T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

OBSESİF KOMPULSİF VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR TANISI ALMIŞ BİREYLERİN İNTERNET BAĞIMLILIĞI AÇISINDAN SAĞLIKLI GÖNÜLLÜLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

Uzmanlık Tezi

Dr. Sümeyye SEREYİM

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ

Ankara, 2018

ÖNSÖZ

Öncelikle bölüm başkanımız, değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ'ye ve eğitimim esnasında kendilerinden çok şey öğrendiğim hocalarım Doç. Dr. Mustafa UĞURLU, Doç. Dr. Murat İlhan ATAGÜN, Doç. Dr. Görkem KARAKAŞ UĞURLU ve Doç. Dr. Serdar Süleyman CAN'a,

Asistanlığım boyunca beraber çalışma olanağı bulduğum, yine kendilerinden çok şey öğrendiğim bütün asistan arkadaşlarıma,

Bugüne gelmemde en büyük emeğe sahip olan, her zaman desteklerini hissettiğim sevgili babama ve anneme teşekkür ederim.

Dr. Sümeyye SEREYİM

Ankara, 2018

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **v**

ABSTRACT ..... **vi**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **vii**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2.GENEL BİLGİLER **3**

2.1.Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar 3

2.1.1.Tanım ve Tarihçe 3

2.1.2. Klinik Özellikleri ve Tanı Kriterleri 5

2.1.3. Epidemiyoloji 11

2.1.4. Etiyoloji 13

2.1.4.1.Biyolojik Etkenler. 13

2.1.4.2.Psikolojik Etkenler 17

2.1.5.Beden Algı Bozukluğu 19

2.1.6.Saç Yolma Bozukluğu 21

2.1.7.Deri Yolma Bozukluğu 22

2.1.8.Biriktirme Bozukluğu 23

2.2.İnternet Bağımlılığı 25

2.2.1.İnternet 25

2.2.2.İnternet Bağımlılığı 26

2.2.3.İnternet Bağımlılığı Tanı Kriterleri. 28

2.3.Dürtüsellik. 33

2.4.OKB, Bağımlılık ve Dürtüsellik İlişkisi 34

3.GEREÇ VE YÖNTEM **37**

3.1.Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi 37

3.2.Veri Toplama Araçları 38

3.2.1 Sosyodemografik Bilgi Formu 38

3.2.2.Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği 38

3.2.3.Barrat Dürtüsellik Ölçeği 39

3.2.4.İnternet Bağımlılığı Ölçeği 39

3.3.İstatistik ve Analiz 40

4.BULGULAR 41

5.TARTIŞMA 59

6.SONUÇ 65

7.KISITLILIKLAR 65

8.KAYNAKLAR 66

9.EKLER 80

EK-1. Sosyodemografik Veri Formu

EK-2. Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

EK-3. Barrat Dürtüsellik Ölçeği

EK-4. İnternet Bağımlılığı Ölçeği

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, obsesif kompulsif (OK) ve ilişkili bozukluğu olan bireylerde internet bağımlılığı ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

Gereç-yöntem: Çalışmaya DSM-5 tanı ölçütlerine göre obsesif kompulsif bozukluk, beden algısı bozukluğu, biriktirme bozukluğu, trikotilomani ve deri yolma bozukluğu tanısı alan 80 hasta ve psikiyatrik hastalığı olmayan 80 sağlıklı gönüllü alındı. Kişilerle görüşülerek sosyodemografik özellikleri kaydedildi. Deneklere Yale-Brown OKB ölçeği, Barratt dürtüsellik ölçeği ve internet bağımlılığı ölçekleri uygulandı.

Bulgular: İki grup arasında sosyodemografik veriler ve alkol, sigara kullanımı açısından fark yoktu. OKB grubunda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireyler kontrol grubundan fazlaydı. Hasta grubunda internet kullanım süresi ve interneti sohbet amaçlı kullanım kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti. OKB hastalarında internet bağımlılığı ölçek skorları, barrat dürtüsellik toplam ve dikkat, plansızlık alt skorları kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksek bulundu. Ayrıca hasta grubu kendi içinde karşılaştırıldığında internet bağımlılığı ölçeği ile BDÖ-11 skorlarının pozitif yönde korelasyon gösteriyordu. Hasta grubunda internet kullanım süresi arttıkça internet bağımlılığı ölçek skorlarında da artış bulundu.

Tartışma ve sonuç: Biz bu çalışmada OKB ve ilişkili bozukluk tanısı almış hastaların internet bağımlılığı ölçeği skorlarını, sağlıklı gönüllülerden önemli ölçüde yüksek olduğunu bulduk. Gruplar arasında internet kullanım sıklığı ve süresi açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Bu bulgular OK ve ilişkili bozukluklar ve internet bağımlılığı arasında güçlü bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca internet bağımlılığı ve dürtüsellik arasında ilişki vardır. Dürtüsellik arttıkça internet bağımlılığını değerlendiren ölçeğin skorları da artmaktadır. Dürtüsel olan bireyler internet kullanımlarını sınırlayamayıp, bağımlılık geliştirmiş olabilir. Bütün bu bulgular psikiyatrik klasifikasyon alanında çalışanlarca göz önünde bulundurması gereken bir durum olarak görülmekle birlikte daha çok sayıda çalışmalarla desteklenmesi ve açıklığa kavuşturulması gerekir.

ABSTRACT

Purpose: The aim of this work is to study the relationship between internet addiction and impulsivity on patients diagnosed with obsessive-compulsive and related disorders.

Materials and Methods: In this research, there were total of 160 participants which consists of 80 healthy volunteers and 80 patients diagnosed with following disorders wıth respect to DSM-5 criteria, -obsessive-compulsive, body dysmorphic, hoarding, hair-pulling and excoriation-. Each participant's sociodemographic information was recorded through interviews. In addition, Yale-Brown OCD (Obsessive-Compulsive Disorder), Barratt Impulsiveness and Internet Addiction scales were administrated to each participant.

Results: There was no difference between patient and control groups in terms of sociodemographic data and usage of alcohol and tobacco. Patients with family psychological disorder medical history in OCD group were higher than control group. Internet usage time and using internet for chat purposes in patient group were significantly higher than control group. It has been found that, Internet Addiction Scale (IAS), Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), Attentional Impulsiveness Subscale and Nonplanning Impulsiveness Subscale scores in OCD group were significantly higher than control group. Furthermore, IAS scores and BIS-11 scores were positively correlated and IAS scores and internet usage time were also positively correlated in patient group.

Conclusion and Discussion: In this research, it has been found that IAS scores were significantly higher in patients with diagnosed with obsessive-compulsive and related disorders than healthy volunteers. There was statistically meaningful difference between patient and control group in terms of internet usage frequency and time. These findings show that, there is a strong relationship between Internet Addiction and obsessive-compulsive and related disorders. Additionally, there is a positive relationship between impulsiveness and internet addiction.

All these findings should be taken into consideration by practitioners and researchers working on psychiatric classification field. Additionally, this issue should be investigated through further academic researchers and needs to be revealed through these studies.

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo-1 DSM-5'e göre OKB tanı kriterleri

Tablo-2 ICD-10'a göre OKB tanı kriterleri

Tablo-3 DSM-V'e göre beden algı bozukluğu tanı kriterleri

Tablo-4 Saç yolma bozukluğu için DSM-V tanı kriterleri

Tablo-5 Deri yolma bozukluğu için DSM-V tanı kriterleri

Tablo-6 Biriktirme bozukluğu için DSM-V tanı kriterleri

Tablo-7 Hasta ve kontrol grubu arasında bazı tanımlayıcı özelliklerin dağılımı

Tablo-8 Hasta grubunda mevcut olan OKB ile ilişkili bozukluklar

Tablo-9 Hasta ve kontrol grubu arasında internet kullanım özelliklerin dağılımı

Tablo-10 Hasta ve kontrol grubu arasında YBOKÖ, İBÖ ve BDÖ skorlarının dağılımı

Tablo-11 OKB ve ilişkili bozukluk tanılı hastalarda İBÖ skorları ile YBOKÖ ve BDÖ-11 skorları arasındaki ilişki

Tablo-12 Kontrol grubundaki sağlıklı bireylerin İBÖ skorları ile YBOKÖ ve BDÖ-11 skorları arasındaki ilişki

Tablo-13 Hasta ve kontrol gruplarının kendi içinde internet kullanım sıklığına göre YBOKÖ, İBÖ ve BDÖ skorlarının dağılımı

Tablo 14 Hasta grubunda obsesyon tipleri açısından İBÖ ve BDÖ skorlarının dağılımı

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnternet kullanımı son yıllarda önemli ölçüde artmıştır. İnternetin getirdiği pek çok kolaylıklar vardır, ancak aşırı ya da kontrolsüz kullanıldığında ciddi sorunlara yol açabilir. Ülkemizde son 20 yılda teknoloji ve dolayısıyla internet bağımlılığı kavramı ortaya çıkmıştır. İnternet bağımlılığı en basit tanımı ile, internet kullanımının kişinin kontrolünden çıkması, internette aşırı zaman geçirme, internetten uzak kaldığında sinirlilik, kaygı gibi belirtilerin görülmesi ve aşırı internet kullanımına bağlı işlevsellikte bozulma olarak tanımlanabilir (1).

İnternet bağımlılığı kavramı yerine farklı kaynaklarda "patolojik internet kullanımı", "problemli internet kullanımı" ve "kompulsif internet kullanımı" gibi kavramlar da kullanılmaktadır. Bu farklılığın nedeni ise henüz internet bağımlılığının fikir birliği sağlanmış bir tanımının olmaması, etiyolojisi ve yaygınlığı konusunda farklı bilgiler olmasıdır. İnternet bağımlılığını dürtü kontrol bozukluğu içerisinde değerlendiren çalışmalar olduğu gibi, internet bağımlılığında madde bağımlılığında görülen çekilme belirtileri ya da tolerans gelişmesi gibi benzer belirtiler olması nedeni ile davranışsal bağımlılık spektrumu içerisinde de değerlendirilmektedir (2).

DSM-5 tanı sisteminde internet bağımlılığı için önerilen tanı kriterleri arasında "internet ile aşırı zihinsel uğraş", "internet kullanımının engellenmesi ile sinirlilik, huzursuzluk hissi" gibi kriterler vardır. İnternet bağımlılığının davranışsal bağımlılık ya da dürtü kontrol bozukluğu sınıfından olduğunu savunan araştırmalar olduğu gibi OKB spektrumunda değerlendirilebilecek bir bozukluk olduğunu düşünenler de vardır. Aşırı internet kullanımının bazı obsesyonlara sekonder olarak yapılan kompulsif bir davranış olduğu düşünülebilir (2).

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyon ve kompulsiyonlarla karakterize bir rahatsızlıktır. Obsesyon, kişiye sıkıntı veren, rahatsız edici, girici ve yineleyici dürtü, düşünce ya da düşlemlerdir. Kompulsiyon ise, bir obsesyona tepki olarak belli katı kurallara göre yapılan mental ya da motor eylemlerdir. Obsesif-kompulsif bozukluk, süreğen gidişli ve kişilerin akademik, mesleksel, sosyal ve aile işlevlerini olumsuz etkileyerek yeti yitimine yol açan bir bozukluktur.

Bazı çalışmalarda OKB hastalarında tedavi sonrası OKB ölçek puanları ile birlikte internet bağımlılığı ölçek puanlarının da düştüğü gözlenmiştir (3). Biz de bu çalışmada OK ve ilişkili bozukluklar tanısı almış hastalar ile psikiyatrik hastalığı olmayan sağlıklı gönüllüler arasında internet bağımlılığı riski açısından fark olup olmadığını araştırmayı planlandık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Obsesyon; latince kuşatılmak, ele geçirilmek anlamlarına gelen ‘obsidere’ kelimesinden türeyen, zihne istemsiz gelen, yineleyici, kaygıya yol açan, egodistonik (benliğine yabancı) düşünce, dürtü veya imgeler olarak tanımlanır. Hastalar tarafından takıntı, saplantı, evham veya vesvese gibi terimlerle ifade edilir. Kişi düşünmemeye ya da zihinden uzaklaştırmaya çalışarak ya da kompulsif eylemler yoluyla bu düşünce, dürtü veya imgelerin zorlayıcı etkisinden kurtulmaya çalışır (2, 4).

Kompulsiyon; zorlanmış, köşeye sıkışmış anlamındaki ‘compellere’ kelimesinden türemiş olup, bilinçli, obsesyonları nötralize etmek için yapılan ya da bireyin belirli kurallara göre gerçekleştirmek zorunda hissettiği, yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemler için kullanılan terimdir. Obsesyon ve kompulsiyonlar zaman alıcıdır ve kişinin alışılmış düzenini, mesleki işlevlerini, sosyal etkinliklerini ve ilişkilerini önemli ölçüde etkiler. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), belirgin sıkıntıya yol açacak düzeyde şiddetli obsesyon ve/veya kompulsiyonlar ile seyreden, genellikle tekrarlayıcı, kişinin işlevselliğini bozan, kronik bir bozukluktur (5-7).

Yazılı kaynaklarda obsesyon ve kompulsiyonlara dair tanımlamalar ilk çağda Plutarch’ın metinlerinde görülebilir ve daha çok batıl inanışlarla birlikte tanımlanır. Dini ve büyüsel törenlerin kaynağında büyük oranda obsesif-kompulsif nevrozdakine benzer savunma düzeneklerinin işlediği düşünülmektedir (7, 8). On yedinci yüzyılın başında Shakespeare, Macbeth adlı ünlü eserinde suçluluk duygusundan köken alan obsesyon ve kompulsiyonların örneğini vermiştir. Machbeth kocasını öldürdükten sonra duyduğu suçluluk duygularını sürekli ellerini yıkayarak gidermeye çalışmakta, ellerinin pis olduğu düşüncesini kafasından atamamaktadır (4, 7). On dokuzuncu yüzyılda Fransız psikiyatrist Esquirol tarafından obsesyon ve kompulsiyonların melankolinin bir belirtisi olarak bahsedilmesine kadar sosyal ve dini terimlerle açıklamalar sürmüştür. Esquirol “öznel kompulsiyon hissi ve karşı koyma arzusunun eşlik ettiği tekrarlayıcı, inatçı fikir, imaj, duygu ya da eylemler’’ şeklinde bir belirti kümesi tariflemiştir (9). Esquirol ve daha sonra gelen klinisyenler OKB’yi ‘içgörüsü olan delilik’ olarak adlandırmışlardır. ‘Obsesyon’ terimini ilk kez 1860’larda Belçikalı

psikiyatrist Morel kullanmıştır. Westhpal obsesyonları mental tikler olarak adlandırmış, anlamsızlığın hasta tarafından bilindiğini vurgulamıştır (10). Fransız psikiyatrist Pierre Janet, yirminci yüzyılın başlarında obsesyon, kompulsiyon ve fobileri "psikasteni" tanımı altında toplamış OKB'nin klinik bulgularının en kapsamlı ilk tanımını yapmıştır (11). Janet ve Kurt Schneider, obsesyon içeriğinin mantık dışı, benliğe yabancı olarak algılanması, obsesyona direncin eşlik etmesi gibi ölçütleri getirmişlerdir (4, 10). Freud, 1890'lı yıllarda hastalığı 'obsesif kompulsif nevroz' olarak tanımlamış, obsesyonların agresif veya cinsel dürtülerden kaynaklandığını ve bu dürtülerin, anksiyeteye neden olduğunu belirtmiştir (12).

Yirminci yüzyılın sonlarında hastalığın oluşmasında kalıtımsal ve nörobiyolojik etkenlere dair veriler elde edilmeye başlanmıştır (7). OKB belirtileri resmi olarak ilk kez Hastalıklarının Tanı ve İstatiksel El Kitabı I. Baskısı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (DSM-I) ile tanımlanmıştır. Burada belirtiler kısaca tanımlanırken, biçim ve içerik ayrımı üzerinde düşünülmeksizin kabaca bir tanımlama yapılmıştır. Her yayınlanan DSM ile birlikte bu ayrım güncel çalışmalar ışığında daha net bir şekilde yapılırken, güncel fenomenolojik bakış açımıza en uygun ve en yakın tanımlama ise DSM-III ile yapılmıştır. 1987'de güncellenen DSMIII-R'de günlük yaşamı kesintiye uğratan en az bir saat süren obsesyonlar ve/veya kompulsiyonlar olarak tanımlanmış ve "obsesif kompulsif nevroz" terimi kullanılmıştır (13). DSM-IV'te kompulsiyonların davranış olabileceği gibi zihinsel aktivite de olabileceği belirtilmiştir (14). Daha sonra DSM-IV ve DSM-IV-TR 'de "Obsesif Kompulsif Bozukluk" terimi 'Anksiyete Bozuklukları' başlığı altında sınıflandırılmıştır (5). OKB için halen 1990' da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından onaylanan ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision) (Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması) (15) ve 2013'te Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından yayımlanan DSM-V sınıflandırmaları kullanılmaktadır (16).

DSM-5'te OKB başlığında birkaç değişiklik olmuştur; DSM-5'te 'Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar' isminde yeni bir bölüm oluşturulmuş ve OKB ile buna benzeyen bozukluklar bu bölüme kaydırılmıştır. 'OKB' DSM-IV TR'deki Anksiyete Bozuklukları' bölümünden, 'Beden Algısı Bozukluğu' 'Somatoform Bozukluklar' bölümünden, 'Trikotillomani' ise 'Başka Yerde Sınıflandırılmayan

Dürtü Kontrol Bozuklukları' bölümünden çıkartılarak buraya yerleştirilmiştir. OKB ve buna benzeyen bozuklukların ayrı bir bölüme alınarak diğerlerinden ayrıştırılması bu bozuklukların farklı bir etiyolojiye ve gidişata sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Bu bölüme alınan bozukluklar birbirleriyle ilişkili görülmektedir ve bunların tedavileri de benzer biçimde yapılmaktadır. Ayrıca DSM-5'te 'Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar' bölümüne 'Biriktiricilik Bozukluğu' ve 'Deri Yolma Bozukluğu' ismiyle DSM-IV TR'de olmayan iki yeni bozukluk da eklenmiştir. Biriktiricilik Bozukluğu, gerçek değeri ne olursa olsun, sahip olduklarını elden çıkarmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte sürekli olarak bir güçlük çekmeyle (A tanı ölçütü) kendini gösteren ayrı bir klinik tablo biçiminde tanımlanmıştır. Deri Yolma Bozukluğu ise deride berelenme (lezyon) ile sonuçlanan yineleyici deri yolma (A tanı ölçütü) ile kendini göstermektedir. Aşırı istifleme ve deri yolma tek başlarına gözükebilen teşhis geçerliliği olan bozukluklardır. Bu nedenle bunların ayrı bir bozukluk olarak DSM'ye dâhil edilmesi uygun görülmüştür (2, 5, 16).

2.1.2. Klinik Özellikler ve Tanı

OKB farklı semptom kümelerinden oluşan çok boyutlu bir bozukluktur. Hastalarda sadece obsesyonlar, sadece kompulsiyonlar veya her ikisi birden bulunabilir (4, 6). Genellikle başlangıçta klinik tabloya obsesyonlar hakimken kompulsiyonlar kaygıyı azaltmak için yapılır, daha sonra kompulsiyonlar denetlenemez hale gelir ve kendisi sıkıntıya neden olur (6, 7, 17). Nadir de olsa tek başına obsesyon ya da kompulsiyonların olduğu OKB tabloları görülmektedir. Kompulsiyonların eşlik etmediği, sadece obsesyonların bulunduğu durumlarda sıklıkla saldırganlık ve cinsel obsesyonlar hakimdir. Sadece kompulsiyonların olduğu OKB tabloları ise oldukça nadirdir (4, 18).

Pek çok çalışmada kirlenme-bulaşma içerikli obsesyonlar %45-55 görülme oranı ile en sık görülen obsesyonlardır (6). Hasta sürekli kirlendiği düşüncesi ile anksiyete düzeyini yükseltmekte ve bir şeyleri temizleme ihtiyacı duymaktadır. Bulaşmasından en çok korkulan maddeler arasında kir, mikrop, meni, idrar, dışkı ve benzerleri bulunmaktadır. En sık yıkanan bölge ellerdir. Ama pek çok vücut bölgesi

ya da eşya temizlenmesi gereken nesne olarak algılanabilir. Zamanla eklenen kaçınma davranışı işlevselliğin daha da bozulmasına neden olur.

İkinci en sık görülen obsesyon türü %34-42'lik oran ile emin olamama-şüphe obsesyonlarıdır (6, 14). Bu obsesyonla ilgili olarak kontrol etme kompulsiyonları gelişir. Elektriğin, doğalgazın ya da kapının kapatılıp kapatılmadığından emin olunamaz. Bu emin olamama hali kişide kaygı düzeyinin yükselmesine neden olur. Kaygıyı azaltmak için yapılan kontroller kişinin saatlerinin harcanmasına neden olarak günlük etkinliklerde bozulmayla sonuçlanır.

Daha sonra sıklık sırasına göre simetri, bedensel, saldırganlık, cinsel, dini obsesyonlar gelmektedir (6). Simetri-düzen obsesyonları, diğerlerinden farklı olarak ego-distonik değildir. Büyüsel düşüncesi ön planda olan hastalar hayali bir tehlikeyi önlemek için yapma-bozma ve sayma gibi kompulsiyonları sık kullanırlar (19). Saldırganlık obsesyonları kişinin kendisine, yakınlarına ya da başkalarına zarar verebileceği düşüncesinin sık ve uygunsuz şekilde aklına gelmesi şeklindedir. Kişinin çocuğuyla yalnız kalamaması ya da kesici-delici aletlerin bulunduğu bir ortamda bulunamaması gibi kaçınmalarla kendini gösterebilir. Cinsel obsesyonlar, cinsellikle ilgili istenmeyen düşüncelere sahip olma, çocukları içeren cinsel düşünceler, eşcinsellik gibi temaların olduğu obsesyonlardır. Dini obsesyonlar tanrıya küfretme, varlığına inanmama gibi düşüncelere sahip olmayı içeren obsesyonlardır. Saldırganlık, cinsel ve dini içerikli obsesyonlar yoğun suçluluk duyguları ve majör depresyonla bir arada sık bulunur (6). En sık görülen kompulsiyonlar ise yine sıklık sırasına göre kontrol etme (hastaların %63-68'inde görülür), yıkama-temizleme, dua etme, simetri-düzen, sayma-tekrarlama kompulsiyonlarıdır (20, 21). Belirtilere yönelik içgörü değişen derecelerde bozuk olabilmektedir. OKB hastalarının %15-36'sında içgörü önemli ölçüde zayıf olabilir, bu durumda teşhis hezeyanlı bozukluklarla karıştırılabilir veya atlanabilir (22-24). DSM-V'te bu belirleyici OKB inanışları şeklinde tanımlanmıştır. OKB'de iç görü değerlendirilmesi kişinin bir hastalığın belirtilerine sahip olup olmadığı ya da tedavi görmeyi gerektirir bir hastalığı olup olmadığına ilişkin farkındalığı üzerine yapılmamaktadır. Bunun yerine, iç görü değerlendirmesi; kişinin bilişsel açıdan yanlış inanışları ve hatalı akıl yürütme tarzlarına ilişkin bir değerlendirme yapıp yapamadığına göre yapılır (19).

OKB başlama yaşı olarak çocukluk çağı (10-11yaş) ve ergenliğin sonu-genç erişkinlik dönemi (19-23 yaş) olmak üzere iki kez zirve yapar (25, 26). Erken ve geç başlayan olgularda klinik açıdan farklılıklar olabilir. Erken başlangıç daha şiddetli belirtiler ve kötü seyir ile ilişkili bulunmuştur (26). OKB'nin 6 yaşından önce başlaması nadirdir. OKB hastalarının yarısından fazlasında belirtiler ani başlar. Hastaların %50-70'inde belirtiler gebelik ya da yakınını kaybetme gibi travmatik bir olaydan sonra ortaya çıkmaktadır (27). Belirtilerin ortaya çıkmasından sonra karakteristik belirtilerin tanınmasındaki güçlük, utanma, gizleme gibi nedenlerle tedavi başvurusu 5-10 yıl sonra olmaktadır (6, 28). OKB'de gidişat uzun, değişken ve genelde ilerleyicidir. Hastalığın erken yaşlarda başlaması, uzun hastalık süresi, hastalık başlamadan önce kişinin düşük sosyal işlevselliğe sahip olması, erkek cinsiyet, komorbid diğer bir psikiyatrik hastalığın varlığı, kompulsiyonlara direnç olmaması, hastaneye yatış kötü prognoz belirteçleridir. İyi prognoz belirteçleri ise hastalığı tetikleyici bir olayın varlığı, belirtilerin epizodik gidiş göstermesi, iş ve sosyal yaşamda uyumun iyi olmasıdır. Obsesyon içeriği ile prognoz arasında ilişki bulunmamıştır (6). Uzun dönemde hastaların %20-30'unda belirtilerde belirgin bir düzelme, %40-50'sinde orta derecede düzelme olur, %20-40'ında belirtiler değişmeden kalır ya da daha da kötüleşir, %15'inde işlevsellikte ilerleyici bir bozulma görülür (29). Hastaların yarısında intihar düşünceleri, %11-25'inde en az bir kez intihar girişimi olduğu saptanmıştır (30, 31).

Günümüzde OKB tanısı koymada, 2013'te APA tarafından yayınlanan DSM-V (2) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayınladığı International Classification of Disease Hastalıkların ve Bunlarla İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması 10. Baskı (ICD-10) (32) sınıflaması kullanılmaktadır. DSM-V'te Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında yer alan OKB'nin tanı kriterleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. DSM-5'e göre OKB tanı kriterleri (2)

Takıntı- Zorlantı Bozukluğu (Obsesif- Kompulsif Bozukluk)

A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan, belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemlerdir.

(2) Kişi bu düşünce dürtü ya da düşlemlere aldırmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1) Kişinin, obsesyona tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorunlu hissettiği yineleyici davranışlar (örn. el yıkama) ya da zihinsel eylemler (örn. dini değeri olan sözler söyleme, sayma gibi).

(2) Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan kurtulma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranış ya da zihinsel eylemler korunulması amaçlanan durumlarla gerçekçi biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı düzeydedir.

B. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar kişinin zamanını alır ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur ya da toplumsal, mesleki ya da diğer alanlarda işlevselliğini etkiler.

C. Obsesif kompulsif belirtiler, bir maddenin, ilacın ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

İç görüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, OKB ilişkili inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığının ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayrımındadır.

İç görüsü kötü: Kişi, OKB ilişkili inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İç görüsü yok/sanrısal inanışlar: Kişi, OKB ilişkili inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.

OKB, DSÖ'nün yayınladığı ICD-10'da F–42 kodu ile yer almıştır. ICD-10'a göre ise Obsesif-Kompulsif Bozukluk için tanı ölçütleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. ICD-10'a göre OKB tanı kriterleri (15)

Obsesif Kompulsif Bozukluk
Kesin tanı koyabilmek için, obsesyonel belirtiler ya da kompulsif hareketler, en az iki hafta süre ile çoğu günler bulunmalı, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır. Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır:
A. Bunlar kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanmalıdır.
B. Kişi bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı direnç gösteriyor olmalıdır. Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ve hareketler bulunabilir.
C. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da bunaltının giderilmesi söz konusudur).
D. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.
ICD-10'da OKB'nin başlıca beş tipi tanımlanmıştır:
F42.0 Obsesyonel düşünceler veya ruminasyonların baskın olduğu tip
F42.1 Kompulsif hareketlerin baskın olduğu tip
F42.2 Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte olduğu, karışık tip
F42.8 Başka obsesif-kompulsif bozukluklar
F42.9 Obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş

ICD-11'in Beta Taslağı (nihai değil, DSÖ tarafından onaylanmadı) internet üzerinden yayınlanmıştır (33). Tanım olarak, ICD-11 taslağında OKB, obsesyon veya kompulsiyonların veya her ikisinin varlığı ile karakterizedir. Bu tanıma göre obsesyonlar, intrusif, istenmeyen ve genellikle anksiyete ile ilişkili, tekrarlayan sürekli düşünceler, imgeler veya dürtülerdir. Birey obsesyonları yok saymaya veya bastırmaya veya kompulsiyonlar ile onları etkisiz hale getirmeye çalışır. Kompulsiyonlar, bireyin bir obsesyona cevap olarak sert kurallara göre yerine getirdiği veya "tamamlık" hissi elde etmek için sürdürdüğü tekrarlayıcı davranışlar veya

zihinsel eylemlerdir. Obsesif kompulsif bozukluğun teşhisi için obsesyonlar ve kompulsiyonlar zaman almalıdır (örn. günde 1 saatten fazla) ve işlevsellikte önemli bir bozulma ile sonuçlanmalıdır. Bu yeniden formüle edilen tanımın, kesin olmasa da OKB'nin tanısal kılavuzlarının, ayırıcı tanılarının ve belirleyicilerinin revizyonu için son zamanlarda öne sürülen önerilerin çoğunu kabul ettiği görülmektedir (33). ICD-10'dan ICD-11 Beta Taslağı'na geçişte yapılan bir diğer kilit değişim, DSM-V'e benzer, ancak onun ötesine geçen şekilde, OKB'yi Obsesif kompulsif ve ilişkili bozuklukların geniş bir kümesi içinde sınıflandırmaktır. ICD-11 Beta Taslağında OKB'ler "etiyoloji, genetik belirleyiciler ve etkilenen sinir devrelerinde benzerlikleri paylaştığı düşünülen tekrarlayıcı düşünceler ve davranışlarla karakterize bir grup bozukluk" olarak tanımlanmaktadır. ICD-11, bozuklukları birbirine bağlamak için temel olarak genetik ve nörobiyolojik benzerliklerin altını çizmektedir. DSM-V ve ICD-11'in her ikisi de OKB kümesinde bölümün temel bozukluklarını temsil eden beş bozukluk (OKB, vücut dismorfik bozukluğu, biriktirme bozukluğu, ekskoriasyon bozukluğu ve trikotilomani) içerir. Bununla birlikte, DSM-V'in "madde/ilaç etkisiyle oluşan OKB'ler" ve "başka bir tıbbi duruma bağlı OKB'ler"i içermesine karşın, ICD-11'de ayrıca olfaktör referans sendromu ve hipokondriazis bulunmaktadır (34).

2.1.3. Epidemiyoloji

Psikiyatrik literatürde 15. yüzyıldan beri obsesyonlar ve kompulsiyonları olan hastalar tanımlanmaktadır. Eski çalışmalar, OKB'nin, oldukça seyrek olduğunu göstermektedir. OKB üzerine yapılan tarama çalışmalarında sıklığın kültürel farklılıklara rağmen tutarlı olduğu, yaşam boyu prevelansının yaklaşık olarak %2-3 olduğu bildirilmiştir (6, 35-40). Ülkemizde ise OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2 ila 3,7 olarak bildirilmektedir. A.B.D.'de yapılan araştırmalar erkek ve kadın arasında sıklık açısından bir fark olmadığını göstermektedir (41-43). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre ise OKB'nin 1 yıllık yaygınlığı (kadınlarda %0,6, erkeklerde %0,2) ülkemizde kadınlarda 3 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (43, 44). Klinik tablo cinsiyete bağlı farklılıklar gösterebilir. OKB'nin ortalama başlangıç yaşı 18-25'tir. Erkeklerde kızlara oranla daha erken yaşlarda başladığı görülmektedir (7, 45, 46).

OKB, psikiyatrik bozukluklar içinde fobiler, madde kullanımı ve major depresyondan sonra dördüncü en sık görülen bozukluk olup, genel popülâsyonda panik bozukluğu (PB) ve şizofreniden iki kat daha yaygındır. Buna rağmen zor tanınmakta ve az tedavi edilmektedir, bu yüzden sebep olduğu işgücü kaybı ve maliyeti yüksektir. OKB, kişinin işlevselliğini en çok bozan psikiyatrik bozukluklardan biridir (6, 29, 47-49).

OKB'nin diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikteliği sıktır. Psikiyatri kliniğine başvurdukları sırada OKB hastalarının %48-68'inin başka bir psikiyatrik bozukluğa da sahip oldukları bildirilmektedir. En sık birliktelik (%67) duygu durum bozuklukları, özellikle majör depresyon iledir. İki uçlu bozukluk için bu oran %12-20 olarak bildirilmiştir. OKB'ye herhangi bir duygu durum bozukluğu eşlik ettiğinde kliniğinde birtakım farklılıklar görülmekte ve tedavide güçlükler oluşmaktadır (39, 50, 51). OKB ve iki uçlu bozukluk arasındaki komorbiditenin açık bir şekilde tanımlanması, antipsikotiklerin veya duygu durum düzenleyicilerinin kullanılması lehine tedavi algoritmasını etkilemiştir. OKB'de komorbid herhangi bir anksiyete bozukluğu için yaşam boyu yaygınlık %40-60, yeme bozukluğu için %17, alkol kötüye kullanımı için %14 ve Tourette sendromu için %7 olarak bildirilmiştir (6, 52-54).

Travmaya maruz kalan kişilerde oluşan intrusiv istenmeyen düşünceler ve bu düşüncelerden kaçınmak için yapılan ritüeller ve kaçınma davranışlarının OKB belirtileriyle uyuşması nedeniyle OKB sıklığı ve travma öyküsü arasında da güçlü bir bağlantı olduğu ileri sürülmüştür (55, 56). Türkiye'de 2006 yılında yapılan bir çalışmada OKB hastalarında fiziksel, cinsel ya da duygusal travma oranı %14 olarak bildirilirken cinsel travma öyküsü %6, fiziksel travma öyküsü % 8 olarak bildirilmiştir (57).

OKB'de zaman zaman psikotik özelliklerin ortaya çıkması veya şizofreni hastalarında obsesif kompulsif belirtilerin görülmesi sık karşılaşılan bir durumdur. OKB ve şizofreni komorbiditesi %10-12 olarak belirtilmektedir (58). Obsesif-kompulsif semptomlar ile psikoz arasındaki ilişki uzun zamandır bilinmektedir ve şizofreni ve şizofreni için yüksek riskli popülasyonda obsesif-kompulsif semptomların yaygınlığı genel popülasyondan daha fazladır, bu nedenle obsesif kompulsif

belirtilerin şizofreni için bir prodrom dönemi bulgusu olabileceği de öne sürülmüştür (59).

OKB'ye eşlik eden kişilik bozukluklarının yaygınlığı örneklem ve tanısal araçlardaki farklılıklara bağlı olarak çalışmalar arasında %9'dan %75'e kadar değişmektedir. OKB'de C kümesi kişilik bozukluklarının (çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif kişilik bozuklukları) diğerlerine göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir (53, 60).

2.1.4.Etiyoloji

OKB'nin başlangıcı ve oluşumu hakkında kesin bilgiler olmasa da kanıta dayalı bazı açıklayıcı bilgiler sunulmaktadır. OKB heterojen bir bozukluk olduğundan etiyolojide genetik, nörokimyasal, yapısal, psikodinamik gibi pek çok etkenin bir arada rol oynadığı düşünülmektedir.

2.1.4.1.Biyolojik Etkenler

Serotonin Hipotezi

OKB'de serotonin hipotezi, ilk olarak selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) ve serotonerjik ajanların OKB belirtilerini azaltmasıyla ilgili klinik gözlemlere dayanır. Serotonin geri alım inhibisyonu yapan ilaçlar OKB'de etkili bulunurken, noradrenerjik ilaçlarla aynı etki elde edilememiştir (61, 62).

Bu bulgular patofizyolojide serotoninin rolü olduğunu düşündürmüş, ve varsayım biyolojik göstergelere ilişkin çalışmalarla desteklenmeye çalışılmıştır (63). OKB'de platelet serotonin taşıyıcısı (SERT) bağlama kapasitesinin azaldığı gösterilmiştir (62). Flamken ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma klomipramine yanıtın tedavi öncesi platelet serotonin konsantrasyonu ile ilişkili olduğu bulunmuştur (64). Tedavi öncesi yüksek platelet serotonin düzeyi iyi yanıtın göstergesidir; daha ciddi düzeyde hastalığı olanlarda platelet serotonin düzeyi düşüktür. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada, BOS 5- Hidroksiindolasetikasit (5-HIAA) düzeyi ile klomipramine yanıt arasında güçlü bir ilişki belirlenmiş; 5-HIAA düzeyi yüksek olanların tedaviye daha iyi yanıt verdikleri gösterilmiştir (65). Bir PET çalışmasında

ventral prefrontal korteks ve kaudat çekirdekte serotonin sentezinin azaldığı gösterilmiştir (66).

Marazziti ve arkadaşları (1997) presinaptik serotonin taşıyıcısının OKB deki rolünü araştırmışlardır. Bu çalışmada ilaç almayan OKB'yi hastalarda presinaptik serotonin taşıyıcısının periferi belirteci olan trombosit 3 H- imipramin bağlanma bölgelerinin sayısında azalma olduğunu bulmuşlardır. Bu hastalarda serotonerjik etkili ilaçlarla yapılan tedavi sonrası trombosit 3 H- imipramin bağlanma bölgelerinin sayısında artış saptanmış, bu bulgular serotonin taşıyıcısının OKB'de rolü olabileceği seklinde yorumlanmıştır (67).

Değişik serotonin reseptör alt tiplerinin olması, serotonin reseptörlerinin beyin içinde farklı miktarlarda dağılımı, serotoninin farklı merkezi sinir sistemi yolakları ve işlevlerini düzenlemesi, OKB etiyolojisini tek başına serotonin disregülasyonuna bağlamaya imkan vermemektedir (68).

Dopamin Hipotezi

OKB patogenezinde serotoninle birlikte dopaminerjik sistemin de rolü olabileceği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. OKB tedavisinde SSGİ'lere eklenen antipsikotiklerin olumlu etkileri patofizyolojide dopaminin de rolünün olduğunu düşündürmüştür (69). Bazal gangliyon normal işlevlerinde dopaminin rol oynamakta ve bazal gangliyonlarda enfeksiyoz, toksik, vasküler hasarlardan sonra obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkması, Sydenham koresi ve Huntington hastalığı gibi bazı hastalıklarda obsesif-kompulsif belirtilerin ortaya çıkması; etiyolojide dopaminin rolü olduğunu düşündürmüştür (69, 70).

OKB ile Tourette Sendromunun yakın ilişkisinin olması (71), hastalığın patogenezinde bazal gangliyonların rol oynadığı şüphesini doğurmuştur. Yine bazal gangliyonları tutan Sydenham koresi vakalarında OKB'nin görülmesi (72) bu görüşü desteklemektedir. Sydenham Koresinde de A grubu Beta Hemolitik Streptokok Enfeksiyonundan sonra merkezi sinir sistemindeki nöronlara karşı gelişen otoimmün bir yanıt söz konusudur. Erken başlangıçlı OKB ve Tik Bozukluklarında B lenfosit antijen D8/17'nin sık olduğu bildirilmiştir (72).

Kokain kullanan kişilerde obsesif kompulsif belirtilerde artma olduğu, kokain kötüye kullanımının ilerleyen dönemlerde OKB gelişmesi için bir risk faktörü olduğu ve Tourette sendromunda tikleri kötüleştirmesi dopamin varsayımını desteklemektedir (69, 73).

Nöroanatomi

Obsesif kompulsif bozuklukta yapısal veya nörokimyasal bozukluğa bağlı olarak nöropsikolojik defisitler bildirilmiştir. En temel ve en fazla tekrarlanan bulgu, yürütücü işlevlerdeki ve sözel olmayan bellekteki bozulmadır. Parietal korteks ve parietooksipital bileşkedeki aktivasyon azlığının bu işlev bozukluğundan sorumlu olduğu ileri sürülmüştür (6).

Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Beyin görüntüleme çalışmaları sonucunda, OKB patogenezinde orbitofrontal bölge başta olmak üzere talamus ve bazal ganglionların rolü olduğu ortaya konmuştur (74). Kaudat çekirdekte hacim değişiklikleri ve kaudat çekirdeklerin normal simetrisinde kaybolma saptanmıştır (75, 76). İşlevsel görüntüleme çalışmalarında ise Pozitron Emisyon Tomografi yöntemiyle OKB'de orbitofrontal bölge ve bazal ganglionlarda glikoz metabolizmasında artış (77, 78), tek foton emisyon tomografi yöntemiyle frontal bölge ve talamusta kontrollere göre kanlanmada artış, bazal ganglionlarda ise kanlanmada artma ya da azalma saptanmıştır (79).

Genetik

Aile çalışmalarında, özellikle erken başlangıçlı ve tik bozukluğunun eşlik ettiği OKB olgularının daha çok ailesel olduğu bildirilmekle, birlikte, ailesel geçişin olmadığını bildiren çalışmalar da vardır. İkiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı %87, çift yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı %47 olarak bulunmuştur (80-82).

Aile çalışmalarında OKB hastalarının yakınlarında bozukluktan etkilenme oranı %35 olarak bulunmuştur. Pauls ve arkadaşlarının 100 OKB hastası ile 100 sağlıklı kontrol grubunun birinci derece yakınlarını içeren çalışmalarında, OKB'li hastaların yakınlarında OKB görülme oranı %18.2 bulunurken, kontrol grubunun yakınlarında bu oran OKB'yi %3.9 bulunmuştur (83). Başka bir çalışmada ise OKB'li hastaların yakınlarında OKB görülme oranı %11.7, kontrol grubunun yakınlarında ise %2.7 bulunmuştur (84). Çalışmalarda, obsesyonların kompulsiyonlara oranla daha yüksek genetik geçiş gösterdiği ve erken başlangıçlı OKB'de ailesel geçişin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (85).

2.1.4.2.Psikojenik Etkenler

Psikanalitik kuram

Psikanalitik görüşe göre obsesyonlar, bastırılmış dürtülerin türevleridir. OKB'de kullanılan temel savunma mekanizması regresyondur. Regresyonu tetikleyen, anksiyete doğurucu fallik-ödipal dürtülerin yarattığı tehdittir. OKB'de regresyon kullanılarak anal döneme gerileme olur. Freud, obsesyonal nevroz olarak adlandırdığı bu hastalığı şöyle tanımlamıştır: "Hastanın zihni gerçekte kendisini hiç ilgilendirmeyen düşüncelerle doludur ve kendisine yabancı gelen dürtüler hissetmektedir; arada bir karşı duramadığı eylemlere geçmek zorunda kalır. Zihnine takılan bu düşünceler (obsesyonlar) hasta için hiçbir anlam taşımadığı gibi, çoğu kez kendisine de saçma gelir. Bu düşünceler, aslında hiçbir zaman eyleme dönüşmezse de hastanın, bu düşünceleri anımsatan durumlardan sürekli kaçınmasına neden olurlar. Hastanın kendi istemi dışında yaptığı davranışlar, günlük yaşamın olağan etkinlikleri olan yıkanma gibi eylemlerin abartılmış ve törensel biçimlerinden öteye gitmez; ne var ki, obsesif eylem veya kompulsiyon denilen bu zararsız davranışlar kişinin istemi dışında yapılırlar" (86, 87). Freud'a göre obsesyonel nevroz histeriye benzer şekilde ödipal istekler sonucunda ortaya çıkar. Obsesif kompulsif hastanın, ödipal dönemin çatışmaları ile baş edemediği, anksiyete duyduğu ve daha önceki bir psikoseksüel gelişim dönemine (anal sadistik döneme) gerilediği kabul edilir (88). Gerileme; zorlanma durumlarında, ruhsal gelişimin vardığı noktadan daha önceki dönemlere geri dönülmesidir (89). Anal karakter özellikleri olarak düzenlilik, tutumluluk ve inatçılığı

tanımlayan Freud'a göre (90), anal karakter özellikleri obsesyonel nevrozda belirginleşir. Obsesif kompulsif kişi, anal erotik ve saldırgan dürtülerini yalıtma, karşıt tepki oluşturma ve yapma-bozma savunma düzeneklerinin yardımı ile bilinç dışında tutmaya çalışır. Freud, karşıt tepki oluşturma, yalıtma ve yapma-bozmayı obsesyonel nevrozun tipik savunmaları olarak tanımlamıştır (91). Psikanalitik açıdan obsesyon ve kompulsiyonların, bilinçdışı dürtülerin örtük ve çarpıtılmış ikameleri olduğu; üstbenliğin dürtülere karşı tehditlerini ya da üstbenlik ile dürtüler arasındaki çatışmayı ifade ettiği kabul edilir (86). Salzman ise, OKB'nin dinamiğinde öfkeden ziyade utanç, onur kaybı, zayıflık ve yetersizlik duygularının ortaya çıkışını önleme çabasının olduğunu öne sürmüştür (92).

Bilişsel Davranışçı Kuram

Bilişsel modele göre, OKB tablosunun oluşması için zorlayıcı düşüncelerin sorumluluk duygusunu harekete geçirmesi gerekir. Zorlayıcı düşünceler sorumluluk duygusunu harekete geçirmiyorsa, sorumluluğu azaltmak için istemli olarak başlatılıp devam ettirilen aktiviteler (yansızlaştırma) de oluşmayacak ve OKB tablosu ortaya çıkmayacaktır (93). OKB'de sık rastlanılan bilişsel hatalar şu şekilde özetlenebilir (94);

1. Hep veya hiç biçiminde düşünme: ("Tamamen güvende değilsem, hala tehlikede sayılırım", "yakınlarımı tehlikeden tam olarak koruyamazsam, onların zarar görmesine neden olurum" gibi)

2. Aşırı kontrol ve mükemmeliyetçilik: ("Kişi düşünceleri üzerinde tam bir kontrol sağlayabilmelidir", "yakınlarımı en iyi şekilde koruyamazsam, bu benim hatam olur ve bu yüzden cezalandırılmam gerekir" gibi)

3. "Ya şöyle olursa" biçiminde düşünme: ("Ya ileride AIDS olursam", "ya yanlış yaparsam", "ya onun zarar görmesinden ben sorumluysam" gibi)

4. Büyüsel düşünce: ("Bir şeyi düşünmek, onun oluşumuna sebep olmaya yol açar" gibi)

5. Düşünce ile eylemin kaynaşması: (“Bir şeyi düşünmekle onu yapmak aynıdır”, “eşimi düşüncelerde aldatmakla, onu gerçekte aldatmak aynı şeydir” gibi)

6. Düşüncelere aşırı değer verme: (“Kötü veya çılgınca bir düşünce aklıma geliyorsa, bu kötü ve çılgın olduğumun göstergesidir”, “düşüncelerim bana gerçek kişiliğimin nasıl olduğunu gösterir” gibi)

7. Belirsizliğe tahammülsüzlük: (“Her şeyden %100 emin olmalıyım, emin olmadığım takdirde, belirsizliğin oluşturduğu sıkıntıya dayanamam” gibi)

8. Felaketleştirme; (“Ağzımdaki yara ve halsizliğim kesin olarak AIDS olduğumu gösteriyor” gibi)

9. Aşırı sorumluluk: (“Zararı önleyememek, zarara neden olmakla aynıdır” gibi)

10. Kötümser yönde yanlılık: (“Kötü bir şey olacaksa, bunun bana veya yakınlarıma olma riski diğerlerine olmasından çok daha fazla” gibi)

Tedavide bu bilişsel hatalar belirlenerek, işlevselliği olmayan bu düşüncelerin, yaşanılan durumla daha uyumlu ve gerçek olabilecek düşüncelerle değiştirilmesi öğretilir.

2.1.5.Beden Algı Bozukluğu

Beden algı bozukluğu (BAB), görünümde hafif ya da hayali bir kusurla, belirgin sıkıntıya veya işlevsellikte bozulmaya neden olarak şekilde aşırı uğraş ile karakterizedir. Bu bozukluk tarihte dismorfofobi, bedenle ilgili utanç obsesyonu, beden dismorfik bozukluğu gibi isimlerle tanımlanmıştır (19). DSM’nin 5. baskısında ise beden algı bozukluğu, OKB ile olan benzerliği nedeni ile OKB ve ilişkili bozukluklara dahil edilmiştir (16).

Az çalışılmış bir hastalık olması ve hastaların bu durumla ilgili psikiyatriste değil de dermatoloji, plastik cerrahi ya da kozmetik alanlara yönelmeleri nedeni ile yaygınlığı tam bilinmemektedir. DSM-V’te ABD’de nokta prevelansı %2,4 olarak belirtilmiştir. Sıklıkla 15-30 yaşları arası başladığı, kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir (16).

OKB‘den farklı olarak, BAB’da kompulsif davranışlar anksiyeteyi daha düşük olasılıkla azaltır. BAB’ın bir belirtisi olarak deri yolma, algılanan deri kusuruyla zihinsel uğraşa yanıt olarak yapılmaktadır. Burada amaç deri kusurunun düzeltilmesi ya da onarılmasıdır. Ancak deri yolma bozukluğunda böyle bir zihinsel uğraş ya da amaç yoktur (19).

BAB’nda içgörünün OKB’ye kıyasla daha az olduğunu gösteren çalışmalar vardır. BAB olan hastaların %32,4’ünde sanrısal inançların olduğu saptanırken, OKB hastalarında bu oran %2,4 olarak bulunmuştur (95).

Tablo 3. DSM-V’e göre beden algı bozukluğu tanı kriterleri (2)

Beden algı bozukluğu
A. Dış görünümünde, başkalarınca gözlenebilir olmayan ya da başkalarınca önemsenmeyecek, bir ya da birden çok kusur ya da özür algılama düşünceleri ile uğraşıp durma.
B. Kişi, bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman, dış görünümüyle ilgili kaygılarından ötürü yinelemeli davranışlarda (örn. Aynaya bakıp durma, aşırı boyanma, derisini yolma, güvence arayışı) ya da zihinsel eylemlerde (dış görünümünü başkalarıyla karşılaştırma) bulunur.
C. Bu düşünsel uğraşlar, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
D. Dış görünümle ilgili bu düşünsel uğraşlar, bir yeme bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılayan belirtileri olan kişide, vücut yağı ya da ağırlığı ile ilgili kaygılarla daha iyi açıklanamaz.
Kas algısı bozukluğu ile giden: Kişi, vücut yapısının çok küçük ya da yeterince kaslı olmadığı düşüncesi ile uğraşıp durmaktadır. Kişinin, çoğu zaman olduğu gibi, diğer vücut bölgeleriyle ilgili düşünsel uğraşıları da olsa bu belirleyici kullanılır.
İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, beden algısı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığının ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayrımındadır.
İçgörüsü kötü: Kişi, beden algısı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür
İçgörüsü yok/sanrısal inanışlar: Kişi, beden algısı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

2.1.6.Saç Yolma Bozukluğu (Trikotillomani)

Trikotillomani, tekrarlayan saç yolmalar sonucu belirgin saç kaybına yol açan, süregen gidişli, kişinin işlevselliğinin tüm alanlarını olumsuz etkileyen, tedavisi güç bir bozukluktur (96). Trikotillomani tanımı ilk olarak 1889 yılında dermatolog Hallopeau tarafından bir çocuktaki saç yolma davranışını tanımlamak için kullanılmıştır (97). Trikotillomani kelimesi, Yunanca saç (trich), yolma (tillo) ve hastalık derecesinde dürtü (mania) kelimelerinin birleşiminden oluşur. Saç yolma dışında kaş, kirpik, aksiller ve pubik kıllar, sakal, bıyık, kol, bacak, göğüs ve karın kıllarının da yolunduğu belirtilmiştir. Çoğu hastada saç yolma davranışından önce anksiyete ve rahatsız edici bir baskı yaşadıkları ve saç yolma davranışından sonra rahatlama hissettikleri bildirilmiştir (19). Saç yolma bozukluğu tanısı almış hastaların yaklaşık %30'unda trikofaji denilen saç yeme davranışı görülür (52).

İlk kez spesifik bir psikiyatrik tanı olarak DSM-III_R de yer almıştır. DSM-IV-TR'de 'Başka türlü adlandırılamayan dürtü kontrol bozukluğu" başlığı altında yer almış olup, DSM-5'de ise 'Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar' kategorisinde yer almaktadır.

Tablo 4. Saç yolma bozukluğu için DSM-V tanı kriterleri (2)

A. Saç yitimi ile sonuçlanacak biçimde kişinin yineleyici olarak saçını yolması
Yineleyici olarak saç yolmayı azaltma ya da durdurma girişimleri
Saç yolma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
D. Saç yolma ya da saç yitimi başka bir sağlık durumuna (örn. Dermatolojiyle ilgili bir duruma) bağlanamaz.
E. Saç yolma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. Beden algısı bozukluğunda dış görünümle ilgili algılanan kusur ya da özürü düzeltme girişimleri).

2.1.7.Deri Yolma Bozukluğu

Deri yolma bozukluğu (DYB), dermatolojik bir problem olmaksızın, normal veya hafif düzensizliklere sahip olan cildin yineleyici ve kompulsif bir şekilde yolunması, kazınması, sıkılması veya ovalanması vasıtasıyla, deride belirgin doku hasarı ile karakterize psikiyatrik bir bozukluktur (98). Deri yolma bozukluğu için yapılmış yaygın toplum örneklemli bir çalışma olmamasına rağmen, epidemiyolojik içerikli çalışmalarda toplumun yaklaşık %1.2-5.4'ünde deri yolma bozukluğu gözlendiği bildirilmiştir (99, 100). Hastalar zamanlarının önemli bir kısmını deri yolma davranışına ayırırken, aynı zamanda bakım/kontrol etme ve kapatıcı (makyaj yapma, bandaj yapıştırma v.s) birtakım davranışlara da zaman ayırırlar. Hastalar sosyal (sosyal kaçınganlık, sosyal izolasyon), mesleki (işsizlik, işte ilerleyememe) alanlarda işlevsellikte bozulmalar ve maddi (örn: makyaj ve kapatıcı gibi diğer işlemlere ayrılan harcamalar ve sağlık harcamaları) konularda kayıplar göstermektedirler (101-103). Psikojenik deri yolma olarak da adlandırılmış olan DYB 19 yy.'dan beri tıbbi literatürde yer almasına rağmen DSM-IV-TR'de ayrı bir tanı kategorisi olarak sınıflandırılmamıştır. DSM-5'de ise 'Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar' kategorisinde yer almaktadır (2).

Tablo 5. Deri yolma bozukluğu için DSM-V tanı kriterleri (2)

A. Deride berelenme (lezyon) ile sonuçlanan yineleyici deri yolma.
B. Yineleyici olarak deri yolmayı azaltma ya da durdurma girişimleri.
C. Deri yolma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
D. Deri yolma, bir maddenin (örn. kokain) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. Uyuz hastalığı) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
E. Deri yolma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. Psikozla giden bir bozuklukta sanrılar ya da dokunsal varsanılar, beden algı bozukluğunda dış görünümle ilgili algılanan kusur ya da özürü düzeltme girişimleri, basmakalıp davranış bozukluğunda basmakalıp davranışlar ya da intihar amaçlı olmayan kendi kendini yaralamada kendine zarar verme amacı).

2.1.8.Biriktirme Bozukluğu

Biriktirme bozukluğu, sahip olunan kişisel eşya ve nesneleri atmada güçlük çekme, eşyaların atılması konusunda ısrarlı kararsızlık ya da zorlanma yaşama, gerekli olmayan eşyalara karşı aşırı sahip olma arzusu ile belirli bir bozukluktur (104).

Biriktirme davranışı olağan yaşam alanlarında aşırı karmaşıklığa yol açar ve normal yaşamı zorlaştırır, belirgin işlev kaybına ve yaşam kalitesinde düşmeye yol açar. Bu davranış yol açtığı ekonomik ve sosyal sorunlar nedeni ile toplum sağlığı açısından oldukça önemlidir. Sahip olunan eşyaların ev ortamında yığınlar halinde biriktirilmesi; yangın, düşmeler sonucu ortaya çıkan sağlık sorunları, hijyen koşullarının kötüleşmesi ve genel sağlık risklerinin artması gibi önemli sorunlar görülür (104-107).

Biriktirme bozukluğu erişkin nüfusun %1.5-4'ünde görülmekte; yaygınlığı 55 yaş üzerinde %6'lara kadar çıkmaktadır (108). İleri yaş, düşük eğitim düzeyi, boşanmış, ayrı yaşayan, dul olma ve kırsal kesimde yaşama gibi demografik özellikler biriktirme bozukluğu için belirlenen risk faktörleridir (109, 110).

Biriktirme bozukluğunun temel belirtisi, sahip olunan eşyalardan ayrılma ve bu eşyaları atma güçlüğü yaşanmasıdır. En sık biriktirilen eşyalar giysi, gazete ve dergilerdir. Eşyalar genel olarak maddi değerine bakılmaksızın biriktirilir (111, 112).

Biriktirme hastalarında zaman zaman görülen bir diğer belirti anksiyetedir. Eşyaların atılması durumunda ve kayba bağlı yas tepkisi de görülebilir. Birçok hasta için eşyalara sahip olma, bağlanma sürecinin bir sonucu olarak kendini güvende hissetme aracıdır. Hastalar bu eşyalara karşı abartılı düzeyde sorumluluk hissederler (104, 105).

Tablo 6. Biriktirme bozukluğu için DSM-V tanı kriterleri (2)

A. Gerçek değeri ne olursa olsun, sahip olduklarını elden çıkarmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte sürekli olarak bir güçlük çekme.
B. Bu güçlük, söz konusu nesneleri saklamanın gerekliliği algısından ve onları elden çıkartmanın yarattığı sıkıntıdan kaynaklanır.
C. Sahip olduklarını elden çıkarma güçlüğü, bu nesnelerin birikmesi ile sonuçlanır, dolayısıyla bunlar yaşam alanlarını kaplar, ortalığa yığılır ve büyük ölçüde kullanım amaçlarından uzaklaşır. Yaşam alanlarında bir yığıntı yoksa, bu ancak üçüncü kişilerin (örn. Aile bireyleri, temizlikçiler, yetkili kişiler) girişimiyle sağlanmıştır.
D. Biriktiricilik, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında (kendisi ve başkaları için güvenilir bir çevreyi sürdürmeyi de kapsar) işlevsellikte düşmeye neden olur.

2.2.İnternet Bağımlılığı

2.2.1.İnternet

İnternet kelimesi, Türkçesi uluslararası ağ olarak çevrilen International Network sözcüklerinden oluşturulmuştur. İnternet toplumun farklı kesimleri tarafından sık kullanılan önemli bir paylaşım aracıdır. Gelişen ve gelişmeye devam eden teknolojiyle birlikte internet kullanımı hayatın vazgeçilmez bir aracı haline gelmiştir. Başlangıçta internet, pasif bir yapıya sahip ve yayıncının içeriğini sunduğu, kullanıcının da servisten veya içerikten yararlandığı tek taraflı bir iletişim aracı olarak kullanılmıştır. Zaman içerisinde Web 2.0 denilen, kullanıcının diğer birçok kullanıcıyla ve içinde bulunduğu ağ ile çok daha bütünleşmiş ve hızlı bir etkileşim kurmasına olanak tanıyan gelişim hem internet dünyasını değiştirmiş, hem de internetin kullanım alanlarını büyük oranda çeşitlendirmiştir. Kullanıcıların kendi içeriğini oluşturmasına imkan tanıyan internet ile kulaktan kulağa yayılmayı sanal ortama taşımıştır. Sosyal ağlar, çevrimiçi oyunlar, kullanıcı içeriği, akıllı aramalar, sanal dünyalar, öneri siteleri, platformlar gibi daha pek çok farklı uygulama ve site hayatımıza çok hızlı dahil olmuştur (113, 114).

Ülkemizde giderek artan internet kullanıcılarının oranı TUİK (Türkiye İstatistik Kurumu)'in yayınladığı 2016 Nisan verilerine göre %61,2 olmuştur. Türkiye'de yaklaşık 10 evin 8'inde internete erişim sağlanabilmektedir. Artık evlerin %96,9'unda cep telefonu varken, sabit telefon bulunma oranı %25,6 olmuştur (115).

İnternet çoğunlukla bilgiyi paylaşmayı ve iletişim kurmayı kolaylaştırmak amacıyla kullanılmaktadır. TUİK 2016 verilerine göre ise internet kullanım amaçları sırasıyla;

%82,4 ile sosyal medya üzerinde profil oluşturma ve paylaşımda bulunma,

%74,5 ile paylaşım sitelerinden video izleme,

%69,5 ile online gazete, dergi ve haber okuma,

%65,9 ile sağlıkla ilgili bilgi arama,

%65,5 ile mal ve hizmetler hakkında bilgi arama

%63,7 ile internetten müzik dinleme olarak belirlenmiştir (115).

2.2.2.İnternet Bağımlılığı

Bağımlılık, bir maddeyi kullanmayı bırakamama ya da bir davranışı kontrol edememe durumu" şeklinde tanımlanmaktadır (116). Sigara, alkol, uyuşturucu gibi maddelere bağımlı olunabilmektedir. Bağımlılık sadece madde bağımlılığı olarak algılanmamalıdır, davranışsal bağımlılıklarda bulunmaktadır. Fiziksel madde ile bağlantısı olmayan pek çok bağımlılık türü bulunmaktadır. Yeme, alışveriş, seks, bilgisayar, internet, televizyon ve oyun bağımlılığı davranış tabanlı bağımlılıklardandır (117, 118).

İnternetin insan hayatı kolaylaştırıcı olması onu vazgeçilmesi zor bir teknoloji haline getirebilmektedir. Günüç'e göre internet bağımlılığı ile madde bağımlılığı arasındaki fark; bireyin madde bağımlılığından kurtulabilmesi için bağımlı olduğu maddeyi terk etmesi gerekirken, internet bağımlılığında interneti terk etmek yerine doğru ve sağlıklı kullanması bağımlılığı önleyecektir. Böylece birey internetin insanlığa sunmuş olduğu sayısız olanaklardan da faydalanma imkanı sağlayabilmektedir. Bununla birlikte internet kullanımının insanlar üzerinde önemli

negatif etkilerinden bazıları da aşırı internet kullanımı, ahlak dışı kullanımı ve internet bağımlılığıdır. Son zamanlarda insanların internette harcadıkları zamanın artmasıyla birlikte fiziksel sağlıkları da bozulmaya başlamıştır. Ayrıca aşırı internet kullanımı insanların akademik ve mesleki hayatlarını olumsuz yönde etkilemiştir (1).

İnternet bağımlılığı ile ilişkili psikolojik durum için karakteristik özellikleri birbiriyle örtüşen farklı tanımlar önerilmiştir. Bu tanımlar, DSM-IV'te çerçevesi çizilen madde ve/veya kumar bağımlılığı veya bilişsel davranış bozukluklarını temel almıştır. Bu kavramsallaştırma örnekleri arasında *internet düşkünlüğü* veya *internet bağımlılığı* (119), *internet kompulsivitesi* (120), *sanal bağımlılık* (121), *teknoloji ve internet bağımlılığı* (122), *patolojik* veya *problematik internet kullanımı* (123), ve *internet bağımlılığı bozukluğu* (124) sayılabilir.

İnternet bağımlılığı tanımını ve tanı kriterlerini ilk olarak belirleyen Young'tır. Young (1999), internet bağımlılığına en yakın bozukluğun DSM IV'te bulunan ve herhangi bir maddenin kötüye kullanımı dışında kalan, dürtü kontrol bozuklukları başlığı altında bulunan patolojik kumar oynama olduğunu ileri sürmüştür (121).

İnternet bağımlılığı, aşırı internet kullanımı veya patolojik internet kullanımı; aşırı internet kullanımı, kullanım arzusunun engellenememesi, internette geçirilmeyen vaktin önemsiz gelmesi, internet olmadığında olumsuz duygular içine girilmesi ve sosyal, aile ve iş yaşamında problemlere yol açması ile belirli klinik bir rahatsızlık olarak tanımlanabilir (125).

Griffiths (2000), interneti aşırı kullanan kişilerin aslında internet bağımlısı olmadıklarını fakat başka bağımlılıklarını tatmin etmek için interneti kullandıklarını ileri sürmüştür. Bu nedenle, internete bağımlı olanlarla internet üzerinden diğer bağımlılıklarını tatmin etmeye çalışanların ayrımının önemli olduğu belirtmektedir (118).

2.2.3. İnternet Bağımlılığı Tanı Kriterleri

Young'ın Kriterleri

Young (1996), DSM-IV'te yer alan ve internet bağımlığına en yakın bozukluk olduğunu düşündüğü patolojik kumar oynama kriterlerinde değişiklik yaparak internet bağımlılığı için tanı ölçütlerini oluşturmuştur. Young'ın tanımladığı 8 ölçütten 5'inin yaşanması durumunda birey bağımlı olarak adlandırılabilmektedir.

Young tarafından belirlenen tanı kriterleri şunlardır; (125)

İnternet ile ilgili aşırı zihinsel uğraş,

Doyuma ulaşmak için internete bağlı kalma süresinde artışa ihtiyaç duyma,

İnternet kullanımını azaltmaya yönelik yada bırakmaya yönelik başarısız girişimlerde bulunma,

İnternet kullanımının azaltılması durumunda yoksunluk belirtileri olması,

Başlangıçta olduğundan daha uzun süre internete bağlı kalma,

Aşırı internet kullanımı sebebiyle okul, iş, aile ve arkadaş çevresiyle sorunlar yaşama,

Aile bireylerine, terapiste veya başkalarına internet kullanım süresi ile ilgili yalan söyleme,

İnterneti sorunlardan kaçmak veya olumsuz duyguları gidermek için kullanma.

Goldberg'in Kriterleri

Madde bağımlılığı tanı kriterlerini kullanarak internet bağımlılığını tanımlayan Goldberg (1996), internet bağımlılığının tanımını aşağıdaki ölçütlerle açıklamıştır (126, 127).

On iki aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan aşağıdakilerin üçü veya daha fazlası ile belirli, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz internet kullanımı.

Aşağıdakilerden biri ile tanımlanan tolerans gelişimi

- İstenen keyfin alınabilmesi için belirgin olarak artmış internet kullanım süresi
- Sürekli olarak aynı sürelerde internet kullanımı ile alınan keyifte azalma olması

Aşağıda tanımlanan şekilde yoksunluk gelişmesi, ağır ve uzun süreli internet kullanımı sonunda aşağıdakilerden en az 2 tanesinin günler içinde ortaya çıkması (1 ay içinde ortaya çıkabilir) ve kişilerin bunlardan dolayı iş, sosyal ve önemli işlevsel alanlarında sıkıntı yaşaması

- Psikomotor ajitasyon
- Bunaltı
- İnternette neler olduğu hakkında takıntılı düşünceler
- İnternet hakkında fanteziler ve hayal kurma
- İsteyerek ya da istemeyerek tuşlara basma hareketleri yapma
- Bu sıkıntılı durumlardan kurtulmak için internette veya benzeri servislere bağlanma

İnternet kullanımı çoğunlukla tasarlananadan daha uzun süre alır.

İnternet kullanımını bırakmak veya kontrol etmek için sürekli bir arzu veya başarısız çabalar vardır.

İnternet ile ilgili faaliyetlere çok uzun süreler ayrılır.

İnternet kullanımı önemli toplumsal, mesleki veya psikolojik sorunlara rağmen aşırı olarak devam eder.

Suler'in Kriterleri

Suler (1996) sağlıklı ve problemli internet kullanımının ayırt edilebileceğini belirtmiş ve bu ayrımı yapabilmek için 8 kriter belirlemiştir (125). Bu kriterler;

1. İnternetteki etkinliğin karşıladığı ihtiyaçların sayısı ve türü. Birey fiziksel, manevi, kişisel veya kişilerarası ihtiyaçlarını karşılamak için interneti kullanıyor olabilir. Kullanıcı için karşılanmaya çalışılan ihtiyaç sayısı arttıkça internetin önemi de o oranda artmaktadır.

2. Karşılanmamış ihtiyaçların altında yatan yoksunluğun derecesi. İnternet kullanıcısının ihtiyaçları ne kadar bastırılır veya inkar edilirse, ihtiyaçlarını karşılamak isteyen kullanıcı bastırmanın derecesine göre daha fazla başka yollar aramaktadır. İnternet ortamı çoğunlukla bu ihtiyaçların gerçek hayatta olduğundan daha kolay giderilebildiği bir yerdir.

3. İnternet aktivitesinin türü. İnternetteki aktiviteler ne kadar çok sayıda özelliği içeriyorsa, internet kullanıcısı o kadar sayıda ihtiyacını temin etmek için interneti kullanmak istemektedir. Değişik türdeki internet etkinlikleri ihtiyaçları etkileyişleri bakımından çok fazla çeşitlilik gösterebilir.

4. İnternetin kullanıcının gerçek hayattaki işlevselliğine etkisi. Fiziksel, sağlık, iş ve okul performansı ve kişilerarası ilişkilerdeki işlevsellik etkilenmiş olabilir. İnternet kullanımına bağlı olarak problem gösteren alanların sayısı ve problemin boyutu patolojinin ciddiyetini göstermektedir.

5. Bunaltıya dair öznel duygular. Kullanıcının internet etkinliklerine ilişkin depresyon, öfke, suçluluk, hayal kırıklığı ve yabancılaşma duyguları patolojik internet kullanımının uyarıcı işaretleridir.

6. İhtiyaçlar hakkında bilinç düzeyindeki farkındalık. Bastırılmış ihtiyaçlarını internet aracılığıyla doyuran kişi katarsisle ilgili bir etkinlik ortaya koymaktadır. Bu etkinlik, gerçek karşılanmamış ihtiyaç doyurulmadığı sürece tekrar edilmek zorundadır. Kişi internet etkinliklerinin altında yatan karşılanmamış ihtiyaçlarını bilinçli farkındalık düzeyinde anlamalı, bu aktivitelerle ilgili çatışma ve yoksunluğu çözmelidir.

7. Deneyim ve dahil olma süreci. İnternet kullanıcıları deneyim kazandıkça internette gerçekleştirdikleri etkinliklerin gerçek hayat ihtiyaçlarını yeterli düzeyde karşılanmadığını ve ilgi çekiciliğinin giderek kaybolduğunun farkına varırlar. Genellikle deneyim, kullanıcılara aşırı dahil olmayı gerektiren faaliyetlerden kaçınmaları konusunda yardım etmektedir.

8. Gerçek hayat ve sanal hayat arasındaki denge ve entegrasyon. Sağlıklı internet kullanımı, internet aktiviteleri ile gerçek dünya aktivitelerini entegre eder. Patolojik internet kullanımı, genellikle gerçek hayattan uzaklaşmış çevrimiçi bir hayat ile sonuçlanmaktadır.

Beard ve Wolf'un Kriterleri

Beard ve Wolf (2001), Young'ın internet bağımlılığı için belirlediği tanı kriterlerinin nesnelliğini ve güvenirliğini sorgulamışlardır. Bazı ifadeleri belirsiz bularak geliştirdikleri internet bağımlılığı tanı kriterlerini ileri sürmüşlerdir. Young'ın belirlediği 8 ölçütü iki grupta toplamışlardır. İlk 5 kriteri internet kullanım fonksiyonelliği olarak ve diğer kriterler ise kişilerin internet kullanımından dolayı zarara uğraması olarak gruplandırmışlardır. Beard ve Wolf'un tanı kriterleri şu şekildedir; (128)

Aşağıdakilerden hepsini mutlaka daha önce birey deneyimlemiş olmalı

İnternet ile ilgili zihinsel meşguliyet (daha önce yapılan veya bir sonraki çevrimiçi faaliyeti göz önüne alarak),

Doyumun gerçekleştirilebilmesi için artan sürelerde internet kullanma ihtiyacı,

İnternet kullanımını kontrol etme, azaltma ve durdurmada başarısız girişimlerde bulunma,

İnternet kullanımını azaltma veya durdurma girişiminde bulunulduğu zaman huzursuz, sinirli, öfkeli veya bunalmış olma,

Gerçekte belirlenenden daha fazla çevrimiçi kalma. Aşağıdakilerden en az bir tanesi bireyde görülmüş olmalı.

İnternet kullanımı yüzünden önemli bir ilişki, iş, mesleki veya akademik kariyer fırsatını tehlikeye sokma veya riske atma,

İnternet kullanımının boyutlarını saklamak için aile üyelerine, terapiste ve ya diğerlerine yalan söyleme,

İnterneti sorunlardan, anksiyete, depresyon ve suçluluk gibi duygulardan kaçış yolu olarak kullanma.

Shapira'nın Kriterleri

İnternet bağımlılığı terimini dürtü-kontrol rahatsızlığı olarak kavramsallaştıran ve DSM-IV-TR'nin kompulsif satın alma dürtü-kontrol bozukluğu modelini baz alarak internet bağımlılığı tanı kriterlerini geliştiren Shapira'nın (2003) tanı kriterleri şu şekildedir; (129)

Aşağıda ifade edilenlerden biri veya daha fazlası ile belirli internet kullanımı ile ilgili uyumsuz zihinsel uğraşın olması:

- Karşı koyulmaz şekilde hissedilen internet kullanımı ile ilgili zihni meşgul etme,
- İnternet kullanımının başlangıçta planlanandan daha uzun süre olması.
- İnternet kullanımının ya da kullanımı ile ilgili zihin meşguliyetinin sosyal, mesleki veya diğer bir işlevde klinik olarak belirgin sıkıntı veya rahatsızlığa sebep olması.

İnternet kullanımının yalnızca hipomani veya mani periyotları ile ortaya çıkmaması ve başka bir Eksen I bozukluğu ile açıklanmaması.

Farklı kişiler tarafından tanımlanan internet bağımlılığı kriterlerinin ortak noktaları aşırı internet kullanımı, internet kullanmayınca görülen yoksunluk belirtileri ve kişinin işlevselliğinin bozulması olarak özetlenebilir.

2.3 Dürtüsellik

Dürtü kelimesinin sözlük anlamı bedensel veya ruhsal dengenin değişmesi sonucu ortaya çıkan ve canlıyı türlü tepkilere sürükleyebilen içten gelen gerilim şeklindedir. Dürtü denetimi ise bireyin içinden gelen bir dürtüsüne ya da eyleme geçme eğilimine karşı durabilme ya da bunları geciktirebilme becerisi olarak tanımlanır. Dürtüsellik bir tanım olarak düşünmeden, planlamadan, hızlı bir şekilde harekete geçme, davranışın olası sonuçlarını, başkalarına veya kendisine gelebilecek zararı öngörememe, sıklıkla riskli davranışın seçilmesi, motor inhibisyonun yetersiz

olması, ödülü erteleyememe, gelecekteki daha yararlı ödülün yerine küçük de olsa yakındaki ödülü tercih etme gibi özellikler içermektedir (130).

Hollander ve Evers (2001) dürtüselliğin davranışın ölçülebilir bir özelliği olduğunu ve sabırsızlık, dikkatsizlik, risk alma, heyecan ve haz arama, yaşanılan travmanın beklenenden az hissedilmesi ve dışa dönüklük şeklinde gözlemlenebileceğini vurgulamıştır (131). Moeller ve arkadaşları (2001) dürtüselliğin tanımında 3 temel öğenin yer alması gerektiğini bildirmektedir. Buna göre dürtüsellik; 1-Davranışın olumsuz sonuçlarına duyarlılıkta azalma, 2-Bilginin işlemlenmesi tamamlanmadan önce uyarana hızlı, plansız tepki verme, 3-Uzun dönem sonuçlara önem verme eksikliği olarak tanımlanabilir (132). Dickman (1990) ise her dürtüsel davranışın dezavantajlı olmadığı konusuna dikkat çekmekte, dürtüselliği işlevsel dürtüsellik ve işlevsel olmayan dürtüsellik olmak üzere iki alt boyutta ele almaktadır. Dürtüsel bireylerin, verilen göreve daha az zaman harcadıklarını, buna bağlı olarak da dikkat ve odaklanmayı gerektiren görevlerde daha kötüyken, dikkatin hızlıca yön değiştirmesi gereken durumlarda daha başarılı olduklarını saptamıştır. Dürtüselliğin bazı işlevsel ve uyum sağlayıcı yönleri olduğu öne sürülse de genelde suç, şiddet, kendine fiziksel olarak zarar verme, kabul gören sosyal standartlara uyumsuzluk gibi davranışlarla ilişkili işlevsel olmayan bir özelliği ifade eder (133).

Ancak, araştırmalar dürtüselliğin tek boyutlu olarak değerlendirilen bir kavram olmaktan ziyade, çok yönlü bir kavram olduğu görüşünü ortaya koymuştur. Dürtüsellik tek bir eylem veya eylem örüntüsünden çok eylem örüntüsünün bir parçası, bir yatkınlıktır (134). Dürtüsellik dürtü kontrol bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, bipolar bozukluk, bulimia, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, parafililer, kişilik bozuklukları, madde kullanım bozukluğu gibi birçok bozukluğa eşlik etmektedir (135). Dikkat edilmesi gereken bir husus dürtüselliğin, bir hareketin sonucunu bilinçli olarak değerlendirmeden hızlı ve plansız bir şekilde hareket etmeyi içermesidir. Bu anlamda yargılamanın bozulduğu durumlardan ya da davranıştan önce planlamanın yapıldığı kompulsif davranıştan ayrılır. Ayrıca dürtüsellikte bir hareketin sonuçlarını göz önünde bulundurmadan eyleme geçme ve risk alma davranışı söz konusudur ancak bu daha çok zevk arayışıyla ilişkili olan risk alma davranışından farklıdır. Bu noktalar özellikle dürtüselliğin biyolojik alt yapısının anlaşılması ve tedavi stratejileri geliştirilebilmesi için önemlidir (135).

Günümüzde bağımlılık ile dürtüsellik arasında çift yönlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Dürtüsel bireylerin bağımlılığa yatkın olduğu ve alkol veya madde kullanımı sonrası dürtü kontrolündeki sorunların arttığı, bunun da bir kısır döngü oluşturarak bağımlılığı ağırlaştırdığı belirtilmiştir. Bazı yazarlar tarafından dürtüselliğin, bağımlılık sınıflandırma sistemlerinde daha spesifik tanı ve tedavi olanakları oluşturulması amacıyla bir alt belirteç olarak belirtilmesi önerilmiştir (136).

2.4.OKB, Bağımlılık ve Dürtüsellik İlişkisi

İnternet bağımlılığının primer bir psikiyatrik hastalık mı yoksa altta yatan başka bir psikiyatrik patolojiye bağlı bir semptom mu olduğu halen tartışmalı bir konudur. Koç'un (2011) Türkiye'de üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre, internet bağımlısı olan kişilerde somatizasyon, OKB, depresyon, anksiyete, fobik bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklar sağlıklı popülasyona göre daha sık görülmektedir (137). İnternet bağımlılığı ve OKB arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada OKB hastaları ve sağlıklı gönüllüler internet bağımlılığı açısından karşılaştırılmış ve OKB grubunda internet bağımlılığı oranı sağlıklı gönüllülere kıyasla yüksek bulunmuştur. Ayrıca hasta grubu 1 yıllık tedavi ve izlem sonrasında internet bağımlılığı açısından tekrar değerlendirilmiş ve izlem süresince değişiklik olup olmadığı da incelenmiştir. OKB tanılı hastaların 1 yıllık tedavi sonrasında OKB ölçeklerinin yanı sıra internet bağımlılığı ölçek puanlarında da anlamlı düzeyde düşme gözlenmiştir (3). Bu durum internet bağımlılığını altta yatan psikiyatrik patolojiye sekonder bir semptom olarak değerlendirilmesi gerektiğini gösterir, çünkü primer hastalık olan OKB tedavi edildiği zaman internet bağımlılığı da gerilemiştir. Öte yandan internet bağımlılığının primer bir hastalık olduğunu öne süren çalışmalar da vardır (129, 138, 139). İnternet bağımlılığı için patolojik internet kullanımı, aşırı internet kullanımı, kompulsif internet kullanımı gibi isimler önerilmiştir (140).

Dürtü, bir eylem olmaksızın mevcut olan, kompulsiyon ise daima eylem bileşeni olan bir gerginlik durumudur. Dürtüler haz alma beklentisiyle gerçekleştirilir, kompulsiyonlar ise genellikle ego-distoniktir. Dürtüler haz alma ile ilişkilidir kuralının istisnası, eylemi takiben suçluluk duygusu olan durumlardır ve haz alma duygusunu bozarlar. Benzer şekilde tüm kompulsiyonlar da ego-distonik değildir, örneğin

kompulsif bilgisayar oyunu oynama eyleminin haz alınan bir tarafı olabilir. Hem dürtüsel hem kompulsif davranışlar tekrarlayıcıdır, ancak dürtülerin tekrarlayan dışa vurumu çoğu zaman psikososyal bozulmaya yol açarken, kompulsif davranış her zaman bu riski taşımaz. Bu tarz bozukluklardaki davranış kalıplarının çoğunun tekrarlayıcı ve haz verici olmaları nedeni ile sıklıkla bağımlılık olarak tanımlanır (6).

Bazı araştırmacılar, bir davranışın başlamasını engelleyememe ya da başlayan davranışı durduramama ile belirli davranışsal sorunları aynı fenomenolojik spekturumun parçası olarak gören, yeni kavramsal önerilerde bulunmuşlardır. Bu yaklaşıma göre, obezite, anoreksiya, blumiya, beden dismorfik bozukluğu, tırnak yeme, kleptomani, trikotillomani, kompulsif satın alma, seks bağımlılığı, patolojik kumarbazlık ve parafili gibi birçok psikiyatrik hastalığın OKB ile fenomenolojik açıdan benzer olduğu iddia edilir. Bağımlılık penceresinden bakan araştırmacılar, bu sorun ya da hastalıkları bozulmuş ödül sistemi ile ilişkili bir 'davranışsal bağımlılık' yelpazesi olarak tanımlarken, OK spekturumu penceresinden bakan araştırmacılar, bu hastalıkların tekrarlayıcı davranışlarla belirli olmasını esas alarak, 'kompulsivite' çatısı altında sınıflanması gerektiğini öne sürmektedir (141).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Bu çalışmanın Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran, psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören ve hastanemiz diğer bölümlerinden psikiyatri bölümü ile konsülte edilen DSM-5 tanı ölçütlerine göre obsesif kompulsif bozukluk, beden algısı bozukluğu, biriktirme bozukluğu, trikotilomani ve deri yolma bozukluğu tanısı alan hastalarda gerçekleştirildi. Etik kurul onayından sonra çalışmaya katılmaya yazılı onay veren bireyler çalışmaya katıldı. Deneklerle bireysel psikiyatrik görüşme yapıldıktan sonra, OKB ve ilişkili bozukluklar için DSM-5 kriterlerini karşılayan bireylerle görüşülerek sosyodemografik özellikleri kaydedildi. Deneklere Yale-Brown OKB ölçeği, Barratt dürtüsellik ölçeği, internet bağımlılığı ölçekleri uygulandı. Sosyodemografik açıdan hasta grubuyla örtüşen, ruhsal bozukluğu olmayan ve çalışmaya katılmaya yazılı onay veren sağlıklı gönüller kontrol grubu olarak alındı ve aynı işlemler kontrol grubu deneklerinde de gerçekleştirildi.

Çalışmaya kabul kriterleri:

1.DSM-5 kriterlerine göre OKB ve ilişkili bozukluklar tanısı almış olmak

2. Çalışmaya katılmaya yazılı onay verme

3. 18-65 yaş arasında olma

4.Okuma yazma biliyor olma

5.İnternet erişimine sahip olma

6.Ek psikiyatrik hastalığının olmaması

7. Entelektüel kapasitesi testleri almasına yetecek seviyede olma

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

1. Ek psikiyatrik hastalığın olması

2. Bilişsel işlevselliği etkileyecek bir hastalığın olması

3. Alkol veya psikoaktif madde etkisi altında bulunma

3.2.Veri Toplama Araçları

Çalışmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan bireylerle görüşülerek sosyodemografik özellikleri kaydedildi. Deneklere Yale-Brown OKB ölçeği, Barratt dürtüsellik ölçeği, internet bağımlılığı ölçekleri uygulandı.

3.2.1.Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formunda cinsiyet, yaş, eğitim, medeni hal, meslek, öğrenim durumu, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer, aylık gelir düzeyi, ailede psikiyatrik hastalık olup olmadığı, madde kullanım öyküsü, hastalık yakınmaları ve internet kullanım alışkanlıkları ile ilgili sorular yer almaktadır.

İnternete erişim şekli sorusunda ev bilgisayarı, iş yeri bilgisayarı, cep telefonu ve internet kafe olmak üzere 4 seçenek vardır. İnternet kullanım amacını sorgulayan soru için sosyodemografik veri formuna sosyal ağlar, haber, oyun, sohbet, araştırma-ödev, film-müzik, bahis-kumar ve cinsellik seçenekleri yer alır. İnternet kullanım sıklığı haftada 1-2 kez, her gün 1 saatten az, her gün 1-3 saat, her gün 3-6 saat, her gün 6 saatten fazla olarak gruplandırılmıştır.

3.2.2.Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

Obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve ark. tarafından geliştirilmiştir (142). Görüşmeci tarafından uygulanır. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır. Ancak toplam puanın saptanması için yalnızca ilk 10 madde 35 (madde 1b ve 6b dışında) kullanılır. Her sorunun puanı 0–4 arasında değişmektedir.

Türkçeye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır (143).

3.2.3.Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Barratt ve Patton (1995) tarafından geliştirilmiştir (144). Dürtüselliği değerlendirmede kullanılan bir özbildirim ölçeğidir. Bireyin kendisinden yanıt olarak 'nadiren/hiçbir zaman', 'bazen', 'sıklıkla' ve 'hemen her zaman/her zaman' seçeneklerinden en uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. Otuz maddeden oluşur ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır; dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük). Barratt Dürtüsellik Ölçeği–11 değerlendirilirken 4 farklı alt skor elde edilir; toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik. Toplam BDÖ–11 puanı ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güleç ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır (145).

3.2.4.İnternet Bağımlılığı Ölçeği

İnternet bağımlılığını değerlendiren ve ülkemize en sık kullanılan testlerden biridir. Günüç ve Kayri (2009) tarafından geliştirilen ölçek beşli likert tipinde 35 sorudan oluşmaktadır. Ölçek dört alt faktörden oluşmaktadır. Bu dört faktör; "Yoksunluk", "Kontrol Güçlüğü", "İşlevsellikte Bozulma" ve "Sosyal İzolasyon" olarak adlandırılmıştır (1).

3.3.İstatistiksel Analiz

Araştırma verileri "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)" aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklendi ve değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma (minmum-maksimum), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi uygulandı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk Testi) kullanılarak incelendi. Normal dağılıma uymayan değişkenler için; iki bağımsız grup arasındaki anlamlılıklarda Mann-Whitney U Testi, üç bağımsız grup arasında Kruskal Wallis Testi istatistiksel yöntem olarak kullanıldı. Anlamlı fark saptandığında farkın kaynağını saptamaya yönelik post-hoc ikili karşılaştırmalarda bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U Testi uygulandı. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi ile değerlendirildi. Korelasyon katsayısına göre ilişki durumu değerlendirilirken 0-0,24 arası zayıf ilişki, 0,25-0,49 arası orta düzeyde ilişki, 0,50-0,74 arası güçlü düzeyde ilişki ve 0,75-1,00 arası çok güçlü düzeyde ilişki olarak kabul edildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamında; Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran, psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören ve diğer bölümlerinden psikiyatri bölümü ile konsülte edilen, DSM-5 tanı ölçütlerine göre obsesif kompulsif bozukluk (OKB), beden algısı bozukluğu (BAB), biriktirme bozukluğu, trikotilomani ve deri yolma bozukluğu (DYB) tanısı alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 80 hasta ile sosyodemografik açıdan hasta grubuyla örtüşen, ruhsal bozukluğu olmayan ve çalışmaya katılmaya yazılı onay veren toplam 80 sağlıklı kontrol incelendi. Hasta ve kontrol grubu arasında bazı tanımlayıcı ve klinik özelliklerin dağılımı Tablo 7'de sunuldu.

OKB ve ilişkili bozukluğu olan hastaların yaş ortalaması 30.4±9.4 (min:18-maks:61) yıl iken kontrol grubunun yaş ortalaması 32.9±11.2 (min:18-maks:58) yıl olup hasta ve kontrol grupları arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.144) (Tablo 7).

Hasta grubunda yer alanların %50.0'si erkek iken kontrol grubunun da %50.0'si erkekti. Hasta ve kontrol gruplarının cinsiyetleri benzerdi (p=1.000) (Tablo 7).

OKB ve ilişkili bozukluğu olan hastaların %51.2'si bekar, %43.8'i evli ve %5.0'ı boşanmış ya da dul iken kontrol grubunun %51.2'si evli, %46.3'ü bekar ve %2.5'i boşanmış ya da dul olup hasta ve kontrol grupları arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.697) (Tablo 7).

Hasta grubunda yer alanların %43.8'i eş ve çocuklarıyla, %28.7'si anne-baba-kardeşleriyle, %18.8'i yalnız, %2.5'i arkadaşlarıyla ve %6.3'ü diğer kişilerle birlikte yaşadığını belirtirken kontrol grubunda yer alanların %46.3'ü eş ve çocuklarıyla, %26.3'ü anne-baba-kardeşleriyle, %13.8'i yalnız, %11.3'ü arkadaşlarıyla ve %2.5'i diğer kişilerle yaşadığını belirmiş olup hasta ve kontrol grupları arasında birlikte yaşanılan kişiler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p=0.165) (Tablo 7).

OKB ve ilişkili bozukluğu olan hastaların %7.5'i okur yazar veya ilkokul mezunu, %7.5'i ortaokul mezunu, %30.0'ı lise mezunu ve %55.0'ı üniversite mezunu

iken kontrol grubunda yer alanların %5.0'ı okuryazar veya ilkokul mezunu, %8.8'i ortaokul mezunu, %23.8'i lise mezunu ve %62.5'i üniversite mezunu olup hasta ve kontrol grupları arasında öğrenim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.696) (Tablo 7).

Hasta grubunda yer alanların %8.8'i il merkezinde yaşadığını belirtirken kontrol grubunun %3.8'i il merkezinde yaşamakta olup hasta ve kontrol grupları arasında yaşanılan yer açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p=0.191) (Tablo 7).

OKB ve ilişkili bozukluğu olan hastaların %9.6'sının aylık geliri 1000 TL ve daha az, %32.9'unun 1001-2000 TL arasında, %34.2'sinin 2001-4000 TL arasında ve %23.3'ünün 4000 TL'den daha fazla iken kontrol grubunda yer alanların %11.8'inin aylık geliri 1000 TL ve daha az, %34.2'sinin 1001-2000 TL arasında, %26.3'ünün 2001-4000 TL arasında ve %27.6'sının 4000 TL'den daha fazla olup hasta ve kontrol grupları arasında aylık gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.742) (Tablo 7).

Hasta grubunda yer alanların %31.3'ü sigara kullanıyorken kontrol grubunda yer alanların %26.3'ü sigara kullanıyordu ve hasta ve kontrol grupları arasında sigara kullanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p=0.485) (Tablo 7).

OKB ve ilişkili bozukluğu olan hastaların %85.0'ı alkol kullanıyorken kontrol grubunda yer alan hastaların %95.0'ı alkol kullanıyordu ve hasta ve kontrol grupları arasında alkol kullanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.065) (Tablo 7).

Hasta grubunda yer alanların %37.5'inin ailesinde herhangi bir psikiyatrik hastalık varken kontrol grubunda yer alanların %8.8'inin ailesinde herhangi bir psikiyatrik hastalık mevcuttu. Hasta ve kontrol grupları arasında ailesinde herhangi bir psikiyatrik hastalık bulunma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p<0.001). Hasta grubunda yer alanlar içinde ailesinde herhangi bir psikiyatrik hastalık bulunanların yüzdesi kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 7).

Tablo 7. Hasta ve kontrol grubu arasında bazı tanımlayıcı özelliklerin dağılımı

	Hasta (n=80)	Kontrol (n=80)	p*
	n (%)	n (%)	
Yaş (yıl), ort±SD (min-maks)	30.4±9.4 (18-61)	32.9±11.2 (18-58)	0.144**
Cinsiyet			
Kadın	40 (50.0)	40 (50.0)	1.000
Erkek	40 (50.0)	40 (50.0)	
Meslek			
Öğrenci	21 (26.3)	12 (15.0)	0.161
Serbest	19 (23.8)	24 (30.0)	
Çalışmıyor	26 (32.5)	22 (27.5)	
Memur	14 (17.5)	22 (27.5)	
Medeni Durum			
Bekar	41 (51.2)	41 (51.2)	0.697
Evli	35 (43.8)	37 (46.3)	
Boşanmış/Dul/Diğer	4 (5.0)	2 (2.5)	
Birlikte Yaşadığı Kişiler			
Yalnız	15 (18.8)	11 (13.8)	0.165
Eş ve Çocuklar	35 (43.8)	37 (46.3)	
Arkadaş	2 (2.5)	9 (11.3)	
Anne-Baba-Kardeş	23 (28.7)	21 (26.3)	
Diğer	5 (6.3)	2 (2.5)	
Öğrenim Düzeyi			
Okur-yazar/İlkokul	6 (7.5)	4 (5.0)	0.696
Ortaokul	6 (7.5)	7 (8.8)	
Lise	24 (30.0)	19 (23.8)	
Üniversite	44 (55.0)	50 (62.5)	
Aylık Gelir Düzeyi			
≤1000 TL	7 (9.6)	9 (11.8)	0.742
1001-2000 TL	24 (32.9)	26 (34.2)	
2001-4000 TL	25 (34.2)	20 (26.3)	
≥4001 TL	17 (23.3)	21 (27.6)	
Yaşadığı Yer			
İlçe	7 (8.8)	3 (3.8)	0.191
İl merkezi	73 (91.3)	77 (96.3)	
Sigara Kullanımı	25 (31.3)	21 (26.3)	0.485
Alkol Kullanımı	68 (85.0)	76 (95.0)	0.065
Madde Kullanımı	0	0	-----
Aile Psikiyatrik Hastalık Varlığı	30 (37.5)	7 (8.8)	<0.001***

n: Birey sayısı; %: Sütun yüzdesi; ort: Ortalama; SD: Standart sapma; *Pearson Ki-Kare Testi; ** Mann-Whitney U Testi; ***Anlam düzeyi yüksek

Hasta grubunda mevcut olan OKB ile ilişkili bozukluklar Tablo 8'de sunulmuştur.

OKB ve ilişkili bozukluk tanısı olan 80 hastanın %65.0'ında "kirlenme-temizlik", %51.2'sinde "kuşku-kontrol", %38.8'inde "simetri-düzen" bozukluğu mevcut iken %6.3'ünde "saç yolma", %5.0'ında "deri yolma" ve %3.8'inde "beden algı bozukluğu" mevcuttu (Tablo 8).

Tablo 8. Hasta grubunda mevcut olan OKB ile ilişkili bozukluklar

HASTA GRUBU (n=80)	**n (%)**
OKB ile ilişkili bozukluklar	
Kirlenme-Temizlik	52 (65.0)
Kuşku-Kontrol	41 (51.2)
Simetri-Düzen	31 (38.8)
Sayma-Tekrar etme	23 (28.7)
Dini	19 (23.8)
Biriktirme	9 (11.3)
Zarar verme-Saldırganlık	8 (10.0)
Cinsel	7 (8.8)
Saç yolma	5 (6.3)
Deri yolma	4 (5.0)
Beden algı bozukluğu	3 (3.8)

n: Birey sayısı; %: Yüzde

Hasta ve kontrol grubu arasında internet kullanım özelliklerin dağılımı Tablo 9'da sunulmuştur.

OKB tanılı hastaların %53.8'i internete evden erişirken kontrol grubunda yer alanların %55.0'ı evden internete erişiyordu. Hasta ve kontrol grupları arasında internete evden erişme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.874) (Tablo 9).

OKB ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların %16.3'ü internete işten erişirken kontrol grubunda yer alanların %18.8'i işten internete erişiyordu. Hasta ve kontrol grupları arasında internete işten erişme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.677) (Tablo 9).

OKB ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların %92.5'i internete cep telefonundan erişirken kontrol grubunda yer alanların %100'ü cep telefonundan internete erişiyordu. Hasta ve kontrol grupları arasında internete cep telefonundan erişme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı (p=0.028). Hasta grubunda yer alanlar içinde internete cep telefonundan erişenlerin yüzdesi kontrol grubundan anlamlı olarak düşüktü (Tablo 9).

Hasta grubunda yer alanların %80.0'ı interneti çoğunlukla sosyal amaçlı kullanırken kontrol grubunda bu oran %68.8 idi ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. (p=0.103) (Tablo 9).

Hasta grubunda yer alanların %56.3'ü interneti çoğunlukla haber okuma amaçlı kullanırken kontrol grubundakilerin %62.5'i interneti çoğunlukla haber okuma amaçlı kullanıyordu. Hasta ve kontrol grupları arasında interneti çoğunlukla haber okuma amaçlı kullanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.103) (Tablo 9).

Hasta grubunda yer alanların %48.8'i interneti çoğunlukla film izlemek ya da müzik dinlemek amaçlı kullanırken kontrol grubundakilerin %47,5'i interneti çoğunlukla film izlemek ya da müzik dinlemek amaçlı kullanıyordu. İki grup arasında internet kullanma amacı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi. (p=0.874) (Tablo 9).

Hasta grubunda yer alanların %40.0'ı interneti çoğunlukla araştırma/ödev yapmak amaçlı kullanırken kontrol grubundakilerin %51.2'si interneti çoğunlukla araştırma/ödev yapmak amaçlı kullanıyordu. Hasta ve kontrol grupları arasında interneti çoğunlukla araştırma/ödev yapmak amaçlı kullanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.153) (Tablo 9).

Hasta grubunda yer alanların %37.5'i interneti çoğunlukla sohbet amaçlı kullanırken kontrol grubundakilerin %22.5'i interneti çoğunlukla sohbet amaçlı kullanıyordu. Hasta ve kontrol grupları arasında interneti çoğunlukla sohbet amaçlı kullanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0.038). Hasta grubunda interneti çoğunlukla sohbet amaçlı kullananların yüzdesi kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 9).

Hasta grubunda yer alanların %27.5'i interneti çoğunlukla oyun oynamak amaçlı kullanırken kontrol grubundakilerin %26.3'ü interneti çoğunlukla oyun oynamak amaçlı kullanıyordu. Hasta ve kontrol grupları arasında interneti çoğunlukla oyun oynamak amaçlı kullanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0.858) (Tablo 9).

Hasta grubunda yer alanların %7.5'i interneti çoğunlukla cinsellik amaçlı kullanırken kontrol grubundakilerin hiçbiri interneti çoğunlukla cinsellik amaçlı kullanmıyordu. Hasta ve kontrol grupları arasında interneti çoğunlukla cinsellik amaçlı kullanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0.028). Hasta grubunda interneti çoğunlukla cinsellik amaçlı kullananların yüzdesi kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 9).

Hasta grubunda yer alanların %1.3'ü interneti çoğunlukla bahis/kumar amaçlı kullanırken kontrol grubundakilerin %3.8'i interneti çoğunlukla bahis/kumar amaçlı kullanıyordu. Hasta ve kontrol grupları arasında interneti çoğunlukla bahis/kumar amaçlı kullanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.620) (Tablo 9).

OKB ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların %20.0'ı interneti her gün 1 saatten daha seyrek, %30.0'ı her gün 1-3 saat arası ve %50.0'ı her gün 4 saatten fazla kullanırken kontrol grubunun %26.3'ü interneti her gün 1 saatten daha seyrek, %52.5'i her gün 1-3 saat arası ve %21.3'ü her gün 4 saatten daha fazla kullanıyordu. Hasta ve kontrol grupları arasında internet kullanım sıklığı ve süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı (p=0.001). Hasta grubunun içinde interneti her gün 4 saatten fazla kullananların yüzdesi kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 9).

Tablo 9. Hasta ve kontrol grubu arasında internet kullanım özelliklerin dağılımı

	Hasta (n=80)	Kontrol (n=80)	p*
	n (%)	n (%)	
İnternete Erişim Şekli			
Ev	43 (53.8)	44 (55.0)	0.874
İş	13 (16.3)	15 (18.8)	0.677
Cep	74 (92.5)	80 (100)	0.028#
İnternetin Çoğunlukla Kullanım Amacı			
Sosyal	64 (80.0)	55 (68.8)	0.103
Haber	45 (56.3)	50 (62.5)	0.421
Film/Müzik	39 (48.8)	38 (47.5)	0.874
Araştırma/Ödev	32 (40.0)	41 (51.2)	0.153
Sohbet	30 (37.5)	18 (22.5)	0.038
Oyun	22 (27.5)	21 (26.3)	0.858
Cinsellik	6 (7.5)	0	0.028#
Bahis/Kumar	1 (1.3)	3 (3.8)	0.620#
İnternet Kullanım Sıklığı			
Her gün 1 saatten az veya daha az	16 (20.0)	21 (26.3)	0.001***
Her gün 1-3 saat	24 (30.0)	42 (52.5)	
Her gün 4 saatten fazla	40 (50.0)	17 (21.3)	

n: Birey sayısı; %;: Sütun yüzdesi; ort: Ortalama; SD: Standart sapma; *Pearson Ki-Kare Testi; #Fisher'in Kesin Testi; ***Anlam düzeyi yüksek

Hasta ve kontrol grubu arasında Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), İnternet Bağımlılık Ölçeği (İBÖ) ve Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ) skorlarının dağılımı Tablo 10'da sunulmuştur.

OKB ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların YBOKÖ toplam skoru ile obsesyon ve kompulsiyon alt ölçek skorları, BDÖ-11 toplam skoru ile dikkat ve plansızlık alt ölçek skorları, İBÖ toplam skoru ile yoksunluk, kontrol güçlüğü, işlevsellik ve sosyal izolasyon alt ölçek skorları kontrol grubunda yer alan sağlıklı bireylerden anlamlı olarak yüksekti ($p<0.001$) (Tablo 10).

Diğer taraftan hasta ve kontrol grupları arasında BDÖ-11'in "motor dürtüsellik" alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.051$) (Tablo 10).

Tablo 10. Hasta ve kontrol grubu arasında YBOKÖ, İBÖ ve BDÖ skorlarının dağılımı

	Hasta (n=80)	Kontrol (n=80)	p*
	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
YBOKÖ			
Obsesyon	12.4±4.2 (3-23)	0.4±0.6 (0-2)	<0.001***
Kompulsiyon	10.6±4.7 (0-20)	0.1±0.3 (0-1)	<0.001***
Toplam	23.0±8.2 (5-40)	0.5±0.8 (0-3)	<0.001***
BDÖ-11			
Dikkat	17.7±4.1 (9-31)	14.1±3.3 (8-24)	<0.001***
Motor dürtüsellik	20.2±5.1 (11-35)	18.5±3.2 (12-26)	0.051
Plansızlık	27.7±4.5 (12-37)	23.4±4.6 (13-32)	<0.001***
Toplam	65.5±10.9 (37-99)	56.0±8.6 (37-74)	<0.001***
İBÖ			
Yoksunluk	31.6±9.6 (16-54)	21.0±6.2 (11-39)	<0.001***
Kontrol güçlüğü	23.4±8.0 (11-42)	16.0±6.8 (10-35)	<0.001***
İşlevsellik	16.0±7.0 (7-31)	10.0±4.2 (7-22)	<0.001***
Sosyal izolasyon	14.2±6.3 (7-32)	9.2±3.0 (7-18)	<0.001***
Toplam	85.1±27.2 (41-152)	56.2±17.0 (35-103)	<0.001***

n: Birey sayısı; ort: Ortalama; SD: Standart sapma; YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği; İBÖ: İnternet Bağımlılık Ölçeği; BDÖ: Barrat Dürtüsellik Ölçeği; *Mann-Whitney U Testi; ***Anlam düzeyi yüksek

OKB ve ilişkili bozukluk tanılı hastalarda İBÖ skorları ile YBOKÖ ve BDÖ-11 skorları arasındaki ilişki Tablo 11'de sunulmuştur.

Araştırma kapsamında incelenen OKB ve ilişkili bozukluk tanılı hastalarda BDÖ-11'in "dikkat" alt ölçek skoru ile İBÖ'nin yoksunluk (r=0.40), kontrol güçlüğü

(r=0.37), işlevsellik (r=0.38), sosyal izolasyon (r=0.28) ve İBÖ toplam skoru (r=0.37) arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (Tablo 11).

OKB ve ilişkili bozukluk tanılı hastalarda BDÖ-11'in "motor dürtüsellik" alt ölçek skoru ile İBÖ'nin yoksunluk (r=0.30), kontrol güçlüğü (r=0.31), işlevsellik (r=0.26), sosyal izolasyon (r=0.34) ve İBÖ toplam skoru (r=0.30) arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (Tablo 11).

OKB ve ilişkili bozukluk tanılı hastalarda BDÖ-11'in "plansızlık" alt ölçek skoru ile İBÖ'nin işlevsellik (r=0.26) ve sosyal izolasyon (r=0.26) alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken ($p<0.05$), BDÖ-11'in "plansızlık" alt ölçek skoru ile İBÖ'nin yoksunluk ve kontrol güçlüğü alt ölçek skorları ve de İBÖ toplam skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 11).

OKB ve ilişkili bozukluk tanılı hastalarda BDÖ-11 toplam skoru ile İBÖ'nin yoksunluk (r=0.31), kontrol güçlüğü (r=0.32), işlevsellik (r=0.34), sosyal izolasyon (r=0.36) ve İBÖ toplam skoru (r=0.34) arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$) (Tablo 11).

Diğer taraftan OKB ve ilişkili bozukluk tanılı hastalarda YBOKÖ'nin obsesyon ve kompulsiyon alt ölçek skorları ve de toplam skoru ile İBÖ'nin tüm alt ölçek skorları ve toplam skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. OKB ve ilişkili bozukluk tanılı hastalarda İBÖ skorları ile YBOKÖ ve BDÖ-11 skorları arasındaki ilişki

HASTA (n=80)		İBÖ				
		Yoksunluk	Kontrol güçlüğü	İşlevsellik	Sosyal izolasyon	Toplam
YBOKÖ						
Obsesyon	r	0.060	0.006	0.068	0.130	0.055
	p	0.599	0.955	0.547	0.251	0.625
Kompulsiyon	r	0.106	0.071	0.075	0.106	0.090
	p	0.349	0.532	0.509	0.349	0.425
Toplam	r	0.089	0.064	0.079	0.122	0.084
	p	0.435	0.572	0.485	0.281	0.456
BDÖ-11						
Dikkat	r	*0.399*	*0.366*	*0.378*	*0.276*	*0.374*
	p	*<0.001****	*0.001*	*0.001****	*0.013*	*0.001****
Motor dürtüsellik	r	*0.296*	*0.307*	*0.258*	*0.336*	*0.304*
	p	*0.008*	*0.006*	*0.027*	*0.002*	*0.006*
Plansızlık	r	0.137	0.119	*0.260*	*0.257*	0.187
	p	0.224	0.291	*0.020*	*0.035*	0.097
Toplam	r	*0.314*	*0.316*	*0.343*	*0.356*	*0.339*
	p	*0.005*	*0.004*	*0.002*	*0.001****	*0.002*

r: Spearman Korelasyon Katsayısı; YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği; İBÖ: İnternet Bağımlılık Ölçeği; BDÖ: Barrat Dürtüsellik Ölçeği; ***Anlam düzeyi yüksek

Kontrol grubundaki sağlıklı bireylerde İBÖ skorları ile YBOKÖ ve BDÖ-11 skorları arasındaki ilişki Tablo 12'de sunulmuştur.

Araştırma kapsamında incelenen kontrol grubundaki sağlıklı bireylerde BDÖ-11'in "dikkat" alt ölçek skoru ile İBÖ'nin yoksunluk ($r=0.25$) ve kontrol güçlüğü ($r=0.28$) alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken ($p<0.05$), BDÖ-11'in "dikkat" alt ölçek skoru ile İBÖ'nin işlevsellik ve sosyal izolasyon alt ölçek skorları ve de İBÖ toplam skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 12).

Diğer taraftan kontrol grubundaki sağlıklı bireylerde YBOKÖ'nin obsesyon ve kompulsiyon alt ölçek skorları ve de toplam skoru ile İBÖ'nin tüm alt ölçek skorları ve toplam skoru arasında ayrıca BDÖ-11'in motor dürtüsellik ve plansızlık alt ölçek skorları ve de toplam skoru ile İBÖ'nin tüm alt ölçek skorları ve toplam skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Kontrol grubundaki sağlıklı bireylerin İBÖ skorları ile YBOKÖ ve BDÖ-11 skorları arasındaki ilişki

KONTROL (n=80)		İBÖ				
		Yoksunluk	Kontrol güçlüğü	İşlevsellik	Sosyal izolasyon	Toplam
YBOKÖ						
Obsesyon	r	0.044	-0.039	-0.084	0.052	-0.040
	p	0.695	0.729	0.460	0.648	0.725
Kompulsiyon	r	0.079	-0.033	-0.159	-0.096	-0.016
	p	0.487	0.772	0.160	0.397	0.886
Toplam	r	0.041	-0.043	-0.084	0.050	-0.042
	p	0.721	0.708	0.459	0.662	0.709
BDÖ-11						
Dikkat	r	*0.254*	*0.283*	0.158	0.118	*0.293*
	p	*0.029*	*0.011*	0.161	0.296	*0.008*
Motor dürtüsellik	r	-0.053	-0.097	-0.062	-0.119	-0.083
	p	0.641	0.394	0.584	0.294	0.464
Plansızlık	r	0.009	-0.071	0.028	-0.050	-0.013
	p	0.936	0.531	0.806	0.657	0.908
Toplam	r	0.055	0.032	0.037	-0.024	0.063
	p	0.627	0.775	0.744	0.833	0.580

r: Spearman Korelasyon Katsayısı; YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği; İBÖ: İnternet Bağımlılık Ölçeği; BDÖ: Barrat Dürtüsellik Ölçeği

Hasta ve kontrol gruplarının kendi içinde internet kullanım sıklığına göre YBOKÖ, İBÖ ve BDÖ skorlarının dağılımı Tablo 13'de sunulmuştur.

OKB ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların internet kullanım sıklıkları arasında BDÖ-11'in "dikkat" alt ölçek skoru, İBÖ toplam skoru ile yoksunluk, kontrol güçlüğü, işlevsellik ve sosyal izolasyon alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu, İBÖ'nin yoksunluk alt ölçek skorundaki anlamlı farkın "her gün 4 saat ve daha fazla "internet kullananlardan kaynaklandığı, BDÖ-11'in "dikkat" alt ölçek skoru ile İBÖ'nin kontrol güçlüğü, işlevsellik, sosyal izolasyon alt ölçek skorları ve İBÖ toplam skorundaki anlamlı farkların ise; "her gün 4 saat ve daha fazla" internet kullananlarla "her gün 1 saatten az" internet kullananlar arasında olduğu görüldü. Her gün 4 saat ve daha fazla internet kullanan OKB ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların İBÖ yoksunluk alt ölçek skoru "her gün 1 saatten az" ve "her gün 1-3 saat arasında" internet kullananlardan anlamlı olarak yüksek iken BDÖ-11'in "dikkat" alt ölçek skoru ile İBÖ'nin kontrol güçlüğü, işlevsellik, sosyal izolasyon alt ölçek skorları ve İBÖ toplam skoru "her gün 1 saatten az" internet kullananlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 13).

Diğer taraftan OKB ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların internet kullanım sıklıkları arasında YBOKÖ obsesyon ve kompulsiyon alt ölçek skorları ile toplam skoru, BDÖ-11 motor dürtüsellik ve plansızlık alt ölçek skorları ile BDÖ-11 toplam skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Hasta ve kontrol gruplarının kendi içinde internet kullanım sıklığına göre YBOKÖ, İBÖ ve BDÖ skorlarının dağılımı

		İnternet Kullanım Sıklığı			
		Hergün<1 saat	**Hergün 1-3 saat**	**Hergün≥4 saat**	**p***
		ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	ort±SD (min-maks)	
HASTA (n=80)	**YBOKÖ**	(n=16)	(n=24)	(n=40)	
	Obsesyon	12.7±5.5 (4-23)	13.0±3.3 (8-20)	11.9±4.3 (3-18)	0.759
	Kompulsiyon	10.0±6.5 (0-20)	11.3±4.4 (0-20)	10.4±4.0 (1-16)	0.659
	Toplam	22.7±10.8 (5-38)	24.3±6.9 (14-40)	22.3±7.9 (6-34)	0.797
	BDÖ-11				
	Dikkat	15.6±3.7 (9-22)	17.2±3.3 (12-24)	18.8±4.4 (11-31)[a]	0.037
	Motor dürtüsellik	19.0±4.7 (11-28)	19.0±4.7 (12-31)	21.4±5.3 (12-35)	0.142
	Plansızlık	28.1±3.5 (17-33)	27.1±4.2 (21-34)	27.9±5.0 (12-37)	0.646
	Toplam	62.7±8.9 (37-74)	63.2±8.9 (47-81)	68.0±12.4 (47-99)	0.249
	İBÖ				
	Yoksunluk	24.5±7.5 (16-41)	28.9±6.4 (16-40)	36.0±9.8 (17-54)[ab]	<0.001**
	Kontrol güçlüğü	17.9±4.7 (11-25)	22.1±5.6 (11-38)	26.4±8.9 (11-42)[a]	0.001***
	İşlevsellik	12.2±4.7 (7-20)	14.2±5.7 (7-31)	18.5±7.5 (7-31)[a]	0.010
	Sosyal izolasyon	12.0±5.4 (7-23)	14.2±6.1 (7-27)	15.1±6.6 (7-32)	0.325
	Toplam	66.7±20.3 (43-98)	79.3±18.1 (41-122)	95.9±29.4 (44-152)[a]	0.001***
KONTROL (n=80)	**YBOKÖ**	(n=21)	(n=42)	(n=17)	
	Obsesyon	0.5±0.6 (0-2)	0.4±0.7 (0-2)	0.4±0.6 (0-2)	0.754
	Kompulsiyon	0.05±0.22 (0-1)	0.1±0.3 (0-1)	0.1±0.2 (0-1)	0.576
	Toplam	0.5±0.7 (0-2)	0.6±0.9 (0-3)	0.4±0.8 (0-3)	0.734
	BDÖ-11				
	Dikkat	13.0±1.9 (11-18)	14.1±3.8 (8-24)	15.5±3.0 (11-20)	0.071
	Motor dürtüsellik	17.1±2.0 (13-22)	19.2±3.2 (13-26)[a]	18.6±3.8 (12-23)	0.034
	Plansızlık	22.0±4.7 (13-31)	23.8±4.8 (16-32)	23.9±3.8 (18-30)	0.352
	Toplam	52.1±6.6 (37-62)	57.1±8.7 (43-74)	58.1±9.5 (43-69)	0.082
	İBÖ				
	Yoksunluk	20.5±6.9 (11-32)	20.8±6.0 (12-39)	22.4±6.0 (11-33)	0.630
	Kontrol güçlüğü	18.0±8.5 (10-35)	14.6±6.3 (10-32)	16.8±4.7 (10-24)	0.141
	İşlevsellik	11.6±4.6 (7-209	8.5±3.1 (7-22)[ac]	11.6±5.2 (7-20)	0.003
	Sosyal izolasyon	11.1±4.2 (7-18)	8.3±2.0 (7-14)[a]	9.0±1.9 (7-13)	0.011
	Toplam	61.3±23.0 (35-103)	52.1±13.9 (36-97)	59.8±13.2 (44-87)	0.138

n: Birey sayısı; ort: Ortalama; SD: Standart sapma; YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği; İBÖ: İnternet Bağımlılık Ölçeği; BDÖ: Barrat Dürtüsellik Ölçeği; *Kruskal Wallis Testi; aPost-hoc ikili karşılaştırmada "her gün <1 saat" ile istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı; bPost-hoc ikili karşılaştırmada "her gün 1-3 saat" ile istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı; cPost-hoc ikili karşılaştırmada "her gün ≥4 saat" ile istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı

Hasta gurubunda İBÖ ve BDÖ-11 skorlarının obsesyon tiplerine göre karşılaştırılması Tablo 14'de sunulmuştur.

Hasta grubunda obsesyon tipleri simetri-düzen, kirlenme-temizlik, kuşku-kontrol ve dini-cinsel-saldırganlık düşüncelerini kapsayan intruziv grubu olarak sınıflandırıldı. Biriktirme, saç ve deri yolma bozuklukları ise diğer grubu altında toplandı. Bu gruplar birbirleri ile İBÖ ve BDÖ-11 skorları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamadı.

Tablo 14. Hasta grubunda obsesyon tipleri arasında İBÖ ve BDÖ skorlarının dağılımı

	n	**İBÖ Toplam**	**BDÖ 11 Toplam**
		ort±SD	ort±SD
OKB İlişkili Bozukluk			
Simetri-Düzen	9	88.3±20.2	63.2±12.5
İntruziv*	18	93.6±25.8	68.6±10.4
Kirlenme-Temizlik	18	79.6±27.6	64.1±9.6
Kuşku-Kontrol	19	79.5±29.7	64.6±11.5
Diğer**	16	86.6±28.8	66.1±11.9
p		*0.490*	*0.680*

*intruziv: Dini, cinsellik ve saldırganlık; **Diğer: Deri yolma, Saç yolma, biriktirme, beden algı bozukluğu

5. TARTIŞMA

Biz bu çalışmada OKB ve ilişkili bozukluk tanısı almış hastaların internet bağımlılığı ölçeği skorlarını, sağlıklı gönüllülerden önemli ölçüde yüksek olduğunu bulduk. Bu farklılık internet bağımlılığı alt ölçeklerinin hepsi için söz konusuydu. Gruplar arasında internet kullanım sıklığı ve süresi açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Hasta grubunda interneti her gün 4 saatten fazla kullananların oranı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti. Bu bulgular OK ve ilişkili bozukluklar ve internet bağımlılığı arasında güçlü bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Bu ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma vardır.

Bipeta ve arkadaşlarının (2015) OKB'lileri ve sağlıklı gönüllüleri internet bağımlılığı açısından karşılaştırdıkları çalışmada OKB grubunda internet bağımlılığı oranını sağlıklı bireylerden yüksek bulmuşlardır. OKB'li bireyler 1 yıllık tedavi ve izlem sonrasında internet bağımlılığı açısından tekrar değerlendirilmiş, bu süre sonunda OKB'lilerin OKB ölçekleri yanı sıra internet bağımlılığı ölçek puanlarında da anlamlı düzeyde düşme gözlenmiştir (3). Primer bozukluk olan OKB tedavi edilince internet bağımlılığı da gerilemiştir. Çalışmacılar bu durumu internet bağımlılığını altta yatan psikiyatrik patolojiye sekonder bir klinik görünüm olarak değerlendirilmesi gerektiği yönünde yorumlamışlardır.

Ülkemizde 174 üniversite öğrencisi arasında yapılan bir çalışmada internet bağımlılığı araştırılmış, bağımlı olduğu tespit edilen kişiler psikiyatrik patoloji açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmış ve internet bağımlısı olan grupta OKB semptomları sağlıklı kontrollere kıyasla yüksek bulunmuştur (137).

OKB'li hastalarda yenilikleri kaçırmamak ve sürekli kontrol etme ihtiyacı nedeni ile sosyal medya kullanımı daha fazladır hipotezini araştıran bir çalışmada bağımlı kişilerde OKB görülme oranı sağlıklı gönüllülerden yüksek bulunmuştur (146). Bağımlı kişilerde görülen obsesif semptomlar intruzif düşüncelerden ya da motor aktivitelerden daha az rahatsız edici olanlara geçişin yapılamaması ve bilişsel esnekliğin kaybı olarak yorumlanmıştır. Bizim verilerimizle bu çalışmalar

bir araya geldiğinde OKB ve internet bağımlılığı ilişkisine ait dayanakların çoğaldığı görülmektedir.

Bütün bu bulgulara bakılarak OKB hastalarının rahatsız edici obsesif düşüncelerden ve kompulsiyonlardan kaçınmak için interneti bir kaçış yolu olarak mı kullandığı ya da hastaların kompulsiyonlarının internet kullanımı sırasında da devam etmesinden dolayı mı internet kullanım sürelerinin uzadığı soruları akla gelmektedir. Örneğin dini obsesyonları olan bir hasta internette uzun süreler dini konularda araştırma yapabilir, ya da emin olamama obsesyonları olan bir hasta okuduğu şeyleri kontrol etme ihtiyacı ile tekrar tekrar okuma ihtiyacı hissedebilir (3). Bu durum ister altta yatan hastalığa sekonder, ister primer hastalığa komorbid, isterse etiyolojik kökenlerin benzerliğini vurgulayan bir durum olsun, OKB ve internet bağımlılığı bir noktada benzerliği olan ve bu benzerliğin kökenlerinin araştırılması gereken bir durum olduğu görülmektedir. Bu ilişki sınıflandırma işlemlerinde de gündemde olması gereken bir konudur.

Hasta grubu kendi içinde obsesyon alt tiplerine göre gruplandırılıp ayrı ayrı internet bağımlılığı ve dürtüsellik skorları açısından karşılaştırıldığında, gruplar arası anlamlı fark bulunmadı. Bu durum prognoz, tedaviye yanıt ya da nörobilim olarak obsesyonların içeriği ile dürtüsellik ve bağımlılık arasında bir ilişki olmadığına işaret eder.

Biz OKB'li grupta dürtüsellik skorlarını sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulduk. Daha önceki sınıflamalarda da olduğu gibi impulsivite ve OKB ilişkisi incelenmeye değer bir durumdur.

Hasta grubunda BDÖ-11'in dikkat ve plansızlık alt ölçekleri skorları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti. Bu bulgu dürtüselliğin hem OKB hem internet bağımlılığı açısından değerlendirilmesini zorunlu kılar. Beyinde serotonerjik aktivite düzeyleri davranış, üzerinde etkili olmaktadır. Serotonerjik aktivite azaldıkça bireyin davranışının kontrol altına alınması zorlaşır. Bu impulsivite ve dürtüselliğe işaret eder (147). PET ile yapılan bir çalışmada OKB'de ventral prefrontal korteks ve kaudat çekirdekte serotonin sentezinin azaldığı

gösterilmiştir (148). Bu ve ilişkili diğer çalışma sonuçları OKB ve dürtüsellik etiyolojisindeki serotonin hipotezini destekler (148-150).

Bağımlılık penceresinden bakacak olursak dürtüsellik daha çok madde bağımlılığı ile ilişkisi açısından araştırılmıştır. Madde kötüye kullananların küçük ve anında elde edebilecekleri ödüllere yöneldikleri, yani dürtüsel davrandıkları, ayrıca davranışsal ölçümlerde dürtüselliğin karar verme süreçlerinde son derece etkili olduğu bulunmuştur (149). Bazı çalışmalarda davranışsal bir bağımlılık olarak değerlendirilen patolojik kumar oynama bozukluğu ile dürtüsellik arasında doğrusal bir ilişki olduğu bulunmuştur (150). Bizim bulgularımız da internet bağımlılığı ve dürtüsellik arasında pozitif bir ilişkiye işaret eder. Bu bulgu diğer araştırma sonuçlarıyla da benzerdir (149, 151). Özellikle çevrimiçi oyunlar ödül eksikliği sendromu yaşayan ve beyin ödül sisteminde düşük dopamin bulunan dürtüsel bireyler için uyaran sağlayabilmektedir (152). Aynı durumun sosyal medyada beğenilme, arkadaş edinme gibi davranışlarla da ilişkili olabileceği düşünülebilir. Bu nedenle dürtüselliği yüksek olan bireylerin daha fazla internet kullanmalarının olası olabileceği düşünülmektedir (152).

Dürtü kontrol bozukluğunda da obsesif-kompulsif belirtilerin arttığı görülmüştür. Patolojik kumar tanısı almış hastaların %1 ila 20 arasında değişen OKB ek tanıları vardır. Genel populasyonda OKB ve patolojik kumar birlikteliği %2 civarındadır (153). Trikotillomani hastalarının OKB ek tanı oranı %4.6-7.1 arasında değişmektedir (154, 155). Bu iki bozuklukta benzer bilişlerin yer aldığı; inhibisyon bozuklarının olduğu düşünülmektedir. Motor inhibisyon ve bilişsel esnekliğin karşılaştırıldığı bir çalışmada 20 OKB, 17 trikotillomani hastası ve 20 sağlıklı kontrole "sinyal durdurma testi" uygulanmıştır. Trikotillomanisi olanlarda, OKB grubuna kıyasla daha şiddetli olduğu ifade edilen fakat her iki hasta grubunun da sağlıklı kontrollere kıyasla inhibisyon yetisinde anlamlı derecede bozulma yaşadığı gösterilmiştir (156).

Çalışmamızda OKB grubunda BDÖ-11 toplam skorları sağlıklı kontrollere göre yüksek bulduk. OKB'lilerde dürtüsellik ölçeğinin dikkat ve plansızlık alt ölçekleri sağlıklı kontrollere göre yüksek iken motor dürtüsellik skorları sağlıklı

kontroller ile benzerdi. Bu benzerliğin, toplam dürtüsellik ile dürtüselliğin dikkatsizlik ve plansızlık alt skorlarının yüksek olduğu bir durumda dürtüsellik ve OKB yi ayrıştıracak bir güce sahip olmadığı söylenebilir. OKB grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmasından dolayı motor dürtüselliğin OKB'den çok da ayrı değerlendirilemeyeceğini akla getirmektedir.

Hasta grubu kendi içinde karşılaştırıldığında, BDÖ-11'in motor dürtüsellik alt ölçek skoru İBÖ'nin toplam ve alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur. OKB grubunda motor dürtüselliğin sağlıklı gönüllüler grubu ile benzer olmasına rağmen OKB grubundaki motor dürtüselliğin İBÖ skorları ile ilişkili bulunması, motor dürtüselliğin OKB'den daha çok bağımlılık ile ilişkili mi sorusunu gündeme getirse bile çalışmamız bu soruya cevap vermek için yetersiz kalır.

İBÖ ve BDÖ-11 toplam skorları arasında, hasta grubu kendi içinde karşılaştırıldığında, pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Bu bulgu literatürdeki bağımlılık ve dürtüsellik ilişkisini pozitif yönde olduğunu ortaya koyan diğer çalışmalarla uyumludur. Fakat bu çalışmalar daha çok madde bağımlılığı ile ilgili yapılmış olup internet bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılıkların dürtüsellik konusunda araştırıldığı çalışmalar azdır (157).

Hasta grubunda İBÖ skorları ve BDÖ-11 alt ölçek skorları arasındaki ilişkiye bakıldığında; dürtüselliğin plansızlık alt ölçeği ile internet bağımlılığının işlevsellik ve sosyal izolasyon alt ölçekleri arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur. Yani plansızlık arttıkça işlevsellikte bozulma ve sosyal izolasyon oranlarının arttığı tespit edilmiştir. Bu normal sosyal hayatta beklenen bir sonuç gibi görünmektedir. Mesleki, akademik, sosyal ya da kişiler arası süreçler son derece karmaşık bilişsel işlevlerin entegre çalışması ile sağlanmaktadır. Planlama ve organizasyon olmadan bu fonksiyonları sağlıklı bir biçimde yönetmek son derece güç olacaktır. Bunun sonucunda pek çok alanda yeti yitimi ortaya çıkacak ama özellikle sosyal işlevlerde aksamalar nedeniyle hem kişinin sosyal becerilerine olan güveni zamanla azalacak hem sorunları aşacak uygun planlamayı yapamaması sonucunda izolasyon gelişecektir. Aşırı plan yapan ve planlarının uygulanması için

aşırı titiz davranan OKB'li bireylerde obsesyonel yavaşlama ve işlevsellikte bozulma görülebilir (158-160).

Plansızlık ile internet bağımlılığının yoksunluk ve kontrol güçlüğü alt ölçekleri ile anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yani OKB hastalarında internet bağımlılığının bu iki alt boyutu planlama ile ilgili görünmemektedir.

Hasta grubunda internet kullanım süreleri incelendiğinde, İBÖ'nin toplam ve tüm alt ölçek skorlarında süre ile pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. Bu bulgu Young'ın internet bağımlılığını tanımlarken kullandığı 'internet ile ilgili aşırı zihinsel uğraş, doyuma ulaşmak için internete bağlı kalma süresinde artışa ihtiyaç duyma ve başlangıçta olduğundan daha uzun süre internete bağlı kalma' maddelerini destekler niteliktedir (125). Ayrıca internet kullanım süresi, BDÖ-11'in dikkat alt ölçek skoru ile de ilişkili bulunmuştur.

Ülkemizde internet kullanımı giderek artmaktadır. Biz hasta ve kontrol grubunda internete erişim oranlarını sırasıyla ev interneti kullanımı %53.8-55, iş yeri interneti kullanımı %16.3-8.8 ve cep telefonu interneti kullanımı %92,5-100 olarak bulduk. TUİK'in yayınladığı 2016 Nisan verilerine göre ülkemizde internet kullanıcılarının oranı %61,2 olmuştur. Türkiye'de yaklaşık 10 evin 8'inde internete erişim sağlanabilmektedir. Evlerin %96,9'unda cep telefonu vardır (115). Bu oranlar internete erişim yolu açısından bizim çalışmamıza benzerdir. İnternete cep telefonundan erişme oranları hasta ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Ancak iki grupta da oranların oldukça yüksek olduğu dikkatlerden kaçmaması gereken bir durumdur.

İnternet kullanım amaçları incelendiğinde yine TUİK'in verilerine benzer veriler elde edilmiştir (115). Hasta ve kontrol grupları interneti kullanım amaçları açısından karşılaştırıldığında bazı farklılıklar göze çarpmaktadır. Örneğin OKB'lilerde sağlıklı kontrollere göre interneti sohbet amaçlı kullanma oranı yüksek bulunmuştur. Bu durum OKB hastalarında ilişki kurmakta zorluk çektikleri ve internetten sohbet etme ihtiyacı duydukları verisi ya da interneti sohbet amaçlı kullanmanın internet bağımlılığı ile ilişkisi olduğu yönündeki yorumlamalara uygunluk gösterir. İnterneti cinsellik ile ilgili konularla kullanım amacında olan

bireylerin sayısı OKB'lilerde sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı derecede yüksekti. İlişki kurma zorlukları açısından OKB'lilerin cinsel amaçlı internet kullanımlarının daha fazla olması söz konusu olabilir. Bir çalışmada evli olan hastaların %25'inin cinsel obsesyonları nedeniyle hiç cinsel ilişkiye giremediği bulunmuştur (161). Ancak yine de her iki grupta da cinsel amaçlı internet kullanımlarının çok düşük olduğu görülmektedir. Bu cinselliğin kültürel olarak dışa vurumuna engel bazı ögelerden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda sağlıklı kontrol grubu OKB grubu ile örtüşen özelliklerde seçildiği için iki grup arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum gibi sosyodemografik özellikler yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu.

Çalışmamızda sigara ve alkol kullanımı açısından hasta ve kontrol grubu arasında fark bulamadık. Sigara kullanımı psikiyatrik hastalığı olan kişiler arasında oldukça yaygındır. Ancak OKB hastalarında sigara kullanımı diğer psikiyatrik hastalıklara göre daha az, genel popülasyona kıyasla fazla bulunmuştur (162). Psikiyatrik hastalığı olanlarda yaşam boyu sigara içme oranı %50-80'dir. Bu genel popülasyonun 2 katı kadar bir orandır. Aynı şekilde OKB ile alkol kullanım bozukluğu komorbiditesi görülebilir.

Hasta grubundan ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanların sayısı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti. OKB ve diğer çoğu psikiyatrik hastalıkta aile öyküsü olması hastalık riskini arttırdığı bilinen bir durumdur (163). Mevcut genetik veriler OKB'nin belirgin bir kalıtımsal yönü olduğunu göstermektedir. OKB hastalarının yakınlarında OKB olma olasılığı üç ila beş kat artmıştır (163). Bizim çalışmamızdaki bulgular da literatürdeki bu bilgiler ile benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ

OK ve ilişkili bozukluklar tanılı bireylerde dürtüsellik ve internet bağımlılığı yüksek orandaydı. Bu durum OKB, internet bağımlılığı ve dürtüselliğin ortak kökenli bozukluklar ya da bir sebeple komorbid durumlar olduğuna işaret etmektedir.

İnternet bağımlılığında internet kullanım süresinin oldukça yüksek görülmesi, kullanım süresinin önemli bir kriter olduğunu doğrular niteliktedir.

Ayrıca internet bağımlılığı ve dürtüsellik arasında ilişki vardır. Dürtüsellik arttıkça internet bağımlılığını değerlendiren ölçeğin skorları da artmaktadır. Dürtüsel olan bireyler internet kullanımlarını sınırlayamayıp, bağımlılık geliştirmiş olabilir.

Bütün bu bulgular psikiyatrik klasifikasyon alanında çalışanlarca göz önünde bulundurması gereken bir durum olarak görülmekle birlikte daha çok sayıda çalışmalarla desteklenmesi ve açıklığa kavuşturulması gerekir.

7. KISITLILIKLAR

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı hasta sayımızın yeterli olmamasıdır. İnternet bağımlılığı gibi güncel ve toplumsal bir konunun araştırıldığı çalışmalarda çok daha fazla sayıda deneğe ihtiyaç vardır.

Ayrıca OKB başlığı altına yeni alınmış olan biriktirme bozukluğu, saç ve deri yolma bozukluğu tanılı daha çok hasta olmaması da çalışmamız için bir kısıtlılık sayılabilir.

8. KAYNAKLAR

1. Günüç, S. (2009). İnternet Bağımlılık Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Bazı Demografik Değişkenler ile İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Yayınlanmış Yüksek lisans Tezi. Van: YYÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

2. Amerikan Psikiyatri Birligi: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013;129 –140.

3. Bipeta, R., Yerramilli, S. S., Karredla, A. R., & Gopinath, S. (2015). Diagnostic stability of internet addiction in obsessive-compulsive disorder: Data from a naturalistic one-year treatment study. Innovations in clinical neuroscience, 12(3-4), 14.

4. Bayraktar E., Obsesif Kompulsif Bozukluk. Psikiyatri Dünyası 1997;1 25-32.

5. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. .

6. (Kaplan & Sadock Synopsıs Of Psychıatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri Onbirinci Baskı).

7. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, (13.Basım) Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; syf 364-376.

8. Loomis LR. Plutarch: Selected Lives and Essays, translated from the Greek, Roslyn NY: Walter J. Black Inc, 1951, 373-379.

9. Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther 1994; 32:343-353.

10. Özerdem A., Obsesif-kompolsif bozukluk ve psikoz üzerine bir gözden geçirme Klinik Psikiyatri 1998; 2 98-102.

11. Jenike M, Minichiello WE, Baer L. Management of the Individual Patient. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, eds. Obsessive Compulsive Disorders: Theory and Management. Littleton: PSG Publishing, 1986.

12. Freud S. 1959: Collected Papers Vol. III. Basic Books, New York.

13. DSM-III-R: Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders III-R. American Psychiatric Association, Washington DC.1987.

14. Kaplan & Sadock's Compherensive Textbook of Psychiatry, Volum II, (8th ed) (çev.ed. H Aydın, A Bozkurt). Günes Kitabevi, Ankara. 2007; 1718-1800.

15. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th rev. Geneva: WHO; 1992.

16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

17. Sean A. Sassano-Higgins, M.D., M.A., and Michele T. Pato, M.D. Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis, Epidemiology, Etiology, and Treatment. Focus 13:129–141 (2015).

18. Insel TR. The NIMH research domain criteria (RDoC) project: precision medicine for psychiatry. Am J Psychiatry. 2014; 171(4): 395–397.

19. Tükel R, Demet M, Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar, 2017, Türkiye Psikiyatri Derneği yayınları.

20. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive compulsive disorder: Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special references to gender related differences. Br J Psychiatry. 2006; 101-107.

21. Jenike MA. Obsessive-compulsive disorder. N Engl J Med. 2004;350:259-265.

22. Ravi Kishore V., Samar R., Janardhan Reddy Y.C., Chandrasekhar C.R., Thennarasu K. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. European Psychiatry 2004; 19: 202-8.

23. Türksoy N., Tukel R., Özdemir O., Karalı A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorders 2002; 16: 413-23.

24. Eisen J.L., Rasmussen S.A., Phillips K.A., Price L.H., Davidson J., Lydiard R.B. Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. Comprehensive Psychiatry 2001; 42: 494-7.

25. Demet MM 2005 Obsesif kompulsif bozuklukta genetik çalışmalar. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.

26. Lenane MC, Swedo SE, Leonard H, Pauls DL, Sceery W, Rapoport JL (1990) Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 29:407- 412.

27. Sichel D, Cohen L.S, Rosenbaum J.F, Driscoll J. Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry. 1993; 34:277-279.

28. Heyman I., Mataix-Cols D., Fineberg N.A. Obsessive-compulsive disorder. British Medical Journal. 2006; 333: 424-9.

29. Koran L M, Thienemann M.L, Davenport R. Quality of life for patients with obsessive–compulsive disorder. American Journal of Psychiatry. 1996;153: 783–788.

30. Erzegovesi S., Cavallini M.C., Cavedini P., Diaferia G., Locatelli M., Bellodi L. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. Journal of Clinical Psychopharmacology 2001; 21: 488-92.

31. KarakuşG., Tamam L., Suicide in Obsessive Compulsive and Related Disorders, Archives Medical Review Journal 2015; 24(3):402-413.

32. ICD–10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2010.

33. World Health Organization. ICD-11 Beta Draft. http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en. Accessed March, 2017.

34. Marras A., Fineberg N., Pallanti S. (2016) Obsessive compulsive and related disorders: comparing DSM-5 and ICD-11. CNS Spectrums, 21, 324–333.

35. 1965, KRİNGLEN E. Obsessional neurotics a long-term follow-up. The British Journal of Psychiatry ve 709-722., 111:.

36. PRİCE L, RASMUSSEN S , EİSEN J. The natural history of obsessive-compulsive disorder. Archives of general psychiatry 1999 ve 131-132., 56:.

37. RASMUSSEN S, EİSEN J. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. The Journal of clinical psychiatry 1994, 5-10, 55: ve 11-14., discussion.

38. Karno M, Golding J, Sorenson S. The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five U.S. communities. Arch Gen Psychiatry. 1988 Dec;45(12):1094-9.

39. Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T. & Kessler, R. C. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Mol. Psychiatry 15, 53–63 (2010).

40. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry. 2010; 15(1): 53–63.

41. Horwart E, Weissman MM. (2000) Anxiety Disorders: Epidemiology.Comprehensive Textbook of Psychiatry/VII. (eds.) Editörler: BJ Sadock, VASadock. Philadelphia: Lippincott/ Williams & Wilkins.

42. Bayar R, Yavuz M. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi. Obsesif Kompulsif Bozukluk. İstanbul, 2008; 185-192.

43. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara. Eksen Tanıtım, 1998: 77-93.

44. Çilli A.S, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelvemonth prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. Compr Psychiatry. 2004; 45:367-374.

45. Mathis MAD, Alvarenga PD, Funaro G, et al. Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature review. Rev Bras Psiquiatr. 2011; 33(4): 390–399.

46. Noshirvani HF, Kasvikis Y, Marks IM, Tsakiris F, Monteiro WO. Genderdivergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. Br J Psychiatry. 1991;158:260-263.

47. Hollander E, Stein D, Fineberg NA, Legault M. Quality of life outcomes in patients with obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry. 2010; 71(6): 784–792.

48. Hollander E, Stein D, Fineberg NA, Legault M. Quality of life outcomes in patients with obsessive-compulsive disorder: relationship to treatment response and symptom relapse. J Clin Psychiatry. 2010; 71(6): 784–792.

49. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara. Eksen Tanıtım, 1998: 77-93.

50. Kruger S, Cooke RG, Hasey GM, Jorna T, Persad E. Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorder. Journal of affective disorders. 1995; 34:117-120.

51. Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Gemignani A. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity onobsessive compulsive disorder. J Affect Disord. 1997;46:15-23.

52. Tukel R, Polat A, Ozdemir O, Aksut D, Turksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. Comprehensive psychiatry. 2002; 43:204-209.

53. Uğuz F, Aşkın R, Çilli AS. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Eksen I ve Eksen II Bozuklukları ile Birlikteliği. Türkiye'de Psikiyatri. 2006; 8:1-5.

54. Kalra H, Tandon R, Saluja B, Mohan I. Obsessive compulsive disorder:comorbidity in manic phase of bipolar disorder. Indiana J Psychiatry. 2002;44:377-9.

55. HEİM C, NEMEROFF CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. Biological psychiatry 2001 ve 1023-1039., 49:.

56. HUPPERT JD, MOSER JS, GERSHUNY BS, RİGGS DS, SPOKAS M, FİLİP J, HAJCAK G, PARKER HA, BAER L , EB F. The relationship between obsessive-compulsive and posttraumatic stress symptoms in clinical and non-clinical samples. J Anxiety Disord 2005 ve 127–136., 19:.

57. NEZİROGLU F, KHEMLANİ-PATEL S , YARYURA-TOBİAS JA. Rates of abuse in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. Body Image 2006 ve 189-193., 3:.

58. Bottas A, Cooke RG, Richter MA. Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia? J Psychiatry Neurosci. 2005; 30(3): 187–193.

59. Byerly M, Goodman W, Acholonu W, Bugno R, Rush AJ. Obsessive compulsive symptoms in schizophrenia: frequency and clinical features. Schizophr Res. 2005; 76(2–3): 309–316.

60. Fineberg NA, Day GA, de Koenigswarter N, et al. The neuropsychology of obsessive-compulsive personality disorder: a new analysis. CNS Spectr. 2015; 20(5): 490–499.

61. Flament MF, Rapoport JL, Murphy DL, Berg CJ, Lake CR. Biochemical changes during clomipramine treatment of childhood obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 1987 ve 219-25, 44 (3):.

62. Westenberg HGM, Fineberg NA, Denys D. Neurobiology of obsesive-compulsive disorder: Serotonin and beyond. CNS Spectrums 2007 ve 3):14-27., 12:2

63. Şahin AR, Böke Ö. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Güleç C, Köroğlu E. Editörler. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2007: 343–52.

64. Flament MF, Rapoport JL, Berg CJ. Clomipramin treatment of childhood compulsive disorder: a double blind controlled study. Arch Gen Psychiatry 1985 ve 977-983., 42:.

65. Swedo SE, Leonard HL, Kruesi MJP. Cerebrospinal fluid neurochemistry of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 1992 ve 29-36., 49:.

66. Rosenberg DR, Keshavan MS. Toward a neurodevelopmental model of obsessive-compulsive disorder. Biol Psychiatry May 1998 ve 43(9):623-40.

67. Marazziti D, Pfanner C, Palego L, Gemignani A, Milanfranchi A, Ravagli S, et al. Changes in platelet markers of obsessive-compulsive patients during a double-blind trial of fluvoxamine versus clomipramine. Pharmacopsychiatry 1997 ve 245-9., 30.

68. 2000, Eşel E. Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. Klinik Psikiyatri ve 46-55, 3.

69. Stahl SM. Temel Psikofarmaokoloji: Nörobilimsel Temeli ve Pratik Uygulamalar. Taneli B, Taneli Y (çev. ed.). İstanbul: Yelkovan Yayıncılık, 2003: 335-45.

70. Goodman WK, McDougle CJ, Price LH. The role of serotonin and dopamine in the pathophysiology of obsessive compulsive disorder.Int Clin Psychopharmacol 1992 ve 1:35-8., 7 Suppl.

71. Pauls DL, Raymond CL, Stevenson JM, A family study of Gilles de la Tourette Syndrome. Am J Hum Genet 1991 Jan ve 48(1):154-163.

72. Swedo SE, Rapoport JL, Cheslow DL. İncreased incidence of obsessive- compulsive symptoms in patients with Sydenham's Chorea. Am J Psychiatry. 1989 ve 146:246-249.

73. Rosse RB, McCarthy MF, Alim TN, Deutsch SI. Saccadic distractibility in cocaine dependent patients: a preliminary laboratory exploration of the cocaine-OCD hypothesis. Drug Alcohol Depend 1994 ve 25-30., 35:.

74. Model J, Mountz J, Curtis G. Neuropsychologic dysfunction in basal ganglia/limbic, striatal and thalamocortical circuits as a pathogenic mechanism of OCD. J Neuropsych Clin Neurosci 1989 ve 27-36., 1:.

75. Luxenberg JS, Swedo SE, Flament MF. Neuroanatomical abnormalities in obsessive-compulsive disorder determined with quantitative x-ray computed tomography. Am J Psychiatry 1988 ve 1089-1093., 145:.

76. Scarone S, Colombo C, Livian S, Abbruzzese M, Ronchi P, Locatelli M, et al. Increased right caudate nucleus size in obsessive-compulsive disorder: detection with magnetic resonance imaging. Psychiatry Research 1992 ve 115-121., 45:.

77. Swedo SE, Shapiro MG, Grady CL. Cerebral glucose metabolism in childhood-onset obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 1989 ve 518-523., 46:.

78. Nordahl TE, Benkelfat C, Semple WE, Gross M, King AC, Cohen RM. Cerebral glucose metabolic rates in obsessive compulsive disorder. Neuropsychopharmacology 1989 ve 23-28., 2:.

79. Machlin SR, Harris GJ, Pearlson GD. Elevated medial-frontal cortical blood flow in obsessive-compulsive patients: a SPECT study. Am J Psychiatry 1991 ve 1242., 148: 1240-.

80. Pauls DL, Towbin KE, Leckman JF, Zahner GE, Cohen DJ. Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. Evidence supporting a genetic relationship. Arch Gen Psychiatry 1986 ve 1180-1182., 43:.

81. Insel TR, Hoover C, Murphy DL. Parents of patients with obsessive-compulsive disorder. Psychol Med 1983 ve 807-811., 13:.

82. Carey G, Gottesman II. Twin and family studies of anxiety, phobia, and obsessive-compulsive disorder. In: Klein D, Rabkin J, eds. Anxiety: New Research and Changing Concepts. New York, NY:Raven Press, 1981 ve 117-136.

83. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1995 ve 512:76-79.

84. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ, Liang KY, LaBuda M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 2000 Apr ve :358-63., 57 (4).

85. 1992, Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. Psychiatr Clin North Am ve 759-66., 15 (4):.

86. Fenichel O. Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. Tuncer S (Çeviren) s.246-284, İzmir, Ege Üniversitesi Matbaası, 1945.

87. Geçtan E. Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar. İstanbul: Remzi Kitabevi, 1989: 220-221.

88. Freud S. Saplantı Nevrozuna Yatkınlık (Nevroz Seçimi Sorununa Bir Katkı) Psikopatoloji Üzerine. Budak S (Çeviren) s.125-143, Ankara, Öteki Yayınları, 1913.

89. Laplanche J, Pontalis JB. The Language of Psychoanalysis. London: W.W. Norton & Company, 1973: 34-47.

90. Jonest E. Hate and anal erotism in the obsessional neurosis. DJ Stein, M Stone (editors). Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder. New York: New York University Press, 1913: 65-72.

91. 1965, Judd L. Obsessive-compulsive neurosis in children. Arch Gen Psychiatr ve 136-143.

92. 1985, Salzman L. Treatment of the Obsessive Personality. New York: ve 182-184.

93. 1985, Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive- behavioural analysis. Behav Res Ther ve 571-583., 23:.

94. Hyman BM, Pedrick C. The OCD Workbook: Your Guide to Breaking Free from Obsessive-Compulsive Disorder. Oakland: New Harbinger, 1999.

95. Phillips, K. A., Pinto, A., Hart, A. S., Coles, M. E., Eisen, J. L., Menard, W., & Rasmussen, S. A. (2012). A comparison of insight in body dysmorphic disorder and obsessive–compulsive disorder. Journal of psychiatric research, 46(10), 1293-1299.

96. Konkan, R., Şenormancı, Ö., & Sungur, M. Z. (2011). Trikotillomani: Tanı, Farmakoterapi ve Kognitif Davranışçı Terapisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 21(3), 265-274.

97. Christenson, G. A., Chernoff-Clementz, E., & Clementz, B. A. (1992). Personality and clinical characteristics in patients with trichotillomania. Journal of Clinical Psychiatry.

98. Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL. Psychogenic excoriation: clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. CNS Drugs 2001 ve 351-359, 15:.

99. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Baer L, Jenike MA. Skin picking in German students: prevalence, phenomenology and associated characteristics. Behav Modif 2002 ve 320-339, 26:.

100. Calikusu C, Kucukgoncu S, Tecer Ö, Bestepe, E. Skin picking in Turkish students: prevalence, characteristics, and gender differences. Behav Modif 2012 ve 36:49-66.

101. Odlaug BL, Grant JE. Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. Gen Hosp Psychiatry 2008 ve 61-66., 30:.

102. Grant JE, Mancebo MC, Pinto A, Eisen JL, Rasmussen SA. Impulse control disorder in adults with obsessive-compulsive disorder. J Psychiatr Res 2006 ve 501., 40: 494-.

103. Flessner CA, Woods DW. Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. Behav Modif 2006 ve 944-963., 30:.

104. FROST, Randy O. ve GROSS, Rachel C. The hoarding of possessions. Behaviour research and therapy, 1993, 31.4: 367-381.

105. FROST, Randy O. ve HARTL, Tamara L. A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. Behaviour research and therapy, 1996, 34.4: 341-350.

106. TOLIN, David F., et al. The economic and social burden of compulsive hoarding. Psychiatry research, 2008, 160.2: 200-211.

107. SAXENA, Sanjaya, et al. Quality of life and functional impairment in compulsive hoarding. Journal of psychiatric research, 2011, 45.4: 475-480.

108. MATAIX-COLS, D., et al. The London field trial for hoarding disorder. Psychological medicine, 2013, 43.4: 837-847.

109. SAMUELS, Jack F., et al. Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. Behaviour research and therapy, 2008, 46.7: 836-844.

110. RODRIGUEZ, Carolyn I., et al. Does extended release methylphenidate help adults with hoarding disorder? A case series. Journal of clinical psychopharmacology, 2013, 33.3: 444.

111. FROST, Randy O., STEKETEE, Gail ve TOLIN, David F. Diagnosis and assessment of hoarding disorder. Annual review of clinical psychology, 2012, 8: 219-242.

112. TOLIN, David F., et al. Cognitive behavioral therapy for hoarding disorder: A meta-analysis. Depression and anxiety, 2015, 32.3: 158-166.

113. Üneri, Ö. Ş., Tanıdır, C. (2011). Bir Grup Lise Öğrencisinde İnternet Bağımlılığı Değerlendirmesi: Kesitsel Bir Çalışma. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 24, 265-272.

114. Göka, E. ve Tıkır, B. (2012). İnternet Bağımlılığı Gerçek mi, Efsane mi?. Eğitim-Öğretim ve Bilim Araştırma Dergisi. 8, 24.

115. TUİK, (2016). "Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması". Erişim Tarihi:16.04.2017. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21779.

116. Egger, O., ve Rauterberg, M. (1996). Internet Behaviour and Addiction. Work and Organisational Psychology Unit. Zurih. 1-173.

117. Griffiths, M. D. (1999). Internet Addiction: Factor Fiction? The Psychologist. 12(5), 246-250.

118. Griffiths, M. D. (2000). Internet Addiction: Time o be Taken Seriously? Addiction Research. 8, 413-418.

119. LaRose, R. «Uses and Gratifications of Internet Addiction» Internet Addiction: A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment içinde, düzenleyen K. S. Young ve C. N. de Abreu, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, NJ, USA. 2007.

120. Kim, J., LaRose, R., Peng, W. (2009). Loneliness as the Cause and the Effect of Problematic Internet Use. Cyberpsychology and Behavıor. 12(4), 451-455.

121. Greenfield, David N., Ph.D. «Virtual Addiction: Sometimes New Technology Can Create New Problems.» 1999.

122. Cook, Sam. «Technology and internet addiction: How to recognize it and recover from it.» Internet Providers, 2017.

123. Shapira, Nathan A. M.D., Ph.D. , Goldsmith, Toby D. M.D. , Keck, Paul E. Jr. M.D., Khosla, Uday M., McElroy, Susan L. M.D. 1999 «Psychiatric features of individuals with problematic internet use.» Journal of Affective Disorders. 57 (2000) 267–272.

124. Cash, Hilarie, Rae Cosette D., Steel Ann H., Winkler, Alexander. 2012. «Internet Addiction: A Brief Summary of Research and Practice.» Current Psychiatry Reviews. 2012.

125. Young, K.S. (1996). Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. Paper Presented at the 104th Annual Meeting of the American Psycho-logical Association, Toronto. Cyberpsychol Behavior. 3, 237-244.

126. Goldberg, I. (1996). Goldberg's Message. Erişim tarihi 17.01.2015, http://wwwusr.rider.edu/~suler/psycyber/supportgp.html.

127. DiNicola, M.D. (2004). Pathological Internet Use Among College Students: The Prevalence of Pathological Internet Use and its Correlates. Doctoral Dissertation. Ohio University.

128. Beard, K., ve Wolf, E. (2001). Modification in The Proposed Diagnostic Criteria for Internet Addiction. CyberPsychology & Behaviour, 4(3), 377-383.

129. Shapira, N. A., Lessig, M. C., Goldsmith, T. D., Szabo, S. T., Lazoritz, M., Gold, M. S., Stein, D. J. (2003). Problematic Internet Use: Proposed Classification and Diagnostic Criteria. Depression and Anxiety. 17(4), 207-216.

130. Stahl, S.M. and N. Muntner, Stahl's essential psychopharmacology : neuroscientific basis and practical applications. Fourth edition. ed. 2013, Cambridge: Cambridge University Press. xv,.

131. Hollander E, Evers M. New developments in impulsivity. Lancet. 2001 ve 950., 358:949-.

132. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. Am J Psychiatry. 2001 ve 158:1783-1793.

133. 1990, Dickman SJ. Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. J Pers Soc Psychol. ve 58:95-102.

134. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM ve ark. Psychiatric aspects of impulsivity. Am J Psychiatry 2001 ve 158:1783–1793.

135. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale, Journal of Clinical Psychology, 1995, doi:10.1002/1097-4679(199511)51:6.

136. Pani, P. P., Maremmani, I., Trogu, E., Gessa, G. L., Ruiz, P., & Akiskal, H. S. (2010). Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: Should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included?. Journal of affective disorders,122(3), 185-197.

137. Koc, M. (2011). Internet addiction and psychopathology. Turkish Online Journal of Educational Technology-TOJET, 10(1), 143-148.

138. 2008, Block JJ. Issues for DSM-V: internet addiction. Am J Psychiatry. ve 165:306–307.

139. 2009, Pies R. Should DSM-V designate "internet addiction" a mental disorder? Psychiatry (Edgmont). ve 6:31–37.

140. Kim, J.U. (2008). The Effect of a R/T Group Counseling Program on The internet Addiction Level and Self- Esteem of internet Addiction University Students, 4 • international Journal of Reality Therapy • Spring, Vol.XXVii, number 2.

141. Holden, C. (2010). Behavioral addictions debut in proposed DSM-V.

142. GOODMAN, W. K., et al. Yale-brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS). Arch gen psychiatry, 1989, 46: 1006-1011.

143. KARAMUSTAFALIOĞLU, K. O., et al. Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bursa Savaş Ofset, 1993, 86.

144. PATTON, Jim H., STANFORD, Matthew S. ve BARRATT, Ernest S. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. Journal of clinical psychology, 1995, 51.6: 768-774.

145. GÜLEÇ, Hüseyin, et al. Psychometric Properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 2008, 18.4.

146. Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. Psychology of Addictive Behaviors, 30(2), 252.

147. Yazıcı K, Yazıcı AE (2010) Neuroanatomical and Neurochemical Basis of Impulsivity. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry 2: 254-280.

148. Karslıoğlu, E. H., & Yüksel, N. (2007). Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri, 10(3), 3-13.

149. Chan, P.A., Rabinowitz, T. (2006). A cross-sectional analysis of video games and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. Ann Gen Psychiatry, 5,16.

150. Petry, N. M. (2001). Pathological gamblers, with and without substance abuse disorders, discount delayed rewards at high rates. Journal of abnormal psychology, 110(3), 482.

151. Weinstein, A., Dorani, D., Elhadif, R., Bukovza, Y. ve Yarmulnik, A. (2015). Internet addiction is associated with social anxiety in young adults. Annals of Clinical Psychiatry, 27, 1, 2-7.

152. Koepp, M.J., Gunn, R.N., Lawrence, A.D., Cunningham, V.J., Dagher, A., Jones, T., Brooks, D.J., Bench, C.J., Grasby, P.M. (1998). Evidence for striatal dopamine release during a video game. Nature, 393, 266–268.

153. Argo TR, Black DW. Clinical characteristics. In: Grant JE, Potenza MN editors. Pathological gambling: A clinical guide to treatment. Washington, DC: American Psychiatric Publishing ve 39-53., 2004. p.

154. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. Impulse control disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Clin Neurosci 2005 ve 30-7., 59:.

155. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K ve ark. Impulsive disorders in Japanese adult patients with obsessive compulsive disorder. Compr Psychiatry 2005 ve 43-9., 46:.

156. Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA, Robbins TW ve ark. Motor inhibition and cognitive flexibility in OCD and trichotillomania. Am J Psychiatry 2006 ve 1282-4., 163:.

157. Jentsch, J. D., Ashenhurst, J. R., Cervantes, M. C., Groman, S. M., James, A. S., & Pennington, Z. T. (2014). Dissecting impulsivity and its relationships to drug addictions. Annals of the New York Academy of Sciences, 1327(1), 1-26.

158. Lehman AF, Mand NC, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. Am J Psychiatry 1983 ve 10:1271-1276.

159. Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA. Obsessive-compul- sive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. J Clin Psychiatry 1996 ve 57(suppl.8):3-6.

160. Besiroglu, L., Uguz, F., Saglam, M., Yilmaz, E., Agargün, M. Y., & Askin, R. (2007). Obsesif kompulsif bozuklukta yasam kalitesi ile iliskili etkenler/Factors associated with quality of life in obsessive compulsive disorder. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8(1), 5.

161. Freund B, Steketee G. Sexual history, attitudes and social functioning of obsessive-compulsive patients. J Sex Marital Ther 1989 ve 1:31-41.

162. Dell'Osso, B., Nicolini, H., Lanzagorta, N., Benatti, B., Spagnolin, G., Palazzo, M. C., ... & Pallanti, S. (2015). Cigarette smoking in patients with obsessive compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). CNS spectrums, 20(5), 469-473.

163. Casy G, Gottesman II. Twin and family studies of anxiety, phobia, and obsessive-compulsive disorder. Klein D, Rabkin J (ed.) Anxiety: New Research and Changing Concepts. New York Raven Press, 1981 ve 117-36.

9.Ekler

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Ad soyad baş harfleri:	**Tarih:**
Cinsiyeti: ☐ Kadın ☐ Erkek	**Mesleği:**
Doğum Yılı: 19….	
Medeni Durum: ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Dul/Boşanmış/Diğer	
Birlikte Yaşadığı Kişiler: ☐ Yalnız ☐ Eşi ve/veya çocukları ☐ Arkadaşları ☐ Anne, baba, kardeşler ☐Diğer……	
Öğrenim Düzeyi (En son bitirdiği okul): ☐ Okur yazar/İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite (……...)	
Aylık Gelir Düzeyiniz (TL): ☐1000 ve altı ☐1000-2000 ☐2000-4000 ☐4000 ve üstü	
Yaşadığı Yer: ☐ Köy ☐ İlçe ☐ Şehir/kent	
Madde Kullanımı: ☐ Sigara ☐ Alkol ☐ Madde……..	
Yakınmaları:	
Yakınmaların Başlangıç Tarihi/ Aldığı tedavi/ tedavi süresi:	
Ailede psikiyatrik Hastalık Varlığı: ☐ Yok ☐ Var……	
İnternete erişim şekli: ☐ Ev bilgisayarı ☐ İş yeri bilgisayarı ☐ Cep telefonu ☐ internet kafe	
İnterneti çoğunlukla ne amaçla kullanıyorsunuz?(birden fazla kutu işaretleyebilirsiniz) ☐ Sosyal ağlar (facebook vb.) ☐ Haber ☐ Oyun ☐ Sohbet ☐ Araştırma-Ödev ☐ Film-müzik ☐ Bahis/kumar ☐ Cinsellik	
İnterneti kullanma sıklığınız nedir? ☐ Haftada 1-2 kez ☐ Hergün 1 saatten az ☐ Hergün 1-3 saat ☐ Hergün 3-6 saat ☐ Hergün 6 saatten fazla	

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ

İlk 5 soru obsesif düşüncelerinizle ilgilidir.
Obsesyonlar, onlara karşı direnme isteğinize ve çabanıza karşı koyacak şekilde düşünmenize yol açan, istenmeyen fikirler, hayaller veya dürtülerdir. Bunlar genellikle zarar görme, risk ve tehlike konularıyla ilgilidir. Mikrop bulaşmasından aşırı korkmak; tekrarlayan tehlikeli düşünceleri; sıra, simetrik ve kusursuzluk konusunda aşırı titizlenmek; önemli şeyleri kaydetmeden korkmak, sık görülen obsesyonlardandır.
Lütfen aşağıdaki soruların her birini, sizin için en uygun olan cevap numarasını yanındaki kutuya yazarak cevaplandırın.

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN DEVAM ETTİĞİ SÜRE

Soru: Obsesif düşünceler zamanınızın ne kadarını alıyor?

☐

0= Hiç zamanımı almıyor.
1= Günde 1 saatten daha kısa bir zamanımı alıyor veya arada sırada beliriyor.
2= Günde 1–3 saat kadar devam ediyor veya sık sık beliriyor.
3= Günde 3 saatten daha fazla, 8 saate kadar uzayan süreler boyunca devam ediyor veya çok sık beliriyor.
4= Günde 8 saatten daha fazla sürüyor veya neredeyse devamlı mevcut.

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YOL AÇTIĞI AKSAMALAR

Soru: Obsesif düşünceler iş, okul veya sosyal yaşamınızı veya diğer önemli fonksiyonlarınızı ne kadar aksatıyor? Bu düşünceler nedeniyle yapamadığınız herhangi bir şey var mı?

☐

0= Hiç aksatmıyor.
1= Sosyal ve diğer aktiviteleri hafifçe aksatıyor ama bir bütün olarak performansımı olumsuz yönde etkilemiyor
2= Sosyal veya çalışma performansımı kesin bir şekilde aksatıyor ama yinede başa çıkılamayacak kadar değil.
3= Sosyal veya çalışma performansımda önemli azalmalara neden oluyor.
4= Yaşamımın her yönünü olanaksız bir şekilde aksatıyor.

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERE EŞLİK EDEN SIKINTI

Soru: Obsesif düşünceleriniz size ne kadar sıkıntı veriyor?

☐

0= Hiç sıkıntı vermiyor.
1= Çok fazla değil
2= Sıkıntı veriyor ama yinede başa çıkılabilir.
3= Çok sıkıntı veriyor.
4= Neredeyse devamlı ve her şeye engel olan bir sıkıntı veriyor.

4. OBSESYONLARA KARŞI DİRENÇ

Soru: Obsesif düşüncelerinize direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? Bu düşünceler zihninizde belirdiğinde bunları uzaklaştırmak veya dikkatinizi başka yöne çevirmek için ne sıklıkta mücadele ediyorsunuz?

☐

0= Bunlara her zaman direnmeye çalışıyorum
1= Hemen her zaman için bunlara direnmeye çalışıyorum.
2= Bunlara direnmek için bir miktar çaba harcıyorum.
3= Onları kontrol altına almaya teşebbüs etmeksizin kendim bu obsesyonlara teslim oluyor, ancak yinede biraz tereddüt ediyorum.
4= Bütün obsesyonlara tam olarak ve isteyerek kendimi teslim ediyorum.

5. OBSESİF DÜŞÜNCELERİ KONTROL ALTINA ALABİLME DERECESİ

Soru: Obsesif düşüncelerinizi ne kadar kontrol altına alabiliyorsunuz? Obsesif düşüncelerinizi durdurabilmekte veya düşüncelerinizi başka yöne çevirmekte ne derece başarılısınız? Bu düşüncelerden kurtulabiliyor musunuz?

☐

0= Bu düşünceler tamamıyla kontrolüm altında
1= Bir miktar çaba harcayıp konsantre olarak obsesyonları genellikle durdurabiliyor veya düşüncelerimi başka yöne çevirebiliyorum.
2= Obsesyonları bazen durdurabiliyor veya düşüncelerimin yönünü değiştirebiliyorum.
3= Obsesyonları durdurmakta veya uzaklaştırmakta nadiren başarılı olabiliyor ve büyük bir zorlukla dikkatimi başka yöne çevirebiliyorum.
4= Obsesyonlar tamamıyla iradem dışında; bunları bir an bile değiştirmeyi nadiren başarabiliyorum.

Bunlardan sonraki sorular, kompülsif davranışlarınızla ilgilidir.

Kompülsiyonlar, insanların bir endişeyi veya diğer bir sıkıntıyı azaltabilmek için yerine getirmek zorunda oldukları dürtülerdir. Bunlar çok zaman, ritüel adı verilen tekrarlayan, amaçlı maksatlı hareketler şeklindedir. Söz konusu davranış, uygun gözükebilir. Ama aşırı olduğunda ritüel halini alır. Yıkamak, kontrol etmek, tekrarlamak, düzeltmek, biriktirmek ve diğer bir çok davranış, ritüel kimliğini kazanabilir. Bazı ritüeller mentaldir; örneğin tekrar tekrar aynı şeyi düşünmek veya alçak sesle tekrar tekrar aynı şeyi söylemek gibi.

6. KOMPÜLSİF DAVRANIŞIN GERÇEKLEŞTİRİLMESİ İÇİN HARCANAN SÜRE

Soru: Kompülsif davranışlarınızı gerçekleştirebilmek için ne kadar zaman harcıyorsunuz? Rutin faaliyetleriniz, ritüeller yüzünden diğer kimselerinkinden ne kadar daha uzun sürüyor? Ritüelleri ne sıklıkta tekrarlıyorsunuz?

☐

0= Hiç
1= Günde 1 saatten daha az veya ara sıra kompülsif davranışlar.
2= Günde 1–3 saat veya sık sık kompülsif davranışlar.
3= Günde 3–8 saat veya çok sık kompülsif davranışlar.
4= Günde 8 saatten fazla veya hemen hemen devamlı (sayılamayacak kadar çok) kompülsif davranışlar.

7. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLARIN YOL AÇTIĞI AKSAMALAR

Soru: Kompülsif davranışlar iş, okul veya sosyal yaşamınızı veya diğer önemli fonksiyonlarınızı ne kadar aksatıyor? Bu davranışlar nedeniyle yapamadığınız her hangi bir şey var mı?

☐

0= Hiç aksatmıyor.
1= Sosyal veya diğer aktiviteleri hafifçe aksatıyor ama bir bütün olarak performansımı olumsuz yönde etkilemiyor.
2= Sosyal veya alışma performansımı kesin bir şekilde aksatıyor ama yine de başa çıkılamayacak kadar değil.
3= Sosyal veya çalışma performansında önemli azalmalara neden oluyor.
4= Yaşamımın her yönünü dayanılması olanaksız bir şekilde aksatıyor.

8. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLARA EŞLİK EDEN SIKINTI

Soru: Kompülsif davranış(lar)ınız engellenirse kendinizi nasıl hissedersiniz? Ne kadar sıkılırsınız?

☐

0= Hiç
1= Kompülsiyonlar engellenirse yalnızca hafif bir sıkıntı hissederim.
2= Kompülsiyonlar engellenirse sıkılırım ama buna dayanmak mümkün.
3= Kompülsiyonlar engellenirse belirgin ve son derece rahatsız edici sıkıntı duyarım.
4= Kompülsif aktiviteyi değiştirmeye yönelik herhangi bir girişim; son derece şiddetli her şeye engel olan bir sıkıntı yaratır.

9. KOMPÜLSİYONLARA KATŞI DİRENÇ

Soru: Kompülsif davranışlarınıza, düşüncelerinize direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?

☐

0= Her zaman direnmeye çalışıyorum.
1= Hemen her zaman için bunlara direnmeye çalışıyorum.
2= Bunlara direnmek için bir miktar çaba harcıyorum.
3= Onları kontrol altına almaya teşebbüs etmeksizin kendim bu kompülsiyonlara teslim oluyor, ancak yinede biraz tereddüt ediyorum.
4= Bütün kompülsüyonlara tam olarak ve isteyerek kendimi teslim ediyorum.

10. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLARI KONTROL ALTINA ALABİLME DERECESİ

Soru: Kompülsif davranışlarda bulunma güdünüz ne derece güçlü? Kompülsiyonları ne dereceye kadar kontrol altına alabiliyorsunuz?

☐

0= Tamamen kontrol altına alıyorum.
1= Davranışı gerçekleştirmek için büyük bir baskı hissediyor, ancak irademle buna çoğu zaman engel olabiliyorum.
2= Davranışı gerçekleştirmek için güçlü bir baskı hissediyor ve bunu ancak büyük bir zorlukla kontrol altında tutabiliyorum.
3= Davranışı gerçekleştirme güdüsü çok güçlü, bu mutlaka tamamlanmalı ama bazen zorlukla geciktirebiliyorum.
4= Davranışı tamamen irade dışı olarak gerçekleştiriyor ve nadiren bir an için geciktirebiliyorum.

☐ TOTAL PUAN

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

		Hiçbir zaman/ nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen herzaman/ Her zaman
1.	İşlerimi dikkatle planlarım				
2.	Düşünmeden iş yaparım				
3.	Hızla karar veririm				
4.	Hiç bir şeyi dert etmem				
5.	Dikkat etmem				
6.	Uçuşan düşüncelerim var				
7.	Seyahatlerimi çok önceden planlarım				
8.	Kendimi kontrol edebilirim				
9.	Kolayca konsantre olurum				
10.	Düzenli para biriktirim				
11.	Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam				
12.	Dikkatli düşünen birisiyim				
13.	İş güvenliğine dikkat ederim				
14.	Düşünmeden bir şeyler söylerim				
15.	Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim				
16.	Sık sık iş değiştiririm				
17.	Düşünmeden hareket ederim				
18.	Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
19.	Aklıma estiği gibi hareket ederim				
20.	Düşünerek hareket ederim				
21.	Sıklıkla evimi değiştiririm				
22.	Düşünmeden alışveriş yaparım				
23.	Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim				
24.	Hobilerimi değiştiririm				
25.	Kazandığımdan daha fazla harcarım.				
26.	Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.				
27.	Şu an ile gelecekten daha fazla ilgilenirim				
28.	Derslerde veya sinemada rahat oturamam				
29.	Yap-boz/puzzle çözmeyi severim				
30.	Geleceğini düşünen birisiyim				

İNTERNET BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ Aşağıdaki her bir maddeyi okuyarak, bu madde sizin için her zaman doğru ise **"Tamamen Katılıyorum"**, genelde doğru ise **"Katılıyorum"**, emin değilseniz **"Kararsızım"**, genelde doğru değilse **"Katılmıyorum"**, hiçbir zaman doğru değilse **"Kesinlikle Katılmıyorum"** şeklinde işaretleme yapmanız rica olunur.	**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Tamamen Katılıyorum**
Yoksunluk					
1. İnternet kullanamadığım zaman kendimi gergin/huzursuz hissederim.	1	2	3	4	5
2. İnternet kullanmak isteyip de kullanamadığım zaman sinirli/öfkeli olurum.	1	2	3	4	5
3. İnternet bağlantısı koparsa ya da yavaşlarsa sinirlenirim/öfkelenirim.	1	2	3	4	5
4. İnternet kullandığım zamanlarda hiç olmadığım kadar mutlu/huzurlu olurum.	1	2	3	4	5
5. Kendimi endişeli ya da sıkıntılı hissettiğim zamanlarda internet kullanmak beni rahatlatır.	1	2	3	4	5
6. Birileri beni internetin başından kaldırırsa sinirlenirim.	1	2	3	4	5
7. Sorunlarımdan kaçmak için internet kullanmaya yönelirim.	1	2	3	4	5
8. İnternete, planladığım zamanda giremezsem sinirlenirim.	1	2	3	4	5
9. Çevremde birileri varken, yalnız kalıp, internete girmeyi isterim.	1	2	3	4	5
10. İnterneti kullanmadığım zamanlarda internete girmek için sabırsızlanırım.	1	2	3	4	5
11. Gittiğim yerlerde internet bağlantısı ararım.	1	2	3	4	5
Kontrol güçlüğü					
12. İnternet kullanmamı sınırlamakta ya da kontrol etmekte güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
13. Sabah uyandığımda ilk aklıma gelen internete girmek olur.	1	2	3	4	5
14. İnternette her defasında, bir öncekinden daha uzun süre kalmak isterim.	1	2	3	4	5
15. İnternette planladığımdan daha uzun süre kalırım.	1	2	3	4	5
16. İnternet kullanmadığım zamanlarda bile interneti düşünürüm.	1	2	3	4	5
17. İnternette iken acıktığımı, susadığımı hissetmem ya da farkına varmam.	1	2	3	4	5
18. İnternette daha fazla zaman geçirmek için başka planlarımı iptal ederim.	1	2	3	4	5
19. İstediğim zaman internetin başından kalkamam.	1	2	3	4	5
20. Ailem beni çağırsa dahi internetin başından kalkamam.	1	2	3	4	5
21. İnternet kullanabilmek için uykumdan ödün veririm.	1	2	3	4	5
İşlevsellikte bozulma					
22. İnternet kullanmamdan dolayı ailem ile sorunlar yaşarım.	1	2	3	4	5
23. Arkadaşlarım beni çağırsa dahi internetin başından kalkamam.	1	2	3	4	5
24. İnternet kullanmamdan dolayı başka etkinliklere (spor, sinema, kitap okuma vb.) ilgim azalır.	1	2	3	4	5
25. İnternet kullanmamdan dolayı ev/iş/okul sorumluluklarımı yerine getiremem ya da ihmal ederim.	1	2	3	4	5
26. Çevremdekiler internette harcadığım zamandan dolayı şikayet eder.	1	2	3	4	5
27. İnternet kullanmamdan dolayı ailem ile daha az zaman geçiririm.	1	2	3	4	5
28. İnternet kullanmamdan dolayı arkadaşlarım ile daha az zaman geçiririm.	1	2	3	4	5
Sosyal izolasyon					
29. İnternet kullanmamdan dolayı arkadaşlarım ile sorunlar yaşarım.	1	2	3	4	5
30. İnternet ortamında edindiğim arkadaşlıkları gerçek yaşamdaki arkadaşlarıma tercih ederim.	1	2	3	4	5
31. Gerçek yaşamdaki arkadaşlarımla dışarıda görüşmek yerine internette görüşmeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5
32. Arkadaşlarımı internetten edinirim.	1	2	3	4	5
33. İnternet benim en iyi arkadaşımdır.	1	2	3	4	5
34. İnternetsiz bir yaşam bana anlamsız/boş gelir.	1	2	3	4	5
35. İnternet kullanmamdan dolayı yüz yüze iletişimde zorluk yaşarım.	1	2	3	4	5