



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ PSİKIYATRI
ANA BİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA PSİKOZ BENZERİ
YAŞANTILARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI,
HASTALIK ŞİDDETİ VE İÇGÖRÜ DÜZEYİYLE İLİŞKİSİ**

Dr. Ulaş KORKMAZ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN-2022



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ
ANA BİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA PSİKOZ BENZERİ
YAŞANTILARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI,
HASTALIK ŞİDDETİ VE İÇGÖRÜ DÜZEYİYLE İLİŞKİSİ**

Dr. Ulaş KORKMAZ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ahmet Rifat ŞAHİN

SAMSUN-2022

TEŞEKKÜR

Tez yazım sürecinde desteğini, yakınlığını ve hoşgörüsünü her zaman hissettiğim, farklı bakış açısıyla insana ve psikiyatriye dair önemli kavrayışlar edinmeme vesile olan değerli hocam Prof. Dr. Ahmet Rifat ŞAHİN'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca klinik ve akademik deneyimleri sayesinde ilerlediğim, kendilerinden çok şey öğrendiğim, desteklerini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Ömer BÖKE, Prof. Dr. Hatice ÖZYILDIZ GÜZ, Prof. Dr. Gökhan SARISOY, Doç. Dr. Aytül KARABEKİROĞLU ve Doç. Dr. Selçuk ÖZDİN'e,

Birlikte olmaktan her an keyif aldığım, geçmişe gururla ve geleceğe umutla bakmamı sağlayan sevgili asistan arkadaşlarıma,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım değerli psikiyatri kliniği hemşireleri, psikologları ve personellerine,

Nöroloji ve Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi rotasyonlarımda bilgisi ve deneyimleri ile eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

Mesleki gelişimimdeki başrollerden olan ve onlar için hep daha iyisini yapmak için uğraşacağım değerli hastalarıma,

Hayatım boyunca her zaman bana destek veren, her zaman yanımda olan sevgili annem Leyla KORKMAZ, babam Kamil KORKMAZ, kardeşim Deniz KORKMAZ ve tüm dostlarıma,

Sonsuz teşekkürler.

Ulaş KORKMAZ
Mart 2022, Samsun

BEYAN

“Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikoz Benzeri Yaşantıların Çocukluk Çağı Travmaları, Hastalık Şiddeti ve İęęörü Düzeyiyle İlişkisi” başlıklı tez ęalıřmasının kendi ęalıřmam olduğunu, başka bir ęalıřmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı bir davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez ęalıřmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tez ęalıřması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanılı bireylerle sağlıklı bireylerin psikoz benzeri yaşantılar (PBY) açısından karşılaştırılması, PBY'nin OKB hastalık şiddeti, içgörü düzeyi, çocukluk çağı travmalarıyla (ÇÇT), ilişkisini ve OKB ile PBY arasındaki ilişkiye etki eden faktörleri araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza DSM 5'e göre OKB tanısı almış 83 hasta ve 83 sağlıklı birey katılmıştır. Katılımcıların tümüyle klinik görüşme yapılmıştır. OKB grubuna sosyodemografik veri formu, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Toplumda Psikik Yaşantıları Değerlendirme Ölçeği (TPYÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ) uygulanmıştır. Sağlıklı kontrol grubuna sosyodemografik veri formu, TPYÖ ve ÇÇTÖ uygulanmıştır. PBY'nin değerlendirilmesinde için TPYÖ'nün pozitif boyutu kullanılmıştır. İçgörüde bozulma düzeyi YBOKÖ'nün 11. maddesine göre değerlendirilmiştir. OKB ve sağlıklı kontrol grubu sosyodemografik veriler, TPYÖ ve ÇÇTÖ puanları açısından karşılaştırılmıştır. OKB grubunda YBOKÖ, ÇÇTÖ, TPYÖ, HDDÖ ve HADÖ puanları arasında korelasyon analizleri yapılmıştır. OKB grubunda TPYÖ pozitif puanındaki değişimi öngörmek için aşamalı çoklu doğrusal regresyon analizi ve OKB hastalık şiddetiyle PBY arasındaki ilişkiye etki eden faktörleri değerlendirmek için aracılık ve düzenleyicilik analizleri yapılmıştır.

Bulgular: OKB ve sağlıklı kontrol grupları arasında sosyodemografik veriler açısından farklılık saptanmamıştır. TPYÖ'nün tüm boyutlarında ve tüm ÇÇT tiplerinde OKB grubu sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar almıştır. OKB grubunda %89,2 oranında, sağlıklı kontrol grubunda %24,1 oranında en az bir PBY saptanmıştır. TPYÖ pozitif boyutunun puanıyla YBOKÖ toplam, YBOKÖ 11. madde, HDDÖ, HADÖ, duygusal istismar, ÇÇTÖ toplam puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Yapılan aşamalı çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda YBOKÖ 11. madde, HDDÖ ve ÇÇTÖ puanlarının TPYÖ pozitif puanındaki değişimi öngördüğü tespit edilmiştir. Aracılık ve düzenleyicilik analizleri sonucunda OKB hastalık şiddetiyle PBY arasındaki ilişkiye içgörüde

bozulma düzeyinin aracılık ettiği, depresyon ve anksiyete düzeylerinin aracılık etmediği, ÇÇT'nin bu ilişkide düzenleyici bir etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları OKB tanılı bireylerde sağlıklı bireylere göre PBY'lerin ve ÇÇT'lerin daha fazla bulunduğunu, OKB tanılı bireylerde PBY'lerin OKB hastalık şiddetiyle, içgörüde bozulma düzeyiyle, ÇÇT şiddetiyle, depresyon ve anksiyete düzeyiyle pozitif yönde lineer bir ilişkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. OKB şiddetinin, PBY ile ilişkisinde doğrudan bir etkisinin olmadığı, içgörü düzeyinde bozulmanın bu ilişkiye aracılık ettiği sonucuna varılmıştır. PBY'nin OKB grubunda daha fazla olmak üzere sağlıklı bireylerde de görülebilmesi psikoz sürekliliği kavramına destek sağlamaktadır. Bulgular ayrıca duygusal istismar ile içgörü düzeyinin PBY için önemli faktörler olduğunu ortaya koymaktadır. OKB'de PBY'lerin ve ilişkili faktörlerin farkında olunmasının OKB ve psikoz fenomeniyle ilgili yeni kavrayışlar sağlayabileceğini ayrıca psikiyatride boyutsal yaklaşımın önemini vurgulamaktayız.

Anahtar Kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, psikoz benzeri yaşantılar, çocukluk çağı travmaları, içgörü

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to compare individuals diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder (OCD) and healthy individuals in terms of psychotic-like experiences (PLEs), to investigate the relationship between PLEs and OCD severity, level of insight, childhood traumas (CT), and the factors affecting the relationship between OCD and PLEs.

Material and Methods: 83 patients diagnosed with OCD according to DSM 5 and 83 healthy individuals participated in our study. All of the participants were clinically interviewed. Sociodemographic information form, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS), Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) and Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) were applied to the OCD group. Sociodemographic information form, CAPE and CTQ were applied to the healthy control group. The positive dimension of CAPE was used for the assessment of PLEs. The 11th item of YBOCS was used to evaluate the level of insight. OCD and healthy control groups were compared in terms of sociodemographic informations and the scores of CAPE and CTQ. In the OCD group, correlation analyzes were performed between the scores of YBOCS, CTQ, CAPE, HAM-D and HAM-A. In the OCD group, stepwise multiple linear regression analysis was performed to predict the variation of the scores of the positive dimension of CAPE and, mediation and moderation analyzes were performed to evaluate the factors affecting the relationship between OCD severity and PLEs.

Results: No difference was found between OCD and healthy control groups in terms of sociodemographic informations. The OCD group had higher scores than the healthy control group in all dimensions of CAPE and in all subscales of CTQ. The rate of those who reported at least one PLE was 89.2% in the OCD group and 24.1% in the healthy control group. A low-degree positive correlation was found between the score of the positive dimension of CAPE and the scores of YBOCS, the 11th item of YBOCS, HAM-D, HAM-A, emotional abuse and CTQ. As a result of the stepwise multiple linear regression analysis, the scores of the 11th item of YBOCS, HAM-D and CTQ significantly predicted the variation in the scores of the positive dimension of CAPE. As a result of mediation and moderation analyzes, it was found that the

relationship between OCD severity and PLEs was mediated poor insight, but the scores of depression and anxiety did not, and was not moderated by CT.

Discussion: The results of this study show that PLEs and CT are more common in individuals with OCD than in healthy individuals, and that PLEs in individuals with OCD positively correlate with OCD severity, poor insight, CT, depression and anxiety. It was concluded that OCD severity did not have a direct effect on its relationship with PLEs, and poor insight mediated the relationship. The fact that PLEs are more common in the OCD group, but also in healthy individuals, supports the concept of psychosis continuum. The results also shows that emotional abuse and the level of insight are important factors for PLEs. We emphasize that being aware of PLEs and PLEs-related factors in OCD can provide new understandings about the phenomenon of OCD and psychosis, as well as the importance of the dimensional approach in psychiatry.

Keywords: Obsessive compulsive disorder, psychotic-like experiences, childhood traumas, insight

KISALTMALAR DİZİNİ

- ÇÇT** : Çocukluk Çağı Travmaları
- ÇÇTÖ** : Çocuk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
- HADÖ** : Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği
- HDDÖ** : Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
- HPA** : Hipotalamo-pitüiter-adrenal
- OKB** : Obsesif Kompulsif Bozukluk
- PBY** : Psikoz Benzeri Yaşantılar
- TPYÖ** : Toplumda Psikik Yaşantıları Değerlendirme Ölçeği
- UBTG** : Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi
- YBOKÖ** : Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. OKB ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması	29
Tablo 2. OKB grubunun klinik özellikleri	30
Tablo 3. OKB ve kontrol grubunda TPYÖ boyutlarının kategorik açıdan karşılaştırılması .	31
Tablo 4. OKB ve kontrol grubunun TPYÖ puanları açıdan karşılaştırılması	32
Tablo 5. OKB ve kontrol grubunun ÇÇT açısından karşılaştırılması	33
Tablo 6. OKB grubunda klinik ölçeklerin ÇÇTÖ ve TPYÖ puanları ile ilişkisi	34
Tablo 7. OKB grubunda TPYÖ pozitif puanlarını öngörmek için yapılan çoklu regresyon analizi.....	36

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Psikoz süreklilik modeli	8
Şekil 2. Pedrero ve Debbané göre şiddetin sürekliliği boyunca olası psikoz fenotipinin yapısı	10
Şekil 3. OKB-PBY ilişkisinde ÇÇT'nin düzenleyicilik rolü.....	37
Şekil 4. OKB şiddetiyle PBY ilişkisinin aracılık modeli.....	38

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
BEYAN	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Çalışmanın amacı	2
1.2. Çalışmanın hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk	3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	3
2.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi	4
2.1.3. Klinik Özellikler	4
2.1.4. İçgörü	5
2.2. Psikoz Benzeri Yaşantılar	7
2.2.1. Tanım	7
2.2.2. Psikoz Benzeri Yaşantıların Etiyolojisi	11
2.2.3. Psikoz Benzeri Yaşantılar ve Diğer Psikopatolojilerin İlişkisi	13
2.2.4. Psikoz Benzeri Yaşantıların Epidemiyolojisi	14
2.2.5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikoz Benzeri Yaşantılar	16
2.3. Çocukluk Çağı Travmaları	19
2.3.1. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Çocukluk Çağı Travmaları	19
2.3.2. Psikoz Benzeri Yaşantılar ve Çocukluk Çağı Travmaları	19
3. YÖNTEM	22
3.1. Çalışma Deseni ve Katılımcılar	22
3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	22
3.1.2. Çalışmadan Dışlama Kriterleri	23
3.2. Veri Toplama Araçları	23
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	23
3.2.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)	23
3.2.3. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ)	24
3.2.4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)	24
3.2.5. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği	24

3.2.6. Toplumda Psikik Yaşantıları Değerlendirme Ölçeği.....	25
3.3. İstatistiksel Analiz.....	26
3.3.1. Örneklem Büyüklüğü.....	27
4. BULGULAR.....	28
4.1. OKB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	28
4.2. OKB Hastalarının Klinik Özellikleri	28
4.3. OKB ve Kontrol Grubunda TPYÖ Boyutlarının Kategorik Açısından Karşılaştırılması.	28
4.4. OKB ve Kontrol Grubunun TPYÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	31
4.5. OKB ve Kontrol Grubunun ÇÇT Açısından Karşılaştırılması	33
4.6. OKB Grubunda Klinik Ölçeklerin ÇÇTÖ ve TPYÖ puanları ile İlişkisi	33
4.7. Regresyon Analizleri	35
4.8. Aracılık ve Düzenleyicilik Analizleri	36
5. TARTIŞMA.....	39
5.1. OKB ve Psikoz Benzeri Yaşantıların İlişkisi.....	39
5.2. Sağlıklı Bireylerde Psikoz Benzeri Yaşantılar	41
5.3. OKB ve Çocukluk Çağı Travmalarının İlişkisi.....	42
5.4. Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Psikoz Benzeri Yaşantıların İlişkisi	44
5.5. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikoz Benzeri Yaşantıların İlişkisi.....	45
5.6. Çalışmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
7. KAYNAKLAR	48
EK 1: ETİK KURUL ONAYI.....	64
EK 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	65
EK 3: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU.....	68
EK 4: HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ.....	69
EK 5: HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ.....	70
EK 6: ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEĞİ	71
EK 7: YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ	72
EK 8: TOPLUMDA PSİŞİK YAŞANTILARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	73
EK 9: TURNITIN ORİJİNALLİK RAPORU.....	76

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) girici (intruziv) nitelikte olan ve kişide bunaltıya neden olan obsesyonlar ile kişinin yapmaya engel olamadığı tekrarlayıcı davranış veya zihinsel eylemler olan kompulsiyonların bulunduğu, kişinin işlevselliğinde azalmaya sebep olan önemli bir ruhsal hastalıktır (1).

Psikoz, gerçeği değerlendirmenin bozulmasıdır. Psikoz genellikle sanrılar, varsanılar ve içgörü düzeyiyle tanımlanır ancak psikoz fenotipi sadece sanrılar ve varsanıların oluşturduğu pozitif semptomatolojide değil, negatif ve afektif alanlarda da varyasyonlar içermektedir (2). Sanrılar, kesin bir şekilde çelişen kanıtlar karşısında bile kararlı bir şekilde sürdürülen inançlardır. Varsanılar, yani bir duyum kaynağının yokluğunda algılanan duyumlar, kişinin bu deneyimin doğasını tanıyamadığında bozulmuş bir gerçekliği oluşturmaktadır (3). İçgörü kişinin hastalığı olduğunun değişik derecelere kadar kabulü olarak tanımlanmaktadır (4). Obsesyonlar ve sanrılarının inanç derecesi açısından farklılaştığı öne sürülmektedir (5).

Son zamanlarda psikoz sürekliliği kavramı literatüre girmiştir (6). Psikoz sürekliliği kavramı psikotik yaşantıların genel toplumda niceliksel olarak farklılaştığı ve bir dağılıma sahip olduğu görüşünü yansıtır (7). Klinik bir bozukluk düzeyine ulaşmayan bu psikotik deneyimler psikoz benzeri yaşantılar (PBY) olarak adlandırılır. Hem sağlıklı popülasyonda hem de psikotik bozukluklar dışındaki ruhsal hastalıklarda PBY bildiren çalışmalar mevcuttur (8, 9). PBY işlev kaybına neden olması ve daha sonra psikotik bir bozukluk geliştirme riski açısından önemli bir fenomendir (10, 11).

Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) birçok ruhsal hastalığın merkezinde yer alır (12). ÇÇT hem PBY hem de OKB ile güçlü ilişkilere sahiptir (13, 14).

Psikotik bozukluklarda obsesif kompulsif belirtiler ve OKB sık araştırılan bir konudur. Ancak OKB’de psikotik belirtileri araştıran çalışmalar literatürde nispeten az yer bulmuştur (15-17). Yapılan bir çalışmada OKB’de PBY bulunduğu ve OKB ve PBY arasındaki ilişkide durumsal anksiyetenin düzenleyici bir etkisinin olduğu saptanmıştır (17). OKB’de görülen PBY’ye ÇÇT’nin etkisi ise daha önce araştırılmayan bir konudur. OKB’de PBY’lerin ve ilişkili faktörlerin incelenmesi hastalığın etiolojisi, hastalık şiddetinin tespiti ve hastalığın fenomenolojisi hakkında ek bilgiler sağlayabilir.

1.1. Çalışmanın amacı

Bu çalışmada OKB tanılı bireylerde psikoz benzeri yaşantıların sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve psikoz benzeri yaşantıların çocukluk çağı travmaları, OKB hastalık şiddeti ve içgörüyü ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Çalışmanın hipotezleri

- 1) OKB tanılı bireylerde sağlıklı kontrollere göre psikoz benzeri yaşantılar ve çocukluk çağı travmaları daha fazladır.
- 2) Psikoz benzeri yaşantılarla OKB hastalık şiddeti, çocukluk çağı travmaları ve içgörüde azalma düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- 3) Psikoz benzeri yaşantılarla OKB hastalık şiddeti arasındaki ilişkiye depresyon, anksiyete, içgörüde bozulma düzeyi ve çocukluk çağı travmalarının etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Obsesyon zorla ve istenmeden gelen, bunalıya neden olan, aldırılmamaya, bastırılmaya veya yüksüzleştirilmeye çalışılan, tekrarlayıcı ve sürekli düşünce, dürtü veya imge anlamına gelmektedir. Kompulsiyon ise obsesyonlara tepki olarak ortaya çıkan veya kişinin katı kurallara göre yapmaya zorlanmış hissettiği, kendini yapmaktan alıkoyamadığı davranışlar ya da zihinsel edimlerdir. Yaşanan bunalıdan kurtulmak veya korkulan bir olaydan sakınmak amacıyla yapılan kompulsiyonlar genellikle amaçlanan durumlarla gerçekçi şekilde ilişkili değildir veya ilişkili olsalar bile aşırılık söz konusudur. OKB obsesyon ve/veya kompulsiyonların bulunduğu ruhsal bir bozukluktur. Bozukluk tanımı için obsesyon veya kompulsiyonların zaman kaybına yol açması, kişi için sıkıntı yaratması ve işlevsellikte azalmaya yol açması gerekir. Ayrıca OKB tanısı konurken obsesyonlar ve kompulsiyonların bir maddenin, sağlık durumunun etkisiyle oluşmaması veya başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaması gerekli koşuldur (1). Takıntılı düşünceler ve zorlayıcı dürtüler veya eylemler sağlıklı bireylerde de kendisini gösterse de bunlar kişi için sıkıntı yarattığında OKB tanısı konur (18-20).

OKB genellikle geç ergenlik/erken erişkinlik döneminde başlamaktadır (19, 21, 22). Tedavi edilmediği durumlarda kronisite kazanan bir bozukluktur (23-25). OKB ciddi anlamda tüm işlevsellik alanlarında bozulmaya sebep olur (26) ve engelliliğin önemli sebeplerinden biridir (27). OKB şiddeti ne kadar fazlaysa işlevsellik kaybı ve yaşam kalitesinde bozulma da o kadar fazladır (19, 28-31). Ayrıca topluma maliyeti yüksek olan önemli hastalıklardan biridir (32).

Fransız yazarlar, 1900'lerin başında OKB'yi tanımlarken bozukluğun altında yatan şüphe ve kararsızlığa vurgu yapmışlardır. Esquirol 1938'de bozukluğu "iradeyle bastırılmayan, karşı konulamaz, içgüdüsel bir aktivite" olarak tanımlayıp ilk defa obsesyon terimini kullanmıştır (33). Yirminci yüzyılın büyük bölümünde OKB'nin kavramsallaştırılmasında psikanalitik ekolün rolü vardı. Psikanalitik kurama göre OKB belirtileri psikoseksüel gelişimin erken aşamalarında oluşan çözülmemiş çatışmalara verilen tepkilerdi. Sonrasında bilişsel, davranışsal ve biyolojik kavramsallaştırma ve tedaviler daha ön plana çıkmıştır (34, 35).

Obsesif kompulsif yaşantılar resmi şekilde ilk defa DSM-I'de ruhsal bir reaksiyon olarak yer almıştır (36). Obsesif kompulsif belirtilerin güncel fenomenolojik bakış açısına en yakın tanımlaması ilk defa DSM-III'te yapılmıştır (37). OKB DSM 5'te, DSM IV' te bulunduğu anksiyete bozuklukları kategorisinden çıkarılıp OKB ve ilişkili bozukluklar kategorisine alınmıştır (1).

2.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi

OKB'nin toplumdaki yaygınlığı %0,3-3,3 arasındadır (19, 26, 38-41). OKB'nin ülkemizde yapılan farklı yaygınlık çalışmalarında; 1998 yılında yürütülen Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması sonuçlarına göre 6 aylık prevalansının %1,5 (42), Konya'da 18 yaş üstü bireylerdeki yıllık prevalansının %3 (43), Sivas'ta 65 yaş ve üstü bireylerdeki nokta prevalansının %3,2 (44) olduğu saptanmıştır. OKB tanısı daha genç yaş, daha düşük gelir ve çocukluk çağı travmalarıyla ilişkilendirilmiştir (38).

OKB majör depresif bozukluk, özgül fobiler, sosyal fobi, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, beden dismorfik bozukluğu, psikotik bozukluklar ve yaygın anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, bipolar bozukluk, alkol ve madde kötüye kullanımı tanılarıyla sık birliktelik göstermektedir (21, 38). Ayrıca OKB hastalarında son bir aydaki suisid düşüncesi %6,4 oranında, yaşam boyu intihar girişimi öyküsü %9 oranında bildirilmiştir (21).

2.1.3. Klinik Özellikler

Obsesyonlar 1975 yılında ilk defa yapılan fenomenolojik analizinde biçim (düşünce, kuşku, imge, korku, dürtü) ve içerik (saldırganlık, kir ve bulaşma, cansız temalar, cinsellik, dini) olarak ayrılmıştır (45). Goodman ve ark. (46) OKB şiddetini ölçmek için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğini (YBOKÖ) geliştirdiklerinde 8 obsesyon (saldırganlık, kirlenme, cinsel, istifleme/saklama, dini, simetri/düzen, somatik, diğer obsesyonlar) ve 7 kompulsiyon (yıkama/temizleme, kontrol, tekrarlama, sayma, sıralama/düzenleme, istifleme/toplama, diğer kompulsiyonlar) teması oluşturmuşlardır. OKB belirtileri günümüzde sıklıkla bu ölçekle değerlendirilmektedir.

OKB'nin çekirdek belirtileri olan obsesyon ve kompulsiyonlar sıklıkla bir arada görülmekle birlikte (47) tanı koymak için sadece obsesyonların ya da kompulsiyonların olması yeterlidir (18). Ayrıca önceden daha çok davranışlar olarak bilinen kompulsiyonlar zihinsel nitelikte olabilmektedir (47). Shavitt ve ark. (47)

tarafından 2014 yılında yapılan bir araştırmada 1001 hastanın %56,7'sinin zihinsel kompulsiyonlarının olduğu, hastaların %99'unun hem obsesyon hem kompulsiyonlarının olduğu, diğer %1'inin obsesyon ya da kompulsiyonlarının olduğu bulunmuştur.

ABD'de 2010 yılında yapılan Ulusal Komorbidite Anketinde OKB tanısı almış bireylerde kontrol kompulsiyonları %79,3, istifleme obsesyon ve kompulsiyonları %62,3, düzen obsesyonu ve sıralama kompulsiyonları %57, cinsel/dini obsesyon ve kompulsiyonlar %30,2, kirlenme obsesyonu ve temizlik kompulsiyonu %25,7, saldırganlık obsesyonu %24,2 oranında saptanmıştır (19).

OKB fenomenolojisi oldukça heterojendir (48-50). En tutarlı faktör analizleri dört veya beş boyutlu olanlardır (48). YBOKÖ semptom kontrol listesindeki 13 ana semptom kategorisiyle 1994 yılında yapılan ilk faktör analizi çalışmasında simetri/istifleme, temizlik/kirlenme ve saf takıntılar şeklinde 3 faktör tanımlanmıştır (51). Leckman (52) 1997 yılında takıntılar ve kontrol, simetri ve düzen, temizlik ve yıkama, istifleme şeklinde 4 faktör tanımlamıştır. Summerfeldt (53) 1999 yılında bu faktörlere katkı sağlamıştır. Simetri/düzenleme, istifleme, temizlik/bulaşma, saldırgan/kontrol ve dini/cinsel boyutlar şeklinde 5 faktörlü yapılar da tanımlanmıştır (54).

Bloch ve ark. (55) tarafından 2008 yılında yapılan bir çalışmada, YBOKÖ belirti listesi ile yapılan 21 faktör analizi çalışmasının değerlendirilmesi sonucunda semptom boyutlarının simetri (simetri obsesyonları, sayma, tekrarlama), yasaklanmış düşünceler (dini, cinsel, saldırganlık, somatik obsesyonlar, kontrol kompulsiyonları), temizleme (temizleme ve bulaş) ve istifleme şeklinde 4 faktör yapısı tanımlanmıştır.

Günümüze kadar OKB'nin başladığı yaşa (56, 57), tiklerin var olup olmamasına (58), semptom boyutlarına (48, 59, 60) ve tedavi yanıtına (61) göre çeşitli alt tipler önerilmiştir.

2.1.4. İçgörü

Psikiyatri pratiğinde içgörü kavramı hastanın hastalığıyla ilgili olarak gösterdiği tutum ve anlayışı ifade etmek için kullanılmaktadır (62). Boyutsal olarak kişinin ruhsal bir hastalığı olduğunun kabulü ve olağandışı yaşantılarının patolojik olduğunun kabulü olarak kavramsallaştırılabilir. Tedaviye uyumla da içgörü kavramının yakın bir ilişkisi vardır (4, 63).

Yirminci yüzyılın başlarında OKB bir nevroz olarak kabul edilmesine karşın Pierre Janet hastaların %7,7'sinde psikotik belirtilerin geliştiğini, Sigmund Freud ise bir obsesif nevroz vakasının zamanla psikotik belirtiler geliştirdiğini paylaşmıştır (64). Daha önceleri OKB'de hastalığın tanımı gereği yaşantıların egodistonik ve normal dışı kabul edilmesi gerekliliği olduğu düşünülse de bu kuralla uyuşmayan gözlemlerin olması OKB'de içgörü kavramının yeniden değerlendirilmesini sağlamış ve obsesif kompulsif düşüncelerin içgörünün olup olmaması şeklinde dikotomik bir ayrımının yapılamayacağı ve bu inançların bir sürekliliği olduğu savunulmuştur. Böylelikle egodistoni fikri değişmiş, obsesyon, aşırı değer verilmiş düşünceler ve sanrıların bir spektrum içerisinde yer alabileceği ifade edilmiştir (5, 65).

Shavitt ve ark. (47) çalışmasında katılımcıların yaklaşık %31'inin mükemmel içgörüyü, %25'inin iyi içgörüyü, %26'sının orta derecede içgörüyü, %11'inin kötü içgörüyü sahip olduğu, %3'ünün içgörüsünün olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmada daha zayıf içgörüyü daha erken başlangıç yaşı, daha uzun hastalık süresi ve daha yüksek hastalık şiddetiyle ilişki saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda OKB hastalarının bir kısmının kompulsiyonları yapmadıkları takdirde korktukları durumun gerçekleşmeyeceğini düşündükleri, bir kısmının sonucun gerçekleşeceğinden kesin emin oldukları göz önüne alınması DSM IV'te içgörüsü az olan OKB kavramının eklenmesini gerekli kılmıştır(66). DSM 5'te de içgörü düzeyi iyi, kötü ve yok (sanrısız) olarak sınıflandırılmıştır (1). Spektrumun bir ucunda içgörünün tam olduğu hastalar, diğer ucunda psikotik hastalar yer almaktadır (67).

OKB'de içgörünün önemi hem hastalık şiddeti hem de tedaviyle ilişkisinin bir sonucu olarak gündeme gelmektedir. OKB şiddetiyle zayıf içgörü arasında pozitif yönde bir ilişki vardır (19) ve OKB şiddetinde azalmayla içgöründe düzelme sağlanabilmektedir (68). Zayıf içgörü uzun hastalık süresiyle (47), tedaviye zayıf yanıtla ilişkilidir (69, 70) ve bu durumda sıklıkla antipsikotik ilaçlarla güçlendirmeye ihtiyaç duyulmaktadır (71).

Zayıf içgörü ayrıca daha erken başlangıç yaşı, daha fazla semptom, daha yüksek oranda komorbidite ile ilişkilendirilmiştir (69). İçgörüsü zayıf olan hastaların daha düşük eğitim seviyesine, daha fazla depresif semptom ve şizotipal kişilik özelliklerine sahip olduğu bildirilmiştir (72). Ayrıca zayıf içgörü hastalığın kronikleşmesi açısından

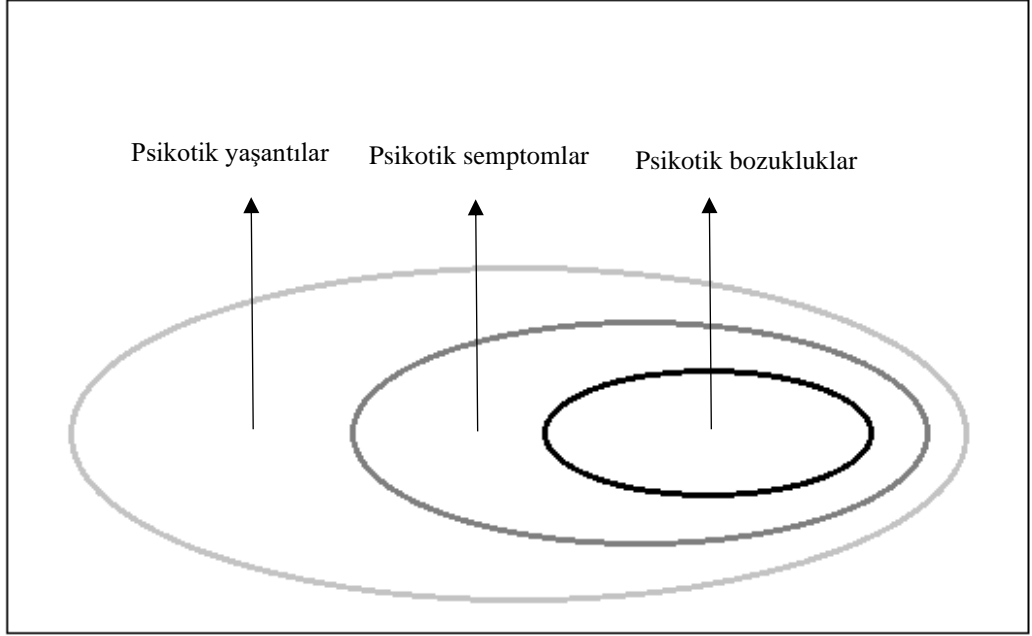
risk oluşturmaktadır. Zayıf içgörüye sahip bireylerde daha yüksek YBOKÖ puanları, kronik bir seyir, ailelerinde daha fazla OKB öyküsü saptanmıştır. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ile ise negatif bir ilişki bulunmuştur. Bu negatif ilişki, premorbid obsesif kompulsif kişiliğin, OKB geliştiğinde içgörü kaybını önleyen koruyucu bir faktör olmasıyla açıklanmıştır (67). Ayrıca içgörü düzeyi düşük hastalarda psikotik bozukluk görülme olasılığının daha sık olduğu bildirilmiştir (71). Zayıf içgörülü OKB'nin hastalığın daha ağır bir formu olduğu düşünülmektedir (73).

2.2. Psikoz Benzeri Yaşantılar

2.2.1. Tanım

Rose ve Barker (74) 1978 yılında hastalıkların dikotomik olmaktan ziyade bir süreklilik halinde var olduğunu iddia etmiştir. Strauss (75) tarafından 1969 yılında klinik örneklerdeki psikotik yaşantıları işlevselliğin sürekliliği üzerindeki düzeyler olarak formülize etmenin daha doğru ve yararlı olduğu düşünülmüştür. Strauss, bu sürekliliğin parametreleri için; hastanın tuhaf olan yaşantıya inanma derecesi, yaşantının mantıksızlık derecesi, bu yaşantıyla ilgili harcanan zaman ve kültürel belirleyicilerin etkisini önermiştir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar psikotik semptomların sadece şizofreni spektrum bozukluklarında değil klinik olmayan örneklemlerde de mevcut olduğunu göstermektedir ve psikotik fenomenlerin bir süreklilik boyunca ortaya çıkan varyasyonlar olduğu düşünülmektedir (Şekil 1) (6, 76, 77).



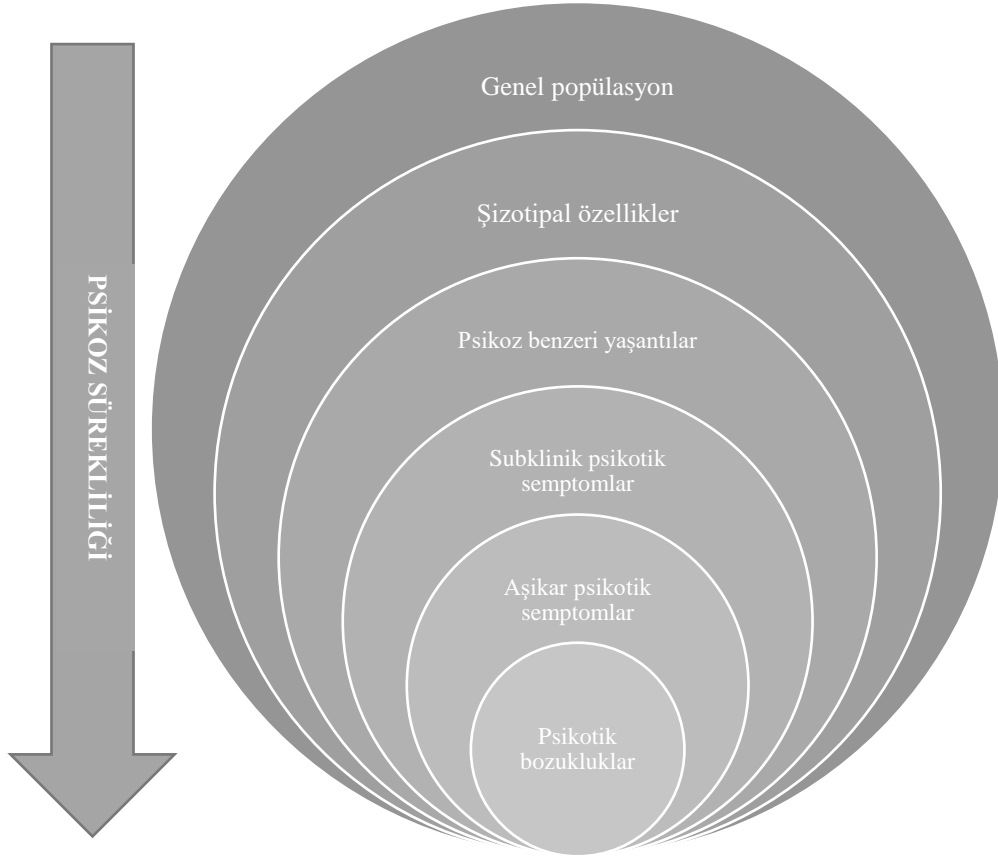
Şekil 1. Psikoz süreklilik modeli

Varsanların medikal bir yardım ihtiyacı olmadan da sağlıklı bireylerde görülebildiği gösterilmiştir (78). Varsanlarla ilgili yapılan bir çalışmada sağlıklı kontrol ve hasta grubu arasındaki varsanı deneyimlerinin algısal fenomenler, sesin nereden geldiği, başlangıç yaşı ve süresi açısından farkı bulunmazken varsanı deneyimlerindeki farklılığın varsanı içeriğinin duygusal değeri, sıklığı ve bu deneyim üzerindeki kontrol olduğu bulunmuştur (79). 375 sağlıklı bireyle 1983 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık %40'ının kendi düşüncelerini yüksek sesle işittiklerini belirttikleri, %71'inin ise ara sıra uykuya ilişkisiz varsanı deneyimleri yaşadığını belirttikleri bildirilmiştir (80). 1992'de 586 öğrenciyle yapılan bir çalışmada psikopatolojiyle ilişkisiz şekilde katılımcıların %20'sinin ayda en azından bir kez varsanı bildirdikleri rapor edilmiştir (81). Daha yakın tarihli bir çalışmada sağlıklı popülasyonda %10-15 oranında işitsel varsanların olabileceği bildirilmiştir (82). Şizofreni, dissosiyatif bozukluk ve klinik olmayan üç grubun varsanı deneyimleri açısından karşılaştırıldıkları bir çalışmada varsanların üç grupta da biçimsel olarak farklı olmadığı, çoğu katılımcının işitsel varsanların başlamasından önce travmatik bir olay yaşadığı, farkın duyulan seslerin içeriğinde ve kontrol odağında olduğu tespit edilmiştir (83).

Toplumdaki sanrısız deneyimlerin deęerlendirildięi bir arařtırmada, normal popülasyonda %5-70 aralıęında deęiřen bildirimler sanrısız dūřuncenin sūreklilik gōsteren bir fenomen olduęunu dūřündürmūřtūr (84).

Bir yardım arayıřına neden olup olmamasından, psikiyatrik bir bozukluęun parçası olup olmamasından ve ne kadar sıklıkta yařandığından baęımsız olarak tūm sanrısız dūřünceler ve varsanı deneyimleri psikotik yařantı olarak tanımlanabilir. Bir yardım arayıřına neden olan ve psikiyatrik bir bozuklukla iliřkili olabilecek psikotik yařantılar ise psikotik belirtiler olarak tanımlanmaktadır (85). Genel popülasyonda da psikotik yařantıların bulunuşunun farklı řiddet ve sūreęenlik dūzeylerine sahip bir sūreklilięi karakterize ediyor olabileceęi gōrūřü ortaya atılmıřtır (86). Bu baęlamda psikotik belirtilerin niceliksel olarak artan řekilde tūm toplumda gōrūlmesi psikoz sūreklilięi kavramının doęmasına yol aęmıřtır (87). Bu sūreklilik psikozun eřik altı dūzeylerinden klinik anlamda bir psikotik bozukluęa kadar tūm dūzeyleri ięeren bir spektrumunu ifade etmektedir (88). En uętaki psikotik bozukluk noktasına kadar olan fenomenler ięin PBY, eřik altı/subklinik psikotik belirtiler, psikoza yatkınlık, řizotipi gibi kavramlar kullanılmaktadır (89, 90). Bu eřik altı belirtiler sesler duyma, řūphecilik, alınganlıık gibi pozitif belirtileri ięermektedir (88, 91).

Pedrero ve Debbané (92) psikoz sūreklilięi ięin birbirini kapsayacak semptomlardan oluşan bir yapı tarif etmişlerdir. Bir uęta psikotik bozukluklar, diğer uęta normal popülasyon yer almaktadır. Sırasıyla şizotipal özellikler, PBY, subklinik psikotik belirtiler, ařikār psikotik belirtiler bu yapıda yer almaktadır (şekil 2).



Şekil 2. Pedrero ve Debbané göre şiddetin sürekliliği boyunca olası psikoz fenotipinin yapısı

PBY görünürdeki ciddiyetlerine bakılmaksızın algısal anormallikler, sanrısız veya büyüsel düşünceler gibi birtakım psikotik belirtilerin klinik düzeye ulaşmayan, eşik altı şekli olarak tanımlanmaktadır (93, 94). PBY, subklinik psikotik belirtiler, psikoza yatkınlık, şizotipi sıklıkla birbirinin yerine kullanılsa da (89, 90), PBY'nin genellikle geçici olduğuna, şizotipal özelliklerin zaman içindeki sabitliğine dikkat çekilmiştir. Yine de sınırın tam olarak çizilemediği düşünülebilir (92). Psikotik yaşantılar kişilik özellikleriyle birleştiğinde şizotipi veya psikoza yatkınlıktan söz edilmektedir (7). Sanrı benzeri düşünce ve algısal çarpıtmalar da klinik psikotik semptomlardan şiddet, sıklık ve inanç derecesi gibi parametrelerle ayırt edilirler (95). Ancak bazı durumlarda subklinik psikotik belirtilerin ayrımı zor olabilmektedir (88).

Sıklıkla herhangi bir hastalığın belirtisi olmadan ve tedavi gerektirmeden normal popülasyonda görülen PBY bazı toplumlarda kültürel bağlamda normal olarak karşılanabilir. Yung ve ark. (93) PBY'nin nörogelişimsel ve psikoz riskiyle birlikte

olan, psikotik olmayan bozukluklarda gözlemlenen ve normal popülasyonda gözlenen üç boyutu olduğunu öne sürmüştür.

Şimdiye kadar psikotik bozuklukları sağlıklılıktan ayıran sınırın işlevsellik tarafından belirlendiği ve yapay şekilde oluşturulduğu düşüncesi güçlü destekler sağlamıştır. Herhangi bir eşik altı belirtinin önemsiz olmadığı çünkü sosyal işlev kaybıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (10). Eşikaltı ve klinik psikoz ifadelerinin sürekliliğinin kategorileri arasında psikotik yaşantıların psikotik bozukluklara özgü olmayıp sadece niceliksel olarak farklılaştığı fikrine atıfta bulunan fenomenolojik süreklilik, zaman içinde kalıcılığa vurgu yapan zamansal süreklilik, psikotik yaşantıların popülasyondaki dağılımıyla ilgili olan yapısal süreklilik bulunmaktadır (7).

2.2.2. Psikoz Benzeri Yaşantıların Etiyolojisi

Psikotik bozukluğa sahip hastalarla subklinik psikotik semptomlar bildiren sağlıklı kişilerin klinik olarak benzerlikler göstermesi, bu iki grup arasında sosyodemografik benzerlikler, benzer risk faktörlerinin bulunuşu ve aile çalışmaları subklinik semptomlardan klinik olarak anlamlı semptomlara kadar etiyolojik bir sürekliliği de destekleyen kanıtlar sağlamıştır (88). Örneğin subklinik sanrı deneyimleri şizofreniyle genç yaş, işsizlik ve göçmen olma, erkek cinsiyeti gibi birçok sosyodemografik özelliği paylaşmaktadır (96-98).

Pozitif psikoz yolağı ventral tegmental alandan nucleus accumbens ve limbik kortekse projekte olan dopamin nöronlarındaki hiperaktivite olarak anlaşılır ve pozitif psikotik belirtilere neden olmaktadır (99, 100). Dopaminerjik hiperaktivite endojen duyarlılaşmanın bir sonucu olarak da kavramsallaştırılabilir (99). Bu duyarlılık çevresel koşullara maruz kalma sonucu ortaya çıkabilir (101). Perinatal travma, uyuşturucu madde kullanımı, ÇÇT gibi risk faktörleri bu duyarlılığa katkı sağlayabilir (102).

Toplum örneklemelerinde PBY ile ilgili araştırmalar beyin yapısı, işlevi ve nörobilişsel kusurlarla ilgili şizofreniye benzer bulgular ortaya koymuştur. İnflamasyonun ve nörobilişsel eksikliklerden özellikle işlem hızı yavaşlamasının sonraki psikotik yaşantıları öngörebileceği belirtilmiştir (103).

PBY bildiren ergenlerde sözel olmayan çalışma belleği, işlem hızı (104), duygu tanıma (105), yetişkinlerde ise sözel akıcılık ve çalışma belleği (106) görevlerinde performans düşüklüğü bildirilmiştir.

Kannabis kullanımının PBY’de artışa neden olduğu bulunmuştur (107). ÇÇT’nin PBY üzerindeki etkisine esrar kullanımı ve bilişsel yanlılıkların aracılık ettiği bildirilmiştir (108).

Stres paranoid düşüncelere neden olabilmektedir (109). Stres verici deneyimler psikotik yaşantıları ve eşik altı psikotik belirtileri artırabilmektedir (110, 111).

Sosyal-bilişsel alandaki çalışmalar kendilik kavramının netliğinde azalma, anormal dikkat ile PBY ilişkisine vurgu yapmıştır (112-114). Travmatik deneyimler ile PBY arasındaki ilişkiye kaygılı ve kaçınan bağlanma stillerinin ve bilişsel yanlılıkların aracılık ettiği düşünülmektedir (115, 116). Bozulmuş önem atfetmenin (aberrant salience) psikotik bozukluklardan başka PBY’de de saptandığı gösterilmiştir (117). Yine psikoz için önemli araçılardan birisi olan psikolojik dayanıklılık düzeyinin düşüklüğü PBY’de de önemli bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır (118).

Şizofreniyle PBY için benzer nörobiyolojik bulgular arasında; medial temporal lobda belirgin olmak üzere gri madde hacminde azalma (119), fonksiyonel manyetik rezonans görüntülemeler sonucu yürütücü işlev devrelerinde hipoaktivite görülmesi ve tehdit edici uyarılara karşı amigdala hiperaktivitesi görülmesi (120), dorsal striatum ile prefrontal korteks ve motor korteksler arasındaki işlevsel bağlantıların azalması (121), ödül işleme devresindeki prefrontal ve striatal işlev değişiklikleri (122), başarısız inhibisyon görevi sırasında dorsolateral prefrontal korteks hipoaktivitesi, nötr yüzlerin işlenmesi esnasında hipokampus ve amigdalada aktivite artışı (123), limbik bölge perfüzyonunun PBY inanç sayısı ve sıkıntı düzeyiyle pozitif korele olması (124, 125), pozitif belirti skorlarıyla singulo-operküler ağ ve görsel korteks arasındaki pozitif yönlü ilişki, serebellar ağ ile posterior parietal korteks ve dorsal premotor arasındaki negatif yönlü ilişki olması (126) bildirilmiştir.

Tüm bu bulgular ışığında DSM’deki son değişikliklerde psikoz sürekliliği vurgulanmış ancak psikoz sürekliliği hakkında yeterli veri birikmediği ve üzerinde uzlaşılmış bir tanı kategorisi oluşmadığından, “zayıf (atenuated) psikoz sendromu” ileri araştırmalar için DSM’ye dahil edilmiştir. Zayıf psikoz sendromu şizofreni A tanı kriterindeki ilk 3 belirtinin hafif formda olması şeklinde tanımlanmıştır (1).

2.2.3. Psikoz Benzeri Yaşantılar ve Diğer Psikopatolojilerin İlişkisi

PBY birçok psikopatoloji için önemli ve işlevsellikte kötüleşmeyle ilişkili olan ancak yeterince tanınmayan fenomenlerdir (127, 128). PBY anksiyete bozuklukları (129) ve depresyon (130) dahil olmak üzere bir dizi başka psikiyatrik bozuklukta da ortaya çıkar. Van Os ve ark. (131) hem sağlıklı kontrol, hem anksiyete/depresyon hem de psikotik bozukluk hastaları arasındaki fenotipik farklılıkların, psikozun çekirdek semptomları için niceliksel olarak değiştiğini ifade etmişlerdir. Transdiagnostik bir fenomen olarak PBY, bu yaşantılara sahip bireylerin çoğunda hastalık şiddeti ve tedavi yanıtınlığını yordamaktadır (132).

Şizofreni, anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozukluğu tanılı 762 hasta ve 647 sağlıklı bireyin karşılaştırıldıkları bir çalışmada, psikozun negatif ve depresyon boyutları ve PBY açısından herhangi bir hasta grubu kontrol grubundan daha fazla puanlar elde etmiştir. Bu bulgu diğer ruhsal hastalıklarda da PBY olabileceğine dair kanıtlar sunmuştur (2). Depresif bozukluk veya OKB'yi de içinde tutarak herhangi bir anksiyete bozukluğuna sahip olmanın sanrı benzeri deneyim belirtilmesi açısından önem arz ettiği, depresyon şiddeti arttıkça daha çok sanrı benzeri deneyim yaşantısı olduğu saptanmıştır (133). Sonuçta PBY'nin daha geniş bir ruhsal bozukluk spektrumunun spesifik olmayan bir yansımasını temsil ettiği düşünülmüştür (9).

Depresyon veya anksiyete bozukluğuna sahip kişilerde %27 oranında psikotik yaşantı saptanırken, olmayanlarda bu oran %14 bulunmuştur (134). Uzunlamasına çalışmalarda OKB, panik bozukluğu, distimi, bipolar bozukluk, özgül fobi, sosyal fobi gibi tanıların öncesinde şizotipal belirtiler saptanmıştır (135).

Bir ruhsal hastalığa sahip olmasa dahi sağlıklı popülasyonda yaşanan spesifik olmayan anksiyete düzeyiyle sanrı benzeri deneyimler arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (136). Aile öyküsünde herhangi bir ruhsal hastalığın bulunması da sanrı benzeri deneyimlerde artışla ilişkilidir (137). PBY bildiren katılımcıların eş zamanlı intihar düşüncesi ve intihar girişimi bildirme olasılıkları da daha fazladır (138).

PBY'nin özellikle psikotik bozukluk geliştirme açısından yatkınlaştırıcı rolü önemlidir. PBY ergenlik ve erken erişkinlik döneminde daha sık gözlenir. Özellikle bu çağlarda pik yapıp daha sonra azalma eğilimindedir (88). Geçici olma özelliğinden dolayı genellikle psikoz için klinik eşiği aşmadıkları düşünülmekle birlikte etiyolojik olarak psikoz sürekliliği boyunca var olan semptomlarla ortak risk faktörlerine sahiptir

(6). Eşik altı psikotik yaşantıların çoğu geçici olsa bile çocukluk döneminde eşik altı psikotik yaşantıları olanların ileride şizofreni, travma sonrası stres bozukluğu tanıları ve intihar riski açısından daha riskli olduğu saptanmıştır (139). 761 çocuğun 11 ve 26 yaşlarında değerlendirildiği bir çalışmada, 26 yaşında şizofreniform bozukluk tanısı alanların (n=25) %48'inin 11 yaşında psikotik yaşantılar bildirdikleri, 11 yaşında psikotik yaşantı bildirenlerin (n=107) %11,2'sinin ise 26 yaşına kadar şizofreniform bozukluk geliştirdiği gösterilmiştir. Bu oran psikotik yaşantı bildirmeyen çocuklarda (n=654) %2 olarak saptanmıştır (140). Subklinik psikozun geçici olmadığı süre ne kadar uzunsa psikotik bir bozukluk geliştirme riski de o kadar artmaktadır (141). Yapılan bir metaanalizde eşik altı psikotik deneyim bildiren katılımcıların yıllık klinik psikoza dönüşme riski %0,56, PBY bildirmeyenlerin %0,16 saptanmıştır (142).

Psikotik yaşantılar, eşlik eden başka bozukluklardan bağımsız olarak işlevselliği kötü etkilemektedir (143). Klinik olmayan gruplarda da daha kötü işlevsellik, daha kötü genel sağlık, depresif duygudurum ve daha yüksek psikoz geliştirme ihtimali vardır (144).

2.2.4. Psikoz Benzeri Yaşantıların Epidemiyolojisi

Toplumda saptanan PBY sıklığı kullanılan enstrümana göre farklılık göstermektedir. Toplumdaki yaygınlık oranları, farklı ölçüm araçlarının kullanıldığı çalışmalarda %7,2-75 oranındadır. PBY ölçümü için sıklıkla UBTG pozitif psikoz semptomları, Launay-Slade halüsinasyon ölçeği, Peters sanrı envanteri, toplumda psişik yaşantıları değerlendirme ölçeğinin (TPYÖ) pozitif alt boyutu kullanılmaktadır. Bazı çalışmalarda TPYÖ'nün negatif ve depresif boyutlarının da hesaba katılması yaygınlık oranları arasındaki geniş farkın nedenlerinden birisidir (7, 8, 94, 141).

ABD Ulusal Komorbidite Anketinde klinisyen tarafından konulan psikotik bozukluk oranı %0,7 olmasına rağmen herhangi bir psikoz tarama sorusuna olumlu yanıt veren bireylerin oranı %28,4 olarak saptanmıştır (145).

Hollanda'da 2000 yılında 7076 bireyle, Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (UBTG) ile yapılan bir epidemiyolojik çalışmada klinik olarak anlamlı olmayan sanrılar ve varsanılar oranları sırasıyla %8,7 ve %6,2 bulunmuştur. Buna karşılık herhangi bir UBTG tanısı (Duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı, afektif olmayan psikotik bozukluklar) alan kişilerde herhangi bir sanrı veya varsanı oranı %27,6 bulunmuştur.

Tanı almayanların ise %10,4'ünde sanrı veya varsanılardan en az birisi saptanmıştır. Pozitif psikotik yaşantıları olanların ise sadece dörtte birinde afektif olmayan psikoz tanısının mevcut olduğu görülmüştür. Bu çalışmada psikotik deneyimlerle ilişkili faktörler arasında kadın cinsiyet, daha yüksek şehirlilik düzeyi, genç yaş, işsizlik, bekarlık, düşük eğitim düzeyi ve düşük sosyoekonomik durum yer almıştır (87).

Yeni Zellanda'da yapılan bir kohort çalışmasında 26 yaşına kadar sanrı deneyimlerinin %20,1, varsanı deneyiminin %13,2 olduğu gösterilmiştir (140). Sadece varsanılıların değerlendirildiği bir çalışmada oran yaşam boyu %4,1 olarak saptanmıştır (146). On yedi çalışmayı içeren bir metaanalizde işitsel varsanılıların genel toplumda yaygınlığının %0,6-84 (medyan %13,2) arasında değiştiği bulunmuştur (147). Yine varsanılıların değerlendirildiği, 2012 yılında 52 ülkede yapılan uluslararası bir çalışmada tüm varsanı tipleri için %0,8-31,4 yaygınlık oranı bulunmuştur (144).

Linscott ve Van Os (7) tarafından 2013'te yapılan bir meta analizde psikotik yaşantıların medyan yıllık insidansı %2,5, prevalansı %7,2 saptanmıştır ve psikotik yaşantıların azınlık/göçmen olanlarda, daha genç yaşta bireylerde, daha düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip olanlarda, , bekarlarda, ailede ruhsal hastalık öyküsü bulunanlarda daha fazla olduğu rapor edilmiştir.

ABD'de genel popülasyondan 34653 kişi ile yapılan bir çalışmada katılımcıların üçte birinin PBY yaşadığı, PBY'nin psikotik dışı bozukluklarla önemli derecede ilişkili olduğu (PBY olmayanların %55,68'inde ruhsal bir bozukluk saptanırken, en az bir PBY'si olanların %83,25'inde ruhsal bir bozukluk saptanmıştır.) bildirilmiştir. Bu çalışmada yaşam boyu PBY yaygınlığı düşük sosyoekonomik duruma sahip olanlar, işsizler, bekarlar, kadılar ve daha genç yaşta olanlarda daha fazla oranda saptanmıştır. Ayrıca en az bir PBY bildiren katılımcıların intihar girişimi bildirme olasılıkları PBY olmayanlara göre 6 kat daha fazla saptanmıştır (148).

Yakın tarihte Kenya'da büyük çoğunluğu kolej veya üniversite öğrencilerinden, bir kısmı da genel popülasyondan oluşan 15-25 yaş arasındaki 9564 katılımcıyla yapılan bir çalışmanın sonucunda 12 aylık PBY prevalansının %72 olduğu, kadın ve erkekler için benzer oranlar olduğu ve PBY'nin yoksullarda, işsiz olanlarda, düşük eğitim düzeyine sahip olanlarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır (149).

İzmir'de 4011 kişiyle UBTG kullanılarak yapılan epidemiyolojik bir çalışmada ise psikotik bozukluğa sahip olmayan ancak subklinik psikotik yaşantıları olanların

yaygınlığı %16 oranında bulunmuştur. Bu çalışmada psikoz subklinik psikotik deneyimler hem de klinik düzeyde psikotik bozukluk ile şehirlilik düzeyi, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları, ailede ruhsal hastalık öyküsü ile pozitif yönde lineer bir ilişkisi bulunmuştur (150). 2001 yılında benzer şekilde kentselleşmeyle hem PBY hem psikoz arasında pozitif yönde lineer bir ilişki bulunmuştur (151).

Çocukluk döneminde PBY daha fazla oranda görülmektedir. Dokuz ve on bir yaş arasındaki çocukların üçte ikisinde en az bir PBY olduğu bulunmuştur (152). PBY, yaşamının belli bir döneminde PBY yaşayan bireylerin %20 sinde kalıcılaşırken, %80'inde geçmektedir, %7,4'ünde ise psikotik bir bozukluk meydana gelmektedir (7). Bu deneyimlerin sadece beşte bir oranında kalıcılaşması normal nörogelişimsel süreçlerin bir ifadesi olarak yorumlanmıştır ve çevresel risklerle kalıcılaştığı düşünülmüştür (140, 153, 154).

2.2.5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikoz Benzeri Yaşantılar

Sanrılar ve obsesif kompulsif belirtiler arasında kavramsal farklılıklar vardır. Sanrılar yüksek derecede inanılan, gerçekle uyumsuz, egosintonik, içgöründen yoksun olarak, obsesyonlar girici, belli derecelere kadar içgörünün bulunduğu düşünce, imge ve dürtüler olarak kavramsallaştırılır (1). Obsesyonlarla sanrıları ayıran ilk kişi 1877'de Carl Westphal olmuştur. (155). Obsesyon, aşırı değer verilmiş düşünceler ve sanrılar bazı açılardan farklılıklar gösterse de (5) obsesyon ve aşırı değer verilmiş düşüncelerin sanrılarının başlangıcı için kişiyi yatkın hale getirebildikleri ileri sürülmektedir (156). Obsesyonlar ve sanrılar, ortalarında aşırı değer verilmiş düşüncenin yer aldığı bir süreklilik olarak kabul edilmiştir (157).

OKB hastalarıyla yapılan çalışmalarda bildirilen şizofreni eş tanı oranı %4-12,2 arasında değişmektedir (158-160). Şizotipal kişilik bozukluğu da OKB'de %1,2 oranında görülmektedir (161). Şizotipal kişilik bozukluğunun eşlik ettiği OKB'de içgörü zayıflığı, düşük işlevsellik, daha fazla negatif semptom ve soygeçmişlerinde daha fazla şizofreni spektrum bozukluğu bildirilmiştir (162).

Şizofrenide obsesif kompulsif semptomlar sık araştırılan bir konudur (163). Şizofrenide obsesif kompulsif belirtilerin yaygınlığı %7,8-55 arasında değişmektedir (164). Şizofreni hastalarındaki OKB yaygınlığı da %13,1-59,2 oranındadır (165, 166). Uzunlamasına çalışmalarda hem OKB fenotipinin gelecekte klinik ve subklinik psikoz gelişimiyle hem de genişletilmiş psikoz fenotipinin gelecekte OKB gelişimiyle ilişkili

olduğu bulunmuştur. Obsesif kompulsif semptomların psikoz gelişimi açısından bir etkisi olduğu düşünölmektedir (166). Önceden OKB tanısına sahip olmak, ilerleyen dönemlerde şizofreni spektrum bozukluklarının gelişme riskiyle ve OKB tanısı konan bireylerin çocuklarında şizofreni spektrum bozukluğu bulunması riskiyle ilişkilidir (167). Ayrıca şizofreni tanılı hastaların 5 yıllık izleminde yeni obsesif kompulsif semptomlar geliştirebileceği bildirilmiştir (168).

OKB ile şizofreni arasında bazı işlevsel ve yapısal beyin anormallikleri, nörotransmitter sistemleri, klinik ve sosyodemografik özellikler (örn. etnik azınlık olma) açısından örtüşme mevcuttur (164). OKB ve psikoz arasındaki birliktelik ortak bir etiolojiden kaynaklanıyor olabilir. Perinatal travmalar, ÇÇT, madde kullanımı gibi çevresel etkenler hem OKB hem de psikoz açısından risklidirler (169-173). Her iki bozuklukta da bozulmuş dikkat, bozulmuş inhibisyon ve bozulmuş görsel uzamsal beceriler (174) ve bazal gangliyonlarda işlevsel ve yapısal bozukluklar, dopaminerjik disregölasyon, prefrontal korteks hacim değişiklikleri gibi ortak nörobiyolojik temelleri vardır (175, 176). OKB hastalarının işitsel varsanısı olan şizofreni hastaları gibi bozulmuş kasıtlı inhibisyon (intentional inhibition) gösterdiği, bu bozulmanın girici imge ve düşüncelerden ve kısmen de iki hastalığın komorbidite oranlarının yüksekliğinden sorumlu olabileceği düşünölmektedir (177). Bir çalışmada OKB eşlik eden şizofreni hastaları, OKB eşlik etmeyen şizofreni hastaları, içgörüsü iyi olan OKB hastaları ve içgörüsü zayıf olan OKB hastaları uzun süreli sözel ve görsel bellek performansları açısından karşılaştırılmıştır. OKB ve şizofreni eş tanılı hastalar, OKB eşlik etmeyen şizofreni hastaları ve zayıf içgörülü OKB hastalarıyla farklılık göstermezken, içgörüsü iyi olan OKB grubuna göre daha düşük performans göstermişlerdir. Yürütücü işlevler açısından içgörüsü kötü olan OKB grubu içgörüsü iyi olan OKB grubuna göre daha kötü performans göstermiştir. İçgörüsü zayıf olan OKB hastalarının şizofreni grubuyla benzer nörobilişsel özellikleri paylaşma olasılığının daha yüksek olduğu ve bu bulguların OKB ile şizofreninin aynı spektrumda olan bozukluklar olabileceği fikrine destek sağladığı öne sürölmüştür (164). Matsunaga ve ark. (178) yaptığı bir çalışmada zayıf içgörülü OKB hastalarıyla OKB ve şizofreni eş tanılı hastaların benzer derecede işlevsellik kaybı yaşadığı, içgörüsü zayıf olan OKB hastalarında şizotipal kişilik bozukluğunun yaygın olduğu, iki grubun da daha erken başlangıçlı OKB, daha uzun hastalık süresi ve bekar olma özellikleri açısından benzer oldukları bulunmuştur. Başka bir çalışmada zayıf içgörü

daha yüksek semptom şiddeti ve obsesyonlara ve kompulsiyonlara daha az direnmeyle ilişkili bulunmuştur (179).

İlk atak psikozların %10-20'sinde başlangıçta obsesif kompulsif belirtiler vardır (180, 181). Obsesif kompulsif belirtilerin yanı sıra OKB tanısı da ilk atak psikozlarda sıkça karşılanmaktadır (182). Psikoz için yüksek risk grubunda da obsesif kompulsif semptom oranları sağlıklı popülasyona kıyasla oldukça fazladır (183).

Eisen ve Rasmussen (160) 1993 yılında OKB hastalarının %14'ünün kliniklere sanrı, varsanı gibi psikotik belirtilerle başvurduğunu belirtmiştir. OKB hastalarında müzikal varsanların yaygınlığını %41 oranında bildiren bir çalışma vardır (184).

Psikoz boyutlarının şizofreni, OKB hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında karşılaştırıldığı bir çalışmada, pozitif ve negatif boyutlarda şizofreni grubu, depresyon boyutunda OKB grubu daha fazla puan almış, iki hasta grubu üç boyutta da sağlıklı kontrollere göre daha fazla puan almışlardır. Bu çalışmada sağlıklı kontrol grubunun %80'i düşüncelerinin kesinlikle duyulamaz olduğunu belirtirken, OKB hastalarında bu oran %68,3, şizofreni hastalarında %60,6 olarak bildirilmiştir. Sağlıklı kontrol, OKB ve şizofreni grupları sırasıyla %1,8, %8,3 ve %7,5 oranında düşüncelerinin dış ses kadar yüksek duyulduğunu belirtmişlerdir. Sonuçta varsanların akustik, özerk, otantik ve yabancı olma özelliklerinin girici imge ve düşünceler ve sağlıklı kişilerdeki normal düşünceler için de geçerli olabileceği, sadece niceliksel farklılıklar olduğu düşünülmüştür (185).

2015 yılında Bortolon ve Raffard'ın (17) 115 katılımcıyla yaptığı çalışmada şizofreni hastaları (n=49), OKB hastaları (n=36) ve sağlıklı kontrol grubu (n=30) PBY açısından karşılaştırılmıştır. Sonuçta OKB ve şizofreni hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha fazla PBY yaşadığı, sanrıları olan şizofreni hastalarının yalnızca paranormal inançlar konusunda OKB grubundan farklılık gösterdiği, perseküsyon düşünceleri, kıskançlık düşünceleri, grandiyöz düşünceler, dini inançlar, referans ve suçluluk düşünceleri, apokaliptik düşünceler ve toplam Peters sanrı envanteri puanı açısından farklılık göstermediği saptanmıştır. Varsanısı olan şizofreni hastalarının ise yalnızca işitsel varsanı deneyimleri açısından OKB grubundan farklılık gösterdiği, uykuyla ilişkili varsanılar, canlı hayaller, girici ve canlı düşünceler, görsel varsanı deneyimleri ve toplam Launay-Slade halüsinasyon ölçeği puanı açısından farklılık göstermediği bildirilmiştir. Bu çalışmada obsesif kompulsif belirti şiddetiyle sanrısız düşünceler

arasındaki ilişkide kaygı düzeyinin düzenleyici rolü olduğu, kaygı düzeyi arttıkça obsesif kompulsif belirti şiddetinin sanrısız düşünceleri öngördüğü saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda obsesyon ve sanrıların sadece inanç derecesi düzeyinde farklılık gösterdiği ifade edilmiştir.

2.3. Çocukluk Çağı Travmaları

Travma kişinin benlik bütünlüğünü tehdit eden, başa çıkma mekanizmalarını etkisizleştiren dayanılmaz fiziksel veya duygusal bir deneyimdir (186, 187). ÇÇT farklı kişilerarası ihmal ve istismar tipleri ve zorbalık, kayıplar, kazalar gibi kişilerarası olmayan olayları da kapsayacak şekilde kullanılmaktadır (188). ÇÇT yaşam boyu gelişen tüm ruhsal hastalıklarla ilişkilere sahiptir (12, 189).

2.3.1. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Çocukluk Çağı Travmaları

OKB hastalarında olumsuz çocukluk çağı deneyimleri %72 oranında bildirilmektedir (38). Yakın zamanlı bir çalışma obsesif kompulsif semptomu olan bireylerin ve kardeşlerinin obsesif kompulsif semptomu olmayanlara göre daha fazla ÇÇT bildirdiklerini rapor etmiştir (190). Geçmişte travmaya maruz kalmak daha yüksek OKB hastalık şiddetiyle ilişkilidir (13). Bu ilişki lineer bir şekilde kendisini göstermektedir (191).

OKB ile ÇÇT alt boyutlarını araştıran bir çalışmada OKB'nin duygusal istismar ve fiziksel ihmalle ilişkili olduğu bulunmuştur (192). Çocukluk çağı travmalarından özellikle cinsel istismarın, OKB hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinden bağımsız olarak intihar düşüncesi ve olasılığını artırdığı rapor edilmiştir (193, 194).

2.3.2. Psikoz Benzeri Yaşantılar ve Çocukluk Çağı Travmaları

Travma sonrası stres bozukluğunda psikozun pozitif belirtilerinin görülebilmesi travmayla psikoz arasında bir ilişkinin olabileceği fikrini doğurmuştur (195). Bu fikrin oluşmasının nedenlerinden biri de Schneiderian semptomların genel popülasyonda ÇÇT ile ilişkili olduğunun saptanmasıdır (196). Yaşam olayları psikoz riskine katkıda bulunmakta, psikotik deneyimler de yeni yaşam olaylarına yol açabilmektedir (197). Şizofreni hastaları sağlıklı kontrollere kıyasla 3,6 kat daha fazla ÇÇT yaşarlar (198). Ayrıca ÇÇT psikozun pozitif semptomlarında kalıcılığı 1,8 kat artırmaktadır (199). Özellikle çocukluk çağı cinsel istismarıyla psikoz arasında güçlü bağlantılar vardır (200).

Erken yaşlardaki travmatik deneyimlerle daha sonra psikoz geliştirme arasında ilişkiye dair kanıtlar mevcuttur (201-203). On üç ve on altı yaş aralığındaki 1112 çocuğun izlenmesi sonrasında travma geçmişinin, psikotik deneyimleri güçlü bir şekilde öngördüğü saptanmıştır (204). Çocukluktaki ve yetişkinlikteki istismar sanrı ve varsanıları yordamakla birlikte, çocukluktaki istismar tek başına dokunsal ve işitsel varsanıları yordayabilmektedir (205). Birtakım araştırmacılara göre travma ve psikoz arasındaki ilişkiye depresyon ve kaygı eşlik etmektedir (206). Psikoz hastalarıyla yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında ÇÇT'nin hem kötü nörobilişsel performans (yürütücü işlev, dil ve sözel zeka) hem de küçük amigdala hacmiyle ilişkili olduğu saptanmıştır (207).

ÇÇT'nin hem klinik düzeyde bir psikotik bozukluğu hem de PBY'yi artırdığı düşünülmektedir (117, 208). PBY ile psikotik bozukluklar arasında bir süreklilik boyunca ÇÇT bağımsız etiyolojik bir etken gibi görünmektedir (209). ÇÇT ve PBY ilişkisinin sağlıklı popülasyon ve hasta grubunda farklı olup olmadığını araştırmak amacıyla sağlıklı kontrol, şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanılarına sahip hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada ÇÇT ve PBY arasında her grupta da pozitif yönde korelasyonlar bulunduğu, en güçlü ilişkinin çocuklukta duygusal istismarla ilişkili olduğu bulunmuştur (210).

İstismar öyküsü olanlarda işitsel varsanılar ve paranoid düşünceler görülebildiği uzun yıllardır bilinmektedir (211). Hollanda'da 2011 yılında 8773 katılımcıyla yapılan bir çalışmada travmaya maruz kalmanın sanrı benzeri deneyim olasılığını iki katından fazla artırdığı saptanmıştır (14). Çocukluk çağı istismarı sıklığı ve şiddeti arttıkça PBY de artmaktadır (212). Yine 4433 katılımcıyla yapılan başka bir çalışmada 17 yaşından önce herhangi bir travmaya maruz kalma durumunun 18 yaşındaki psikotik yaşantıları yordadığı bulunmuştur (213). Ayrıca çocukluk dönemindeki zorbalıkla da PBY'nin ilişkisi rapor edilmiştir (188).

Travmaların psikotik deneyimleri 3 kat artırdığı bildirilmiştir (214). ÇÇT bildiren kişiler şizotipinin bilişsel algısal, dezorganize ve kişilerarası olmak üzere üç boyutundan da yüksek puanlar almaktadır (215). Subklinik varsanıları olanlarda cinsel ve duygusal travmanın etkisine dikkat çekilmiştir (216). PBY için de cinsel travmalar en merkezi düğüm gibi görünmektedir (217).

Çevresel etkenlerin epigenetik mekanizmalarla psikozun aktive olmasına ve patolojikleşmesine neden olduğu düşünülmektedir (218). Van Os (6) psikozun başlangıcını yatkınlık-kalıcılık-bozulma modeliyle açıklamaktadır. Bu model PBY ile psikoz arasında ortak bir gelişimsel zemin bulunduğunu, psikoz gelişimi için bu fenotipin kötü bir sonucu olarak başlangıçtaki geçici semptomların travma gibi çevresel etkenlerle giderek daha kalıcı hale geldiğini ve klinik düzeyde bir bozukluğa ilerlediğini öne sürer.

Yüksek riskli psikoz ve ÇÇT ilişkisini inceleyen bir metaanalizde psikoz için yüksek riskli grupta ÇÇT prevalansının %86,8 olduğu ve sağlıklı kontrol grubundan oldukça fazla oranda görüldüğü rapor edilmiştir (219). İstismar veya ihmale maruz kalan psikoz için yüksek riskli çocukların daha düşük IQ, görsel epizodik bellekte ve yürütücü işlevlerde daha düşük performans sergilediği saptanmıştır (220).

3. YÖNTEM

3.1. Çalışma Deseni ve Katılımcılar

Çalışma kesitsel araştırma modelinde ve sağlıklı kontrolleri içeren bir araştırmadır. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran, DSM-5'e göre OKB tanısı konan hastalar dahil edilme ve dışlama kriterleri açısından değerlendirilerek çalışmanın hasta grubunu oluşturmuştur. Hasta grubu ile benzer sosyodemografik özelliklere sahip sağlıklı gönüllü bireyler dahil edilme ve dışlama kriterleri açısından değerlendirildikten sonra kontrol grubuna alınmıştır. Hem hasta grubu hem kontrol grubu 83 bireyden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan bireyler araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Katılımcıların tümüyle klinik görüşme yapılmıştır. OKB grubuna Sosyodemografik Veri Formu, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, Toplumda Psikik Yaşantıları Değerlendirme Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır. Sağlıklı kontrol grubuna Sosyodemografik Veri Formu, Toplumda Psikik Yaşantıları Değerlendirme Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği uygulanmıştır.

Araştırma için, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2020/706 karar numarası ile onam alınmıştır. Araştırma verisi Aralık 2020- Aralık 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

OKB grubu için:

- DSM-5 kriterlerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanı kriterlerini karşılamış olmak

- 18-65 yaş aralığında olmak

- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

- Okuma yazma biliyor olmak

Sağlıklı kontrol grubu için:

- 18-65 yaş aralığında olmak

- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

- Okuma yazma biliyor olmak

3.1.2. Çalışmadan Dışlama Kriterleri

OKB grubu için:

- Psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk, mental retardasyon, otizm, demans, organik duruma bağlı mental bozukluk, alkol ve madde kullanım bozukluğu eş tanısına sahip olmak

- Verilen ölçekleri anlamaya engel bir tıbbi hastalığa sahip olmak

- Son 5 yıl içinde başka bir ülkeden Türkiye'ye göç etmiş olmak

Sağlıklı kontrol gurubu için:

- Psikiyatrik bir bozukluğa sahip olmak

- Verilen ölçekleri anlamaya engel bir tıbbi hastalığa sahip olmak

- Son 5 yıl içinde başka bir ülkeden Türkiye'ye göç etmiş olmak

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form çalışmacı tarafından özel olarak hazırlanmıştır. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri, sosyoekonomik düzeyleri, hastalık süresi, psikiyatrik özgeçmişleri ve tedavi öyküleri, soy geçmişleri, fiziksel hastalıkları değerlendirilmiştir. Görüşme sırasında, görüşmeci tarafından doldurulmuştur. Yaş ve eğitim süresi yıl olarak hesaplanmıştır. Ekonomik durumu yansıtan “aylık gelir” değişkeni katılımcıların yaşadıkları konuttaki toplam aylık gelirin, aynı konutta yaşayan kişi sayısına bölünmesiyle elde edilmiştir.

3.2.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)

Depresyonun düzeyini derecelendirmek için Hamilton tarafından geliştirilmiş (221), daha sonra Williams tarafından son bir haftadaki depresif semptomları sorgulayan 17 soruluk yapılandırılmış formu oluşturulmuştur (222). Bu yapılandırılmış formun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik analizi 1996 yılında Akdemir ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu analizde cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,75, test-tekrar test güvenilirliği 0,85, iki-yarım güvenilirliği 0,76, derecelendiriciler arasındaki güvenilirlik katsayısı 0,87-0,98 arasında bulunmuştur. Beck Depresyon Ölçeği ile korelasyonu 0,48, Klinik Global İzlenim Ölçeği ile korelasyonu 0,56 bulunmuştur (223). HDDÖ soruları 0-4 arasında puanlanmaktadır. Tüm ölçekten toplamda en yüksek 52 puan alınır. Derecelendirmede

toplam puan için 0-7 puan depresyon yok, 8-16 puan hafif depresyon, 17-23 puan orta derecede depresyon, ≥ 24 puan şiddetli depresyon olarak değerlendirilir (224).

3.2.3. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ)

Anksiyete düzeyini belirlemek için Hamilton tarafından geliştirilmiştir (225). HADÖ görüşmeci tarafından değerlendirilen yarı yapılandırılmış beşli likert tipinde 14 sorudan oluşan bir ölçektir. Sorular 0-4 puan arasında değerlendirilir ve ölçekten en yüksek 56 puan alınır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Yazıcı ve ark. tarafından 1998 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada değerlendiriciler arası güvenirlik katsayısı ortalama 0,72, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ile korelasyonu 0,67 bulunmuştur (226).

3.2.4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)

ÇÇTÖ 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir (227). Beşli likert tipinde 28 sorudan oluşur. Ölçekte cinsel, fiziksel, duygusal istismar ile fiziksel ve duygusal ihmal alt boyutlarını değerlendiren sorular vardır. Üç soru minimizasyonu ölçer. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasında değişmektedir. Değerlendirirken bazı cevaplar ters puanlanır. Kesme puanı cinsel ve fiziksel istismar için 5 puan, fiziksel ihmal, duygusal istismar için 7 puan, duygusal ihmal için 12 puan ve toplam puan için 35'tir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2012 yılında Şar ve ark. tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada cronbach alfa değeri 0,93, yarım test kat sayısı 0,97, test-tekrar test korelasyonu 0,9, Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmal Soru Listesi ile korelasyonu 0,78 saptanmıştır (228).

3.2.5. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği

Obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetinin ölçülmesi için Goodman ve ark. tarafından geliştirilmiştir (46). Görüşmeci tarafından doldurulan, 19 maddeden oluşan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Değerlendirirken yalnızca ilk 10 madde puanlamaya katılır (5 soru obsesyon, 5 soru kompulsiyon). Ölçeğin yanında semptom kontrol listesi yer almaktadır, o anki semptomların tanınmasına yardımcı olur. Sorular 0-4 puan arasında puanlanır. Obsesyon boyutunun toplam puanı 0-20, kompulsiyon boyutunun toplam puanı 0-20, ölçeğin toplam puan ise 0-40 puan arasında değişebilir. Ölçekteki semptomlar arasında saldırganlık, kirlenme, cinsel, biriktirme/saklama, dini simetri/düzen, diğer obsesyonlar ve somatik, temizleme/yıkama, kontrol etme,

tekrarlayıcı törensel davranışlar, sayma, sıralama/düzenleme, biriktirme/toplama, diğer kompulsiyonlar yer alır. Ölçeğin 11. maddesi içgörüyle ilişkilidir. İçgörü maddesinde mükemmel içgörü 0 puan, iyi içgörü 1 puan, orta derecede içgörü 2 puan, zayıf içgörü 3 puan, içgörüsü kaybolmuş 4 puan olarak değerlendirilir ve puan arttıkça içgörüdeki bozulmayı yansıtır. Çalışmamızda bu 11. madde puanı “içgörüde azalma skoru veya düzeyi” olarak adlandırılmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Karamustafalıoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada cronbach alfa katsayısı 0,82, değerlendirmeciler arası korelasyon 0,96, Leyton Kendini Değerlendirme Obsesif Kompulsif Ölçeği ile korelasyonu 0,54 saptanmıştır (229). Ölçekten elde edilen puanlar şu şekilde kendi içinde sınıflandırılmaktadır: 0-13 hafif, 14-25 orta, 26-34 orta-şiddetli, 35-40 şiddetli semptomlar (230).

3.2.6. Toplumda Psikik Yaşantıları Değerlendirme Ölçeği

Stefanis ve ark. (231) tarafından, normal popülasyondaki sanrısız düşüncenin ölçülmesi için geliştirilmiş Peters Sanrı Envanteri kullanılarak ve bu envantere bazı halüsinasyon soruları eklenerek oluşturulan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe'ye çevrilmesi “Şizofrenide Gen-Çevre Etkileşimi Çalışması İçin Avrupa Şizofreni Ağı Dahilinde Türkiye Şizofreni Ağı Çalışması” kapsamında yapılmıştır (232).

Ölçekte pozitif psikotik yaşantılar için 20 (örn. “Yalnız kaldığımızda birbiriyle konuşan sesler işittiğiniz olur mu?”), negatif belirtiler için 14 (örn. “Hobilerinizin az ya da ilgi alanlarınızın kısıtlı olduğunu hissettiğiniz olur mu?”) ve depresif belirtiler için 8 (örn. “Artık yaşamak istemiyormuş gibi hissettiğiniz olur mu?”) olmak üzere toplam 42 madde bulunmaktadır. PBY için pozitif alt boyut puanları hesaba katılmaktadır. Ölçeği yanıtlarken, sorulan yaşantıların sıklığı hiçbir zaman (1), bazen (2), sıklıkla (3), neredeyse sürekli (4) şeklinde kodlanıp puanlanır. Eğer kişi deneyimleri hiçbir zaman dışında bir sıklıkta kodladıysa sıkıntıyı da sıkıntı yok (1), biraz sıkıntı (2), belirgin sıkıntı (3), çok sıkıntı (4) şeklinde kodlar. Ölçekten alınan yüksek puanlar psikozun pozitif, negatif ve depresyon boyutlarındaki sıklığın ve yarattığı sıkıntının daha fazla olduğunu göstermektedir. Tüm alt boyutlar için ayrı ayrı toplam puanlar elde edilebilmekte ve bu da alt ölçeklerin ayrı ayrı kullanımına olanak vermektedir. Belirtilerin ne oranda görüldüğünü hesaplamak için “hiçbir zaman” ve “bazen” yanıtları 0, “sıklıkla” ve “neredeyse sürekli” yanıtları 1 olarak kodlanmaktadır. 0 olarak kodlanan maddeler “yaşantı yok”, 1 olarak kodlanan

maddeler “yaşantı var” olarak değerlendirilmektedir. 1 olarak kodlanan maddelerin sayısı toplam yaşantı sayısını göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2019 yılında Sevi ve ark. tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada cronbach alfa iç tutarlılık değeri 0,91 saptanmıştır. Alt ölçeklerin iç tutarlılık değerleri 0,79 ile 0,83 arasında değişmiştir. Yarı bölme güvenilirlik katsayısı pozitif, negatif, depresif alt boyutlar için sırasıyla 0,66, 0,82, 0,78, ölçeğin tamamı için 0,84 bulunmuştur. TPYÖ toplam sıklık puanıyla Semptom Değerlendirme Ölçeği arasındaki korelasyonu katsayısı 0,77, Otomatik Düşünceler Ölçeği puanıyla korelasyonu 0,7 saptanmıştır. Ayrıca Otomatik Düşünceler Ölçeği ile pozitif, negatif ve depresyon alt boyutlarının korelasyonu sırasıyla 0,46, 0,65, 0,76 saptanmıştır (233).

3.3. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics 22 paket programı kullanılarak yapıldı. Grupların normal dağılıma uygunluğu için skewness ve kurtosis değerlerine bakıldı. Tabachnick ve Fidell’in (234) önerdiği şekliyle skewness ve kurtosis değerleri -1,5 ile +1,5 değerleri arasındaysa verinin normal dağılıma uyduğu kabul edildi. Normal dağılım göstermeyen veriler istatistiksel dönüşüm uygulanarak normal dağılıma uygun hale getirildi. İki grup arasında kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare, normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Student’s t testi, istatistiksel dönüşüm uygulanmasına rağmen normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi uygulandı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin ilişkisel analizinde pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin ilişkisel analizinde spearman korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyon değerleri 0-0,3 arasındaysa çok düşük düzeyde, 0,3-0,5 arasındaysa düşük düzeyde, 0,5-0,7 arasındaysa orta düzeyde, 0,7-0,9 arasındaysa yüksek düzeyde, 0,9-1,0 arasındaysa yüksek düzeyde ilişki olarak yorumlandı (235). Çalışmamızdan ve literatürden elde edilen bağımsız değişkenler kullanılarak regresyon modeli oluşturuldu ve aşamalı (stepwise) regresyon analizi yöntemi kullanıldı.

OKB şiddeti ve PBY ilişkisine etki eden faktörlerin incelenmesi için aracılık, düzenleyicilik analizleri yapıldı. Aracı değişken, bağımsız değişkenin (OKB şiddeti) etkisini bağımlı değişkene (PBY) ileten değişkendir. Örnek olarak OKB’nin anksiyete puanlarında yükselmeye neden olduğu, anksiyete puanıyla da PBY’nin ilişkili olduğu varsayılırsa OKB şiddeti ile PBY arasındaki ilişkide anksiyetenin aracı etkisine vurgu

yapılmış olur (236). Bağımsız ve bağımlı değişken arasındaki bağlantı mekanizması gibi çalışan aracı değişken, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisini açıklamaya yardımcı olup iki değişken arasındaki ilişkinin nasıl ve neden meydana geldiğini anlamaya yardımcı olur. Düzenleyici değişken nedensel bir ilişkide, bağımsız değişken ile bir arada bulunması durumunda nedenselliğin gücünü etkileyen değişkendir. Düzenleyici değişkenin bağımsız değişkenden etkilenme şartı bulunmamaktadır (237). OKB şiddeti ve PBY arasındaki bağlantı mekanizmaları olarak kavramsallaştırılabilecek, içgörüde bozulma, anksiyete ve depresyon düzeyleri aracı değişken, nedensellik zincirinde OKB'den bağımsız bir değişken olan ÇÇT şiddeti ise düzenleyici değişken olarak aracılık ve düzenleyicilik modeline dahil edildi. Aracılık ve düzenleyicilik etkilerini test etmek amacıyla IBM SPSS Statistics programında Hayes tarafından geliştirilen Process macro uygulaması yardımıyla, bootstrap yöntemini esas alan regresyon yöntemi kullanıldı ve 5000 yeniden örneklem seçeneği tercih edildi. Bootstrap yöntemini ile yapılan aracılık ve düzenleyicilik analizlerinde, hipotezin desteklenebilmesi için analiz sonucunda elde edilen %95 güven aralığındaki (GA) değerlerin sıfır değerini içermemesi gerekmektedir (238). İçgörüde bozulma, anksiyete ve depresyon düzeyleri birbirleriyle de ilişkili değişkenler olduğundan aracılık analizi için Process macro “model 6 (seri aracılık analizi modeli)” kullanıldı. Aracılık analizlerinde etki büyüklüğü (K^2) yorumlanırken K^2 0,01'e yakın ise düşük etki, 0,09'a yakın ise orta etki, 0,25'e yakın ise yüksek etki olarak kabul edildi (239). Tüm testler için anlamlılık düzeyi (p) 0,05 kabul edildi.

3.3.1. Örneklem Büyüklüğü

Bortolon ve Raffard'ın (17) “Self-reported psychotic-like experiences in individuals with obsessive-compulsive disorder versus schizophrenia patients: Characteristics and moderation role of trait anxiety” çalışmasından elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri kullanılarak Minitab programı ile yapılan hesaplamalarda Tip I hata % 5 ve çalışmanın gücü % 95 alındığında, her bir gruba alınması gerekli kişi sayısı en az 71 olarak hesaplanmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamızın popülasyonunu 83 OKB tanılı birey ve 83 sağlıklı birey olmak üzere toplamda 166 kişi oluşturmuştur.

4.1. OKB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

OKB ve sağlıklı kontrol grubunun sosyodemografik veriler açısından karşılaştırılması Tablo 1’de verilmiştir. İstatistiksel olarak her iki grup sosyodemografik verileri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

4.2. OKB Hastalarının Klinik Özellikleri

OKB grubundaki 83 hastanın ortalama hastalık süresi $10,7 \pm 9,3$ yıl, ortalama tedavi süresi $7,2 \pm 8$ yıldır. Hastaların 9 (%10,8)’unun suisid girişimi, 13 (%15,7)’ünün yatarak tedavi, 10 (%12)’unun tıbbi hastalık öyküsü vardı. YBOKÖ toplam puanının ortalaması $20 \pm 8,3$, YBOKÖ içgöründe azalma skorunun ortalaması $1,3 \pm 1$, HDDÖ puanının ortalaması $13 \pm 5,6$, HADÖ puanının ortalaması $13,4 \pm 6,3$ saptandı. OKB grubunun klinik özellikleri Tablo 2’de gösterilmektedir.

4.3. OKB ve Kontrol Grubunda TPYÖ Boyutlarının Kategorik Açıdan Karşılaştırılması

OKB ve kontrol grubunda belirli TPYÖ boyutlarından en az bir maddeyi onaylayanların oranı Tablo 3’te gösterilmiştir. Bu değerlendirmede “var/yok” şeklinde kategorik bir ayırım yapmak için hiçbir TPYÖ maddesine “sıklıkla” veya “neredeyse sürekli” yanıtı verilmediyse “yaşantı yok”, herhangi bir maddeye “sıklıkla” veya “neredeyse sürekli” yanıtı verildiyse “yaşantı var” olarak kabul edilmiştir. Bu karşılaştırma sonucunda OKB grubunda tüm alanlarda daha fazla PBY tipi saptanmıştır.

Tablo 1. OKB ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

	OKB (n=83)	Kontrol (n=83)	İstatistik	p
	Ortalama \pm SS / Medyan (Q1-Q3)			
Yaş (yıl)	31,02 \pm 11,1	30,95 \pm 10,2	t= 0,044	0,965
Eğitim süresi (yıl)	12,52 \pm 3,6	13,53 \pm 2,8	t= -1,865	0,064
Aylık gelir (TL)	2000 (1000-3333)	2000 (1500-2500)	Z= -0,155	0,877
	n (%)	n (%)	X²	
Cinsiyet			0,024	0,876
Erkek	38 (%45,8)	37 (%44,6)		
Kadın	45 (%54,2)	46 (%55,4)		
Medeni Durum			2,427	0,119
Bekar	50 (%60,2)	40 (%48,2)		
Evli	33 (%39,8)	43 (%51,8)		
Yaşam Şekli			0,334	0,563
Yalnız yaşıyor	8 (%9,6)	5 (%6)		
Başka bireylerle yaşıyor	75 (90,4)	78 (%94)		
Çalışma durumu			2,119	0,548
Öğrenci	31 (%37,4)	32 (%38,6)		
Çalışıyor	29 (%34,9)	34 (%41)		
İşsiz	10 (%12)	5 (%6)		
Ev Hanımı	13 (%15,7)	12 (%14,4)		
Yaşadığı yer			1,832	0,176
Köy-Kasaba	10 (%12)	5 (%6)		
Kent içi	73 (%88)	78 (%94)		
Sigara kullanımı			0,040	0,842
Hayır	68 (%81,9)	67 (%80,7)		
Evet	15 (%18,1)	16 (%19,3)		

p: Anlamlılık düzeyi, Q1: Birinci çeyrek, Q3: Üçüncü çeyrek, n: örneklem sayısı, SS: Standart sapma, X² : Ki-kare

Tablo 2. OKB grubunun klinik özellikleri

		Ortalama \pm SS / n (%)
Hastalık süresi		10,7 \pm 9,3 yıl
Tedavi süresi		7,2 \pm 8 yıl
Suisid girişimi	Yok	74 (%89,2)
	Var	9 (%10,8)
Yatarak tedavi	Yok	70 (%84,3)
	Var	13 (%15,7)
Tıbbi hastalık öyküsü	Yok	73 (%88)
	Var	10 (%12)
YBOKÖ-O		10,4 \pm 4,5
YBOKÖ-K		9,7 \pm 4,6
YBOKÖ-T		20 \pm 8,3
	Hafif	20 (%24,1)
	Orta	42 (%50,6)
	Orta-şiddetli	18 (%21,7)
	şiddetli	3 (%3,6)
YBOKÖ-İ		1,3 \pm 1
	Mükemmel içgörü	18 (%21,7)
	İyi içgörü	31 (%37,4)
	Orta derecede içgörü	24 (%28,9)
	Zayıf içgörü	9 (%10,8)
	İçgürüsü kaybolmuş	1 (%1,2)
HDDÖ		13 \pm 5,6
HADÖ		13,4 \pm 6,3

SS: Standart sapma, YBOKÖ-O: YBOKÖ obsesyon skoru, YBOKÖ-K: YBOKÖ kompulsiyon skoru, YBOKÖ-T: YBOKÖ toplam skoru, YBOKÖ-İ: YBOKÖ skoru

Tablo 3. OKB ve kontrol grubunda TPYÖ boyutlarının kategorik açıdan karşılaştırılması

		OKB (n= 83)	Kontrol (n=83)	X²	p
		n (%)	n (%)		
TPYÖ pozitif	Var	74 (%89,2)	20 (%24,1)	68,897	<0,001
	Yok	9 (%10,8)	63 (%75,9)		
Kötülük görme	Var	74 (%89,2)	16 (%19,3)	78,850	<0,001
	Yok	9 (%10,8)	67 (%80,7)		
Algısal tuhafliklar	Var	25 (%30,1)	3 (%3,6)	18,946	<0,001
	Yok	58 (69,9)	80 (%96,4)		
Bizar yaşantılar	Var	44 (%53)	6 (%7,2)	39,182	<0,001
	Yok	39 (%47)	77 (%92,8)		
Grandiyöz düşünceler	Var	26 (%31,3)	2 (%2,4)	22,726	<0,001
	Yok	57 (%68,7)	81 (%9,6)		
TPYÖ negatif	Var	74 (%89,2)	24 (%28,9)	59,809	<0,001
	Yok	9 (%10,8)	59 (%71,1)		
Avolüsyon ve sosyal içe çekilme	Var	74 (%89,2)	23 (%27,7)	62,005	<0,001
	Yok	9 (%10,8)	60 (%72,3)		
Duygusal küntlük	Var	38 (%45,8)	5 (%6)	32,139	<0,001
	Yok	45 (%54,2)	78 (%94)		
TPYÖ depresyon	Var	72 (%86,7)	23 (%27,7)	56,703	<0,001
	Yok	11 (%13,3)	60 (%72,3)		
TPYÖ toplam	Var	80 (%96,4)	34 (%41)	56,705	<0,001
	Yok	3 (%3,6)	49 (%59)		

p: Anlamlılık düzeyi, n: Örneklem sayısı, X²: Ki-kare

4.4. OKB ve Kontrol Grubunun TPYÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

OKB ve kontrol gruplarının TPYÖ alt boyutlarının sıklık puanı, sıkıntı puanı ve yaşantı sayısı açısından karşılaştırılmasının sonuçları Tablo 4'te verilmiştir. Hem sıklık puanı hem sıkıntı puanı hem de yaşantı sayısı açısından OKB grubu tüm alanlarda kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar almıştır.

Tablo 4. OKB ve kontrol grubunun TPYÖ puanları açısından karşılaştırılması

		OKB (n=83)	Kontrol (n=83)	İstatistik	p
		Ort.±SS/Medyan(Q1-Q3)			
TPYÖ pozitif	Sıklık puanı	36,52 ± 9,48	27,33 ± 4,75	t= 8,276	<0,001
	Sıkıntı puanı	21(14-32)	8 (4-11)	Z= -8,682	<0,001
	Yaşantı sayısı	4 (2-6)	0 (0-0)	Z= -9,295	<0,001
Kötülük görme	Sıklık puanı	15,75 ± 4,09	10,48 ± 2,18	t= 10,503	<0,001
	Sıkıntı puanı	12 (8-16)	4 (2-5)	Z= -8,984	<0,001
	Yaşantı sayısı	3 (1-4)	0 (0-0)	Z= -9,315	<0,001
Algısal tuhafliklar	Sıklık puanı	7,01 ± 2,47	6,2 ± 1,45	t= 2,484	0,014
	Sıkıntı puanı	2 (0-5)	0 (0-3)	Z= -3,577	<0,001
	Yaşantı sayısı	0 (0-1)	0 (0-0)	Z= -4,583	<0,001
Bizar yaşantılar	Sıklık puanı	10,02 ± 3,20	7,82 ± 1,80	t= 5,595	<0,001
	Sıkıntı puanı	5,61 ± 4,3	1,89 ± 1,9	t= 7,172	<0,001
	Yaşantı sayısı	1 (0-2)	0 (0-0)	Z= -6,486	<0,001
Grandiyöz düşünceler	Sıklık puanı	3,73 ± 1,71	2,76 ± 0,86	t= 4,638	<0,001
	Sıkıntı puanı	2,20 ± 2,07	0,77 ± 0,89	t= 5,798	<0,001
	Yaşantı sayısı	0 (0-1)	0 (0-0)	Z= -4,986	<0,001
TPYÖ negatif	Sıklık puanı	32,14 ± 7,80	22,24 ± 4,34	t= 10,100	<0,001
	Sıkıntı puanı	26,84±11,30	10,07 ± 6,76	t= 11,601	<0,001
	Yaşantı sayısı	6 (3-9)	0 (0-1)	Z= -8,960	<0,001
Avölüsyon ve sosyal içe çekilme	Sıklık puanı	28 ± 6,85	19,1 ± 3,98	t= 10,241	<0,001
	Sıkıntı puanı	23,69 ± 9,8	8,81 ± 6,26	t= 11,648	<0,001
	Yaşantı sayısı	5 (2-8)	0 (0-1)	Z= -8,947	<0,001
Duygusal küntlük	Sıklık puanı	4,11± 0,80	3,11 ± 0,78	t= 4,763	<0,001
	Sıkıntı puanı	3 (1-5)	1 (1-2)	Z= -5,276	<0,001
	Yaşantı sayısı	0 (0-1)	0 (0-0)	Z= -5,911	<0,001
TPYÖ depresyon	Sıklık puanı	20,48 ± 5,32	12,77 ± 3,11	t= 11,404	<0,001
	Sıkıntı puanı	19 (12-24)	4 (3-8)	Z= -9,326	<0,001
	Yaşantı sayısı	4 (2-6)	0 (0-1)	Z= -8,559	<0,001
TPYÖ toplam	Sıklık puanı	89,14±19,61	62,28 ± 9,37	t= 11,262	<0,001
	Sıkıntı puanı	66 (49-87)	22 (16-27)	Z= -9,615	<0,001
	Yaşantı sayısı	13 (8-20)	0 (0-3)	Z= -9,599	<0,001

p: Anlamlılık düzeyi, Q1: Birinci çeyrek, Q3: Üçüncü çeyrek, n: örneklem sayısı, SS: Standart sapma

4.5. OKB ve Kontrol Grubunun ÇÇT Açısından Karşılaştırılması

OKB ve kontrol grubunun ÇÇT açısından karşılaştırılmasının sonuçları Tablo 5'te verilmiştir. Tüm ÇÇT alanlarında OKB grubu daha fazla puanlar elde etmiştir.

Tablo 5. OKB ve kontrol grubunun ÇÇT açısından karşılaştırılması

	OKB (n=83)	Kontrol (n=83)	İstatistik	p
	Ort.±SS/Medyan(Q1-Q3)			
Duygusal istismar	8 (5-12)	5 (5-6)	Z= -6,662	<0,001
Fiziksel istismar	5 (5-7)	5 (5-5)	Z= -5,042	<0,001
Fiziksel ihmal	7 (6-9)	5 (5-6)	Z= -5,266	<0,001
Duygusal ihmal	13,51±4,93	8,24 ± 4,05	t= 7,520	<0,001
Cinsel istismar	5 (5-5)	5 (5-5)	Z= -2,001	0,045
ÇÇTÖ toplam	43 (34-49)	28 (25-33)	Z= -7,467	<0,001

p: Anlamlılık düzeyi, Q1: Birinci çeyrek, Q3: Üçüncü çeyrek, n: örneklem sayısı, SS: Standart sapma

4.6. OKB Grubunda Klinik Ölçeklerin ÇÇTÖ ve TPYÖ puanları ile İlişkisi

Klinik ölçekler, ÇÇTÖ ve TPYÖ puanlarının ilişkisi incelendiğinde; TPYÖ toplam puanıyla YBOKÖ obsesyon, YBOKÖ toplam, YBOKÖ içgörü, duygusal istismar ve ÇÇTÖ toplam puanı arasında düşük düzeyde, TPYÖ toplam puanıyla HDDÖ ve HADÖ puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. TPYÖ pozitif puanıyla YBOKÖ toplam, YBOKÖ içgörü, HDDÖ, HADÖ, duygusal istismar, ÇÇTÖ toplam puanı arasında düşük düzeyde pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. TPYÖ negatif puanıyla YBOKÖ obsesyon, YBOKÖ toplam, HADÖ ve duygusal istismar puanı arasında düşük düzeyde, HDDÖ puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. TPYÖ depresyon puanıyla YBOKÖ obsesyon, YBOKÖ toplam ve duygusal istismar puanı arasında düşük düzeyde, HADÖ puanı arasında orta düzeyde, HDDÖ puanı arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Klinik ölçekler, ÇÇTÖ ve TPYÖ puanları arasındaki korelasyonlar Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. OKB grubunda klinik ölçeklerin ÇÇTÖ ve TPYÖ puanları ile ilişkisi

		YBOKÖ-obsesyon	YBOKÖ-kompuls.	YBOKÖ-madde11	YBOKÖ-toplam	HDDÖ	HADÖ	Duygusal istismar	Fiziksel istismar	Fiziksel ihmâl	Duygusal ihmâl	Cinsel istismar	ÇÇTÖ toplam	TPYÖ-pozitif	TPYÖ-negatif	TPYÖ-depresyon
YBOKÖ-kompuls.	r	0,764***	-													
	p	<0,001***	-													
YBOKÖ-madde11	r	0,358*	0,209	-												
	p	0,001*	0,58	-												
YBOKÖ-toplam	r	0,925****	0,915****	0,307*	-											
	p	<0,001****	<0,01****	0,005*	-											
HDDÖ	r	0,286	0,208	-0,58	0,258	-										
	p	0,009	0,59	0,604	0,019	-										
HADÖ	r	0,347*	0,324*	0,66	0,348*	0,780***	-									
	p	0,001*	0,003*	0,552	0,001*	<0,001***	-									
Duygusal istismar	r	0,298	0,298	0,220	0,343*	0,279	0,292	-								
	p	0,006	0,006	0,046	0,001*	0,011	0,007	-								
Fiziksel istismar	r	0,102	0,162	0,022	0,150	0,004	0,066	0,332*	-							
	p	0,357	0,142	0,845	0,177	0,970	0,552	<0,001*	-							
Fiziksel ihmâl	r	0,110	0,230	0,021	0,171	0,111	0,136	0,363*	0,433*	-						
	p	0,322	0,037	0,853	0,123	0,320	0,219	0,001*	<0,001*	-						
Duygusal ihmâl	r	0,168	0,207	-0,17	0,234	0,226	0,243	0,488*	0,303*	0,500**	-					
	p	0,130	0,61	0,880	0,033	0,4	0,027	<0,001*	0,005*	<0,001**	-					
Cinsel istismar	r	0,171	0,005	0,132	0,126	-0,083	-0,017	0,398*	0,246	0,143	0,220	-				
	p	0,121	0,967	0,236	0,257	0,457	0,882	<0,001*	0,025	0,198	0,046	-				
ÇÇTÖ toplam	r	0,238	0,268	0,118	0,289	0,171	0,251	0,795***	0,572**	0,643**	0,812***	0,448*	-			
	p	0,30	0,014	0,290	0,008	0,121	0,022	<0,001***	<0,001**	<0,001**	<0,001***	<0,001*	-			
TPYÖ-pozitif	r	0,282	0,265	0,378*	0,311*	0,320*	0,312*	0,423*	0,226	0,242	0,138	0,257	0,320*	-		
	p	0,010	0,016	<0,001*	0,004*	0,003*	0,004*	<0,001*	0,040	0,027	0,215	0,019	0,003*	-		
TPYÖ-negatif	r	0,495*	0,288	0,293	0,431*	0,578**	0,465*	0,408*	0,113	0,118	0,280	0,129	0,280	0,625**	-	
	p	<0,001*	0,008	0,007	<0,001*	<0,001**	<0,001*	<0,001*	0,309	0,286	0,01	0,244	<0,010	<0,001**	-	
TPYÖ-depresyon	r	0,384*	0,280	0,108	0,315*	0,810***	0,608**	0,369*	0,053	0,064	0,280	0,057	0,239	0,477*	0,734***	-
	p	<0,001*	0,059	0,331	0,004*	<0,001***	<0,001**	<0,001*	0,631	0,563	0,01	0,607	0,029	<0,001*	<0,001***	-
TPYÖ-toplam	r	0,439*	0,288	0,358*	0,389*	0,595**	0,520**	0,459*	0,146	0,171	0,280	0,150	0,310*	0,819***	0,913****	0,793***
	p	<0,001*	0,008	0,001*	<0,001	<0,001**	<0,001**	<0,001*	0,188	0,121	0,01	0,175	<0,004*	<0,001***	<0,001****	<0,001***

p: anlamlılık düzeyi, r: korelasyon katsayısı

*Düşük dereceli korelasyon

**Orta dereceli korelasyon

***Yüksek dereceli korelasyon

****Çok yüksek dereceli korelasyon

İtalik yazılan değerler Spearman korelasyon analiziyle saptanmıştır.

4.7. Regresyon Analizleri

OKB grubunda TPYÖ pozitif puanlarını öngörmek için aşamalı çoklu doğrusal regresyon modelleri çıkarılmıştır. Bu analizde açıklayıcı değişkenler içinde istatistiksel olarak en güçlü ilişkiyi tanımlayabilecek değişkenlerin gösterilmesi amaçlanmıştır. Bu sebeple TPYÖ pozitif puanını öngörmek için yapılan aşamalı çoklu doğrusal regresyon analizine daha önce PBY ile ilişkisi saptanmış ya da çalışmamızda PBY ile ilişkisi bulunmuş olan OKB şiddeti, içgöründe azalma skoru, ÇÇT, yaş, eğitim düzeyi, aylık gelir, depresyon ve anksiyete değişkenleri girilmiştir.

Aşamalı çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda TPYÖ pozitif boyutu için üç tane anlamlı modele ulaşılmıştır. Bağımlı değişkenin TPYÖ pozitif olduğu ilk modelde TPYÖ pozitif puanlarındaki değişim ile içgöründe azalma düzeyi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($F(1,1418)= 19,311$; $p<0,001$; $R^2= 0,193$; Düzeltilmiş $R^2= 0,183$). Bu modele göre içgöründe azalma skorundaki bir puanlık artış TPYÖ pozitifteki 4,258 puanlık artışı açıklamaktadır (%95 Güven Aralığı= 2,330-6,185). İkinci modelde TPYÖ pozitif puanlarındaki değişim ile içgöründe azalma skoru ve depresyon skoru arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($F(2,1099)= 17,019$; $p<0,001$; $R^2= 0,298$; Düzeltilmiş $R^2= 0,281$). Bu modele göre içgöründe azalma skorundaki bir puanlık artış TPYÖ pozitif puanındaki 4,440 puanlık artışı (%95 GA= 2,629-6,252), depresyon puanındaki bir puanlık artış TPYÖ pozitif puanındaki 0,550 puanlık artışı (%95 GA= 0,235-0,865) açıklamaktadır. Üçüncü ve nihai modelde TPYÖ pozitif puanındaki değişim ile içgöründe azalma skoru, depresyon ve ÇÇT arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($F(3,849)= 13,930$; $p<0,001$; $R^2= 0,346$; Düzeltilmiş $R^2= 0,321$). Bu modele göre içgöründe azalma skorundaki bir birimlik artış TPYÖ pozitif puanında 4,126 puanlık bir artışı (%95 GA= 2,347-5,906), depresyon puanındaki bir birimlik artış 0,462 puanlık bir artışı (%95 GA= 0,148-0,777), ÇÇTÖ puanındaki bir puanlık artış 0,189 puanlık bir artışı (0,032-0,346) açıklamaktadır. OKB şiddeti, yaş, eğitim düzeyi, aylık gelir ve anksiyete değişkenleri modele girememiştir. Regresyon modelinin özeti Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. OKB grubunda TPYÖ pozitif puanlarını öngörmek için yapılan çoklu regresyon analizi

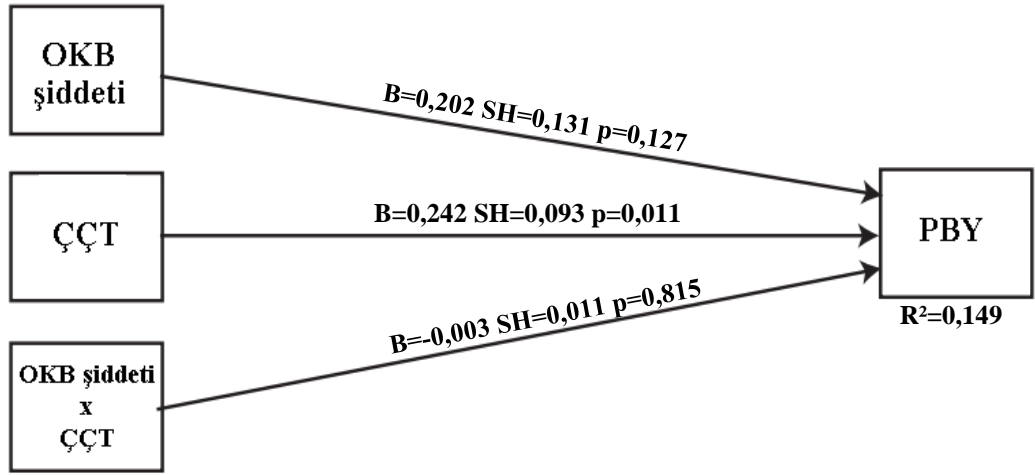
Bağımsız Değişken	F	R ²	p	B	%95 GA
Model 1	19,311	0,193	<0,001		
Sabit				30,876	27,709-34,042
İçgörü				4,258	2,330-6,185
Model 2	17,019	0,298	<0,001		
Sabit				23,464	18,285-28,644
İçgörü				4,440	2,629-6,252
Depresyon				0,550	0,235-0,865
Model 3	13,930	0,346	<0,001		
Sabit				16,942	9,545-24,339
İçgörü				4,126	2,347-5,906
Depresyon				0,462	0,148-0,777
ÇÇT				0,189	0,032-0,346

%95 GA: %95 Güven aralığı, B: Beta katsayısı, p: Anlamlılık düzeyi, R²: Açıklanan varyans

4.8. Aracılık ve Düzenleyicilik Analizleri

OKB şiddetiyle PBY arasındaki ilişkideki depresyon, anksiyete ve içgörüdeki azalma düzeyinin aracılık etkisini ve ÇÇT'nin düzenleyicilik etkisini test etmek amacıyla bootstrap yöntemini esas alan regresyon yöntemi kullanılmıştır.

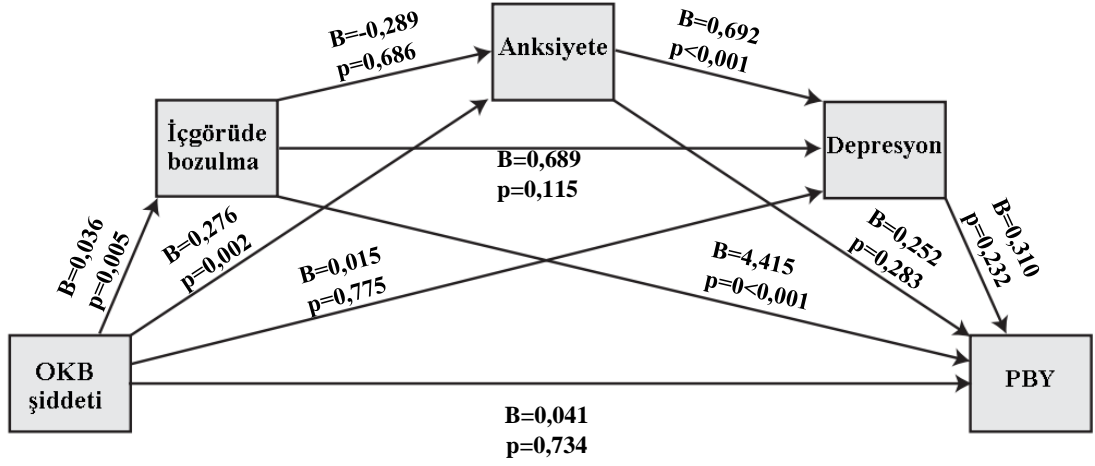
ÇÇT'nin OKB şiddetiyle PBY arasındaki ilişkideki düzenleyici etkisini göstermek için yapılan düzenleyicilik analizinin sonuçları Şekil 3'te görselleştirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre analize OKB şiddeti ve ÇÇT değişkenlerinin PBY değişkeni üzerindeki değişimin yaklaşık %15'ini açıkladığı görülmüştür (R²=0,149). OKB şiddeti ve ÇÇT değişkenlerinin PBY üzerindeki etkileşimsel etkisinin (düzenleyici etki) anlamlı olmadığı saptanmıştır (B=-0,003; p=0,815). Bu durum OKB şiddeti ile PBY arasındaki ilişkinin ÇÇT tarafından düzenlenmediği anlamına gelmektedir.



B: Beta katsayısı, p: anlamlılık düzeyi, R²: Açıklanan varyans, SH: Standart hata

Şekil 3. OKB-PBY ilişkisinde ÇÇT'nin düzenleyicilik rolü

Seri aracılık modeli aracılardan nedensel olarak birbirlerini etkilediğini varsayar. Üç tane aracı değişken (içgöründe bozulma, anksiyete, depresyon) kullanıldığı için altı farklı nedensel sıralama oluşmuştur. İçgöründe bozulma, anksiyete ve depresyon düzeylerinin OKB şiddetiyle PBY arasındaki ilişkideki aracılık etkisini göstermek için sırasıyla içgöründe bozulma, anksiyete, depresyon zinciri şeklinde oluşturulan model Şekil 4'te görselleştirilmiştir. OKB şiddetinin PBY üzerinde dolaylı etkisinin olup olmadığı bootstrap yöntemiyle elde edilen %95 GA'lara göre tespit edilmiştir. Modelde içgöründe bozulma düzeyi için OKB şiddetinin PBY'ye etkisinin anlamlı kaldığı, yani içgöründe bozulma düzeyinin bu ilişkiye aracılık ettiği saptanmıştır (B= 0,150; %95 GA= 0,042-0,307). Bu anlamlı etki anksiyete (B= 0,070; %95 GA=-0,042-0,241) ve depresyon (B= 0,005; %95 GA=-0,040-0,050) için saptanamamıştır. Modele konulan aracı değişkenlerle birlikte OKB şiddetinin PBY'ye doğrudan etkisi anlamsız kalmıştır (B= 0,041; p= 0,734). Model PBY'deki değişimin yaklaşık %31'ini açıklamıştır (R²= 0,311). İçgöründeki bozulmanın aracılık etkisinin tam standardize etki büyüklüğü değeri (K²) 0,131 olup, bu değer orta dereceli bir etkiyi gösterdiği söylenebilir. Yalnızca sırasıyla içgöründe bozulma, anksiyete, depresyon zinciri şeklinde oluşturulan model rapor edilmiştir fakat elde edilen altı modelin hepsinde sadece içgöründe bozulma aracılığıyla anlamlı bir dolaylı etki saptanmıştır.



B: Beta katsayısı, p: Anlamlılık düzeyi

OKB'nin PBY üzerindeki total etkisi: B= 0,311; SH= 0,122; %95 GA= 0,069-0,554; p= 0,013
 OKB'nin PBY üzerindeki doğrudan etkisi: B= 0,041; SH= 0,120; %95 GA= -0,198-0,28; p= 0,734
 İçgörüle bozulma aracılığıyla dolaylı etki: B= 0,150; SH= 0,068; %95 GA= 0,042-0,307
 Anksiyete aracılığıyla dolaylı etki: B= 0,070; SH= 0,075; %95 GA= -0,042-0,241
 Depresyon aracılığıyla dolaylı etki: B= 0,005; SH= 0,021; %95 GA= -0,040-0,050
 (Standardize edilmemiş beta katsayıları raporlanmıştır.)

Şekil 4. OKB şiddetiyle PBY ilişkisinin aracılık modeli

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada OKB hastalarının sağlıklı kontrollere göre PBY ve ÇÇT açısından farklılık gösterip göstermediği; OKB hastalık şiddeti, içgöründe azalma düzeyi, depresyon ve anksiyete düzeyleri, ÇÇT ve PBY arasındaki ilişkiler; OKB ve PBY arasındaki ilişkideki depresyon, anksiyete ve içgöründe azalma düzeyinin aracı etkisi ile ÇÇT'nin düzenleyici etkisi incelenmiştir. Çalışma 83 OKB tanılı birey ve 83 sağlıklı bireyle tamamlanmıştır.

Çalışmamızda OKB grubu sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında yaş, eğitim süresi, ekonomik durum, cinsiyet, medeni durum, yaşam şekli, istihdam durumu, yaşanılan yer ve sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak fark bulunmadı. Bu da iki grubun karşılaştırılmasında sosyodemografik faktörlerin karıştırıcı etkisini ortadan kaldırmaktadır.

5.1. OKB ve Psikoz Benzeri Yaşantıların İlişkisi

OKB ve kontrol grubu TPYÖ puanları açısından karşılaştırıldığında; OKB grubunun hem kötülük görme, algısal tuhafliklar, bizar yaşantılar, grandiyöz düşünceler alt boyutlarını içeren pozitif hem avölüsyon ve sosyal içe çekilme ve duygusal küntlük alt boyutlarını içeren negatif hem de depresyon boyutlarında, yani psikozun üç boyutunda da kontrollere göre daha sık yaşantıya sahip olduğunu saptadık. Yapılan bir çalışmada sosyodemografik özellikler, travmatik olaylar, alkol ve madde kullanım bozuklukları ve depresif bozukluklar istatistiksel olarak düzeltildikten sonra bile OKB hastalarında sanrı benzeri deneyimlerin bulunduğu bildirilmiştir (133). OKB hastalarının %28 oranında şizotipal belirtiler gösterdiği, şizotipal belirtiler gösteren OKB hastalarının anormal inançlar ve görsel algısal anormalliklerin fazla olduğu rapor edilmiştir (240). Moritz ve Laroi (185) varsanılarının, girici imge ve düşünceler ve sağlıklı kişilerdeki normal düşüncelerin sadece niceliksel yönden farklı olduklarını belirtmişlerdir. Moritz ve Laroi'nin aynı çalışmada buldukları OKB'de TPYÖ'nün üç boyutunun da sağlıklı kontrollerden fazla görülmesi bulgusu çalışma bulgularımızla uyumludur. OKB grubunda PBY'nin daha fazla görülmesinin nedeni obsesyon, kompulsiyon ve psikotik belirtilerin benzer etiyolojik zeminde gelişen fenotipler olması olabilir. Nitekim OKB ve psikoz arasında bazı işlevsel ve yapısal beyin anormallikleri, nörotransmitter sistemleri, klinik ve demografik özellikler ile perinatal travmalar, ÇÇT, madde kullanımı gibi çevresel etiyolojik etkenler açısından

benzerlikler bulunmaktadır (169-173). OKB hastalarında sanrı ve varsanılıların saptanması, ilk atak psikoz hastalarında obsesif kompulsif belirtilerin fazla olması bu fikri destekler niteliktedir (182). Ayrıca obsesyon ve sanrıların oluşumunda bir etken olan yanlış atıflar, kişinin bilişsel kapasitesine göre farklı düzeylerde yapıyor ve inanç derecesini etkiliyor olabilir.

Tüm bu bulgularla uyumlu olarak TPYÖ toplam puanıyla YBOKÖ obsesyon ve YBOKÖ toplam puanı arasında pozitif yönde bir ilişki, TPYÖ pozitif puanıyla YBOKÖ toplam puanı arasında pozitif yönde bir ilişki saptadık. OKB şiddetiyle TPYÖ pozitif puanları arasında lineer bir ilişki olmasına rağmen, OKB şiddetinin bağımsız değişken olarak atadığımız aşamalı regresyon analizinde regresyon modellerinden herhangi birine girememesi bu ilişkide başka faktörlerin aracılık etkisi olduğunu düşündürmüştür. Bortolon ve Raffard (17) obsesif kompulsif belirti şiddetiyle sanrısız düşüncelerin ilişkisinde durumsal anksiyetenin düzenleyici etkisinin olduğunu, depresyon düzeyinin ise düzenleyici bir etkisinin olmadığını bildirmişlerdir. Biz çalışmamızda, anksiyete, depresyon ve içgörü değişkenlerinin birlikte değerlendirildiği aracılık analizinde içgörüdeki azalma düzeyinin OKB şiddetiyle TPYÖ pozitif arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini, anksiyete ve depresyon değişkenlerinin aracı bir etkisinin olmadığını ve YBOKÖ toplam puanının TPYÖ pozitif puanına doğrudan etkisinin anlamlı olmadığını bulduk. Bu bulgular birtakım kavramsal çıkarımlar sağlamaktadır: Depresyon ve anksiyetenin PBY oluşumunu artırdığı bilinmesine rağmen içgörü düzeyi hesaba katıldığında depresyon ve anksiyetenin aracılık etkisinin azalması, aslında depresyon ve anksiyetenin PBY'ye doğrudan etkilerinin kısmen olabileceğini, arada başka faktörlerin bulunduğunu gösteriyor olabilir. Bortolon ve Raffard'ın (17), çalışmalarında içgörü düzeyini hesaba katmadıkları düşünülürse anksiyetenin obsesif kompulsif belirtiler ve sanrısız düşünceler ile ilişkideki rolünde bir miktar eksiklik barınıyor olabilir. Çalışmamızda OKB şiddetinin PBY üzerinde doğrudan etkisinin saptanamamış oluşu Bortolon ve Raffard'ın çalışmasıyla uyumlu olmakla birlikte bu ilişkiye anksiyete ve depresyon düzeylerinin değil de içgörü düzeyinin aracılık ettiğini bulmamız OKB'de PBY'yi değerlendirirken sadece depresyon ve anksiyete düzeyine bakmanın bir eksiklik doğurabileceği, içgörünün PBY için çok önemli bir faktör ve psikiyatrik bozukluklardaki semptomlar üzerinde güçlü bir etkisinin olduğu şeklinde çıkarımlar sağlamaktadır. Ayrıca Bortolon ve Raffard'ın çalışmasında obsesif kompulsif belirti

şiddetinin sanrı benzeri düşüncelerle ilişkilendirilip anksiyetenin düzenleyici etkisinin araştırıldığı, bizim çalışmamızda ise PBY ile ilişkilendirildiği ve aracılık analizlerinin yapıldığı göz önüne alınmalıdır.

Çalışmamızda OKB’de önemli bir faktör olan içgörüdeki azalma düzeyinin hem TPYÖ pozitif hem de TPYÖ toplam puanlarıyla pozitif yönde ilişkili olduğunu bulduk. Ayrıca aşamalı regresyon modelinde TPYÖ pozitif boyutunun puanlarını anlamlı olarak yordadığını tespit ettik. İçgörü düzeyi gerçeği değerlendirmenin bir parçası olup içgörü kaybı derinleştğinde sanrı niteliği kazanması beklenebilir. İçgörüsü zayıf olan OKB hastalarının içgörü düzeyi iyi olanlara göre şizofreni grubuyla daha yakın özellikleri paylaştığı bilinmektedir (164). Bildiğimiz kadarıyla OKB’de içgörüde bozulmanın düzeyi arttıkça PBY sıklığının da artması önceki literatürde yer almadığından bizim bulgularımız bu alana yeni katkılar sağlamaktadır. Bu bulgu gerçeği değerlendirmede sanrılarının ve içgörüdeki bozulmanın benzer niteliği açısından beklenen bir bulgudur. PBY’nin OKB tanılı bireylerde sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla oranda görülmesi OKB hastalarındaki zayıf içgörünün ve zayıf içgörüyü neden olabilecek bilişsel kusurların bir sonucu olabilir.

Bulgularımız obsesyon ve sanrılarının bir süreklilik içinde yer aldığı düşüncesine katkı sağlamakla birlikte kanıtların güçlenmesi için uzunlamasına ve psikotik bozukluk tanılı bireylerin de dahil edildiği çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.2. Sağlıklı Bireylerde Psikoz Benzeri Yaşantılar

Linscott ve ark. toplumdaki PBY prevalansını %7,2 olarak hesaplamışlardır. Bu çalışmalarında UBTG kullanılmış ve psikozun pozitif belirtilerine odaklanılmıştır (7). Türkiye’de yapılan ve UBTG kullanılan bir çalışmada subklinik psikotik yaşantıların %16 oranında görüldüğü bildirilmiştir (150). Türkiye’de yeni bir sosyal çevreye uyum sürecindeki öğrencilerle yapılan ve TPYÖ pozitif ölçeği kullanılan bir çalışmada ise en az bir PBY bildiren katılımcıların oranı %78,9, ortalama TPYÖ pozitif puanları $31,1 \pm 7,2$ saptanmıştır (110). Genç erişkinlerde PBY yaygınlığını %60’dan fazla bir oranda saptayan çalışmalar vardır (241). Tunus’ta 2020 yılında sağlıklı bireylerle yapılan bir çalışmada ortalama TPYÖ pozitif puanı $36,1 \pm 8$, ortalama TPYÖ negatif puanı $28,1 \pm 6,2$, ortalama TPYÖ depresyon puanı $15,6 \pm 3,9$ bulunmuş, kötülük görme düşüncelerinin yaygınlığı %96,6, büyüsel düşünce yaygınlığı %95,2, bizar yaşantıların yaygınlığı %93,5, algısal anormalliklerin yaygınlığı %53,3 saptanmıştır

(242). İspanya’da adölesanlarla yapılan bir çalışmada ortalama TPYÖ pozitif puanı $31,8 \pm 7,2$, ortalama TPYÖ negatif puanı $23,8 \pm 5,2$, ortalama TPYÖ depresyon puanı $12,7 \pm 3,7$ saptanmıştır. Bu çalışmada katılımcıların %98,3’ü en az bir TPYÖ pozitif sorusuna olumlu yanıt vermiştir. %39’u ise bazı pozitif yaşantıların neredeyse her zaman olduğunu bildirmiştir (243). Çalışmamızda en az bir TPYÖ pozitif maddesini “sıklıkla” ya da “neredeyse her zaman” şeklinde bildiren sağlıklı bireylerin oranı %24,1, ortalama TPYÖ pozitif puanı $27,33 \pm 4,75$ saptanmıştır. Bulgularımız epidemiyolojik verilerle benzerlik göstermektedir ancak yaygınlık açısından bazı farklar görülmektedir. Toplumda PBY’yi yüksek oranda bulan çalışmalar, TPYÖ’deki en azından “bazen” seçeneğini PBY varlığı açısından kabul etmiştir. Çalışmamızda PBY varlığı yanıtın “sıklıkla” ya da “neredeyse her zaman” şeklinde bildirilmesiyle kabul edilmiştir. Ayrıca PBY’lerin kimi bölgelerde sosyokültürel özelliklerle uyumlu olması farklı PBY yaygınlıklarına neden olabilir.

PBY’nin daha düşük inanç derecesiyle, işlevsellikte daha az bozulmayla ve herhangi bir psikiyatrik hastalıktan bağımsız olarak toplumda görülmesi psikozun fenomenolojik sürekliliği fikrine destek sağlamaktadır. Tüm psikolojik fenomenlerin kategorik olarak doğal bir ayrımının olmadığı ve değişen derecelerde görünür hale geldiği savunulabilir.

5.3. OKB ve Çocukluk Çağı Travmalarının İlişkisi

OKB grubunun sağlıklı kontrol grubuna göre ÇÇT’nin tüm boyutlarından (Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar) daha yüksek puanlar aldığı, dolayısıyla sağlıklı kontrol grubuna göre daha çok ÇÇT’ye maruz kaldığını tespit ettik. İlişkisel analizlerde duygusal istismar ile OKB şiddeti arasında lineer bir ilişki bulduk. Travmatik bir olay sonrası OKB başlaması, OKB ile travmatik yaşantılar ve ÇÇT arasındaki mekanizmalar için bir araştırma alanı ortaya çıkarmıştır (244). Carpenter ve Chung (245) cinsel istismar dışındaki diğer ÇÇT tiplerini OKB grubunda kontrol grubundan daha fazla bulmuştur. Kadınlarda çocukluk çağı cinsel istismarları yetişkinlik döneminde OKB gelişimiyle ilişkili bulunmuştur (246). ÇÇT’lerin kompulsiyon şiddetiyle ilişkili olup obsesyonlarla ilişkili olmadığını bildiren bir çalışma vardır (13). Şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada obsesif kompulsif semptomları olan şizofreni hastalarında obsesif kompulsif semptomları olmayanlara göre daha fazla çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü bildirilmiştir (190). Tüm travma türleriyle OKB şiddeti arasında ilişki bulan çalışmalar mevcuttur. ÇÇT

çocukluk dönemi gibi hassas bir dönemde beyinde fizyolojik, nörokimyasal ve hormonal değişikliklere neden olarak OKB gelişimine katkıda bulunuyor olabilir (247). Kronik stres prefrontal korteks ve asosiyatif striatum atrofisi, sensorimotor striatum hipertrofisine neden olmaktadır (248). OKB hastalarında hipokampus hacim azalması, pallidum hacim artışı bildirilmiştir (249). Hipokampus hacim azalması çocukluk döneminde travmatik yaşantıları olan bireylerde daha tutarlı şekilde gözlenen bir bulgudur ve ÇÇT ile ilişkili bir risk faktörüdür (250). Hipokampusun görevlerinden birisi yeni bilgileri kodlamak ve bu kodlama işlemini gerçekleştirirken eski bilgilerle yeni bilgileri ayırmaktır (251, 252) ve bu işlevin, ÇÇT nedeniyle gerçekleşen hipokampal disfonksiyonun OKB hastalarındaki katı davranışlara neden olmasının altında yatan olası bir mekanizma olabileceği öne sürülmüştür (253). Ayrıca kompulsiyon şiddetiyle sol posterior hipokampus hacimleri arasında anlamlı ve negatif korelasyonlar saptanmıştır (254, 255).

Psikolojik bir stres tepkisinin ortaya çıkmasında ve bireylerin bir durumu stres verici olarak algılamasında öngörülemezlik, benlik saygısına yönelik bir tehdit, kontrol eksikliği gibi faktörler bulunur. ÇÇT de bu faktörlerle ilişkilidir ve sıklıkla kaygıya neden olur (256). OKB'nin önemli bir bileşeni olan ritüellerin önceki düzeni sağlamak ve öngörülemezliğin bir sonucu olarak stresi azaltmak için gerçekleştirildiği öne sürülmüştür (257). Ayrıca duyguları tanıma ve ifade etmedeki sorunların ÇÇT ve OKB arasındaki sürece aracılık edebileceği öne sürülmüştür (245). ÇÇT, bireylerde yukarıda bahsedilen biyopsikososyal homeostazisin bozulması sonucu bir baş etme mekanizmasına neden olarak, örneğin travmalarla ilgili girici imge ve düşüncelerden kaçınmak amacıyla obsesyon ve kompulsiyon gelişimine neden oluyor olabilir. Diğer ÇÇT tiplerine nazaran duygusal istismar ile OKB şiddeti arasındaki lineer ilişki OKB tanılı bireylerin çocukluk döneminde başkalarının reddedilmeye ve eleştirilere karşı daha hassas olabileceğine ve duygusal istismarın kişide aşırı sorumluluk ve kontrol algısına neden olabileceğine işaret ediyor olabilir.

Yapılan düzenleyicilik analizinde OKB ile PBY arasındaki ilişkide ÇÇT'nin düzenleyici bir etkisinin olmadığını bulduk. Bu bulgu ÇÇT'den bağımsız olarak OKB'nin PBY ile ilişkili olduğunu, OKB ve ÇÇT'nin farklı düzenekler neticesinde PBY'ye neden olduğunu düşündürebilir. Hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) aksın aktivasyonu gibi ortak etiyolojik faktörler olabileceği gibi OKB içgörü aracılığıyla PBY'ye neden oluyor olabilir. Bunun yanında bozulmuş önem atfetmenin, bilişsel

yanlılıkların, azalmış psikolojik dayanıklılığın ve depresif semptomların ÇÇT ile PBY arasındaki ilişkide aracı etkilerinin olduğu daha önce bildirilmiştir (117, 118).

Bildiğimiz kadarıyla ÇÇT'nin OKB ile PBY arasındaki ilişkideki düzenleyici etkisi daha önce çalışılmadığından bulgumuz literatüre yeni katkılar sağlamaktadır.

5.4. Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Psikoz Benzeri Yaşantıların İlişkisi

Depresyon ve anksiyete düzeylerinin TPYÖ pozitif ve toplam puanlarıyla pozitif yönde ilişkili olduğunu saptadık. TPYÖ ile ölçülen bizar yaşantılar ve kötülük görme düşünceleriyle depresyon düzeyleri arasında ilişki olduğu, kötülük görme düşüncelerinin depresyon düzeylerini yordadığı, depresyon düzeyiyle TPYÖ pozitif puanlarının korele olduğu, duygudurum bozukluğu olanlarla olmayanlar arasında TPYÖ puanlarının sırasıyla $33,19 \pm 8,84$, $28,35 \pm 7,88$ olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu rapor edilmiştir (128).

Algılanan stres düzeyiyle TPYÖ toplam puanı arasında pozitif ilişki ve yordayıcı bir etki bildirilmiştir (258). Örneğin bir çalışmada COVID-19 pandemisinde yaşanan karantina uygulaması öncesi değerlendirilen katılımcıların PBY oranları %22,9 iken, karantina sonrası bu oran %30,2'ye yükselmiştir. Bu çalışmada PBY ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasında orta düzeyde ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (259). Başka bir çalışmada anksiyete düzeyiyle TPYÖ pozitif puanları arasında orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (260). Çalışmamızda benzer şekilde ilişki sonuçları ortaya çıkmıştır. Bir çalışmada stresin paranoyaya neden olma sürecinde, anksiyete düzeyinin aracılık etkisi ve savunmasızlık düzeyinin düzenleyici etkisiyle birlikte durumsal aracılık analizi yapılmıştır. Sonuçta, stresin savunmasızlıktan bağımsız olarak kaygıda bir artışa neden olduğu ve paranoid düşüncelerin oluşumunda anksiyetenin aracı bir rolünün olduğu, bu ilişkinin daha savunmasız bireylerde daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (109). Stres ve depresyon düzeyleriyle PBY arasındaki ilişkinin, inflamasyon süreci (261) ve HPA aksın disregülasyonu (262) gibi ortak mekanizmalardan kaynaklanabileceği ileri sürülmüştür.

Aşamalı regresyon analizinde depresyon düzeyi TPYÖ pozitif puanlarını yordarken bu yordayıcı etki anksiyete düzeyi için saptanmadı. Bu sebeple anksiyete ile PBY arasındaki ilişkiye anksiyetenin birincil etkisinden öte başka faktörlerin, örneğin içgörü düzeyinin etkisi olduğu sonucuna varılabilir.

Depresyon, anksiyete ve PBY arasındaki ilişkide nedensel ilişki kurulması bizim çalışmamız bağlamında mümkün değildir. Depresif veya anksiyeteli bireylerde aktive olan olumsuz şemalar PBY oluşumuna veya PBY'yi sıkça yaşayan kişilerin motivasyon eksikliği, haz alamama, güven duygusu oluşturamama veya belirsizliğe tahammülsüzlük gibi özellikler ortaya çıkarması depresyon ve anksiyeteye neden oluyor olabilir. Bunun için uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.5. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikoz Benzeri Yaşantıların İlişkisi

ÇÇT açısından duygusal istismar ile TPYÖ pozitif ve TPYÖ toplam puanları arasında ve ÇÇTÖ toplam puanıyla TPYÖ pozitif ve toplam puanları arasında pozitif yönde bir ilişki tespit ettik. ÇÇT ve PBY ilişkisi literatürde oldukça fazla yer bulmuştur. Bir çalışmada şiddetli çocukluk çağı travmaları PBY ile, özellikle perseküsyon düşünceleri ve varsanı deneyimleriyle ilişkilendirilmiştir (263). Yapılan başka bir çalışmada PBY ile ÇÇT arasında lineer bir ilişki saptanmıştır. Aynı araştırma bilişsel yanlılıklar ve depresyon faktörlerinin ÇÇT ile PBY arasındaki ilişkide orta düzeyde, doğrudan aracı rolleri olduğunu saptamıştır (118). Çin'de adölesanlarda yapılan bir çalışmada tüm TPYÖ pozitif boyutunun maddelerinin tüm ÇÇT alanlarıyla en azından düşük düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur (264). PBY'leri arttırdığı bilinen esrar kullanımında, PBY oluşumunda ÇÇT'nin düzenleyici rolü olduğu saptanmıştır (265). Cinsel travmalarla PBY arasındaki ilişkiye depersonalizasyonun düzenleyici etki yaptığı bulunmuştur (266). Bazı çalışmalarda cinsel istismar dışındaki ÇÇT tiplerinin hepsinin PBY ile güçlü ilişkileri olduğu bulunmuştur (267). Bir çalışmada TPYÖ toplam puanıyla ÇÇTÖ toplam puanı arasında ve TPYÖ pozitif puanıyla duygusal istismar puanı arasında düşük düzeyde pozitif yönde bir korelasyon tespit edilmiştir. Bu çalışmada en dikkate değer ilişki çocuklukta duygusal istismar öyküsü ile TPYÖ tarafından ölçülen tüm alanlar arasındaki ilişkide görülmüştür (210). PBY ile duygusal istismar arasındaki bu bulgular çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur. ÇÇT ile PBY arasındaki ilişkiden HPA aksın aktivasyonu sorumlu tutulmaktadır (268). Özellikle duygusal istismarın en sık ÇÇT tiplerinden birisi olması, kişide daha fazla stres yaşantısının oluşmasına, baş etme mekanizmalarının yetersiz kalmasına ve sonuç olarak daha fazla HPA aksı aktivasyonuna neden oluyor olabilir. ÇÇT türlerinden sadece duygusal istismar ile olan lineer ilişkinin nedeni fiziksel ve cinsel istismarın genellikle çarpık bir dağılıma sahip olmaları ve daha az düzeyde varyasyon göstermelerine (269) ve çocukluk dönemindeki bazı ihmal

yaşantılarının gerçek bir ihmal ile doğrudan bağlantılı olmamasına (264) bağlı olabilir. Duygusal istismarın kişide güvenli ve gerçek bir kendilik oluşturmasına engel olarak PBY ile lineer bir ilişkiye sahip olduğu düşünülebilir.

5.6. Çalışmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları

Çalışmanın güçlü yanları OKB'deki psikoz benzeri yaşantıların hem OKB şiddeti hem iğgr düzeyi hem T hem de anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisini inceleyen ilk çalışma olmasdır. PBY'nin psikotik bozukluklar dışında genel popülasyonda ve diğer psikiyatrik hastalıklarda da bulunduğu bilinmesine rağmen OKB ile ilgili çalışmalar çok azdır ve çalışmamız bu alana katkılar sağlamaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalar ve elde edilen bulgular psikiyatrik hastalıkların doğasının daha iyi anlaşılmasına ve dolayısıyla tedavisine katkı sağlayabilir. Ayrıca hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak farklılık göstermemesi, çalışma popülasyonunun nispeten büyük bir rneklemeye sahip olması, aracılık ve düzenleyicilik analizlerinin kullanılması çalışmamızın diğer güçlü yanlarıdır.

Çalışmanın kısıtlılıklarından birisi kesitsel nitelikte olmasdır. Tüm parametreler kesitsel olarak değerlendirildiği için bir nedensellik ilişkisinden söz edilememektedir. Kullanılan zbildirim leklerinin katılımcıların beyanına göre doldurulmuş olması verilerin objektifliğini etkilemektedir. OKB grubundaki bireylerin sadece kliniğe başvuran hastalardan oluşması, çalışmanın sonuçlarını tüm OKB hastaları için genelleştirmeyi zorlaştırmaktadır. Ayrıca OKB hastalarındaki iğgr düzeyinin sadece YBOKÖ'nn 11. maddesine göre değerlendirilmesi çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hipotezlerimizi değerlendirdiğimizde;

- 1) OKB tanılı bireylerde sağlıklı kontrollere göre PBY ve ÇÇT'nin daha fazla olduğu hipotezimiz yanlışlanamamıştır.
- 2) PBY ile OKB hastalık şiddeti, ÇÇT ve içgörüde azalma düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu hipotezimiz yanlışlanamamıştır.
- 3) PBY ile OKB hastalık şiddeti arasındaki ilişkiye depresyon ve anksiyete düzeyleriyle ÇÇT'nin etkisinin olmadığı, bu ilişkide depresyon ve anksiyete düzeylerinin aracı etkilerinin ve ÇÇT'nin düzenleyici etkisinin olmadığı saptanmıştır. PBY ile OKB hastalık şiddeti arasındaki ilişkide içgörüde bozulma düzeyinin aracı bir rolünün olduğu, OKB hastalık şiddetinin PBY üzerinde doğrudan bir etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Çalışmamızın sonuçları OKB hastalarında sağlıklı bireylere göre daha fazla PBY ve ÇÇT görüldüğünü, OKB hastalarında hem TPYÖ pozitif boyutuyla hem de TPYÖ toplam puanıyla içgörüde azalma düzeyinin, OKB şiddetinin, depresyon ve anksiyete düzeylerinin ve çocukluk çağı duygusal istismarının ilişkili olduğunu ve OKB ve PBY arasındaki ilişkiye içgörü düzeyinin aracılık ettiğini göstermekte, dolayısıyla çocukluk döneminde yaşanan duygusal istismarın PBY açısından önemini ve içgörü düzeyinin PBY üzerindeki belirleyiciliğini ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar psikoz sürekliliğiyle ilgili yapılan çalışmalarla uyumludur ve bu konuda destekler sağlamaktadır. Ayrıca psikiyatride boyutsal yaklaşımın önemini vurgulamaktadır. PBY'lerin tüm bireylerde görülebildiğinin ve bunun niceliksel olarak değiştiğinin farkında olunması psikiyatrik bozuklukların hem sınıflandırılmasında hem de tedavi müdahaleleri açısından önem arz etmektedir.

Gelecekte daha büyük örneklerle, uzunlamasına, daha farklı değişkenlerle ve farklı hastalık gruplarıyla (örneğin psikotik bozukluklar) yapılacak çalışmalar bu konuda yol gösterici olacaktır ve psikoz fenomenini daha iyi anlamamıza katkı sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM5®): American Psychiatric Pub; 2013.
2. Hanssen M, Peeters F, Krabbendam L, Radstake S, Verdoux H, van Os J. How psychotic are individuals with non-psychotic disorders? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38(3):149-54.
3. Arciniegas DB. Psychosis. *Continuum (Minneap Minn).* 2015;21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):715-36.
4. David AS. Insight and psychosis. *The British Journal of Psychiatry.* 1990;156(6):798-808.
5. Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 1994;32(3):343-53.
6. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med.* 2009;39(2):179-95.
7. Linscott RJ, van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med.* 2013;43(6):1133-49.
8. Pechey R, Halligan P. Prevalence and correlates of anomalous experiences in a large non-clinical sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 2012;85(2):150-62.
9. Varghese D, Scott J, Welham J, Bor W, Najman J, O'Callaghan M, et al. Psychotic-Like Experiences in Major Depression and Anxiety Disorders: A Population-Based Survey in Young Adults. *Schizophr Bull.* 2009;37(2):389-93.
10. Rössler W, Ajdacic-Gross V, Müller M, Rodgers S, Haker H, Hengartner MP. Assessing sub-clinical psychosis phenotypes in the general population — A multidimensional approach. *Schizophrenia Research.* 2015;161(2):194-201.
11. Sullivan SA, Kounali D, Cannon M, David AS, Fletcher PC, Holmans P, et al. A Population-Based Cohort Study Examining the Incidence and Impact of Psychotic Experiences From Childhood to Adulthood, and Prediction of Psychotic Disorder. *Am J Psychiatry.* 2020;177(4):308-17.
12. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry.* 2010;197(5):378-85.
13. Miller ML, Brock RL. The effect of trauma on the severity of obsessive-compulsive spectrum symptoms: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders.* 2017;47:29-44.
14. Saha S, Varghese D, Slade T, Degenhardt L, Mills K, McGrath J, et al. The association between trauma and delusional-like experiences. *Psychiatry Research.* 2011;189(2):259-64.
15. Simeon RCXCD. Relationships between obsessive-compulsive symptomatology and severity of psychosis in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry.* 2008;69(1):0-.
16. Fontenelle LF, Lopes AP, Borges MC, Pacheco PG, Nascimento AL, Versiani M. Auditory, visual, tactile, olfactory, and bodily hallucinations in patients with obsessive-compulsive disorder. *CNS spectrums.* 2008;13(2):125-30.

17. Bortolon C, Raffard S. Self-reported psychotic-like experiences in individuals with obsessive-compulsive disorder versus schizophrenia patients: Characteristics and moderation role of trait anxiety. *Comprehensive Psychiatry*. 2015;57:97-105.
18. Fornaro M, Gabrielli F, Albano C, Fornaro S, Rizzato S, Mattei C, et al. Obsessive-compulsive disorder and related disorders: a comprehensive survey. *Annals of General Psychiatry*. 2009;8(1):1-13.
19. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*. 2010;15(1):53-63.
20. Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions—A replication. *Behaviour Research and Therapy*. 1984;22(5):549-52.
21. Brakoulias V, Starcevic V, Belloch A, Brown C, Ferrao YA, Fontenelle LF, et al. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): an international collaboration. *Comprehensive psychiatry*. 2017;76:79-86.
22. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 1992.
23. Bloch MH, Green C, Kichuk SA, Dombrowski PA, Wasylink S, Billingslea E, et al. Long-term outcome in adults with obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*. 2013;30(8):716-22.
24. Eisen JL, Pinto A, Mancebo MC, Dyck IR, Orlando ME, Rasmussen SA. A 2-year prospective follow-up study of the course of obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 2010;71(8):0-.
25. Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*. 2009;374(9688):491-9.
26. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, et al. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(11):1978-85.
27. Murray CJ, Lopez AD, Organization WH. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary: World Health Organization; 1996.
28. Rosa AC, Diniz JB, Fossaluza V, Torres AR, Fontenelle LF, De Mathis AS, et al. Clinical correlates of social adjustment in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2012;46(10):1286-92.
29. Kugler BB, Lewin AB, Phares V, Geffken GR, Murphy TK, Storch EA. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: The role of mediating variables. *Psychiatry Research*. 2013;206(1):43-9.
30. Albert U, Maina G, Bogetto F, Chiarle A, Mataix-Cols D. Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2010;51(2):193-200.
31. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R, et al. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Compr Psychiatry*. 2006;47(4):270-5.
32. DuPont RL, Rice D, Shiraki S, Rowland C. Economic costs of obsessive-compulsive disorder. *Medical interface*. 1995;8(4):102-9.
33. Berrios GE. Obsessive-compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century. *Comprehensive psychiatry*. 1989;30(4):283-95.

34. Goodman WK, Grice DE, Lapidus KAB, Coffey BJ. Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2014;37(3):257-67.
35. Stewart S, Mayerfeld C, Arnold P, Crane J, O'Dushlaine C, Fagerness J, et al. Meta-analysis of association between obsessive-compulsive disorder and the 3' region of neuronal glutamate transporter gene SLC1A1. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2013;162(4):367-79.
36. Association AP. *Diagnostic and statistical manual mental disorders* American Psychiatric Pub.; 1952.
37. . !!! INVALID CITATION !!! .
38. Osland S, Arnold PD, Pringsheim T. The prevalence of diagnosed obsessive compulsive disorder and associated comorbidities: A population-based Canadian study. *Psychiatry research*. 2018;268:137-42.
39. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2006;51(2):100-13.
40. Jaisooriya TS, Janardhan Reddy YC, Nair BS, Rani A, Menon PG, Revamma M, et al. Prevalence and correlates of obsessive-compulsive disorder and subthreshold obsessive-compulsive disorder among college students in Kerala, India. *Indian J Psychiatry*. 2017;59(1):56-62.
41. Stein MB, Forde DR, Anderson G, Walker JR. Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *Am J Psychiatry*. 1997;154(8):1120-6.
42. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci UDM, Shu Z. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. 1998.
43. Cilliçilli AS, Telcioglu M, Aşkin R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry*. 2004;45(5):367-74.
44. Kirmiziloglu Y, Doğan O, Kuğu N, Akyüz G. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(9):1026-33.
45. Akhtar S, Wig N, Varma V, Pcrshad D, Verma S. A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. *The British Journal of Psychiatry*. 1975;127(4):342-8.
46. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):1006-11.
47. Shavitt RG, de Mathis MA, Oki F, Ferrao YA, Fontenelle LF, Torres AR, et al. Phenomenology of OCD: lessons from a large multicenter study and implications for ICD-11. *Journal of psychiatric research*. 2014;57:141-8.
48. Mataix-Cols D, do Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(2):228-38.
49. Glahn A, Prell T, Grosskreutz J, Peschel T, Müller-Vahl KR. Obsessive-compulsive disorder is a heterogeneous disorder: evidence from diffusion tensor imaging and magnetization transfer imaging. *BMC psychiatry*. 2015;15:135-.
50. Attiullah N, Eisen JL, Rasmussen SA. Clinical Features Of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2000;23(3):469-91.
51. Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *The Journal of clinical psychiatry*. 1994.
52. Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154(7):911-7.

53. Summerfeldt LJ, Richter MA, Antony MM, Swinson RP. Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behaviour Research and Therapy*. 1999;37(4):297-311.
54. Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(9):1409-16.
55. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. 2008;165(12):1532-42.
56. de Mathis MA, do Rosario MC, Diniz JB, Torres AR, Shavitt RG, Ferrão YA, et al. Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. *European Psychiatry*. 2008;23(3):187-94.
57. do Rosario-Campos MC, Leckman JF, Curi M, Quatrano S, Katsovitch L, Miguel EC, et al. A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005;136b(1):92-7.
58. Jaisooriya T, Reddy YJ, Srinath S, Thennarasu K. Obsessive-compulsive disorder with and without tic disorder: a comparative study from India. *CNS spectrums*. 2008;13(8):705-11.
59. Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, De Mathis ME, Lopes AC, Fontenelle LF, et al. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *Journal of affective disorders*. 2006;94(1-3):199-209.
60. Leckman JF, Denys D, Simpson HB, Mataix-Cols D, Hollander E, Saxena S, et al. Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depression and anxiety*. 2010;27(6):507-27.
61. Shavitt RG, Belotto C, Curi M, Hounie AG, Rosário-Campos MC, Diniz JB, et al. Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2006;47(4):276-81.
62. Marková IS, Jaafari N, Berrios GE. Insight and obsessive-compulsive disorder: a conceptual analysis. *Psychopathology*. 2009;42(5):277-82.
63. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*. 2004;68(2):319-29.
64. Serkut Bulut NF, Volkan Topçuoğlu. İçgörüsü Az Olan Obsesif-Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2014.
65. Fontenelle JM, Santana Lda S, Lessa Lda R, Victoria MS, Mendlowicz MV, Fontenelle LF. [The concept of insight in patients with obsessive-compulsive disorder]. *Braz J Psychiatry*. 2010;32(1):77-82.
66. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. 4th edition, 4th text rev. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
67. Bellino S, Patria L, Ziero S, Bogetto F. Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a regression model. *Psychiatry research*. 2005;136(2-3):223-31.
68. Eisen JL, Rasmussen SA, Phillips KA, Price LH, Davidson J, Lydiard RB, et al. Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2001.
69. Ravi Kishore V, Samar R, Janardhan Reddy YC, Chandrasekhar CR, Thennarasu K. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*. 2004;19(4):202-8.
70. Catapano F, Sperandeo R, Perris F, Lanzaro M, Maj M. Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*. 2001;34(2):62-8.

71. Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, Cioffi V, Giacco D, De Santis V, et al. Obsessive–compulsive disorder with poor insight: A three-year prospective study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2010;34(2):323-30.
72. Alonso P, Menchón JM, Segalàs C, Jaurrieta N, Jiménez-Murcia S, Cardoner N, et al. Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2008;49(3):305-12.
73. Cherian AV, Narayanaswamy JC, Srinivasaraju R, Viswanath B, Math SB, Kandavel T, et al. Does insight have specific correlation with symptom dimensions in OCD? *J Affect Disord*. 2012;138(3):352-9.
74. Rose G, Barker D. What is a case? Dichotomy or continuum? *The British Medical Journal*. 1978;2(6141):873-4.
75. Strauss JS. Hallucinations and delusions as points on continua function: Rating scale evidence. *Archives of general psychiatry*. 1969;21(5):581-6.
76. Eaton WW, Romanoski A, Anthony JC, Nestadt G. Screening for psychosis in the general population with a self-report interview. *Journal of nervous and mental Disease*. 1991.
77. Johns LC, van Os J. The Continuity Of Psychotic Experiences In The General Population. *Clinical Psychology Review*. 2001;21(8):1125-41.
78. Johns LC, Kompus K, Connell M, Humpston C, Lincoln TM, Longden E, et al. Auditory Verbal Hallucinations in Persons With and Without a Need for Care. *Schizophr Bull*. 2014;40(Suppl_4):S255-S64.
79. Daalman K, Boks MP, Diederer KM, de Weijer AD, Blom JD, Kahn RS, et al. The same or different? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals. *The Journal of clinical psychiatry*. 2011;72(3):0-.
80. Posey TB, Losch ME. Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects. *Imagination, cognition and personality*. 1983;3(2):99-113.
81. Barrett TR, Etheridge JB. Verbal hallucinations in normals, I: People who hear ‘voices’. *Applied cognitive psychology*. 1992;6(5):379-87.
82. Sommer IE, Daalman K, Rietkerk T, Diederer KM, Bakker S, Wijkstra J, et al. Healthy individuals with auditory verbal hallucinations; who are they? Psychiatric assessments of a selected sample of 103 subjects. *Schizophr Bull*. 2010;36(3):633-41.
83. Honig A, Romme MA, Ensink BJ, Escher SD, Pennings MH, DEVRIES MW. Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *The Journal of nervous and mental disease*. 1998;186(10):646-51.
84. Verdoux H, Maurice-Tison S, Gay B, Van Os J, Salamon R, Bourgeois M. A survey of delusional ideation in primary-care patients. *Psychological medicine*. 1998;28(1):127-34.
85. Kırılı U, Binbay T. Psikoz öncesi: Prodrom ve psikotik bozukluğa giden belirtiler. *Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği*; 2019.
86. Rössler W, Riecher-Rössler A, Angst J, Murray R, Gamma A, Eich D, et al. Psychotic experiences in the general population: a twenty-year prospective community study. *Schizophrenia research*. 2007;92(1-3):1-14.
87. van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A. Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research*. 2000;45(1):11-20.
88. DeRosse P, Karlsgodt KH. Examining the Psychosis Continuum. *Current Behavioral Neuroscience Reports*. 2015;2(2):80-9.

89. Lee KW, Chan KW, Chang WC, Lee EHM, Hui CLM, Chen EYH. A systematic review on definitions and assessments of psychotic-like experiences. *Early intervention in psychiatry*. 2016;10(1):3-16.
90. Fach W, Atmanspacher H, Landolt K, Wyss T, Rössler W. A comparative study of exceptional experiences of clients seeking advice and of subjects in an ordinary population. *Frontiers in Psychology*. 2013;4:65.
91. Kaymaz N, Van Os J. Extended psychosis phenotype—yes: single continuum—unlikely: a commentary on ‘Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality’ by David (2010). *Psychological medicine*. 2010;40(12):1963-6.
92. Pedrero EF, Debbané M. Schizotypal traits and psychotic-like experiences during adolescence: An update. *Psicothema*. 2017.
93. Yung AR, Nelson B, Baker K, Buckby JA, Baksheev G, Cosgrave EM. Psychotic-like experiences in a community sample of adolescents: implications for the continuum model of psychosis and prediction of schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009;43(2):118-28.
94. Unterrassner L. Subtypes of psychotic-like experiences and their significance for mental health. *Psychosis-Biopsychosocial and Relational Perspectives: IntechOpen*; 2018.
95. Van Os J, Rutten BP, Poulton R. Gene-environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions. *Schizophr Bull*. 2008;34(6):1066-82.
96. Van Os J, Jones P, Sham P, Bebbington P, Murray R. Risk factors for onset and persistence of psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1998;33(12):596-605.
97. Scott J, Chant D, Andrews G, McGRATH J. Psychotic-like experiences in the general community: the correlates of CIDI psychosis screen items in an Australian sample. *Psychological medicine*. 2006;36(2):231-8.
98. Morgan C, Fisher H, Hutchinson G, Kirkbride J, Craig TK, Morgan K, et al. Ethnicity, social disadvantage and psychotic-like experiences in a healthy population based sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2009;119(3):226-35.
99. Laruelle M. The role of endogenous sensitization in the pathophysiology of schizophrenia: implications from recent brain imaging studies. *Brain Res Brain Res Rev*. 2000;31(2-3):371-84.
100. Lieberman JA, Sheitman BB, Kinon BJ. Neurochemical sensitization in the pathophysiology of schizophrenia: deficits and dysfunction in neuronal regulation and plasticity. *Neuropsychopharmacology*. 1997;17(4):205-29.
101. Laruelle M, Kegeles LS, Abi-Dargham A. Glutamate, dopamine, and schizophrenia: from pathophysiology to treatment. *Ann N Y Acad Sci*. 2003;1003:138-58.
102. Murray RM, McDonald C, Bramon E. Neurodevelopmental impairment, dopamine sensitisation, and social adversity in schizophrenia. *World Psychiatry*. 2002;1(3):137-45.
103. Taylor JH, Calkins ME, Gur RE. Markers of Psychosis Risk in the General Population. *Biological Psychiatry*. 2020;88(4):337-48.
104. Kelleher I, Clarke MC, Rawdon C, Murphy J, Cannon M. Neurocognition in the extended psychosis phenotype: performance of a community sample of adolescents with psychotic symptoms on the MATRICS neurocognitive battery. *Schizophr Bull*. 2013;39(5):1018-26.
105. Roddy S, Tiedt L, Kelleher I, Clarke MC, Murphy J, Rawdon C, et al. Facial emotion recognition in adolescents with psychotic-like experiences: a school-based sample from the general population. *Psychological medicine*. 2012;42(10):2157-66.
106. Guerrero-Jiménez M, Gutiérrez B, Ruiz I, Rodríguez-Barranco M, Ibanez-Casas I, Perez-Garcia M, et al. A cross-sectional survey of psychotic symptoms in the community: The GRANADΣ P psychosis study. *The European Journal of Psychiatry*. 2018;32(2):87-96.

107. Stefanis N, Delespaul P, Henquet C, Bakoula C, Stefanis C, Van Os J. Early adolescent cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis. *Addiction*. 2004;99(10):1333-41.
108. Frydecka D, Misiak B, Kotowicz K, Pionke R, Kręzolek M, Cechnicki A, et al. The interplay between childhood trauma, cognitive biases, and cannabis use on the risk of psychosis in nonclinical young adults in Poland. *European Psychiatry*. 2020;63(1):e35.
109. Lincoln TM, Peter N, Schäfer M, Moritz S. Impact of stress on paranoia: an experimental investigation of moderators and mediators. *Psychol Med*. 2009;39(7):1129-39.
110. Binbay T, Mısıır E, Onrat Özsoydan E. Yeni Bir Sosyal Ortama Uyum Sürecinde Psikotik Yaşantılar. *Türk Psikiyatri Derg*. 2016;27:151-60.
111. Ulaş H, Afşaroğlu H, Binbay İT. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Kadınlarda Psikososyal Bir Stres Olarak İşyerinde Yıldırmanın Genel Psikopatoloji ve Psikotik Yaşantılar ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2018;29(2).
112. Cicero DC, Becker TM, Martin EA, Docherty AR, Kerns JG. The role of aberrant salience and self-concept clarity in psychotic-like experiences. *Personal Disord*. 2013;4(1):33-42.
113. Cicero DC, Docherty AR, Becker TM, Martin EA, Kerns JG. Aberrant salience, self-concept clarity, and interview-rated psychotic-like experiences. *J Pers Disord*. 2015;29(1):79-99.
114. Anglin DM, Espinosa A, Barada B, Tarazi R, Feng A, Tayler R, et al. Comparing the Role of Aberrant Salience and Dissociation in the Relation between Cumulative Traumatic Life Events and Psychotic-Like Experiences in a Multi-Ethnic Sample. *J Clin Med*. 2019;8(8).
115. Gawęda Ł, Pionke R, Kręzolek M, Prochwicz K, Kłosowska J, Frydecka D, et al. Self-disturbances, cognitive biases and insecure attachment as mechanisms of the relationship between traumatic life events and psychotic-like experiences in non-clinical adults – A path analysis. *Psychiatry Research*. 2018;259:571-8.
116. Gawęda Ł, Pionke R, Kręzolek M, Frydecka D, Nelson B, Cechnicki A. The interplay between childhood trauma, cognitive biases, psychotic-like experiences and depression and their additive impact on predicting lifetime suicidal behavior in young adults. *Psychological Medicine*. 2020;50(1):116-24.
117. Gawęda Ł, Göriz AS, Moritz S. Mediating role of aberrant salience and self-disturbances for the relationship between childhood trauma and psychotic-like experiences in the general population. *Schizophrenia Research*. 2019;206:149-56.
118. Meşel D, Arciszewska A, Daren A, Pionke R, Cechnicki A, Frydecka D, et al. Mediating role of cognitive biases, resilience and depressive symptoms in the relationship between childhood trauma and psychotic-like experiences in young adults. *Early intervention in psychiatry*. 2020;14(1):87-96.
119. Satterthwaite TD, Wolf DH, Calkins ME, Vandekar SN, Erus G, Ruparel K, et al. Structural brain abnormalities in youth with psychosis spectrum symptoms. *JAMA psychiatry*. 2016;73(5):515-24.
120. Wolf DH, Satterthwaite TD, Calkins ME, Ruparel K, Elliott MA, Hopson RD, et al. Functional neuroimaging abnormalities in youth with psychosis spectrum symptoms. *JAMA psychiatry*. 2015;72(5):456-65.
121. Sabaroedin K, Tiego J, Parkes L, Sforazzini F, Finlay A, Johnson B, et al. Functional connectivity of corticostriatal circuitry and psychosis-like experiences in the general community. *Biological psychiatry*. 2019;86(1):16-24.
122. Papanastasiou E, Mouchlianitis E, Joyce DW, McGuire P, Banaschewski T, Bokde ALW, et al. Examination of the Neural Basis of Psychoticlike Experiences in Adolescence During Reward Processing. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(10):1043-51.

123. Bourque J, Spechler PA, Potvin S, Whelan R, Banaschewski T, Bokde AL, et al. Functional neuroimaging predictors of self-reported psychotic symptoms in adolescents. *American journal of psychiatry*. 2017;174(6):566-75.
124. Wolthusen RPF, Coombs G, Boeke EA, Ehrlich S, DeCross SN, Nasr S, et al. Correlation Between Levels of Delusional Beliefs and Perfusion of the Hippocampus and an Associated Network in a Non-Help-Seeking Population. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 2018;3(2):178-86.
125. Furger S, Stahnke A, Zengaffinen F, Federspiel A, Morishima Y, Pappmeyer M, et al. Subclinical paranoid beliefs and enhanced neural response during processing of unattractive faces. *NeuroImage: Clinical*. 2020;27:102269.
126. Orr JM, Turner JA, Mittal VA. Widespread brain dysconnectivity associated with psychotic-like experiences in the general population. *NeuroImage: Clinical*. 2014;4:343-51.
127. Kelleher I, Devlin N, Wigman JT, Kehoe A, Murtagh A, Fitzpatrick C, et al. Psychotic experiences in a mental health clinic sample: implications for suicidality, multimorbidity and functioning. *Psychol Med*. 2014;44(8):1615-24.
128. Yung AR, Buckby JA, Cotton SM, Cosgrave EM, Killackey EJ, Stanford C, et al. Psychotic-like experiences in nonpsychotic help-seekers: associations with distress, depression, and disability. *Schizophr Bull*. 2006;32(2):352-9.
129. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Panic attacks and psychoticism. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(1):88-92.
130. Yung AR, Buckby JA, Cosgrave EM, Killackey EJ, Baker K, Cotton SM, et al. Association between psychotic experiences and depression in a clinical sample over 6 months. *Schizophrenia research*. 2007;91(1-3):246-53.
131. van Os J, Verdoux H, Maurice-Tison S, Gay B, Liraud F, Salamon R, et al. Self-reported psychosis-like symptoms and the continuum of psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34(9):459-63.
132. van Os J, Reininghaus U. Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2016;15(2):118-24.
133. Saha S, Scott J, Varghese D, McGrath J. Anxiety and depressive disorders are associated with delusional-like experiences: a replication study based on a National Survey of Mental Health and Wellbeing. *BMJ Open*. 2012;2(3).
134. Wigman JT, van Nierop M, Vollebergh WAM, Lieb R, Beesdo-Baum K, Wittchen H-U, et al. Evidence That Psychotic Symptoms Are Prevalent in Disorders of Anxiety and Depression, Impacting on Illness Onset, Risk, and Severity—Implications for Diagnosis and Ultra-High Risk Research. *Schizophr Bull*. 2012;38(2):247-57.
135. Rössler W, Hengartner MP, Ajdacic-Gross V, Haker H, Gamma A, Angst J. Sub-clinical psychosis symptoms in young adults are risk factors for subsequent common mental disorders. *Schizophrenia Research*. 2011;131(1):18-23.
136. Saha S, Scott JG, Varghese D, McGrath JJ. The association between general psychological distress and delusional-like experiences: a large population-based study. *Schizophrenia research*. 2011;127(1-3):246-51.
137. Varghese D, Scott J, McGrath J. Correlates of delusion-like experiences in a non-psychotic community sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2008;42(6):505-8.
138. DeVylder JE, Lukens EP, Link BG, Lieberman JA. Suicidal ideation and suicide attempts among adults with psychotic experiences: data from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(3):219-25.

139. Fisher HL, Caspi A, Poulton R, Meier MH, Houts R, Harrington H, et al. Specificity of childhood psychotic symptoms for predicting schizophrenia by 38 years of age: a birth cohort study. *Psychol Med.* 2013;43(10):2077-86.
140. Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, Murray R, Harrington H. Children's Self-Reported Psychotic Symptoms and Adult Schizophreniform Disorder: A 15-Year Longitudinal Study. *Archives of General Psychiatry.* 2000;57(11):1053-8.
141. Dominguez MDG, Wichers M, Lieb R, Wittchen H-U, van Os J. Evidence that onset of clinical psychosis is an outcome of progressively more persistent subclinical psychotic experiences: an 8-year cohort study. *Schizophr Bull.* 2011;37(1):84-93.
142. Kaymaz N, Drukker M, Lieb R, Wittchen HU, Werbeloff N, Weiser M, et al. Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking population-based samples? A systematic review and meta-analysis, enriched with new results. *Psychol Med.* 2012;42(11):2239-53.
143. Navarro-Mateu F, Alonso J, Lim CCW, Saha S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The association between psychotic experiences and disability: results from the WHO World Mental Health Surveys. *Acta psychiatrica Scandinavica.* 2017;136(1):74-84.
144. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Arango C, Ayuso-Mateos JL. The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr Bull.* 2012;38(3):475-85.
145. Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM, Kessler RC. Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample: the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry.* 1996;53(11):1022-31.
146. Linscott RJ, van Os J. Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annual review of clinical psychology.* 2010;6:391-419.
147. Beavan V, Read J, Cartwright C. The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. *Journal of Mental Health.* 2011;20(3):281-92.
148. Bourgin J, Tebeka S, Mallet J, Mazer N, Dubertret C, Le Strat Y. Prevalence and correlates of psychotic-like experiences in the general population. *Schizophrenia Research.* 2020;215:371-7.
149. Mamah D, Mutiso VN, Ndetei DM. Psychotic-like experiences among 9,564 Kenyan adolescents and young adults. *Psychiatry Res.* 2021;302:113994.
150. Binbay T, Drukker M, Elbi H, Tanik FA, Özkınay F, Onay H, et al. Testing the psychosis continuum: differential impact of genetic and nongenetic risk factors and comorbid psychopathology across the entire spectrum of psychosis. *Schizophr Bull.* 2012;38(5):992-1002.
151. van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Vollebergh W. Prevalence of Psychotic Disorder and Community Level of Psychotic Symptoms: An Urban-Rural Comparison. *Archives of General Psychiatry.* 2001;58(7):663-8.
152. Laurens KR, Hobbs MJ, Sunderland M, Green MJ, Mould GL. Psychotic-like experiences in a community sample of 8000 children aged 9 to 11 years: an item response theory analysis. *Psychological Medicine.* 2012;42(7):1495-506.
153. Cougnard A, Marcelis M, Myin-Germeys I, De Graaf R, Vollebergh W, Krabbendam L, et al. Does normal developmental expression of psychosis combine with environmental risk to cause persistence of psychosis? A psychosis proneness-persistence model. *Psychol Med.* 2007;37(4):513-27.

154. Verdoux H, van Os J, Maurice-Tison S, Gay B, Salamon R, Bourgeois M. Is early adulthood a critical developmental stage for psychosis proneness? A survey of delusional ideation in normal subjects. *Schizophrenia Research*. 1998;29(3):247-54.
155. May-Tolmann U. Obsessional neurosis: a nosographic innovation by Freud. *Hist Psychiatry*. 1998;9(35):335-53.
156. Fear C, Sharp H, Healy D. Obsessive-compulsive disorder with delusions. *Psychopathology*. 2000;33(2):55-61.
157. McKay D, Neziroglu F, Yaryura-Tobias JA. Comparison of clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Journal of anxiety disorders*. 1997;11(4):447-54.
158. Mawn L, Campbell T, Aynsworth C, Beckwith H, Luce A, Barclay N, et al. Comorbidity of obsessive-compulsive and psychotic experiences: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2020;26:100539.
159. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of general psychiatry*. 1988;45(12):1094-9.
160. Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry*. 1993;54(10):373-9.
161. Denys D, Tenney N, van Megen HJGM, de Geus F, Westenberg HGM. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2004;80(2):155-62.
162. Poyurovsky M, Faragian S, Pashinian A, Heidrach L, Fuchs C, Weizman R, et al. Clinical characteristics of schizotypal-related obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2008;159(1):254-8.
163. Byerly M, Goodman W, Acholonu W, Bugno R, Rush AJ. Obsessive compulsive symptoms in schizophrenia: Frequency and clinical features. *Schizophrenia Research*. 2005;76(2):309-16.
164. Tumkaya S, Karadag F, Oguzhanoglu NK, Tekkanat C, Varma G, Ozdel O, et al. Schizophrenia with obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive disorder with poor insight: A neuropsychological comparison. *Psychiatry Research*. 2009;165(1):38-46.
165. Bland RC, Newman S, Orn H. Schizophrenia: Lifetime co-morbidity in a community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1987;75(4):383-91.
166. Van Dael F, Van Os J, de Graaf R, ten Have M, Krabbendam L, Myin-Germeys I. Can obsessions drive you mad? Longitudinal evidence that obsessive-compulsive symptoms worsen the outcome of early psychotic experiences. *Acta psychiatrica scandinavica*. 2011;123(2):136-46.
167. Meier SM, Petersen L, Pedersen MG, Arendt MCB, Nielsen PR, Mattheisen M, et al. Obsessive-Compulsive Disorder as a Risk Factor for Schizophrenia: A Nationwide Study. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(11):1215-21.
168. de Haan L, Sterk B, Wouters L, Linszen DH. The 5-Year Course of Obsessive-Compulsive Symptoms and Obsessive-Compulsive Disorder in First-Episode Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophr Bull*. 2011;39(1):151-60.
169. Cromer KR, Schmidt NB, Murphy DL. An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*. 2007;45(7):1683-91.
170. Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005;112(5):330-50.

171. Hultman CM, Geddes J, Sparén P, Takei N, Murray RM, Cnattingius S. Prenatal and perinatal risk factors for schizophrenia, affective psychosis, and reactive psychosis of early onset: case-control study. *British Medical Journal*. 1999;318(7181):421-6.
172. Vasconcelos MS, Sampaio AS, Hounie AG, Akkerman F, Curi M, Lopes AC, et al. Prenatal, perinatal, and postnatal risk factors in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*. 2007;61(3):301-7.
173. Crum RM, Anthony JC. Cocaine use and other suspected risk factors for obsessive-compulsive disorder: a prospective study with data from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Drug and Alcohol Dependence*. 1993;31(3):281-95.
174. Berman I, Merson A, Viegner B, Losonczy MF, Pappas D, Green AI. Obsessions and compulsions as a distinct cluster of symptoms in schizophrenia: a neuropsychological study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1998;186(3):150-6.
175. Stein DJ. Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders. *Biological Psychiatry*. 2000;47(4):296-304.
176. Gross-Isseroff R, Hermesh H, Zohar J, Weizman A. Neuroimaging communality between schizophrenia and obsessive compulsive disorder: a putative basis for schizo-obsessive disorder? *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2003;4(3):129-34.
177. Badcock JC, Waters FA, Maybery M. On keeping (intrusive) thoughts to one's self: Testing a cognitive model of auditory hallucinations. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2007;12(1):78-89.
178. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Iwasaki Y, Koshimune K, et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Comprehensive Psychiatry*. 2002;43(2):150-7.
179. Jacob ML, Larson MJ, Storch EA. Insight in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55(4):896-903.
180. Craig T, Hwang MY, Bromet EJ. Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with first-admission psychosis. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(4):592-8.
181. de Haan L, Sterk B, van der Valk R. Presence of obsessive compulsive symptoms in first-episode schizophrenia or related disorders is associated with subjective well-being and quality of life. *Early Interv Psychiatry*. 2013;7(3):285-90.
182. Hagen K, Hansen B, Joa I, Larsen TK. Prevalence and clinical characteristics of patients with obsessive-compulsive disorder in first-episode psychosis. *BMC Psychiatry*. 2013;13(1):1-6.
183. Niendam TA, Berzak J, Cannon TD, Bearden CE. Obsessive compulsive symptoms in the psychosis prodrome: Correlates of clinical and functional outcome. *Schizophrenia Research*. 2009;108(1):170-5.
184. Hermesh H, Konas S, Shiloh R, Dar R, Marom S, Weizman A, et al. Musical hallucinations: prevalence in psychotic and nonpsychotic outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004;65(2):191-7.
185. Moritz S, Larøi F. Differences and similarities in the sensory and cognitive signatures of voice-hearing, intrusions and thoughts. *Schizophrenia Research*. 2008;102(1):96-107.
186. Laungani P. Stress, trauma, and coping strategies: Cross-cultural variations. *International Journal of Group Tensions*. 2002;31(2):127-54.
187. Schmittbecher PP. The management of trauma in childhood and adolescence. *European Journal of Pediatric Surgery*. 2013;23(06):425-6.
188. Cristóbal-Narváez P, Sheinbaum T, Ballepí S, Mitjavila M, Myin-Germeys I, Kwapil TR, et al. Impact of Adverse Childhood Experiences on Psychotic-Like Symptoms and Stress Reactivity in Daily Life in Nonclinical Young Adults. *PLoS One*. 2016;11(4):e0153557-e.

189. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(2):113-23.
190. Renkema TC, de Haan L, Schirmbeck F, Alizadeh BZ, van Amelsvoort T, Bartels-Velthuis AA, et al. Childhood trauma and coping in patients with psychotic disorders and obsessive-compulsive symptoms and in un-affected siblings. *Child Abuse & Neglect*. 2020;99:104243.
191. Barzilay R, Patrick A, Calkins ME, Moore TM, Gur RC, Gur RE. Association between early-life trauma and obsessive compulsive symptoms in community youth. *Depression and anxiety*. 2019;36(7):586-95.
192. Mathews CA, Kaur N, Stein MB. Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and anxiety*. 2008;25(9):742-51.
193. Khosravani V, Kamali Z, Jamaati Ardakani R, Samimi Ardestani M. The relation of childhood trauma to suicide ideation in patients suffering from obsessive-compulsive disorder with lifetime suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2017;255:139-45.
194. Ay R, Erbay LG. Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2018;261:132-6.
195. Butler RW, Mueser KT, Sprock J, Braff DL. Positive symptoms of psychosis in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*. 1996;39(10):839-44.
196. Ross CA, Joshi S. Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Comprehensive Psychiatry*. 1992;33(4):269-73.
197. De Loore E, Drukker M, Gunther N, Feron F, Deboutte D, Sabbe B, et al. Childhood negative experiences and subclinical psychosis in adolescence: a longitudinal general population study. *Early Intervention in Psychiatry*. 2007;1(2):201-7.
198. Matheson S, Shepherd AM, Pinchbeck R, Laurens K, Carr VJ. Childhood adversity in schizophrenia: a systematic meta-analysis. *Psychological medicine*. 2013;43(2):225-38.
199. Trotta A, Murray R, Fisher H. The impact of childhood adversity on the persistence of psychotic symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*. 2015;45(12):2481-98.
200. Coughlan H, Cannon M. Does childhood trauma play a role in the aetiology of psychosis? A review of recent evidence. *BJPsych Advances*. 2017;23(5):307-15.
201. Ellason JW, Ross CA. Childhood trauma and psychiatric symptoms. *Psychological Reports*. 1997;80(2):447-50.
202. Morrison AP, Frame L, Larkin W. Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*. 2003;42(4):331-53.
203. Bak M, Krabbendam L, Janssen I, De Graaf R, Vollebergh W, Van Os J. Early trauma may increase the risk for psychotic experiences by impacting on emotional response and perception of control. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005;112(5):360-6.
204. Kelleher I, Keeley H, Corcoran P, Ramsay H, Wasserman C, Carli V, et al. Childhood trauma and psychosis in a prospective cohort study: cause, effect, and directionality. *American journal of psychiatry*. 2013;170(7):734-41.
205. Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V. Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*. 2003;76(1):1-22.
206. Fisher HL, Schreier A, Zammit S, Maughan B, Munafò MR, Lewis G, et al. Pathways Between Childhood Victimization and Psychosis-like Symptoms in the ALSPAC Birth Cohort. *Schizophr Bull*. 2012;39(5):1045-55.

207. Aas M, Navari S, Gibbs A, Mondelli V, Fisher HL, Morgan C, et al. Is there a link between childhood trauma, cognition, and amygdala and hippocampus volume in first-episode psychosis? *Schizophrenia Research*. 2012;137(1):73-9.
208. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophr Bull*. 2012;38(4):661-71.
209. Sideli L, Murray RM, Schimmenti A, Corso M, La Barbera D, Trotta A, et al. Childhood adversity and psychosis: a systematic review of bio-psycho-social mediators and moderators. *Psychol Med*. 2020;50(11):1761-82.
210. DeRosse P, Nitzburg GC, Kompancaril B, Malhotra AK. The relation between childhood maltreatment and psychosis in patients with schizophrenia and non-psychiatric controls. *Schizophrenia research*. 2014;155(1-3):66-71.
211. Read J, Argyle N. Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatric Services*. 1999;50(11):1467-72.
212. Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, de Graaf R, et al. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109(1):38-45.
213. Croft J, Heron J, Teufel C, Cannon M, Wolke D, Thompson A, et al. Association of Trauma Type, Age of Exposure, and Frequency in Childhood and Adolescence With Psychotic Experiences in Early Adulthood. *JAMA psychiatry*. 2019;76(1):79-86.
214. McGrath JJ, Saha S, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Andrade LH, et al. Trauma and psychotic experiences: transnational data from the World Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*. 2017;211(6):373-80.
215. Velikonja T, Fisher HL, Mason O, Johnson S. Childhood trauma and schizotypy: a systematic literature review. *Psychol Med*. 2015;45(5):947-63.
216. Daalman K, Dieren K, Derks EM, van Lutterveld R, Kahn RS, Sommer IEC. Childhood trauma and auditory verbal hallucinations. *Psychological Medicine*. 2012;42(12):2475-84.
217. Gawęda Ł, Pionke R, Hartmann J, Nelson B, Cechnicki A, Frydecka D. Toward a Complex Network of Risks for Psychosis: Combining Trauma, Cognitive Biases, Depression, and Psychotic-like Experiences on a Large Sample of Young Adults. *Schizophr Bull*. 2020;47(2):395-404.
218. Millan MJ, Andrieux A, Bartzokis G, Cadenhead K, Dazzan P, Fusar-Poli P, et al. Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. *Nature Reviews Drug Discovery*. 2016;15(7):485-515.
219. Kraan T, Velthorst E, Smit F, de Haan L, van der Gaag M. Trauma and recent life events in individuals at ultra high risk for psychosis: review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2015;161(2-3):143-9.
220. Berthelot N, Paccalet T, Gilbert E, Moreau I, Mérette C, Gingras N, et al. Childhood abuse and neglect may induce deficits in cognitive precursors of psychosis in high-risk children. *J Psychiatry Neurosci*. 2015;40(5):336-43.
221. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23(1):56-62.
222. Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of general psychiatry*. 1988;45(8):742-7.
223. Akdemir A, Örsel DS, Dağ İ, Türkçapar MH, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenirliliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4(4):251-9.

224. Zimmerman M, Martinez JH, Young D, Chelminski I, Dalrymple K. Severity classification on the Hamilton depression rating scale. *Journal of Affective Disorders*. 2013;150(2):384-8.
225. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology*. 1959;32(1):50-5.
226. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998;9(2):114-7.
227. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J. Childhood trauma questionnaire. Assessment of family violence: A handbook for researchers and practitioners. 1998.
228. Sar V, Öztürk E, İkikardes E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölceğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenirliği/Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2012;32(4):1054.
229. Karamustafalıoğlu K, Üçışık A, Ulusoy M, Erkmén H. Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Bursa Savaş Ofset*. 1993;86.
230. Storch EA, De Nadai AS, Conceição do Rosário M, Shavitt RG, Torres AR, Ferrão YA, et al. Defining clinical severity in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2015;63:30-5.
231. Stefanis N, Hanssen M, Smirnis N, Avramopoulos D, Evdokimidis I, Stefanis C, et al. Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological medicine*. 2002;32(2):347-58.
232. Saka MC, Atbaşoğlu EC, Alptekin K, Üçok A, Gülöksüz S, Akdeniz C. Şizofrenide gen-çevre etkileşimi çalışması için Avrupa şizofreni ağı dahilinde Türkiye şizofreni ağı aile temelinde gen çevre etkileşimi çalışması: çok merkezli, uluslararası, müdahalesiz laboratuvar çalışması. (2015). Available from: <http://www.eu-gei.eu/>.
233. Sevi OM, Ustamehmetoğlu F, Gülen M, Zeybek Z, editors. *Toplumda Psikik Yaşantıları Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenirlik ve Geçerliliği*. Yeni Symposium; 2019.
234. Tabachnick, B. G. And Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. Boston, Pearson.
235. Hinkle DE, Wiersma W, Jurs GS. (1979). *Applied statistics for the behavioral sciences*. Chicago: Rand McNally.
236. Gürbüz, S., & Şahin, F. (2017). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri (4. Baskı)*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
237. Baron, M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
238. MacKinnon DP, Lockwood CM, Williams J. Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate behavioral research*. 2004;39(1):99-128.
239. Gürbüz S. *Aracı, Düzenleyici ve Durumsal Etki Analizleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2019.
240. Stanley MA, Turner SM, Borden JW. Schizotypal features in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 1990;31(6):511-8.
241. Armando M, Nelson B, Yung AR, Saba R, Monducci E, Dario C, et al. Psychotic experience subtypes, poor mental health status and help-seeking behaviour in a community sample of young adults. *Early Interv Psychiatry*. 2012;6(3):300-8.
242. Fekih-Romdhane F, Sassi H, Ennaifer S, Tira S, Cheour M. Prevalence and correlates of psychotic like experiences in a large community sample of young adults in Tunisia. *Community mental health journal*. 2020;56(6):991-1003.

243. Barragan M, Laurens KR, Navarro JB, Obiols JE. Psychotic-like experiences and depressive symptoms in a community sample of adolescents. *European Psychiatry*. 2011;26(6):396-401.
244. Dykshoorn KL. Trauma-related obsessive–compulsive disorder: a review. *Health Psychology and Behavioral Medicine: an Open Access Journal*. 2014;2(1):517-28.
245. Carpenter L, Chung MC. Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2011;84(4):367-88.
246. Saunders BE, Villeponteaux LA, Lipovsky JA, Kilpatrick DG, Veronen LJ. Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. *Journal of interpersonal violence*. 1992;7(2):189-204.
247. Teicher MH, Samson JA. Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2016;57(3):241-66.
248. Dias-Ferreira E, Sousa JC, Melo I, Morgado P, Mesquita AR, Cerqueira JJ, et al. Chronic stress causes frontostriatal reorganization and affects decision-making. *Science*. 2009;325(5940):621-5.
249. Boedhoe PS, Schmaal L, Abe Y, Ameis SH, Arnold PD, Batistuzzo MC, et al. Distinct subcortical volume alterations in pediatric and adult OCD: a worldwide meta-and mega-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2017;174(1):60-9.
250. Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American journal of psychiatry*. 2013;170(10):1114-33.
251. Anacker C, Hen R. Adult hippocampal neurogenesis and cognitive flexibility - linking memory and mood. *Nat Rev Neurosci*. 2017;18(6):335-46.
252. Leal SL, Yassa MA. Integrating new findings and examining clinical applications of pattern separation. *Nat Neurosci*. 2018;21(2):163-73.
253. Destrée L, Brierley M-EE, Albertella L, Jobson L, Fontenelle LF. The effect of childhood trauma on the severity of obsessive-compulsive symptoms: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*. 2021;142:345-60.
254. Rao S, Raveendranathan D, Shivakumar V, Narayanaswamy JC, Venkatasubramanian G, Reddy YCJ. Hippocampus volume alterations and the clinical correlates in medication naïve obsessive compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2018;236:1-5.
255. Reess TJ, Rus OG, Gürsel DA, Schmitz-Koep B, Wagner G, Berberich G, et al. Association between hippocampus volume and symptom profiles in obsessive–compulsive disorder. *NeuroImage: Clinical*. 2018;17:474-80.
256. Palanza P, Parmigiani S. How does sex matter? Behavior, stress and animal models of neurobehavioral disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2017;76:134-43.
257. Tonna M, Marchesi C, Parmigiani S. The biological origins of rituals: An interdisciplinary perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2019;98:95-106.
258. Turley D, Drake R, Killackey E, Yung AR. Perceived stress and psychosis: The effect of perceived stress on psychotic-like experiences in a community sample of adolescents. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13(6):1465-9.
259. Wu Z, Liu Z, Zou Z, Wang F, Zhu M, Zhang W, et al. Changes of psychotic-like experiences and their association with anxiety/depression among young adolescents before COVID-19 and after the lockdown in China. *Schizophrenia Research*. 2021;237:40-6.
260. Kafali HY, Turan S, Akpınar S, Mutlu M, Parlakay AÖ, Çöp E, et al. Correlates of Psychotic Like Experiences (PLEs) During Pandemic: An Online Study Investigating a Possible Link

- Between the SARS-CoV-2 Infection and PLEs Among Adolescents. *Schizophrenia Research*. 2022.
261. Francesconi M, Minichino A, Khandaker GM, Midouhas E, Lewis G, Flouri E. Internalising symptoms mediate the longitudinal association between childhood inflammation and psychotic-like experiences in adulthood. *Schizophrenia Research*. 2020;215:424-9.
 262. Yamasaki S, Usami S, Sasaki R, Koike S, Ando S, Kitagawa Y, et al. The association between changes in depression/anxiety and trajectories of psychotic-like experiences over a year in adolescence. *Schizophrenia Research*. 2018;195:149-53.
 263. Freeman D, Fowler D. Routes to psychotic symptoms: Trauma, anxiety and psychosis-like experiences. *Psychiatry Research*. 2009;169(2):107-12.
 264. Lu D, Wang W, Qiu X, Qing Z, Lin X, Liu F, et al. The prevalence of confirmed childhood trauma and its' impact on psychotic-like experiences in a sample of Chinese adolescents. *Psychiatry Research*. 2020;287:112897.
 265. Carlyle M, Constable T, Walter ZC, Wilson J, Newland G, Hides L. Cannabis-induced dysphoria/paranoia mediates the link between childhood trauma and psychotic-like experiences in young cannabis users. *Schizophrenia Research*. 2021;238:178-84.
 266. O'Neill T, Maguire A, Shevlin M. Sexual Trauma in Childhood and Adulthood as Predictors of Psychotic-like Experiences: The Mediating Role of Dissociation. *Child Abuse Review*. 2021;30(5):431-43.
 267. Kisely S, Strathearn L, Najman JM. A comparison of psychosis-like symptoms following self-reported and agency-notified child abuse in a population-based birth cohort at 30-year-follow-up. *Schizophrenia Research*. 2022;239:116-22.
 268. Charmandari E, Kino T, Souvatzoglou E, Chrousos GP. Pediatric stress: hormonal mediators and human development. *Hormone Research in Paediatrics*. 2003;59(4):161-79.
 269. Boger S, Ehring T, Berberich G, Werner GG. Impact of childhood maltreatment on obsessive-compulsive disorder symptom severity and treatment outcome. *Eur J Psychotraumatol*. 2020;11(1):1753942-.

EK 1: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/802-36

02.02.2021

Sayın Prof. Dr. Ahmet Rifat Şahin

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Bireylerde Psikoz Benzeri Yaşantıların Çocukluk Çağı Travmaları, İçgörü Düzeyi ve Hastalık Şiddeti İle İlişkisi** başlıklı OMÜ KAEK 2020/706 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 17.12.2020 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

EK 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI:

Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Bireylerde Psikoz Benzeri Yaşantıların Çocukluk Çağı Travmaları, İçgörü Düzeyi ve Hastalık Şiddeti ile İlişkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığımız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Obsesif kompulsif bozukluk tanılı bireylerde psikoz benzeri yaşantıların sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve psikoz benzeri yaşantıların çocukluk çağı travmaları, içgörü düzeyi, hastalık şiddeti ile ilişkisinin incelenmesi

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ

Çalışmamıza katılmayı kabul ederseniz sizinle öncelikle yapılandırılmış, psikiyatrik görüşme yapılacak ve bazı anket formlarını doldurmanız istenecektir. Herhangi bir yan etki, risk söz konusu değildir.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Anketi okuyup uygun şekilde doldurmanız yeterlidir. Çalışma tek değerlendirmede sonlanacaktır. Tekrar doktorunuzu çalışma için görmeye gerek olmayacaktır.

CALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Çalışmanın size herhangi bir zararı söz konusu değildir.

GÖNÜLLÜ KATILIM

Bu araştırmaya katılma kararımı tamamen gönüllü olarak veriyorum. Bu çalışmaya katılmayı reddedebileceğim veya katıldıktan sonra istediğim zaman, bu tedavi kurumunda göreceğim bakım ve tedaviler etkilenmeksizin ve hiçbir sorumluluk almadan ayrılabileceğim bilincindeyim. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılırsam, ayrılma nedenlerimi, ayrılışımın sonuçlarını ve izleyen dönemde alacağım tedavileri doktorumla tartışacağım.

CALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Araştırmaya katılmanız nedeniyle size para ödenmeyecek ya da sizden para talep edilmeyecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bu formu imzalayarak doktorunuzun ve onun kadrosunun çalışma için sizin kişisel bilgilerinizi (“Çalışma Verileri”) toplamalarına ve kullanmalarına onay vermiş olacaksınız. Bu durum doğum tarihiniz, cinsiyetiniz, çalışma verilerinizin kullanımı ile ilgili verdiğiniz onayın herhangi bir belirlenmiş birim tarihi yoktur, ancak doktorunuzu haberdar ederek bu onayınızdan herhangi bir zamanda vazgeçebilirsiniz.

Doktorunuz çalışma verilerinizi çalışma için kullanacaktır. Verilerin çalışma dışı amaçla kullanımı söz konusu değildir. Çalışmanın sonuçları tıbbi yayınlarda yayımlanabilir, ancak sizin kimlik bilgileriniz bu yayınlarda açıklanmayacaktır. Doktorunuzdan toplanan çalışma verileriniz hakkında bilgi isteme hakkında sahibsiniz. Aynı zamanda bu verilerdeki herhangi bir hatanın düzeltilmesini isteme hakkında da sahibsiniz. Eğer bu konuda bir isteğiniz olursa lütfen doktorunuzla görüşünüz. Eğer onayınızda vazgeçerseniz, doktorunuz çalışma verilerinizi artık kullanamayacaktır. Bu formu imzalayarak, çalışma verilerinizin bu formda tanımlandığı şekilde kullanımına onay vermekteyim.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE 24 SAAT ULAŞILABİLECEK KİŞİLER:

Prof. Dr. Ahmet Rifat ŞAHİN

OMÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı

0 362 312 19 19-2632

Dr. Ulaş KORKMAZ

OMÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı

0 362 312 19 19-2632

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekirse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekirse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK 3: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

**Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Bireylerde Psikoz Benzeri Yaşantıların
Çocukluk Çağı Travmaları, İlgörü Düzeyi ve Hastalık Şiddeti ile İlişkisi**

Adı Soyadı:

Yaş:

Adres ve Telefon:

Cinsiyet: (0) Erkek (1) Kadın

Medeni durum: (0) Bekar (1) Evli

Eğitim Süresi: ... yıl

Yaşam Şekli: (0) Yalnız (1) Biriyle birlikte (aile, arkadaş)

Çalışma durumu: (0) Öğrenci (1) Çalışıyor (2) İşsiz (3) Ev hanımı

Yaşadığı yer: (0) Köy (1) Kasaba (2) Kent içi

Aylık gelir:

Hanede yaşayan kişi sayısı:

Sosyoekonomik durum: (0) Alt (1) Orta (2) İyi

Hastalık süresi (yıl):

Daha önce psikiyatri başvurusu var mı? : (0) Yok (1) Var

Halen psikiyatrik bir tedavi alıyor mu? : (0) Hayır (1) Evet

Alıyorsa hangi tedavi..? Süresi?

Ailede ruhsal hastalık öyküsü var mı? (0)Yok (1) Var

Varsa hangi hastalık..? Derecesi?

İntihar girişimi ? : (0) yok (1) var Varsa kaç kez?

Psikiyatri servisinde yatış : (0) yok (1) var Varsa kaç kez..?

EK 4: HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	<input type="checkbox"/>
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	<input type="checkbox"/>
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	<input type="checkbox"/>
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	<input type="checkbox"/>
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	<input type="checkbox"/>
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
11. İNTİHAR	(1-5)	<input type="checkbox"/>
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	<input type="checkbox"/>
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	<input type="checkbox"/>
17. AJİTASYON	(1-5)	<input type="checkbox"/>
TOPLAM	

EK 5: HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
2. GERİLİM	<input type="checkbox"/>
3. KORKULAR	<input type="checkbox"/>
4. UYKUSUZLUK	<input type="checkbox"/>
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	<input type="checkbox"/>
6. DEPRESİF MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
7. SOMATİK (muskuler)	<input type="checkbox"/>
8. SOMATİK (duygusal)	<input type="checkbox"/>
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	<input type="checkbox"/>
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ	<input type="checkbox"/>
TOPLAM PUAN:
PSİŞİK (1,2,3,5,6)
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)

EK 6: ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEĞİ

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

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

	Hiçbir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...					
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" yada "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmemeye yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
6. Yırtık, sökükle yada kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7. Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuydu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumdamorartı yada sıynıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14. Ailedekiler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip, kakılma..vb) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama..vb) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

EK 7: YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN	(0-4)	
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESİ	(0-4)	
6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE	(0-4)	
7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESİ	(0-4)	
11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ AÇISI	(0-4)	
12. KAÇINMA	(0-4)	
13. KARARSIZLIĞIN DERECESİ	(0-4)	
14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA	(0-4)	
15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
16. PATOLOJİK KUŞKU	(0-4)	
17. GENEL ŞİDDET	(0-6)	
18. GENEL DÜZELME	(0-6)	
19. GÜVENİLİRLİK	(0-3)	
TOPLAM PUAN		

Hayatınız boyunca bu duygu, düşünce ve deneyimleri hangi sıklıkta yaşadınız?

	Sütun A				Sütun B			
	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Mercedes her zaman	Sıkıntı yok	Biraz sıkıntı	Belirgin sıkıntı	Çok sıkıntı
1. Kendinizi üzgün hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
2. İnsanların sizin hakkınızda imalarda bulunduğunu veya farklı anlamlara çekilebilecek sözler söylediklerini hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
3. Hayat dolu bir insan olmadığınızı hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
4. Başkalarıyla konuşurken pek konuşkan birisi olmadığınızı hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
5. Dergilerde ya da televizyonda gördüğünüz şeylerin özel olarak sizin için yazıldığını hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
6. Bazı insanların görüldükleri gibi olmadıklarını hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
7. Herhangi bir şekilde size kötülük ediliyormuş gibi hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
8. Önemli olaylar karşısında hiç duygulanmadığınızı ya da çok az duygulanmadığınızı hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
9. Her komada kötümser olduğunuzu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
10. Size karşı bir komplo kurulduğunu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
11. Çok önemli birisi olacağınızın alın yazınızda olduğunu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
12. Hiçbir geleceğiniz yokmuş gibi hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
13. Çok özel ya da sıra dışı bir kişi olduğunuzu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
14. Artık yaşamak istemiyormuş gibi hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
15. İnsanların zihinden zihine iletişim kurabildiğini düşündüğünüz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
16. İnsanlarla birlikte olmaya ilgi duyduğunuzu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
17. Bilgisayar gibi elektrikli aletlerin düşüncelerinizi etkileyebileceğini hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
18. Birşeyler yapma konusunda hevesli olmadığınızı hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
19. Sebepsiz yere ağladığınızı olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
20. Büyüye, cinlere veya medyümların gücüne inanır mısınız?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4

Hayatınız boyunca bu duygu, düşünce ve deneyimleri hangi sıklıkta yaşadınız?

	Sütun A			Sütun B				
	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Meredişe her zaman	Sıkıntı yok	Biraz sıkıntı	Belliğin sıkıntı	Çok sıkıntı
21. Enerjinizin kalmadığını hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
22. İnsanların size görünümünüzü nedeniyle tuhaf bakışlarını hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
23. Zihninizin bambaşka olduğunu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
24. Sanki size ait düşünceler zihninizden çekilip alınıyor gibi hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
25. Günlerinizi hiçbir şey yapmadan boşa geçirdiğinizi hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
26. Kafanızdaki düşünceler size ait değilmiş gibi hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
27. Duyularınız yeterince yoğun olmadığını hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
28. Hiç düşünceleriniz, başkaları tarafından işitilecek diye endişe edeceğinizi kadar canlı olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
29. İçten, doğal olmadığınızı hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
30. Kendi düşüncelerinizi yankı yapıyor gibi hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
31. Kontrolünüzün sizin değil de başka bir gücün elinde olduğunu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
32. Duyularınızın körelmiş olduğunu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
33. Yalnızken sesler duyduğunuz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
34. Yalnız kaldığınızda birbiriyle konuşan sesler işittiyiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
35. Dış görünümünüzü ya da kişisel temizliğinizi ihmal ettiğinizi hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
36. İşleri hiçbir zaman yoluna koyamayacağınızı hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
37. Hobbilerinizin az ya da ilgi alanlarınızın kısıtlı olduğunu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
38. Kendinizi suçlu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
39. Başarısız biri olduğunuzu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
40. Gergin hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
41. Bir başkası, bir yakınınızın kılığında girmiş gibi hissettiğiniz olur mu?(ailenizden birinin, bir arkadaşınızın ya da bir tanıdığınızın)	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
42. Hiç diğer insanların görmediği nesnelere, kişilere ya da hayvanlara gördüğünüz olur mu	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4

EK 9: TURNITIN ORJİNALLİK RAPORU

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA PSİKOZ BENZERİ YAŞANTILARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, HASTALIK ŞİDDETİ VE İÇGÖRÜ DÜZEYİYLE İLİŞKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 11	% 9	% 3	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 3
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 2
3	acikerisim.isikun.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
4	dspace.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
5	Submitted to Istanbul Aydın University Öğrenci Ödevi	<% 1
6	Submitted to Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
7	Submitted to Uludağ University Öğrenci Ödevi	<% 1
8	9lib.net İnternet Kaynağı	<% 1