hastalık	1	2
	Roza Hastalığı	1	2
	Skolyoz	1	2
	Tik Bozukluğu	1	2
Ek Hastalık Yok		38	74,5
Toplam		51	100
Hastane Yatış	Var	7	13,7
	Yok	44	86,3
Toplam		51	100

Sosyodemografik ve klinik özelliklere göre hastalarda ayrı ayrı değerlendirilen geçmiş intihar düşüncesi ve intihar girişimi öyküsü arasında görülen farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 6) (Tablo 7).

Tablo 6. Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre Katılımcıların Geçmiş İntihar Düşüncesinin Değerlendirilmesi

			İntihar Düşüncesi			
			Var	Yok	Total	P
Cinsiyet	Erkek	N	4	8	12	
		%	19,00%	26,70%	23,50%	0,528
	Kadın	N	17	22	39	
		%	81,00%	73,30%	76,50%	
Eğitim	Lise Altı	N	9	8	17	
		%	45,00%	25,80%	33,30%	0,156
	Lise ve Üzeri	N	11	23	34	
		%	55,00%	74,20%	66,70%	
Medeni Durum	Bekar	N	12	13	24	
		%	57,10%	41,40%	48,00%	0,271
	Evli	N	9	17	26	
		%	42,90%	58,60%	52,00%	
Gelir Düzeyi	<2500	N	8	12	20	
		%	38,10%	40,00%	39,20%	0,979
	2500-6000	N	4	6	10	
		%	19,00%	20,00%	19,60%	
	>6000	N	9	12	21	
		%	42,90%	40,00%	41,20%	
Yaşam Şekli	Tek	N	3	7	10	
		%	14,30%	23,30%	19,60%	0,423
	Aile	N	18	23	41	
		%	85,70%	76,70%	80,40%	
Ek Hastalık	Var	N	3	10	13	
		%	14,30%	33,30%	25,50%	0,125
	Yok	N	18	20	38	

		%	85,70%	66,70%	74,50%	
Yakınlarında İntihar	Var	N	4	5	9	
		%	19,00%	16,70%	17,60%	0,826
	Yok	N	17	25	42	
		%	81,00%	83,30%	82,40%	
İlaç Kullanımı	Var	N	18	27	45	
		%	85,70%	90,00%	88,20%	0,680
	Yok	N	3	3	6	
		%	14,30%	10,00%	11,80%	
Meslek	Çalışıyor	N	8	14	22	
		%	40,00%	45,20%	43,10%	0,716
	Çalışmıyor	N	12	17	29	
		%	60,00%	54,80%	56,90%	
Hastane Yatış	Var	N	5	2	7	
		%	23,8%	6,7%	13,7%	0,080
	Yok	N	16	28	44	
		%	76,2%	93,3%	86,3%	

Tablo 7. Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre Katılımcıların İntihar Girişimi Öyküsünün Değerlendirilmesi

			İntihar Girişimi			
			Var	Yok	Total	P
Cinsiyet	Erkek	N	1	11	12	
		%	20,00%	23,90 %	23,50%	0,845
	Kadın	N	4	35	39	
		%	80,00%	76,10 %	76,50%	
Eğitim	Lise Altı	N	2	15	17	
		%	50,00%	31,90 %	33,30%	0,461
	Lise ve Üzeri	N	2	32	34	
		%	50,00%	68,10 %	66,70%	
Medeni Durum	Bekar	N	2	22	24	
		%	40,00%	48,90 %	48,00%	0,539
	Evli	N	3	23	26	
		%	60,00%	51,10 %	52,00%	
Gelir Düzeyi	<2500	N	3	17	20	
		%	60,00%	37,00 %	39,20%	0,428
	2500-6000	N	0	10	10	
		%	0,00%	21,70 %	19,60%	

	>6000	N	2	19	21	
		%	40,00%	41,30 %	41,20%	
Yaşam Şekli	Tek	N	1	9	10	
		%	20,00%	19,60 %	19,60%	0,981
	Aile	N	4	37	41	
		%	80,00%	80,40 %	80,40%	
Ek Hastalık	Var	N	0	13	13	
		%	0,00%	28,30 %	25,50%	0,168
	Yok	N	5	33	38	
		%	2,80%	71,70 %	74,50%	
Yakınlarında İntihar	Var	N	1	8	9	
		%	20,00%	17,40 %	17,60%	0,884
	Yok	N	4	38	42	
		%	80,00%	82,60 %	82,40%	
İlaç Kullanımı	Var	N	4	41	45	
		%	80,00%	89,10 %	88,20%	0,48
	Yok	N	1	5	6	
		%	20,00%	10,90 %	11,80%	
Meslek	Çalışıyor	N	2	20	22	

		%	50,00%	42,60 %	43,10%	0,773
	Çalışmıyo r	N	2	27	29	
		%	50,00%	57,40 %	56,90%	
Hastane Yatış	Var	N	2	5	7	
		%	40,0%	10,9%	13,7%	0,072
	Yok	N	3	41	44	
		%	60,0%	89,1%	86,3%	

Sosyodemografik ve klinik değişkenlerin, İntihar Olasılığı Ölçeği yönünden değerlendirilmesinde, değişkenler yönünden bulunan farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 8).

Tablo 8. Sosyodemografik ve Klinik Verilere Göre İOÖ Değerlendirilmesi

	İntihar Olasılığı Ölçeği				
		N	ORT	±SS	P
Cinsiyet	Erkek	12	71,83	16,13	0,943
	Kadın	39	71,51	12,67	
Eğitim	<Lise Altı	17	69,94	9,93	0,54
	>Lise ve Üzeri	34	72,41	14,89	
Meslek	Çalışıyor	22	72,82	12,56	0,573
	Çalışmıyor	29	70,66	14,14	
Medeni	Bekar	25	72,8	15,49	0,532
	Evli	26	70,42	11,2	

Kimle Yasıyor	Tek Başına	10	70,1	13,95	0,699
	Aile	41	71,95	13,4	
Ek Hastalık	Var	14	69,14	11,95	0,428
	Yok	37	72,51	13,94	
Yakınlarında İntihar	Var	9	74,88	17,13	0,455
	Yok	43	70,98	12,73	
İlaç Kullanımı	Var	45	71,49	12,79	0,886
	Yok	6	72,33	18,78	
Gelir Düzeyi	<2500	20	69,85	13,16	0,754
	2500-6000	10	72,1	16,34	
	>6000	21	73	12,58	
Hastaneye Yatış	Var	7	79,00	14,306	0,119
	Yok	44	71,00	12,104	

4.2. Hastalık Şiddetinin Ölçeklerle İlişkisi:

OKB'de hastalık şiddetini ölçen Y-BOCS ölçeği ile araştırmamızda kullanılan ölçekler karşılaştırılmıştır ve korelasyonlar ayrıntılı olarak Tablo 9 da gösterilmiştir. Y-BOCS ölçek skorları ile İOÖ-total, İOÖ- olumsuz kendilik algısı, İOÖ-umutsuzluk ve İOÖ-intihar düşüncesi alt ölçekleri arasında pozitif korelasyon saptandı. Aralarındaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı olarak ölçüldü (r=0,388, 0,417, 0,0,007) ($p<0,05$). Y-BOCS skorları ile Bilişsel Esneklik Envanteri arasında negatif korelasyon saptandı ve bu korelasyon istatistiksel olarak anlamlı olarak ölçüldü (r=-0,431) ($p<0,05$). Y-BOCS skorları ile sosyal bilişi ölçen İma Testi ve GZOT skorları

karşılaştırıldığında ise aralarında istatistiksel anlamda bir fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 9).

Tablo 9. Y-BOCS Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle Korelasyonu

		Y-BOCS TOTAL	Y-BOCS OBSESYON	Y-BOCS KOMPULSİYON
İOÖ- total	r	**0,388****	**0,346****	**0,348****
	p	**0,005****	**0,013****	**0,012****
	n	51	51	51
İOÖ-olumsuz kendilik algısı	r	**0,417**	**0,376****	**0,414****
	p	**0,002****	**0,007****	**0,003****
	n	51	51	51
İOÖ-intihar düşüncesi	r	**0,372****	**0,354****	**0,346****
	p	**0,007****	**0,011****	**0,013****
	n	51	51	51
İOÖ-umutsuzluk	r	**0,278****	0,239	0,255
	p	**0,049****	0,091	0,071
	n	51	51	51
İOÖ-düşmanlık	r	0,174	0,19	0,071
	p	0,223	0,172	0,622
	n	51	51	51
Bilişsel Esneklik	r	**-0,431****	**-0,398****	**-0,423****
	p	**0,002****	**0,004****	**0,002****
	n	51	51	51
İMA	r	-0,032	-0,001	-0,049

	p	0,825	0,995	0,561
	n	51	51	51
GZOT	r	-0,164	-0,108	-0,225
	p	0,251	0,452	0,112
	n	51	51	51

4.3. İntihar Riski ve Bilişsel Esneklik İlişkisi:

4.3.1. İntihar Olasılığı Ölçeği ve Bilişsel Esneklik Envanteri Korelasyonu

İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt ölçekleri ile Bilişsel Esneklik Envanteri arasındaki korelasyonlar Tablo 9'da detaylı şekilde verilmiştir. Bilişsel esneklik ile İOÖ ve alt kategorileri arasında negatif yönde korelasyon tespit edilmiş olup, bunlardan İOÖ- Total, İOÖ-Olumsuz Kendilik Algısı ile olan negatif yöndeki korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (r=-0,326, -0,301) (p<0,05) (Tablo 10).

Tablo 10. İOÖ ile Bilişsel Esneklik Korelasyonları

		İOÖ-Umutsuzluk	**İOÖ-İntihar Düşüncesi**	**İOÖ-Düşmanlık**	**İOÖ-Olumsuz Kendilik Algısı**	**İOÖ-Total**
Bilişsel Esneklik Envanteri	r	-0,181	-0,275	-0,139	-,301*	-,326*
	p	0,204	0,051	0,33	0,032	**0,02**
	N	51	51	51	51	51

4.3.2. Geçmiş İntihar Düşüncesi ve Bilişsel Esneklik Envanteri İlişkisi

İntihar düşüncesi öyküsü ve bilişsel esneklik arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Bilişsel Esneklik Envanteri ortalama ±SS değerleri intihar düşüncesi olanlar için 10,91 iken (ort.60,75), intihar düşüncesi olmayanlar için 9,12 (ort.68,97) olarak hesaplanmıştır. Bilişsel esneklik ve intihar düşüncesi arasında negatif korelasyon saptanmış olup, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. İntihar Düşüncesi ile Bilişsel Esneklik Envanteri Korelasyonu

	İntihar Düşüncesi	**N**	**ORT**	**±SS**	**P**
Bilişsel Esneklik Envanteri	Var	20	60,75	10,91	**0,049**
	Yok	31	68,97	9,12	

4.3.3. İntihar Girişimi Öyküsü ve Bilişsel Esneklik Envanteri İlişkisi

Bilişsel esneklik ve intihar girişimi arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Bilişsel Esneklik Envanteri ortalama ±SS değerleri intihar girişimi olanlarda 6,98 (ort.62), intihar girişimi olmayanlarda ise 10,81 (ort.66,06) olarak hesaplanmıştır. Bilişsel esneklik ve intihar girişimi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12.İntihar Girişimi Öyküsü ve Bilişsel Esneklik Envanteri Korelasyonu

	İntihar girişimi	**N**	**ORT**	**±SS**	**P**
Bilişsel Esneklik Envanteri	Var	4	62	6,98	0,466
	Yok	47	66,06	10,81	

4.4. İntihar Riski ve Sosyal Biliş İlişkisi

4.4.1. İntihar Olasılığı Ölçeği ile Gözlerden Zihin Okuma ve İma Testi Korelasyonu

İntihar olasılığı ölçeği ve alt ölçekleri ile GZOT ve İma Testi arasındaki korelasyonlar Tablo 12'da detaylı şekilde verilmiştir. İOÖ- Olumsuz Kendilik Algısı alt ölçeği ile İma Testi ve GZOT arasında negatif yönde korelasyon (r=0,115) (r=-0,163), İOÖ- İntihar Düşüncesi alt ölçeği ile İma Testi arasında negatif yönde korelasyon saptanmıştır (r=-0,046). GZOT ve İma Testi ile diğer değişkenler arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Tespit edilen tüm korelasyonlar için istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 13).

Tablo 13. İntihar Olasılığı Ölçeği ile GZOT ve İMA Korelasyonları

		İOÖ-umutsuzluk	İOÖ-İntihar düşüncesi	İOÖ-düşmanlık	İOÖ-olumsuz kendilik algısı	İOÖ-total
GZOT	r	0,107	0,022	0,158	-0,163	0,06
	p	0,454	0,878	0,267	0,254	0,674
	N	51	51	51	51	51
İMA	r	0,129	-0,046	0,116	-0,115	0,023
	p	0,365	0,749	0,419	0,422	0,875
	N	51	51	51	51	51

4.4.2. Geçmiş İntihar Düşüncesi Öyküsü ve Sosyal Biliş İlişkisi

Sosyal bilişsel becerileri ölçen testler olan GZOT ve İma Testi ile geçmiş intihar düşüncesi arasındaki korelasyona bakılmıştır. GZOT skorları ortalama ±SS değerleri intihar düşüncesi olan grupta 5,19 iken (ort.19,65), intihar düşüncesi olmayan grupta 4,97 (ort.19,52) olarak hesaplanmıştır. İntihar düşüncesi olan hastalarda GZOT skorları daha yüksek saptansa da iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı saptanmamıştır (p>0,05). İma Testi skorları ortalama ±SS değerleri intihar düşüncesi olanlarda 2,72 (ort. 16,35) iken, intihar düşüncesi olmayanlarda 2,52 (ort.17,32) olarak hesaplanmıştır. İntihar düşüncesi olanların İma Testi skorları intihar düşüncesi olmayanlara göre daha düşüktür. İki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 14).

Tablo 14. İntihar Düşüncesi Öyküsü ile GZOT ve İMA Korelasyonu

	İntihar Düşüncesi	N	ORT	±SS	P
GZOT	Var	20	19,65	5,19	0,93
	Yok	31	19,52	4,97	
İMA	Var	20	16,35	2,72	0,161
	Yok	31	17,32	2,52	

4.4.3. İntihar Girişimi Öyküsü ve Sosyal Biliş İlişkisi

Sosyal bilişsel becerileri ölçen testler olan GZOT ve İma Testi ile intihar girişimi öyküsü arasındaki korelasyona bakılmıştır. GZOT ortalama ±SS değerleri intihar girişimi öyküsü olan grupta 6,98 (ort.21) iken, intihar girişimi öyküsü olmayan grupta 4,88 (ort.19,45) olarak hesaplanmıştır. İki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı saptanmamıştır (p=0,557). İMA testi skoru ortalama ±SS değerleri intihar girişimi öyküsü olan grupta 4,12 (ort.15,5) iken, intihar girişimi olmayan grupta 2,48 (ort.17,06) olarak ölçülmüştür. İki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 15).

Tablo15. İntihar Girişimi ile GZOT ve İMA Korelasyonu

	İntihar Girişimi	N	ORT	±SS	P
GZOT	Var	4	21	6,98	0,56
	Yok	47	19,45	4,88	
İMA	Var	4	15,5	4,12	0,49
	Yok	47	17,06	2,48	

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda obsesif kompulsif bozukluk hastalarında intihar riski ile yürütücü işlevlerden biri olan bilişsel esneklik ve sosyal biliş ilişkisi araştırılmış, sosyodemografik veriler, klinik özellikler gibi etkenler değerlendirilmiştir.

Yapılan çalışmalarda OKB hastalarında kontrol grubuna oranla intihar riskinin 3 kat, intihar nedeniyle ölümlerin ise 10 kat arttığı saptanmıştır [3, 220]. İntiharı detaylı değerlendiren başka bir çalışmada, OKB hastalarının %56'sında ölme arzusu, %46'sında ölüm düşünceleri, %20'sinde intihar planları ve %10'unda da intihar etmeye hazırlık tespit edilmiştir [156]. Hollander ve arkadaşları, OKB hastalarının %90'ından fazlasında benlik saygısının azaldığını, %57'sinde intihar düşüncesi olduğunu ve %12,2'sinin intihar girişimi öyküsü olduğunu belirtmektedir [221]. 2022 yılında yapılan güncel bir çalışmada ise OKB'de yaşam boyu ölüm düşünceleri %64,3, intihar girişimi ise %16,3 ile sanılandan daha yüksek olarak saptanmıştır [161]. Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak hastaların %41,2'sinde intihar düşüncesinin olduğu, %9,8'inin intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır.

Breet ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılan bir çalışmada, OKB hastalarında, kadınlarda ve sınır kişilik bozukluğunda intihar riskinin arttığı saptanmıştır [222]. Cinsiyetin OKB hastalarındaki intihar riskine etkisinin saptanmadığı çalışmalar da bulunmaktadır [160, 223]. Bizim çalışmamızda da cinsiyet ile intihar riski, geçmiş intihar düşüncesi ve girişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sosyodemografik ve klinik veriler ile OKB'de intihar riski arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmaların sonuçları birbirinden farklıdır. Demirkol ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada intihar girişimi olan ve olmayan OKB hasta grupları arasında sosyodemografik veriler açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır [224]. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde OKB'deki intihar riski ile cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, maddi gelir, yakınlarındaki intihar öyküsü, ek hastalık varlığı, hastalık süresi, ilaç kullanımı ve hastaneye yatış öyküsü arasında istatistiksel olarak

anlamlı bir fark bulunamamıştır. Sosyodemografik ve klinik verilerde istatistiksel olarak anlamlı farkların olmayışı, sosyal bilişin ve bilişsel esnekliğin OKB hastalarındaki intihar riskine olan etkisinin incelenmesinde ve sonuçların karşılaştırılabilir olmasında değerli görülmüştür. Memis; OKB hastalarında intihar risk faktörleri ile ilgili yapılmış çalışmalar olsa da ömür boyu intihar düşüncesi olup da girişimde bulunmayan OKB hastaları ile girişimde bulunanlar arasındaki farkın net olmadığını, bu nedenle de riske yol açabilecek klinik, psikolojik ve sosyolojik faktörlerin dikkatle taranması gerektiğini belirtmektedir [225].

Albert ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada obsesyonların ve kompulsiyonların şiddeti arttıkça OKB'de intihar riskinin arttığı saptanmıştır [162]. Yine güncel bir meta-analizde obsesyonların şiddeti arttıkça intihar riskinin arttığı belirtilmiştir [226]. Araştırmamızda da literatür ile uyumlu olarak Y-BOCS total ve alt ölçeklerinin skorları arttıkça İOÖ'de artış olduğu saptanmıştır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak saptanmıştır.

Ruh sağlığı bozukluklarında bilişsel katılığın etkisinin olduğu, yapılan çalışmalarda gösterilmektedir [227]. OKB ve bilişsel esneklik ilişkisi hakkında çok sayıda çalışma mevcuttur. OKB'si olanlar ve sağlıklı kontrollerin ayrımında bilişsel esnekliğin belirleyici nitelikte olduğu ve OKB şiddetini etkilediği bulunmuştur [173]. Hastaların tanı almamış akrabalarında dahi bilişsel esnekliğin azaldığı saptanmıştır [228]. Sarah K. ve arkadaşları obsesyon ve kompulsiyonları bulunan kişilerin sağlıklı kontrollere kıyasla bilişsel esnekliklerinin zayıf olduğunu tespit etse de OKB şiddeti ile bilişsel esneklik arasında anlamlı bir farka rastlayamamışlardır [173]. Yaptığımız çalışmada ise bilişsel esneklik skorları düştükçe hem total Y-BOCS skorlarının hem de Y-BOCS-obsesyon, Y-BOCS-kompulsiyon alt ölçeklerinin artıyor olduğu görülmüştür. Sonuçlarımız, bilişsel katılığın OKB şiddetini artırdığı yönündeki literatür bulgularını destekler niteliktedir.

2000'li yıllardan bu yana özellikle yürütücü işlevlerin intihar üzerine etkileri araştırılmaktadır. Kim ve arkadaşlarının şizofreni tanılı hastalarda yaptıkları çalışmada psikomotor hız, dikkat, çalışma belleği, kelime hafızası ve yürütücü işlevler ile ilgili

skorların intihar öyküsü olan hastalarda olmayanlara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür [229]. Nangle ve arkadaşları daha iyi yürütücü işlevlere sahip şizofreni hastalarının intihar girişimini planlama becerilerinin daha gelişmiş olduğunu tespit etmişlerdir [230]. Literatürde OKB hastalarına bakıldığında ise özellikle şüphe ve belirsizlik durumlarında karar vermenin bozulduğu, karar verme süresinin uzadığı bulunmuştur [231]. Kayacan 2021 yılında yürütücü işlevlerin OKB'deki intihar riskine olan etkisini araştırmıştır ve karar verme becerileri yüksek olan OKB hastalarında geçmiş ve aktif intihar düşüncesinin, İOÖ skorlarının azaldığını saptamıştır [223]. Yürütücü işlevlerin altında tanımlanan bilişsel esnekliğin intihar üzerine etkilerinin araştırıldığı çalışmalar sınırlı sayıdadır. Ahn ve Kim bilişsel açıdan katı bireylerin zor durumlarda alternatif davranış şekillerini değerlendiremediği ve çözüm yolu bulamadığı gerekçesiyle intiharı tercih edebildiklerini çalışmalarında göstermişlerdir. Bilişsel esneklikteki bozulmaların majör depresif bozukluk, OKB ve anoreksiya nervoza gibi ruhsal hastalıklara yol açarak intihara yol açtığı düşünülmektedir [232]. Dopkins ve arkadaşları, bilişsel katılığın, yetersiz sorun çözme becerilerinin ve umutsuzluğun beraber görülebileceğini, bunun da intihara yatkınlaştırıcı etmen olabileceğini belirtmişlerdir.

Bizim çalışmamızda da bilişsel esneklik envanteri ile intihar olasılığı ölçeği total ve olumsuz kendilik algısı alt ölçeği arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Bilişsel katılığın, obsesif kompulsif bozukluk bilişsel modelinde anlatılan abartılmış sorumluluk algısına, anlamın yanlış yorumlanmasına ve alternatif düşünce geliştirememeye yol açarak intihara sebep olduğu düşünülmektedir. Çalışmalar arasındaki farklar örneklem büyüklüğü, örneklemin tanı grubu ile ilgili özellikler, çalışmanın yapıldığı yerin sosyokültürel ve ekonomik özellikleri, çalışmaya katılanların dini inançları ve kullanılan testlerin farklı oluşu gibi durumlardan kaynaklanıyor olabilir. Araştırmamızda, bilişsel esnekliği zayıf bireylerin geçmiş intihar düşüncesi oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Aynı ilişki, intihar girişimi ve bilişsel esneklik arasında saptanamamıştır. Bu bulgumuzun önceki çalışmalarla uyumlu olduğu düşünülmektedir [223]. Çalışmamızın bilişsel esnekliğin diğer yürütücü işlevlerden ayrı olarak OKB'deki intihar riskini araştırması yönünden değerli olduğunu düşünmekteyiz.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ)'nün belirlediği intihar risk faktörleri arasında sosyal izolasyon, kişiler arası etkileşimde bozulmalar, sosyal çatışmalar ve ayrılıklar, sosyal destek kaybı önemli bir yer edinmektedir [146]. Sosyal bilişsel becerileri zayıf bireylerin yardım arama davranışının azaldığı ve intihar düşüncesini girişime dönüştürme ihtimalinin yükseldiği düşünülmektedir [233]. Sosyal bilişin en çok çalışılan alanı zihin kuramı becerileridir. 2022 yılında Nestor ve arkadaşları başkasının düşüncelerini ve duygularını olumsuz algılama olarak tanımlanan zihin kuramı eksikliğinin, kişinin kendisini yük olarak görmesine yol açtığını belirtmektedir. Tersine kendini yük olarak görmenin zihin kuramında bozukluklara yol açabileceği yönünde yorumlar da bulunmaktadır. Nestor iki farklı yoruma rağmen özgül zihin kuramı bozukluğu olarak kabul edilen aşırı zihinselleştirmenin intihar düşüncesini artırdığını savunmaktadır [234].

Psikiyatrik hastalıklarda sosyal biliş ve intihar riski ilişkisine bakıldığında 2022 yılında ilk atak psikoz hastalarında zayıf sosyal biliş fonksiyonlarının intihar riskini arttırdığı belirtilirken, 2021 yılında şizofreni hastalarında intihar düşüncesi veya girişimi olan hastalarda olmayanlara göre yüz tanıma testi ve İma Testi skorları daha yüksek olarak ölçülmüştür. Bu bulgu; sosyal ve duygusal verilere yüksek duyarlılık neticesinde algılanan sosyal stresin arttığı ve stresi yönetme becerilerinde bozuklukların olması ile intihar riskinin de arttığı şeklinde açıklanmıştır [235][236]. Jollant ve arkadaşları intihar riski yüksek olan psikoz hastalarında İma testi skorlarının daha yüksek olmasını, bireylerin sosyal ipuçlarına ve sözel ifadelere artmış hassasiyeti ile açıklamışlardır [237]. Farklı olarak psikoz hastalarında sosyal biliş ve intihar riski arasında anlamlı ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur [238].

Sosyal bilişin sık çalışıldığı diğer bir hastalık grubu depresif bozukluklardır. Toplamda 189 katılımcının olduğu bir çalışmada ise aktif psikiyatrik yakınması olan ve olmayan öğrencilerin depresyon şiddeti ile yüz tanıma testi skorları karşılaştırılmıştır. Depresyon skorları arttıkça özellikle nötral ve pozitif yüzleri tanımada zorluk tespit edilmiştir. Bunun sebebi olarak depresif hastalardaki olumsuz şemalar gösterilmiştir [239]. Gur ve arkadaşlarının çalışmasında depresif hastaların nötral yüzleri üzgün olarak, mutlu yüzleri ise nötral olarak tanımladığı gösterilmişse

de bu çalışmada yüz tanıma becerilerindeki bozuklukların intihar davranışını artırdığı yönünde bir bilgiye rastlanmamıştır [240]. 2018 de Soykan tarafından yapılan çalışmada intihar davranışı olmayan depresif hastalar negatif yüzleri sağlıklı kontroller kadar iyi tanırken, intihar davranışı olan grubun negatif yüzleri tanımadaki başarısı daha azdır. Toplam puanlar karşılaştırıldığında intihar davranışı olan grubun yüz tanıma performansı daha düşüktür fakat istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır [241]. Szanto ve arkadaşları ise intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan depresif hastaları karşılaştırmış ve GZOT skorlarında intihar girişiminde bulunanlarda anlamlı bir azalma saptamıştır [242].

OKB çalışmalarına baktığımızda, sosyal bilişin öneminin ihmal edildiği görülse de bu hastalığa sahip bireylerde sosyal, bilişsel ve duygusal işlevlerde kronik sorunlar belirtilmektedir. Amigdala, anterior singulat korteks ve insula gibi sosyal bilişsel süreçleri sağlayan beyin bölgelerinin aynı zamanda OKB patofizyolojisinde de gösterilmesi bu ilişkiyi desteklemektedir [243, 244]. Salazar ve arkadaşları sosyal bilişsel becerilerin ve sosyal ilişkilerin geliştirilmesinin OKB'nin önlenmesinde ve tedavisinde önem verilen konular arasına girmesi ile, tedavi yanıtının artacağını, tedaviyi bırakma oranlarının azalacağını savunmaktadır [245]. Sosyal bilişsel bozukluklar tedavi yanıtında azalmayla ilişkilendirilse de OKB'de sosyal biliş özel olarak değerlendirilmemiş, genellikle hastalıkta yaşam kalitesi araştırılmıştır [246, 247]. OKB'ye sosyobilişsel anlamda ilk genel bakış, 2020 yılında Jansen ve arkadaşlarınca gerçekleştirilmiştir. Sosyal biliş ile ilgili birçok araştırmayı derleyen bu çalışmada, farklı sonuçlar ortaya konmuştur [248].

OKB de zihin kuramı gibi sosyal bilişin alt tiplerinin araştırmaları oldukça azdır. Yakın tarihli yapılan çalışmalarda, OKB'de düşük zihin kuramı becerileri olduğu belirtilmiştir [249, 250]. 2022 yılında Bora, 1161 OKB hastası ve 1329 sağlıklı kontrolden oluşan meta-analiz çalışmasında, OKB'si olanların zihin kuramı eksiklikleri gösterdiklerini raporlandırmıştır [251]. Aigner ve arkadaşları OKB'lerde üzgün yüzleri tanımada anlamlı ölçüde zorluk tanımlarken, nötr yüzlerin üzgün olarak, mutlu yüzlerin nötr olarak ya da üzgün olarak değerlendirildiğini saptamıştır [252]. Corcoran ve arkadaşlarının yapığı çalışmada OKB hastaları, iğrenme yüz ifadesini

tanımada sağlıklı kontrollerden anlamlı ölçüde daha düşük puanlar almıştır [253]. Sayın ve arkadaşlarının 2010 yılında 30 hasta ve 30 sağlıklı kontrol ile yaptığı çalışmada ise OKB' de tüm zihin kuramı testlerinde kontrollere göre azalmış sonuçlar olduğu görülse de sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlı saptanmamıştır [205]. Salazar da yaptığı çalışmada OKB ve kontrol grubu arasında zihin kuramı testlerinde önceki birçok çalışmayla benzer şekilde anlamlı farka rastlamamıştır [245, 254-257].

Sosyal bilişsel beceriler birçok psikiyatrik hastalıkta ve intihar olgularında incelenmesine rağmen sosyal bilişin OKB'deki intihar riskine olan etkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Çalışmamızda OKB hastalarında sosyal bilişi ölçen testler ile intihar olasılığı ölçeği toplam puanı ve alt ölçek değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Yürütücü işlevlerin sosyal bilişsel becerileri etkileyebileceği bilgisine karşın GZOT'un, sosyal bilişin duygusal alanını temsil eden bir test olması ve yürütücü işlevlerden etkilenmemesi çalışmamızın güçlü yönü olarak değerlendirilmiştir. Geçmiş intihar düşüncesi ve intihar girişimi ile sosyal biliş testleri arasında da anlamlı bir ilişki saptanmadı. Çalışmamızda sosyal bilişin OKB'de hastalık şiddetinin üzerinde etkisinin olmadığı değerlendirilmiştir. Bu bulgu, sosyal bilişin intihar riski üzerinde etkisinin olmamasına katkı sağlayan nedenler arasında düşünülmüştür. Sonuçlarımızda, örneklem küçüklüğünün, araştırmamızdaki hastaların aktif intihar düşüncelerinin olmayışının ve orta-ağır depresif epizod tanısının dışlanmasının etkili olduğunu düşünmekteyiz. Geniş örneklemli çalışmalarla testlerin tekrarlanmasına ihtiyaç vardır. Araştırmamızın güçlü yönleri bu konuda literatürde yapılan ilk araştırma olması, OKB tanısının deneyimli klinisyen eşliğinde konulması, GZOT testinin yürütücü işlev bozukluklarından etkilenmemesidir.

6. SONUÇLAR

1.Bilişsel esneklik az ise obsesyon ve kompulsiyonların şiddeti artar.

2.Bilişsel katılık hastalık şiddetini arttırarak intihar riskini de arttırabilir.

3.OKB hastalarında intihar düşüncesi ve bilişsel esneklik arasında anlamlı bir negatif korelasyon vardır.

4.Obsesif kompulsif bozuklukta hastalık şiddeti ile sosyal biliş testleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

5. Obsesif kompulsif bozuklukta intihar riski, geçmiş intihar düşüncesi, intihar girişimi öyküsü ve sosyal biliş arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

7.KISITLILIKLAR

Çalışmamızın değerli yönleri olduğu gibi kısıtlılıkları da mevcuttur. Örneklem sayısının küçük olması çalışmanın topluma genellenmesini engelliyor olabilir. Kullanılan testlerin özbildirim formu olması, hastaların kullandıkları ilaçların sosyal biliş ve yürütücü işlevlere olan etkisine bakılmaması diğer kısıtlılıklar arasındadır. Ayrıca intiharla ilgili toplumsal görüşler ve dini inançlar nedeniyle sonuçların etkilenebilir olduğu düşünülmektedir. Kontrol grubunun dahil edildiği çalışmaların kullanılarak sonuçların tekrar değerlendirilmesi önerilir.

8. KAYNAKLAR

1. Murray, C.J. and A.D. Lopez, *Global health statistics: a compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 200 conditions*, in *Global health statistics: a compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 200 conditions*. 1996. p. 906-906.

2. Sareen, J., et al., *Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults.* Archives of general psychiatry, 2005. **62**(11): p. 1249-1257.

3. Fernández de la Cruz, L., et al., *Suicide in obsessive–compulsive disorder: a population-based study of 36 788 Swedish patients.* Molecular psychiatry, 2017. **22**(11): p. 1626-1632.

4. Organization, W.H., *The global burden of disease: 2004 update*. 2008: World Health Organization.

5. Benzina, N., et al., *Cognitive dysfunction in obsessive-compulsive disorder*. Current psychiatry reports, 2016. **18**(9): p. 1-11.

6. Cameron, D.H., et al., *Neuropsychological performance across symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder: a comment on the state and critical review of the literature.* Expert Review of Neurotherapeutics, 2020. **20**(5): p. 425-438.

7. Kuelz, A.K., F. Hohagen, and U. Voderholzer, *Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review.* Biological psychology, 2004. **65**(3): p. 185-236.

8. Roehr, B., *American psychiatric association explains DSM-5.* Bmj, 2013. **346**.

9. Berrios, G.E., *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. 1996: Cambridge University Press.

10. Hemoptizi, M., et al., *FULL TEXT (html).*

11. Fawcett, E.J., H. Power, and J.M. Fawcett, *Women are at greater risk of OCD than men: a meta-analytic review of OCD prevalence worldwide.* The Journal of clinical psychiatry, 2020. **81**(4): p. 13075.

12. Ruscio, A.M., et al., *The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication.* Molecular psychiatry, 2010. **15**(1): p. 53-63.

13. Kessler, R.C., et al., *Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.* Archives of general psychiatry, 2005. **62**(6): p. 617-627.

14. Weissman, M.M., et al., *The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group.* The Journal of clinical psychiatry, 1994.

15. Öztürk, M.O., *Psikanaliz ve psikoterapi.* 1998.

16. Beşiroğlu, L., A.S. Çilli, and R. Aşk, *The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder.* Comprehensive Psychiatry, 2004. **45**(2): p. 99-108.

17. Rosenberg, D.R. and G.L. Hanna, *Genetic and imaging strategies in obsessive–compulsive disorder: potential implications for treatment development.* Biological psychiatry, 2000. **48**(12): p. 1210-1222.

18. Tükel, R., et al., *Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder.* Comprehensive psychiatry, 2002. **43**(3): p. 204-209.

19. Edisyon, P.T.N.M.

20. Odağ, C. and T. Bildik, *ERGENLERDE RUHSAL SAĞALTIMIN SONLANIŞI.*

21. Topçuoğlu, V., *Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler.* Klinik psikiyatri, 2003. **6**(1): p. 46-50.

22. Salkovskis, *Cognitive-behavioural approaches to the understanding of obsessional problems.* 1996.

23. Şenormancı, Ö., et al., *Metacognitive model of obsessive compulsive disorder.* Psikiyatride Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry, 2012. **4**(3): p. 335-349.

24. Rachman, S., *A cognitive theory of obsessions: Elaborations.* Behaviour research and therapy, 1998. **36**(4): p. 385-401.

25. Tükel R., D.M., *Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar*. 2017.

26. Şafak, Y., et al., *Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı grup psikoterapisinin etkinliğinin değerlendirilmesi.* 2014.

27. Salkovskis, P.M., *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder.* Psychiatry, 2004. **3**(6): p. 68-72.

28. Carr, A.T., *Compulsive neurosis: a review of the literature.* Psychol Bull, 1974. **81**(5): p. 311-8.

29. McFall, M.E.W., J. P, *Obsessive-compulsive neurosis A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment.* Cognitive Therapy and Research, 1979: p. 333–348.

30. Coles, M.E. and B. Horng, *A prospective test of cognitive vulnerability to obsessive-compulsive disorder.* Cognitive Therapy and Research, 2006. **30**(6): p. 723-734.

31. O'Connor, K. and S. Robillard, *Inference processes in obsessive-compulsive disorder: Some clinical observations.* Behaviour Research and Therapy, 1995. **33**(8): p. 887-896.

32. O'Connor, K. and F. Aardema, *Clinician's handbook for obsessive compulsive disorder: Inference-based therapy*. 2011: John Wiley & Sons.

33. O'Connor, K., et al., *Der inferenzbasierte Ansatz bei Zwangsstörungen.* Verhaltenstherapie, 2012. **22**(1): p. 47-55.

34. Group, O.C.C.W., *Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory.* Behaviour Research and Therapy, 2001. **39**(8): p. 987-1006.

35. Rachman, S., *Obsessions, responsibility and guilt.* Behaviour research and therapy, 1993. **31**(2): p. 149-154.

36. Purdon, C.a.D.A.C., *The need to control thoughts, in Cognitive approaches to obsessions and compulsions.* Elsevier, 2002: p. 29-43.

37. Libby, S., et al., *Cognitive appraisals in young people with obsessive-compulsive disorder.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2004. **45**(6): p. 1076-1084.

38. Group, O.C.C.W., *Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief version.* Behaviour Research and Therapy, 2005. **43**(11): p. 1527-1542.

39. Wells, A., *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. 2002: John Wiley & Sons.

40. Clark, D.A., *Cognitive-behavioral therapy for OCD and its subtypes*. 2019: Guilford Publications.

41. Hollerman, J.R., L. Tremblay, and W. Schultz, *Involvement of basal ganglia and orbitofrontal cortex in goal-directed behavior.* Progress in brain research, 2000. **126**: p. 193-215.

42. Graham, B.M. and M.R. Milad, *The study of fear extinction: implications for anxiety disorders.* American Journal of Psychiatry, 2011. **168**(12): p. 1255-1265.

43. Huey, E.D., et al., *A psychological and neuroanatomical model of obsessive-compulsive disorder.* The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences, 2008. **20**(4): p. 390-408.

44. Ito, S., et al., *Performance monitoring by the anterior cingulate cortex during saccade countermanding.* Science, 2003. **302**(5642): p. 120-122.

45. Tan, O. and C. Taş, *Symptom dimensions, smoking and impulsiveness in obsessive-compulsive disorder.* Psychiatria Danubina, 2015. **27**(4): p. 0-405.

46. Murat Emre, H.A.H., Hüseyin A. Şahin, Jale Yazıcı, *Hareket Bozuklukları*. 2019.

47. Lombroso, P., M. Mecadante, and L. Scahill, *Obsessive-compulsive disorder and Tourette syndrome. The Molecular and Genetic Basis of Neurologic and Psychiatric Disease. Rosenberg RN, Prusiner SB, Dimauro S ve ark*. 2003, Butterworth Heinemann, Philadelphia.

48. Saxena, S. and S.L. Rauch, *Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder.* Psychiatric Clinics of North America, 2000. **23**(3): p. 563-586.

49. Rosenberg, D.R., et al., *Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessive-compulsive disorder patients taking paroxetine.* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2000. **39**(9): p. 1096-1103.

50. Rotge, J.-Y., et al., *Gray matter alterations in obsessive–compulsive disorder: an anatomic likelihood estimation meta-analysis.* Neuropsychopharmacology, 2010. **35**(3): p. 686-691.

51. Peng, Z., et al., *Brain structural abnormalities in obsessive-compulsive disorder: converging evidence from white matter and grey matter.* Asian Journal of Psychiatry, 2012. **5**(4): p. 290-296.

52. De Wit, S.J., et al., *Multicenter voxel-based morphometry mega-analysis of structural brain scans in obsessive-compulsive disorder.* American journal of psychiatry, 2014. **171**(3): p. 340-349.

53. Alptekin, K., et al., *Tc-99m HMPAO brain perfusion SPECT in drug-free obsessive-compulsive patients without depression.* Psychiatry Research: Neuroimaging, 2001. **107**(1): p. 51-56.

54. Rauch, S.L., et al., *Cerebral metabolic correlates as potential predictors of response to anterior cingulotomy for obsessive compulsive disorder.* Biological psychiatry, 2001. **50**(9): p. 659-667.

55. Rauch, S.L., et al., *Functional magnetic resonance imaging study of regional brain activation during implicit sequence learning in obsessive–compulsive disorder.* Biological psychiatry, 2007. **61**(3): p. 330-336.

56. Karslıoğlu, E.H. and N. Yüksel, *Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi.* Klinik Psikiyatri, 2007. **10**(3): p. 3-13.

57. Stein, D. and J. Ludik, *A neural network of obsessive–compulsive disorder: modelling cognitive disinhibition and neurotransmitter dysfunction.* Medical hypotheses, 2000. **55**(2): p. 168-176.

58. Öztürk, M. and A. Uluşahin, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Cilt I.* Yenilenmiş (11. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2011.

59. El Mansari, M. and P. Blier, *Responsiveness of 5-HT1A and 5-HT2 receptors in the rat orbitofrontal cortex after long-term serotonin reuptake inhibition.* Journal of Psychiatry and Neuroscience, 2005. **30**(4): p. 268-274.

60. Thorén, P., et al., *Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder: II. Biochemical aspects.* Archives of general psychiatry, 1980.

61. Zohar, J., et al., *Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update.* J Clin Psychiatry, 2004. **65**(Suppl 14): p. 18-21.

62. Koran, L.M., S. Pallanti, and L. Quercioli, *Sumatriptan, 5-HT1D receptors and obsessive-compulsive disorder.* European Neuropsychopharmacology, 2001. **11**(2): p. 169-172.

63. El Mansari, M. and P. Blier, *Mechanisms of action of current and potential pharmacotherapies of obsessive-compulsive disorder.* Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 2006. **30**(3): p. 362-373.

64. Westenberg, H.G., N.A. Fineberg, and D. Denys, *Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: serotonin and beyond.* CNS spectrums, 2007. **12**(S3): p. 14-27.

65. Pittenger, C., M.H. Bloch, and K. Williams, *Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: neurobiology, pathophysiology, and treatment.* Pharmacology & therapeutics, 2011. **132**(3): p. 314-332.

66. Goodman, W.K., et al., *The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability.* Archives of general psychiatry, 1989. **46**(11): p. 1006-1011.

67. Swedo, S.E., et al., *Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases.* American Journal of Psychiatry, 1998. **155**(2): p. 264-271.

68. Perlmutter, S.J., et al., *Therapeutic plasma exchange and intravenous immunoglobulin for obsessive-compulsive disorder and tic disorders in childhood.* The Lancet, 1999. **354**(9185): p. 1153-1158.

69. Dinn, W.M., et al., *Obsessive-compulsive disorder and immunocompetence.* The International Journal of Psychiatry in Medicine, 2001. **31**(3): p. 311-320.

70. Force, D. and A.P. Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association: Arlington, VA, USA, 2013.

71. Pauls, D.L., et al., *A family study of obsessive-compulsive disorder.* The American journal of psychiatry, 1995.

72. Rasmussen, S.A. and J.L. Eisen, *The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder.* Zwangsstörungen/obsessive-compulsive disorders, 1992: p. 1-14.

73. Chamberlain, S.R., et al., *The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers.* Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2005. **29**(3): p. 399-419.

74. Association, A.P., *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, ed. 5. 2013.

75. Abramowitz, J.S. and R.J. Jacoby, *Obsessive-compulsive and related disorders: A critical review of the new diagnostic class.* Annual Review of Clinical Psychology, 2015. **11**: p. 165-186.

76. Hales RE, Y.S., Hollander E, Simeon D, *Anxiety disorders.* Essentials of clinical psychiatry, 2004: p. 374-86.

77. Kocakula, Ö. and A.E. Altunoğlu, *Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun karar süreçlerine etkisi.* Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi, 2018. **1**(2): p. 114-131.

78. Öztürk, M. and B. Uluğ, *ICD-10 ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflaması.* Ankara: Türkiye Ruh ve Sinir Sağlığı Yayını, 1993: p. 134-7.

79. Birliği., A.P., *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, ed. 4. 1994: Ankara; Hekimler Yayın Birliği.

80. Şar, V., *DSM-5 taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış:"Batı cephesinde yeni bir şey yok" mu.* Klinik Psikiyatri Dergisi, 2010. **13**: p. 196-20.

81. Heyman, I., D. Mataix-Cols, and N. Fineberg, *Obsessive-compulsive disorder.* Bmj, 2006. **333**(7565): p. 424-429.

82. Juang, Y.Y. and C.Y. Liu, *Phenomenology of obsessive–compulsive disorder in Taiwan.* Psychiatry and clinical neurosciences, 2001. **55**(6): p. 623-627.

83. Rasmussen, S.A. and J.L. Eisen, *The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder.* Psychiatric Clinics of North America, 1992.

84. Guzick, A.G., et al., *Diagnostic description and prevalence.* The Wiley handbook of obsessive compulsive disorders, 2017. **1**: p. 24-43.

85. Besiroglu, L., et al., *A discrimination based on autogenous versus reactive obsessions in obsessive-compulsive disorder and related clinical manifestations.* CNS spectrums, 2006. **11**(3): p. 179-186.

86. Lee, H.-J. and S.-M. Kwon, *Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions.* Behaviour research and Therapy, 2003. **41**(1): p. 11-29.

87. Abramowitz, J.S., et al., *Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale.* Psychological assessment, 2010. **22**(1): p. 180.

88. Tolin, D.F. and S.A. Meunier, *Contamination and decontamination*, in *Obsessive-Compulsive Disorder*. 2007, Elsevier. p. 3-18.

89. Sookman, D., *Specialized cognitive behavior therapy for obsessive compulsive disorder: An expert clinician guidebook*. 2015: Routledge.

90. S., R., *Pollution of the mind.* Behav Res Ther, 1994. **32(3)**: p. 311-314.

91. Türksoy, N., et al., *Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive–compulsive disorder.* Journal of Anxiety Disorders, 2002. **16**(4): p. 413-423.

92. Rosario-Campos, M., et al., *The Dimensional Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive–compulsive symptom dimensions.* Molecular psychiatry, 2006. **11**(5): p. 495-504.

93. Attiullah, N., J.L. Eisen, and S.A. Rasmussen, *Clinical features of obsessive-compulsive disorder.* Psychiatric Clinics of North America, 2000. **23**(3): p. 469-491.

94. Karadaĝ, F., et al., *OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture.* Depression and Anxiety, 2006. **23**(3): p. 145-152.

95. DEREBOY, F., et al., *Türkiye'de Psikiyatri Hastalarında SCID-II ile Tanılanan Kişilik Bozukluğunun Prevalansı: Sistematik Gözden Geçirme ve Metaanaliz.* Turk Psikiyatri Dergisi, 2022. **33**(2).

96. Matsunaga, H., et al., *Gender differences in social and interpersonal features and personality disorders among Japanese patients with obsessive-compulsive disorder.* Comprehensive Psychiatry, 2000. **41**(4): p. 266-272.

97. Cefalu, P., *The doubting disease: Religious scrupulosity and obsessive-compulsive disorder in historical context.* Journal of Medical Humanities, 2010. **31**(2): p. 111-125.

98. Şahin, A. and B.Ö.O.K. Bozukluk, *Psikiyatri Temel Kitabı; içinde, yazan Köroğlu E ve Güleç C.* Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007: p. 343-352.

99. Sadock, B.J., H.I. Kaplan, and V.A. Sadock, *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry*. 10th ed. 2007, Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. xv, 1470 p.

100. Benatti, B., et al., *Clinical characteristics and comorbidity associated with female gender in obsessive-compulsive disorder.* Journal of Psychiatric Research, 2020. **131**: p. 209-214.

101. Amerio, A., et al., *Diagnostic validity of comorbid bipolar disorder and obsessive–compulsive disorder: a systematic review.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 2014. **129**(5): p. 343-358.

102. Overbeek, T., et al., *Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptom severity, and treatment effect.* Journal of Clinical Psychiatry, 2002. **63**(12): p. 1106-1112.

103. Vázquez, G.H., R.J. Baldessarini, and L. Tondo, *Co-occurrence of anxiety and bipolar disorders: clinical and therapeutic overview.* Depression and anxiety, 2014. **31**(3): p. 196-206.

104. Perugi, G., et al., *Episodic course in obsessive-compulsive disorder.* European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 1998. **248**(5): p. 240-244.

105. Attademo, L., et al., *Schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: from comorbidity to schizo-obsessive disorder.* Rivista di psichiatria, 2012. **47**(2): p. 106-115.

106. Matsunaga, H., et al., *Personality disorders in patients with obsessive-compulsive disorder in Japan.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 1998. **98**(2): p. 128-134.

107. Lochner, C., et al., *Comorbidity in obsessive–compulsive disorder (OCD): A report from the International College of Obsessive–Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS).* Comprehensive psychiatry, 2014. **55**(7): p. 1513-1519.

108. Kellner, M., *Drug treatment of obsessive-compulsive disorder.* Dialogues in clinical neuroscience, 2022.

109. Gross, E., N. Stelzer, and G. Jacob, *Treating OCD with the schema mode model.* The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice, 2012: p. 174-184.

110. Doron, G., et al., *Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder.* Psychology and psychotherapy: theory, research and practice, 2012. **85**(2): p. 163-178.

111. GÜNAYDIN, S.A.E., *Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Olan Ergenlerde Ebeveyn-Çocuk Metakognisyonlarının Hastalık Şiddeti, Komorbidite Ve Psikolojik Sağlamlık İle İlişkisi, in Child and Adolesant Psychiatry*. 2021, T.C.Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi.

112. Arkun, N., *İntihar Psikodinamikleri.* İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Matbaası, 1978.

113. Çuhadaroglu, F., *Sonuvar B. Adolesan intiharlari: risk faktörleri uzerine bir inceleme.* Tü rk Psikiyatri Dergisi, 1992. **3**(222): p. 26.

114. Meltzer, H.Y. and G. Okayli, *Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assessment.* The American journal of psychiatry, 1995.

115. Eskin, M.İ.A., Değerlendirme, Tedavi ve Önleme (Suicide: Understanding, Assessment, Treatment and Prevention, in Turkish). Ankara: Turkish Psychological Association.

116. Jacobs DG, R.B.C., Conwell Y, Fawcett JA, Horton L, Meltzer H, et al. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors [Internet]. 2010.

117. Eskin, M., *İntihar:(açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme)*. 2012: HYB Yayıncılık.

118. İntihar, O.C., *tanım-kuram-sağaltım.* Ege Üniversitesi Basınevi, Bornova, İzmir, 1995: p. 1-143.

119. Özsoy, S.D. and E. EşEL, *İntihar (Özkıyım).* Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003. **4**(3): p. 151-158.

120. Barzilay, S. and A. Apter, *Psychological models of suicide.* Archives of suicide research, 2014. **18**(4): p. 295-312.

121. Nurettin Şazi Kösemihal, D.S., İstanbul, 1971, 130-147.

122. Eskin, M., *Intihar: Açıklama, Degerlendirme, Tedavi, ve Onleme [Suicide: Explanation, Assessment, Treatment, and Prevention, in Turkish].* Ankara: Cizgi Tıp Yayınevi, 2003.

123. Köroğlu E, G.C., Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. Cilt 2 , 2007, 556-561.

124. Sadock, B., *Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri.* Çeviri editörü Prof. Dr. Ali Bozkurt, 2016. **1169**.

125. Bulut, E., H. Küçüker, and N. Bulut, *İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış.* Cumhuriyet Medical Journal, 2012. **34**(1): p. 128-137.

126. Baumeister, R.F., *Suicide as escape from self.* Psychological review, 1990. **97**(1): p. 90.

127. BJ, S., *Sadock VA. Kaplan & sadock Synopsis of Psychiatry*. 2007, Lippincott Wlliams & wilkins, Philadelphia.

128. Zalsman, G., *Timing is critical: Gene, environment and timing interactions in genetics of suicide in children and adolescents.* European Psychiatry, 2010. **25**(5): p. 284-286.

129. Kutcher S, C.S.İ.R.E.A., Semerci B (çeviri ed), sigma Publishing 2009, 5-15.

130. Mann, J., *The neurobiology of suicide.* Nature medicine, 1998. **4**(1): p. 25-30.

131. Gold, L.H., *Suicide and gender.* 2006.

132. Mann, J.J., D.A. Brent, and V. Arango, *The Neurobiology and Genetics of Suicide and Attempted Suicide:: A Focus on the Serotonergic System.* Neuropsychopharmacology, 2001. **24**(5): p. 467-477.

133. Costanza, A., et al., *Neurobiology of suicide: do biomarkers exist?* International journal of legal medicine, 2014. **128**(1): p. 73-82.

134. Dwivedi Y, R.H., Conley RR, Roberts RC, Tamminga CA, Pandey GN. Altered gene expression of brain-derived neurotrophic factor and receptor tyrosine kinase B in postmortem brain of suicide subjects. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:804–815.

135. Leszczyńska-Rodziewicz, A., et al., *Association, haplotype, and gene-gene interactions of the HPA axis genes with suicidal behaviour in affective disorders.* The Scientific World Journal, 2013. **2013**.

136. Brown, V.J. and D.S. Tait, *Behavioral flexibility: attentional shifting, rule switching and response reversal.* Encyclopedia of Psychopharmacology, 2014: p. 1-7.

137. Yavuz, Y., et al., *İntihar sonucu meydana gelen ölümlerin incelenmesi.* Genel tıp dergisi, 2006. **16**(4): p. 181-185.

138. Devrimci-Ozguven, H. and I. Sayıl, *Suicide attempts in Turkey: results of the WHO—EURO multicentre study on suicidal behaviour.* The Canadian Journal of Psychiatry, 2003. **48**(5): p. 324-329.

139. Mann, J.J., *A current perspective of suicide and attempted suicide.* Annals of internal medicine, 2002. **136**(4): p. 302-311.

140. Bille-Brahe, U., et al., *A repetition-prediction study on European parasuicide populations.* Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 1996. **17**(1): p. 22.

141. Branco, B.C., et al., *Sex-related differences in childhood and adolescent self-inflicted injuries: a National Trauma Databank review.* Journal of pediatric surgery, 2010. **45**(4): p. 796-800.

142. İstatistikleri, İ., *Türkiye İstatistik Kurumu.* Erişim Tarihi, 2011. **10**: p. 2012.

143. Stengel, E., *Suicide and attempted suicide.* 1964.

144. Goldstein, R.B., et al., *The prediction of suicide: Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders.* Archives of general psychiatry, 1991. **48**(5): p. 418-422.

145. Sayıl, I., *Ruh sağlığı ve hastalıkları ders kitabı.* Antıp AŞ, Ankara, 1996: p. 257-263.

146. Organization, W.H., *Preventing suicide: A global imperative*. 2014: World Health Organization.

147. Chehil, S. and S.P. Kutcher, *Suicide risk management: A manual for health professionals*. 2012: John Wiley & Sons.

148. Shaffer, D., et al., *Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide.* Archives of general psychiatry, 1996. **53**(4): p. 339-348.

149. Toy H, T.E., Zeybek Ü, Cömert IT, Taymur İ. Examination of the Relationship between Certain Gene Variations and Psychological Factors with Physical Activity Level in the Individuals with the Diagnosis of Schizophrenia and Bipolar Disorders. Journal of Education and Training Studies. 2019;7(4):63-73.

150. ten Have, M., et al., *Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS).* Journal of affective disorders, 2002. **68**(2-3): p. 203-213.

151. Roy, A., *Suicide in chronic schizophrenia.* The British Journal of Psychiatry, 1982. **141**(2): p. 171-177.

152. Fawcett, J., et al., *Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study.* The American Journal of Psychiatry, 1987.

153. Fergusson, D.M., L.J. Woodward, and L.J. Horwood, *Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood.* Psychological medicine, 2000. **30**(1): p. 23-39.

154. Schmidtke, A., et al., *Sociodemographic Characteristics of Suicide Attempters in Europe--Combined Results of the Monitoring Part of the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. 2004.

155. Brakoulias, V., et al., *Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive–compulsive disorder (OCD): an international collaboration.* Comprehensive psychiatry, 2017. **76**: p. 79-86.

156. Torres, A.R., et al., *Prevalence and associated factors for suicidal ideation and behaviors in obsessive-compulsive disorder.* CNS spectrums, 2007. **12**(10): p. 771-778.

157. Lee, M.K., et al., *Obsessive Thought, Compulsive Behavior, and Their Associations With Suicide Ideation and Attempts and Major Depressive Disorder: A Nationwide Community Sample of Korean Adults.* The Journal of Nervous and Mental Disease, 2021. **209**(11): p. 820-828.

158. Hollander, E., et al., *Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample.* Depression and anxiety, 1996. **4**(3): p. 111-119.

159. Apter, A., et al., *Depression and suicidal behavior in adolescent inpatients with obsessive compulsive disorder.* Journal of affective disorders, 2003. **75**(2): p. 181-189.

160. Murat Volkan, B., *Obsesif kompulsif bozuklukta güncel intihar düşüncelerinin klinik değişkenler ile ilişkisi*. 2008, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi.

161. Bramante, S., et al., *Assessing suicide risk in patients with Obsessive-Compulsive Disorder: a dimensional approach.* Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999), 2022.

162. Albert, U., et al., *Suicide risk in obsessive-compulsive disorder and exploration of risk factors: a systematic review.* Current neuropharmacology, 2019. **17**(8): p. 681-696.

163. Neurosurgery, P.o.N.P.a., et al., *Neuropsychological Assessment*. fourth edition ed. 2004.

164. Diamond, A., *Executive functions.* Annual review of psychology, 2013. **64**: p. 135.

165. Barkley, R.A., *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. 2012: Guilford Press.

166. Scott, W.A., *Cognitive complexity and cognitive flexibility.* Sociometry, 1962: p. 405-414.

167. Buğa, A., et al., *Üniversite öğrencilerinin bilişsel esneklik düzeylerine göre sosyal problem çözme tarzlarının incelenmesi.* Gaziantep Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 2018. **2**(1): p. 48-58.

168. Martin, M.M. and R.B. Rubin, *A new measure of cognitive flexibility.* Psychological reports, 1995. **76**(2): p. 623-626.

169. Dajani, D.R. and L.Q. Uddin, *Demystifying cognitive flexibility: Implications for clinical and developmental neuroscience.* Trends in neurosciences, 2015. **38**(9): p. 571-578.

170. Alexander, G.E., M.R. DeLong, and P.L. Strick, *Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex.* Annual review of neuroscience, 1986. **9**(1): p. 357-381.

171. Middleton, F.A. and P.L. Strick, *Basal ganglia output and cognition: evidence from anatomical, behavioral, and clinical studies.* Brain and cognition, 2000. **42**(2): p. 183-200.

172. Lee, J.K. and S.M. Orsillo, *Investigating cognitive flexibility as a potential mechanism of mindfulness in generalized anxiety disorder.* Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2014. **45**(1): p. 208-216.

173. Francazio, S.K. and C.A. Flessner, *Cognitive flexibility differentiates young adults exhibiting obsessive-compulsive behaviors from controls.* Psychiatry Research, 2015. **228**(2): p. 185-190.

174. Omori, I.M., et al., *The differential impact of executive attention dysfunction on episodic memory in obsessive-compulsive disorder patients with checking symptoms vs. those with washing symptoms.* Journal of psychiatric research, 2007. **41**(9): p. 776-784.

175. Bragdon, L.B., B.E. Gibb, and M.E. Coles, *Does neuropsychological performance in OCD relate to different symptoms? A meta-analysis comparing the symmetry and obsessing dimensions.* Depression and anxiety, 2018. **35**(8): p. 761-774.

176. Ram, D., et al., *Correlation of cognitive resilience, cognitive flexibility and impulsivity in attempted suicide.* Indian journal of psychological medicine, 2019. **41**(4): p. 362-367.

177. Brokke, S.S., N.I. Landrø, and V.Ø. Haaland, *Cognitive control in suicide ideators and suicide attempters.* Frontiers in psychology, 2020. **11**: p. 595673.

178. Perçinel, İ., *Anoreksiya nervoza ve eksojen obezite tanılı 11-18 yaş arası olguların sosyal bilişsel becerilerinin değerlendirilmesi.* Uzmanlık tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı, 2013.

179. Horan, W.P., et al., *Social cognition training for individuals with schizophrenia: emerging evidence.* American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 2008. **11**(3): p. 205-252.

180. Kemp, J., et al., *Theory of Mind in normal ageing and neurodegenerative pathologies.* Ageing research reviews, 2012. **11**(2): p. 199-219.

181. Roepke, S., et al., *Social cognition in borderline personality disorder.* Frontiers in neuroscience, 2013. **6**: p. 195.

182. Cohen, S., *Social relationships and health.* American psychologist, 2004. **59**(8): p. 676.

183. Buchan, J.C., et al., *True paternal care in a multi-male primate society.* Nature, 2003. **425**(6954): p. 179-181.

184. Shamay-Tsoory, S.G. and J. Aharon-Peretz, *Dissociable prefrontal networks for cognitive and affective theory of mind: a lesion study.* Neuropsychologia, 2007. **45**(13): p. 3054-3067.

185. Yıldırım, E. and K. Alptekin, *Şizofrenide Öne Çıkan Yeni Bir Boyut: Sosyal Biliş.* Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences, 2012. **25**(4).

186. Baksh, R.A., et al., *The Edinburgh Social Cognition Test (ESCoT): Examining the effects of age on a new measure of theory of mind and social norm understanding.* PloS one, 2018. **13**(4): p. e0195818.

187. Tanrıverdi, o., *Edınburgh sosyal biliş testi'nin (ESBiT) Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi*. 2022, T.C İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

188. Green, M.F., et al., *Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities.* Schizophrenia bulletin, 2008. **34**(6): p. 1211-1220.

189. Corrigan, P.W. and M.F. Green, *Schizophrenic patients' sensitivity to social cues: the role of abstraction.* The American journal of psychiatry, 1993.

190. McCleery, A., W.P. Horan, and M.F. Green, *Social cognition during the early phase of schizophrenia*, in *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia*. 2014, Elsevier. p. 49-67.

191. Sergi, M.J. and M.F. Green, *Social perception and early visual processing in schizophrenia.* Schizophrenia research, 2003. **59**(2-3): p. 233-241.

192. Yildirim, E. and K. Alptekin, *Sizofrenide öne çikan yeni bir boyut: sosyal bilis.* Dusunen Adam, 2012. **25**(4): p. 368.

193. Taylor, S.E. and S.T.T. Fiske, *Social cognition: From brains to culture.* Social Cognition, 2020: p. 1-672.

194. Kinderman, P. and R.P. Bentall, *Self-discrepancies and persecutory delusions: evidence for a model of paranoid ideation.* Journal of abnormal psychology, 1996. **105**(1): p. 106.

195. Combs, D.R., et al., *The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): a new measure for evaluating hostile social-cognitive biases in paranoia.* Cognitive neuropsychiatry, 2007. **12**(2): p. 128-143.

196. Green, M.F., et al., *Social cognition in schizophrenia: recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia new approaches conference.* Schizophrenia bulletin, 2005. **31**(4): p. 882-887.

197. Premack, D. and G. Woodruff, *Does the chimpanzee have a theory of mind?* Behavioral and brain sciences, 1978. **1**(4): p. 515-526.

198. Brüne, M. and U. Brüne-Cohrs, *Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology.* Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2006. **30**(4): p. 437-455.

199. Brüne, M., *"Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature.* Schizophrenia bulletin, 2005. **31**(1): p. 21-42.

200. Biedermann, F., B. Frajo-Apor, and A. Hofer, *Theory of mind and its relevance in schizophrenia.* Current opinion in psychiatry, 2012. **25**(2): p. 71-75.

201. Wolf, F., M. Brüne, and H.J. Assion, *Theory of mind and neurocognitive functioning in patients with bipolar disorder.* Bipolar disorders, 2010. **12**(6): p. 657-666.

202. Cusi, A.M., et al., *Systematic review of the neural basis of social cognition in patients with mood disorders.* Journal of Psychiatry and Neuroscience, 2012. **37**(3): p. 154-169.

203. Brüne, M., et al., *"Theory of mind" is impaired in Huntington's disease.* Movement Disorders, 2011. **26**(4): p. 671-678.

204. Bodden, M.E., R. Dodel, and E. Kalbe, *Theory of mind in Parkinson's disease and related basal ganglia disorders: a systematic review.* Movement disorders, 2010. **25**(1): p. 13-27.

205. Sayın, A., et al., *Theory of mind in obsessive-compulsive disorder: Comparison with healthy controls.* European Psychiatry, 2010. **25**(2): p. 116-122.

206. Baron-Cohen, S., et al., *The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism.* The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 2001. **42**(2): p. 241-251.

207. Bhattacharya, A. and A.R. Singh, *Experiences of individuals suffering from obsessive compulsive disorder: A qualitative study.* The Qualitative Report, 2015. **20**(7): p. 959.

208. Smeets, T., I. Dziobek, and O.T. Wolf, *Social cognition under stress: differential effects of stress-induced cortisol elevations in healthy young men and women.* Hormones and behavior, 2009. **55**(4): p. 507-513.

209. Tulacı, R.G., et al., *The relationship between theory of mind and insight in obsessive-compulsive disorder.* Nordic journal of psychiatry, 2018. **72**(4): p. 273-280.

210. Mısır, E., E. Bora, and B.B. Akdede, *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, 2018. **83**: p. 1-6.

211. Sprengelmeyer, R., et al., *Neural structures associated with recognition of facial expressions of basic emotions.* Proceedings of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences, 1998. **265**(1409): p. 1927-1931.

212. Lawrence, N.S., et al., *Neural responses to facial expressions of disgust but not fear are modulated by washing symptoms in OCD.* Biological psychiatry, 2007. **61**(9): p. 1072-1080.

213. Karamustafalıoğlu, K., et al., *Yale Brown obsesif kompülsif bozukluk ölçeğinin geçerlilik–güvenilirlik çalışması.* Bursa: Ulusal Psikiyatri Kngresi Özet Bildiri Kitabı, 1993.

214. Cull, J.G. and W.S. Gill, *Suicide probability scale.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1988.

215. Atlı, Z., M. Eskin, and Ç. Dereboy, *İntihar Olasılığı Ölçeğinin (İOÖ) klinik örneklemde geçerlik ve güvenirliği.* Klinik Psikiyatri Dergisi, 2009. **12**(3): p. 111-124.

216. Gülüm, I.V. and İ. Dağ, *Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği ve Bilişsel Esneklik Envanterinin Türkçeye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği.* Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2012. **13**(3).

217. Dennis, J.P. and J.S. Vander Wal, *The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity.* Cognitive therapy and research, 2010. **34**(3): p. 241-253.

218. Corcoran, R., G. Mercer, and C.D. Frith, *Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia.* Schizophrenia research, 1995. **17**(1): p. 5-13.

219. Yildirim, E.A., et al., *Gözlerden zihin okuma testi'nin Türkçe güvenirlik çalışması.* Turk Psikiyatri Dergisi, 2011. **22**(3): p. 177-186.

220. Meier, S.M., et al., *Mortality among persons with obsessive-compulsive disorder in Denmark.* JAMA psychiatry, 2016. **73**(3): p. 268-274.

221. Hollander, E., et al., *Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder.* CNS spectrums, 1997. **2**(10): p. 16-25.

222. Breet, E., et al., *Suicide ideation and attempts in obsessive-compulsive disorder.* Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists, 2019. **31**(3): p. 192-199.

223. Kayacan, A., *Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda yürütücü işlevlerin, intihar riski ve hastalık şiddeti ile ilişkisi*. 2021.

224. Demirkol, M.E., et al., *Psychache and suicidal history in patients with obsessive-compulsive disorder.* Neuropsychiatric disease and treatment, 2019. **15**: p. 3531.

225. Memis, C.O., et al., *Which factors may differentiate lifetime suicide attempters from ideators in obsessive–compulsive disorder patients?* Indian journal of psychiatry, 2020. **62**(4): p. 392.

226. Pellegrini, L., et al., *Suicide attempts and suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis.* Journal of affective disorders, 2020. **276**: p. 1001-1021.

227. Dugas, M.J., M.H. Freeston, and R. Ladouceur, *Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry.* Cognitive therapy and research, 1997. **21**(6): p. 593-606.

228. Chamberlain, S.R., et al., *Impaired cognitive flexibility and motor inhibition in unaffected first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder.* American Journal of Psychiatry, 2007. **164**(2): p. 335-338.

229. Kim, C.-H., K. Jayathilake, and H.Y. Meltzer, *Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior.* Schizophrenia Research, 2003. **60**(1): p. 71-80.

230. Nangle, J.-M., et al., *Neurocognition and suicidal behaviour in an Irish population with major psychotic disorders.* Schizophrenia research, 2006. **85**(1-3): p. 196-200.

231. Dittrich, W.H. and T. Johansen, *Cognitive deficits of executive functions and decision-making in obsessive-compulsive disorder.* Scandinavian journal of psychology, 2013. **54**(5): p. 393-400.

232. Chamberlain, S.R., et al., *Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania.* American Journal of Psychiatry, 2006. **163**(7): p. 1282-1284.

233. Depp, C.A., et al., *Social cognition and short-term prediction of suicidal ideation in schizophrenia.* Psychiatry research, 2018. **270**: p. 13-19.

234. Nestor, B.A. and S. Sutherland, *Theory of mind and suicidality: a meta-analysis.* Archives of Suicide Research, 2022. **26**(4): p. 1666-1687.

235. Sánchez-Gutiérrez, T., et al., *Neuropsychological functioning and suicidal behaviours in patients with first-episode psychosis: A systematic review.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 2022. **146**(6): p. 515-528.

236. Dickhoff, J., et al., *Relationship between social cognition, general cognition, and risk for suicide in individuals with a psychotic disorder.* Schizophrenia Research, 2021. **231**: p. 227-236.

237. Jollant, F., et al., *The suicidal mind and brain: a review of neuropsychological and neuroimaging studies.* The World Journal of Biological Psychiatry, 2011. **12**(5): p. 319-339.

238. Villa, J., et al., *Interpersonal beliefs related to suicide and facial emotion processing in psychotic disorders.* Journal of psychiatric research, 2018. **100**: p. 107-112.

239. Rowe, A.D., et al., *Theory of mind'impairments and their relationship to executive functioning following frontal lobe excisions.* Brain, 2001. **124**(3): p. 600-616.

240. Gur, R.C., et al., *Facial emotion discrimination: II. Behavioral findings in depression.* Psychiatry research, 1992. **42**(3): p. 241-251.

241. Ç., S., *Majör depresif bozukluklu bireylerde intihar davranışı, erken uyumsuz şemalar ve sosyal bilişsel işlevler ilişkisinin belirlenmesi*. 2018.

242. Szanto, K., et al., *Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late-life depression.* The American Journal of Geriatric Psychiatry, 2012. **20**(3): p. 257-265.

243. Forbes, C.E. and J. Grafman, *The role of the human prefrontal cortex in social cognition and moral judgment.* Annual review of neuroscience, 2010. **33**: p. 299-324.

244. Molenberghs, P., et al., *Understanding the minds of others: A neuroimaging meta-analysis.* Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2016. **65**: p. 276-291.

245. Salazar Kaempf, M., et al., *Empathy, compassion, and theory of mind in obsessive-compulsive disorder.* Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 2022. **95**(1): p. 1-17.

246. Didie, E.R., et al., *A comparison of quality of life and psychosocial functioning in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder.* Annals of Clinical Psychiatry, 2007. **19**(3): p. 181-186.

247. Eisen, J.L., et al., *Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life.* Comprehensive psychiatry, 2006. **47**(4): p. 270-275.

248. Jansen, M., S. Overgaauw, and E. De Bruijn, *Social cognition and obsessive-compulsive disorder: a review of subdomains of social functioning. Front Psychiatry. 2020 Mar 13; 11: 118*. 2020.

249. Grisham, J.R., et al., *Socioemotional deficits associated with obsessive–compulsive symptomatology.* Psychiatry Research, 2010. **175**(3): p. 256-259.

250. Kang, J.I., et al., *Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive–compulsive disorder.* Journal of affective disorders, 2012. **141**(2-3): p. 286-293.

251. Bora, E., *Social cognition and empathy in adults with obsessive compulsive disorder: a meta-analysis.* Psychiatry Research, 2022: p. 114752.

252. Aigner, M., et al., *Cognitive and emotion recognition deficits in obsessive–compulsive disorder.* Psychiatry research, 2007. **149**(1-3): p. 121-128.

253. Corcoran, K.M., S.R. Woody, and D.F. Tolin, *Recognition of facial expressions in obsessive–compulsive disorder.* Journal of Anxiety Disorders, 2008. **22**(1): p. 56-66.

254. Buhlmann, U., et al., *Emotion recognition deficits in body dysmorphic disorder.* Journal of psychiatric research, 2004. **38**(2): p. 201-206.

255. Pertusa, A., et al., *Do patients with hoarding disorder have autistic traits?* Depression and anxiety, 2012. **29**(3): p. 210-218.

256. Pino, M.C., et al., *Two systems for empathy in obsessive-compulsive disorder: mentalizing and experience sharing.* Brazilian Journal of Psychiatry, 2016. **38**: p. 307-313.

257. Mavrogiorgou, P., et al., *Social cognition and metacognition in obsessive–compulsive disorder: an explorative pilot study.* European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2016. **266**(3): p. 209-216.

9. EKLER

9.1. Sosyodemografik Veri Formu

Hasta no:

Adı soyadı:

Telefon:

Görüşme tarihi:

1. Yaşınız:……..yaş

2. Cinsiyetiniz

(1) Kadın

(2) Erkek

3. Eğitim düzeyiniz……..yıl

4. Çalışma durumunuz:

(1). Hiç çalışmamış

(2). İşinden ayrılmış

(3). Halen çalışıyor

(4). Emekli

(5). Diğer……

5. Çalışıyorsanız mesleğiniz:

……

6. Medeni durumunuz

(1). Evli

(2). Bekar

(3). Boşanmış/ayrı yaşıyor

(4). Eşi vefat etmiş

7. Varsa sahip olduğunuz çocuk sayısı?: .....

8. Aylık toplam geliriniz:

(1). 2500 tl ve altı

(2). 2500-6000 tl

(3). 6000 tl ve üstü

9. Kiminle yaşıyorsunuz?

(1). Yalnız

(2). Aile

(3). Diğer…….

10. Bilinen tıbbi hastalığınız var mı?

(1). Yok

(2). Var ise yazınız.....

11. Psikiyatrik hastalığınız sebebiyle hastanede yatış öykünüz var mı?

(1) Hayır

(2) Evet ise sayısı:…….

12. Daha önce psikiyatrik tedavi öykünüz var mı?

(1). Hayır

(2). Evet

13. Psikiyatrik tedavi öykünüz varsa ne şekilde?

(1) İlaç

(2) Psikoterapi

(3) İlaç + Psikoterapi

14. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanınız kaç yıldır var?…….

15. Daha önce intihar düşünceniz oldu mu?

(1). Evet

(2). Hayır

16. Daha önce intihar girişiminiz var mı?

(1). Yok

(2). Var, ise kaç kez?.....

17. Eğer varsa geçmişteki intihar girişiminiz nasıl gerçekleşti?

(1). İlaç içerek

(2). Kesici delici alet ile

(3). Yüksekten atlama ile

(4). Ateşli silah ile

(5). Zehir ile

(6). Diğer

Belirtiniz……

18. Çevrenizde intihar girişimi öyküsü olan veya intihar sebebiyle ölen kimse

Var mı?

(1). Yok

(2). 1. Derece yakınım

(3). 2. Derece yakınım

(4). Akraba olmayan yakınım/arkadaşım

19. Şu anda kullandığınız tedavi nedir?

(1). SSRI

(2). SNRI

(3). Klomipramin

(4). Antidepresan + Antipsikotik

20. Şu anda terapi (BDT) alıyor musunuz?

(1). Hayır

(2). Evet ise ……aydır.

Y-cobs skoru:

İma test skoru:

İOÖ skoru:

Gözlerden zihin okuma testi:

Bilişsel esneklik envanteri skoru:

9.2. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

1. TAKINTILI (OBSESİF) DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

Soru (S): Ne kadar zaman bunlarla meşgul oldunuz (Gün/ saat)?

☐ 0-**Hiç**
1-Hafif **G**ünde toplam 1 saatten az veya kısa sürelerle gelip gidiyor (günde 8 kereden az)
2-**Orta** (günde toplam 1-3 saat) veya sık sık gelen ama kısa süren (günde 8 kereden fazla ama günün büyük kısmı bunlar yok)
3-**Ağır** (günde toplam 3-8 saat) veya çok sık bir şekilde kısa süreli olarak gelip geçen (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bölümünü bunlar işgal ediyor)
4-**Çok ağır** (günde 8 saatten fazla) veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden (sayılamayacak kadar çok ve arada çok nadiren 1 saat ara veren)

2.OBSESİF DÜŞÜNCELERE BAĞLI ENGEL

S.Obsesif düşüncelerin iş, okul, sosyal yaşam, veya yaşamınızın diğer önemli işlevsellik alanlarında sizi ne kadar engelliyor? Bunlar yüzünden yapamadığınız şeyler var mı?

☐ 0-**Hiç**
1-**Hafif** Sosyal hayatı veya diğer faaliyetleri çok hafif olarak engelliyor ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan bir etki
2-**Orta** Sosyal hayatı veya iş hayatını etkilediği kesin ancak halen üstesinden gelinebilir bir durumda olan bir etki
3-**Ağır** Sosyal hayatı veya iş verimini belirgin olarak olumsuz etkileyen bir durum
4-**Çok ağır** iş görmez bir durum

3. OBSESİF DÜŞÜNCELER EŞLİK EDEN RAHATSIZLIK

S. Obsesif düşünceler sizde ne kadar sıkıntıya neden oldu?

☐ 0-**Hiç**
1-**Hafif** pek rahatsız etmiyor.
2-**Orta** Sık olarak çok rahatsızlık veriyor ancak halen baş edebiliyorum
3-**Ağır** Çok sık olarak çok rahatsızlık veriyor
4-**Çok ağır** Neredeyse sürekli ve beni iş göremez duruma getiren derecede rahatsızlık veriyor

4. OBSESYONLARA KARŞI DİRENÇ

S. Obsesif düşüncelere direnebilmek için ne kadar çaba sarf ediyorsunuz? Ne sıklıkla yok sayabiliyor veya bunlar zihninize geldiğinde dikkatinizi bu düşüncelerden başka bir yere çevirebiliyorsunuz?

☐ 0- Her zaman direniyorum veya zaten o kadar az ki direnmeye gereksinim duymuyorum
1-Çoğu zaman direnmeye çalışıyorum
2- Direnmek için bir miktar çabalıyorum
3- Hepsine teslim olmuş durumdayım; direnemiyorum ancak bu durumdan hoşnut değilim
4-Hiç direnmiyorum tam ve gönüllü olarak boyun eğmiş durumdayım

5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNE OLAN KONTROLÜN DÜZEYİ

S:Obsesif düşünceleriniz üzerine ne kadar kontrolünüz var? Obsesif düşüncelerinizi durdurabilme veya başka yöne çevirebilmede ne kadar başarılısınız? Bunları atabiliyor musunuz?

☐ 0- Tam olarak kontrol edebiliyorum
1- Obsesyonu genellikle bir miktar çaba ve dikkatle durdurabiliyorum veya unutabiliyorum
2- Obsesyonu bazen durdurabiliyorum veya dikkatimi başka şeye verebiliyorum.
3- Obsesyonu durdurmada veya atmakta nadiren başarılı olabiliyorum veya sadece zorlukla dikkatimi başka şeylere yöneltebiliyorum
4- Obsesyon İrademin dışında. Çok nadiren anlık olarak obsesyonel düşünceyi değiştirebiliyorum.

*YBOCS'e dayalı kendi kendini değerlendirme ölçeği. M. Hakan Türkçapar tarafından Türkçeye çevrilmiş ve uyarlanmıştır. Ankara 2012 Lütfen izinsiz çoğaltmayınız ve kullanmayınız

YOBCS Skorları kesme noktaları 0–7 klinik olmayan düzey; 8–15 hafif; 16–23 orta şiddette; 24–31 şiddetli; 32–40 aşırı şiddetli.

Bundan sonraki sorular kompulsif (zorlantılı) davranışlarla ilgilidir.

Kompülsiyonlar kişinin kaygı veya diğer rahatsızlık hislerini azaltmak için yapmaya zorlandığı bir şeydir. Bunlar çoğu zaman ritüel adı verilen tekrarlayıcı, amaca dönük, iradi davranışlardır. Davranışın kendisi uygun görünmekle beraber aşırı yapıldığında bir ritüel (kurallı-törensi davranış) haline gelir. El yıkama, kontrol, tekrarlama, düzeltme biriktirme ve birçok diğer davranış ritüel olabilir. Bazı ritüeller zihinseldir. Örneğin içinizden defalarca bir şeyi söylemek veya düşünmek gibi.

6. KOMPÜLSİF DAVRANIŞI GERÇEKLEŞTİRMEK İÇİN HARCANAN ZAMAN

S. Kompülsif davranışlarınızı gerçekleştirmek için ne kadar zaman harcadınız? Bu sıradan işlemleri yaparken ritüelleriniz yüzünden, insanların çoğunun harcadığı zamana kıyasla ne kadar fazla zaman harcadınız? Ne sıklıkla ritüellerinizi yapıyorsunuz?

☐ 0-**Hiç**
1-**Hafif** (günde toplam 1 saatten az) veya kompülsif davranışın nadiren gerçekleştirilmesi (günde 8 kereden az)
2-**Orta** (günde toplam 1-3 saat) veya kompülsif davranışın sıklıkla gerçekleştirilmesi (günde 8 kereden fazla)
3-**Ağır** (günde toplam 3-8 saat) veya kompülsif davranışın çok sık gerçekleştirilmesi
4-**Çok ağır** (günde 8 saatten fazla) veya kompülsif davranışın sürekli gerçekleştirilmesi (sayılamayacak kadar çok)

7. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLARA BAĞLI ENGEL

S. Kompülsif davranışlarınız iş, okul, sosyal yaşam, veya yaşamınızın diğer önemli işlevsellik alanlarında sizi ne kadar engelliyor? Bunlar yüzünden yapamadığınız şeyler var mı?

☐ 0-**Hiç**
1-**Hafif** Sosyal hayatı veya işi çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan bir etki
2-**Orta** Sosyal hayatı veya iş hayatını etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir bir durumda olan bir etki
3-**Ağır** Sosyal hayatı veya iş verimini belirgin olarak olumsuz etkileyen bir durum
4-**Çok ağır** iş görmez bir durum

8. KOMPÜLSİF DAVRANIŞA BAĞLI RAHATSIZLIK

S. Eğer kompülsiyonunuzu yapmanız engellenirse nasıl hissedersiniz? Ne kadar kaygılı-sıkıntılı hale gelirsiniz?

☐ 0-**Hiç**
1-**Hafif** Kompülsiyonlar: engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyorum; kompülsif davranışı gerçekleştirirken çok az sıkıntı duyuyorum
2-**Orta** Kompülsiyonlar: engellendiğinde sıkıntım artabilir ancak baş edebiliyorum; kompülsiyonu yaparken sıkıntı duyuyorum ancak baş edebiliyorum
3-**Ağır** Eğer kompülsiyonu yapmazsam veya engellenirse belirgin bir şekilde çok sıkıntı duyuyorum; kompülsiyonu yaparken belirgin şekilde çok sıkıntı duyuyorum
4-**Çok ağır** Kompülsiyonlarımı yapmazsam veya engellenirse çok şiddetli ve beni iş göremez duruma getiren bir sıkıntı duyuyorum; kompülsiyonu yaparken çok şiddetli ve beni iş göremez duruma getiren bir sıkıntı duyuyorum

9. KOMPÜLSİYONLARA KARŞI DİRENÇ

S.Kompülsiyonlara direnebilmek için ne kadar çaba sarfediyorsunuz?

☐ 0- Her zaman direniyorum veya zaten o kadar az ki direnmeye gereksinim duymuyorum
1-Çoğu zaman direnmeye çalışıyorum
2- Direnmek için bir miktar çabalıyorum
3- Kontrol etmeye dönük hiçbir girişimde bulunmaksızın, kompülsiyonlarımın hepsine teslim olmuş durumdayım; ancak bu durumdan hoşnut değilim
4-Hiç direnmiyorum. Tam ve gönüllü olarak bütün kompülsiyonlarıma boyun eğmiş durumdayım

10. KOMPÜLSİF DAVRANIŞ ÜZERİNE OLAN KONTROLÜN DÜZEYİ

S. Kompülsif davranışı gerçekleştirme isteğiniz ne kadar güçlü? Kompülsiyonlarınız üzerinde ne kadar kontrolünüz var?

☐ 0- Tam olarak kontrol edebiliyorum
1-Davranışı yapmak için baskı hissetmeme rağmen genellikle istemli olarak kontrol edebiliyorum
2-Orta derecede kontrol edebiliyorum. *Kompülsif* hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı var ancak güçlükle kontrol edebiliyorum
3-Az miktarda kontrol edebiliyorum. *Kompülsiyonları* durdurmak için çok fazla çaba harcamam gerekiyor, engelleyemiyorum sadece zorlukla yapmayı geciktirebiliyorum
4-Kontrol edemiyorum. Davranışı yapmakla ilgili dürtü tamamıyla benim iradem dışında gibi geliyor ve çok güçlü, nadiren anlık olarak davranışı geciktirebiliyorum.

Toplam Skor: ☐

9.3.İntihar Olasılığı Ölçeği

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Öfkelendiğim zaman elime geçen her şeyi fırlatırım.				
2	Bir çok insanın benimle içtenlikle ilgilendiğini hissederim				
3	Ani ve kontrolsüz (dürtüsel) davrandığımı hissederim.				
4	Başkaları ile paylaşamayacağım kadar kötü şeyler düşünürüm.				
5	Çok fazla sorumluluk yüklendiğimi düşünürüm.				
6	Yapabileceğim daha bir çok yararlı şey olduğunu hissederim.				
7	Başkalarını cezalandırmak için intihar etmeyi düşünürüm.				
8	Başkalarına karşı düşmanca duygular beslediğimi hissederim.				
9	İnsanlardan koptuğumu hissederim.				
10	İnsanların bana ben olduğum için değer verdiklerini hissederim.				
11	Eğer ölürsem birçok insanın üzüleceğini hissederim				
12	Öylesine yalnızlık hissederim ki buna dayanamam.				
13	Başkalarının bana düşmanca duygular beslediğini hissederim.				
14	Eğer, hayata yeniden başlayabilsem, yaşamımda bir çok değişiklik yapacağımı hissederim.				
15	Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünürüm.				
16	Beğendiğim bir işi bulmak ve sürdürmekte güçlüğüm vardır.				
17	Gittiğim zaman beni kimsenin özlemeyeceğini düşünürüm.				
18	Benim için işler yolunda gidiyor gibi gözükür.				
19	İnsanların benden çok fazla şey beklediklerini hissederim.				

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
20	Düşündüğüm ve yaptığım şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini hissederim.				
21	Dünyanın yaşamaya değer olmadığını hissederim.				
22	Gelecek ile ilgili çok titiz bir şekilde plan yaparım.				
23	Kendisine güvenebileceğim kadar çok arkadaşımın olmadığını düşünürüm.				
24	Eğer ölmüş olsaydım insanların daha rahat edeceğini hissederim.				
25	Bu şekilde yaşamaktansa ölmemin daha az acılı olacağını hissederim.				
26	Anneme duygusal açıdan yakın olduğumu hissederim(hissederdim)				
27	Eşime duygusal açıdan yakın olduğumu hissederim(hissederdim)				
28	İşlerin düzeleceğine ilişkin umutsuzluk hissederim.				
29	İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissederim				
30	Kendimi nasıl öldüreceğimi düşündüm.				
31	Para ile ilgili endişelerim var.				
32	İntihar etmeyi düşünürüm.				
33	Kendimi yorgun ve bir çok şeye ilgisiz hissederim.				
34	Çok öfkelenince bazı şeyleri kırıp dökerim.				
35	Babama duygusal açıdan yakın olduğumu hissederim(hissederdim)				
36	Nerede olursam olayım mutlu olmadığımı hissederim.				

9.4. Bilişsel Esneklik Envanteri

Bilişsel Esneklik Envanteri

	Aşağıdaki ifadelerin size ne kadar uygun olduğunu göstermek için lütfen ifadelerin solunda yer alan 1'den 5'e kadar olan seçeneklerden size uygun olanı işaretleyin.	Hiç uygun değil	Pek uygun değil	Kararsızım	Uygun	Tamamen uygun
1.	Durumları "tartma" konusunda iyiyimdir.	1	2	3	4	5
2.	Zor durumlarla karşılaştığımda karar vermekte güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
3.	Karar vermeden önce çok sayıda seçeneği dikkate alırım.	1	2	3	4	5
4.	Zor durumlarla karşılaştığımda kontrolümü kaybediyormuşum gibi hissederim.	1	2	3	4	5
5.	Zor durumlara değişik açılardan bakmayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
6.	Bir davranışın nedenini anlamak için önce, elimdekinin dışında ek bilgi edinmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
7.	Zor durumlarla karşılaştığımda öyle strese girerim ki sorunu çözecek bir yol bulamam.	1	2	3	4	5
8.	Olaylara başkalarının bakış açısından bakmayı denerim.	1	2	3	4	5
9.	Zor durumlarla baş etmek için çok sayıda değişik seçeneğin olması beni sıkıntıya sokar.	1	2	3	4	5
10.	Kendimi başkalarının yerine koymakta başarılıyımdır.	1	2	3	4	5
11.	Zor durumlarla karşılaştığımda ne yapacağımı bilemem.	1	2	3	4	5
12.	Zor durumlara farklı açılardan bakmak önemlidir.	1	2	3	4	5
13.	Zor durumlarda nasıl davranacağıma karar vermeden önce birçok seçeneği dikkate alırım.	1	2	3	4	5
14.	Durumlara farklı bakış açılarından bakarım.	1	2	3	4	5
15.	Hayatta karşılaştığım zorlukların üstesinden gelmeyi becerebilirim.	1	2	3	4	5
16.	Bir davranışın nedenini düşünürken mevcut bütün bilgileri ve gerçekleri dikkate alırım.	1	2	3	4	5
17.	Zor durumlarda, şartları değiştirecek gücümün olmadığını hissederim.	1	2	3	4	5
18.	Zor durumlarla karşılaştığımda önce bir durup çözüm için farklı yollar düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
19.	Zor durumlarla karşılaştığımda birden çok çözüm yolu bulabilirim.	1	2	3	4	5
20.	Zor durumlara tepki vermeden önce birçok seçeneği dikkate alırım.	1	2	3	4	5

9.5. İma Testi

İMA TESTİ

Birinci Öykü: Cemal Melek'in ofisine uzun sıcak bir yolculuk sonrasında varıyor. Melek hiç vakit kaybetmeden hemen iş hakkında konuşmaya başlıyor. Cemal Melek'in sözünü yarıda keserek diyor ki: "Aman diyeyim Melek! Dilim damağım kurudu. "
1.Cemal bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

- Cemal sözüne şöyle devam ediyor: "Susadım"
2.Cemal Melek'in ne yapmasını istiyor?

İkinci Öykü: Melis duş almak için banyoya gidecek. Aysel ise az önce banyo yapmış. Melis banyonun kirli olduğunu fark ettiğinde Aysel'e seslenir ve der ki: "Temizlik malzemelerini bulamadın mı?"
1.Melis bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

- Melis sözüne devam eder: "Aysel bazen çok tembel oluyorsun"
2. Melis Aysel'in ne yapmasını istiyor?

Üçüncü Öykü: Yakup, annesiyle süpermarkete gidiyor. Şekerleme reyonuna geldiklerinde Yakup diyor ki: "Bak, bu şekerlemeler epey iyi görünüyor.
1.Yakup bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

- Yakup sözüne devam ediyor: "Anne ben açım."
2.Yakup annesinin ne yapmasını istiyor?

Dördüncü Öykü: Birol'un bir görüşmeye gitmesi gerek ve geç kalmak üzere. Ayakkabılarını temizlerken, eşi Hülya'ya diyor ki:" Bu mavi gömleği giymek istiyorum ama bu çok kırışık durumda." 1.Birol bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

- Birol sözüne devam ediyor: "Gömlek, ütülenecek giysilerin sepetinde."
2.Birol Hülya'nın ne yapmasını istiyor?

Beşinci Öykü: Leman'ın hiç parası yok ama gece dışarı çıkmak istiyor. Leman Davut'un yeni maaş aldığını biliyor ve ona diyor ki: "Hiç param yok. Bugünlerde her şey çok pahalı."
1.Leman bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

- Leman sözüne devam ediyor: "Peki, sanırım bu gece evde kalmak zorunda kalacağım"
2. Leman Davut'un ne yapmasını istiyor?

Altıncı Öykü: Tarık bir iş projesini yürütmek istiyor ama patronu Raşit bunu yapmasını başka birinden istemiş. Tarık ona diyor ki: "Ne yazık. Bu aralar hiç de meşgul değilim."
1.Tarık bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

- Tarık sözüne devam ediyor: "Bu proje tam bana göre."
2.Tarık Raşit'in ne yapmasını istiyor?

9.6. Gözlerden Zihin Okuma Testi-Test Sorusu

kıskanç paniklemiş



kibirli nefret dolu

9.7 Etik Kurul Karar Formu

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda intihar riskinin bilişsel esneklik ve sosyal biliş ile ilişkisinin değerlendirilmesi
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
	KURUL ADRESİ	Balıkesir Üniversitesi Çağış Yerleşkesi 10145 Balıkesir
	TELEFON	(0266) 612 14 18
	FAKS	(0 266) 612 14 17
	E-POSTA	sb.etikkurulu@balikesir.edu.tr
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Merve ŞAHİN CAN
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi
	VARSA İDARİ SORUMLU ÜNVANI, ADI-SOYADI	-
	DESTEKLEYİCİ	-
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ (TÜBİTAK vb kaynaklardan destek alanlar için) ÜNVANI, ADI-SOYADI	-
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI VE BÖLÜMÜ	Arş. Gör. Duygu ÖZŞENLER Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Kesitsel Araştırma
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2022/37	Tarih: 22/03/2022
	Başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve **UYGUN BULUNMUŞ** olup usulüne uygun gerçekleştirilmesinde bilimsel ve etik sakınca **OLMADIĞINA** oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırmanın tüm süreçlerinde ilgili kurum, kuruluş ve kişilerden gereken izinlerin alınmasından araştırmacılar sorumludur.	

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı	Adı-Soyadı	Görevi	Araştırma ile İlişkisi		İmza
			VAR	YOK	
Prof. Dr.	Tunay KARLIDERE	Başkan		X	
Prof. Dr.	Osman İrfan İLHAK	Başkan Yrd. (Başkan Vekili)		X	
Prof. Dr.	Funda GÜLCÜ BULMUŞ	Üye		X	
Doç. Dr.	Özkan IŞIK	Üye		X	
Doç. Dr.	Celalettin ÇEVİK	Sözcü		X	
Dr.Öğr.Üyesi	Emrah ÖZCAN	Üye		X	
Av.	Serhat AKBAŞ	Üye		X	