NÖRO PSİKİYATRİ ARŞİVİ
ARCHIVES OF NEUROPSYCHIATRY

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Makale No: 19

Arch Neuropsychiatry 2026;63:119–128
https://doi.org/10.29399/npa.29099

Ergenlerde ve Genç Yetişkinlerde Beden Odaklı Tekrarlayıcı Davranışlar: Birlikte Görülme Örüntüleri, Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar ve Genel Beden Odaklı Tekrarlayıcı Davranış Ölçeği-8'in Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Body-Focused Repetitive Behaviors in Adolescents and Young Adults: Co-Occurrence Patterns, Psychiatric Comorbidities and Turkish Validity and Reliability Study of the Generic Body-Focused Repetitive Behavior Scale-8

Hande GÜNAL OKUMUŞ[1], Makbule ESEN ÖKSÜZOĞLU[2], Meryem KAŞAK[3], Doğancan SÖNMEZ[4], Burak OKUMUŞ[5], Ayşe Selma YENEN MENDERES[6], Nazlı Merve KORKMAZ[7], İsranur YENEN SİVRİ[8], Yusuf Selman ÇELİK[3], İrem KAR[9], Steffen MORITZ[10]

[1]Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Uşak, Türkiye
[2]Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Kastamonu, Türkiye
[3]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Ankara, Türkiye
[4]Rize Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Rize, Türkiye
[5]Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Uşak, Türkiye
[6]Fethiye Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Fethiye, Türkiye
[7]Kızıltepe Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Mardin, Türkiye
[8]Osmaniye Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Osmaniye, Türkiye
[9]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[10]University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Hamburg, Almanya

ÖZ

Giriş ve Amaç: Beden Odaklı Tekrarlayıcı Davranışlar (BOTD), yaygın olmakla birlikte sıklıkla tanı konulamayan ve yeterince tedavi edilemeyen davranışlar olup oluşum mekanizmalarına ilişkin bilgi ise sınırlıdır. Sekiz maddelik Genel Beden Odaklı Tekrarlayıcı Davranış Ölçeği -8 (GBTDÖ-8), pratik ve tanılar ötesi kullanılabilen bir özbildirim ölçeğidir. Bu çalışmanın amacı, ergenler ve genç yetişkinlerden oluşan bir klinik örneklemde GBTDÖ-8'in Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek ve BOTD örüntülerini incelemektir.

Yöntem: Örneklem, en az bir eşik altı veya klinik BOTD'ye sahip 12-30 yaş arası 362 ergen ve genç erişkinden oluşmuştur. Ergenler; GBTDÖ-8, Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni (ÇİYKÖ); genç erişkinler ise GBTDÖ-8, KSE ve Kısa Form-12 Sağlık Anketi'ni (SF-12) doldurmuştur. Araştırmacılar BOTD şiddetini değerlendirmek amacıyla Klinik Global İzlenim Ölçeği- Semptom Şiddeti alt ölçeğini (KGİ-S) kullanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 17,74 ± 5,04 olup %78,7'sinin kadın cinsiyette olduğu belirlenmiştir. GBTDÖ-8'in Türkçe formu yüksek düzeyde iç tutarlılık göstermiş ve semptom şiddeti (α = .853), işlevsellikte bozulma (α = .779) ve toplam puan (α = .855) olmak üzere, iyi uyum sağlayan iki faktörlü bir yapıya sahip olduğu belirlenmiştir. Test- tekrar test analizleri de ölçeğin geçerliliğini ve güvenilirliğini desteklemiş; Cronbach alfa katsayısı .851 olarak saptanmıştır. Toplamda 50 farklı BOTD örüntüsü tanımlanmış; bu örüntüler arasında ise en yaygın olanları deri yolma, tırnak yeme, dudak/yanak ısırma ve eklem çıtlatma kombinasyonu (%8,56) olmuştur. Bunu sırasıyla yalnızca tırnak yeme (%8,01) ile tırnak yeme, dudak/yanak ısırma ve eklem çıtlatma kombinasyonu (7.18%) izlemiştir.

Sonuç: Bulgular, GBTDÖ-8'in Türkçe formunun klinik ortamlarda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir özbildirim aracı olduğunu doğrulamaktadır. Bununla birlikte, bu çalışma; BOTD'nin klinik yönetiminin iyileştirilmesi için farkındalığın artırılması ve bireye özgü terapötik müdahale yaklaşımlarının geliştirilmesi gerekliliğini de vurgulamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Beden odaklı tekrarlayıcı davranışlar, ergenler, geçerlilik, genç yetişkinler, güvenilirlik, örüntü

ABSTRACT

Objective: Body-focused repetitive behaviors (BFRBs) are common but often underdiagnosed and undertreated, with limited understanding of their development. The eight-item Generic Body-Focused Repetitive Behavior Scale-8 (GBS-8) provides a practical, transdiagnostic self-report instrument. The aim of this study was to evaluate the reliability and validity of the Turkish GBS-8 and to examine patterns of BFRBs in a clinical sample of adolescents and young adults.

Method: The sample included 362 adolescents and young adults aged 12-30 years with at least one subclinical or pathological BFRB. Adolescents completed the GBS-8, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL), while young adults completed the GBS-8, the BSI, and the Short Form-12 Health Survey (SF-12). Researchers completed the Clinical Global Impression-Severity subscale (CGI-S) to assess the severity of BFRBs.

Results: Participants had a mean age of 17.74 ± 5.04 years, with 78.7% identifying as female. The Turkish GBS-8 showed strong internal consistency and a well-fitting two-factor structure, including symptom severity (α = .853), impairment (α = .779), and the total score (α = .855). The test-retest reliability analysis further supported the scale's validity and reliability, with a Cronbach's alpha coefficient of .851. A total of 50 different BFRB patterns were identified, the most common of which were skin picking, nail biting, lip/cheek biting, and knuckle cracking (8.56%), followed by only nail biting (8.01%) and a combination of nail biting, lip/cheek biting and knuckle cracking (7.18%).

Conclusion: The findings confirm the Turkish validity and reliability of the GBS-8, supporting its utility in clinical settings. This study also highlights the need for increased awareness and tailored interventions to improve BFRBs management.

Keywords: Adolescents, body-focused repetitive behaviors, patterns, reliability, validity, young adults

Cite this article as: Günal Okumuş H, Esen Öksüzoğlu M, Kaşak M, Sönmez D, Okumuş B, Yenen Menderes AS ve ark. Body-Focused Repetitive Behaviors in Adolescents and Young Adults: Co-Occurrence Patterns, Psychiatric Comorbidities and Turkish Validity and Reliability Study of the Generic Body-Focused Repetitive Behavior Scale-8. Arch Neuropsychiatry 2026;**63**:119–128. doi: 10.29399/npa.29099

Yazışma Adresi: Hande GÜNAL OKUMUŞ, Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Uşak, Türkiye • **E-posta:** drhandegunal@gmail.com
Geliş Tarihi: 24.03.2025, **Kabul Tarihi:** 13.05.2025, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 09.09.2025

©Telif Hakkı 2025 Türk Nöropsikiyatri Derneği - Makale metnine www.noropskiyatriarsivi.com web sayfasından ulaşılabilir

Öne Çıkan Noktalar

- **GBTDÖ-8'in Türkçe versiyonu, ergenlerde ve genç yetişkinlerde güçlü psikometrik özelliklere sahip, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.**
- **Beden Odaklı Tekrarlayıcı Davranışlar (BOTD) sık birliktelik gösterir.**
- **En sık görülen BOTD örüntüsü; deri yolma, tırnak yeme, dudak/yanak ısırma ve eklem çıtlatmadır.**
- **BOTD, psikiyatrik eş tanı ve işlevsellikte bozulma ile anlamlı bir şekilde ilişkilidir.**

GİRİŞ

Beden Odaklı Tekrarlayıcı Davranışlar (BOTD), saç/kıl koparma (SK), deri yolma (DY), tırnak yeme (TY), dudak veya yanak ısırma (D/YI), eklem çıtlatma (EÇ) ve diş gıcırdatma/bruksizm (DG/B) gibi tekrarlayıcı bakım davranışlarını içeren oldukça heterojen bir davranış grubunu temsil eder. Bu davranışlar fiziksel ve psikososyal işlevselliği önemli ölçüde bozduğu zaman Beden Odaklı Tekrarlayıcı Davranış Bozuklukları (BOTDB) olarak kabul edilir (1). BOTDB terimi ilk kez DSM-5'in yayımlanmasıyla literatüre girmiştir. Bu bağlamda, trikotillomani (TTM) ve deri yolma bozukluğu (DYB), "Obsesif-Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar" kategorisi altında sınıflandırılmış, diğer davranışlar ise açık bir şekilde tanımlanmamıştır (2). TTM ve DYB dışındaki BOTD türlerinin tanı sistemlerinde net bir şekilde sınıflandırılmaması, bu davranışların klinik açıdan taşıdığı öneminin ve yol açabileceği işlevsel bozulmanın yeterince tanınmasını engellemekte; bu durum alana yönelik araştırmaları da kısıtlamaktadır. Nitekim, BOTD; cilt lezyonları, kanama ve enfeksiyonlar gibi yüzeysel komplikasyonların yanı sıra açık yaralar, ülserasyon, doku nekrozu ve trikobezoar gibi daha ciddi fiziksel sonuçlara da yol açabilir (3). Fiziksel sonuçların ötesinde, BOTD sıklıkla psikososyal işlevsellikte de belirgin bozulmalara neden olmaktadır. Bireyler, bu davranışları kontrol etmedeki güçlük nedeniyle yetersizlik ve hayal kırıklığı duyguları yaşayabilirler. Aynı zamanda, başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme korkusu; sosyal içe çekilmeye, benlik saygısında azalmaya, akademik veya mesleki işlevsellikte bozulmaya ve içselleştirilmiş belirtilerde artışa yol açabilir (2,4).

Beden odaklı tekrarlayıcı davranışların yaygınlığına ilişkin araştırmalar sınırlı olup, mevcut yaygınlık tahminleri örneklem seçimi, yaş grupları ve kullanılan değerlendirme araçlarındaki farklılıklar gibi çeşitli etkenler nedeniyle çalışmalar arasında önemli ölçüde değişkenlik göstermektedir (5,6). Topluma dayalı geniş ölçekli bir çalışmada 1.481 bireyde BOTD'nin yaşam boyu yaygınlığı %97,1 olarak bildirilmişken, BOTDB yaygınlığı ise %24 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada, en sık bildirilen davranışın TY (%11,4) olduğu, bunu DY (%8,2) ve D/YI (%7,9) davranışlarının izlediği bulunmuştur (6). Önceki çalışmadan farklı olarak; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları tanısı konulmuş 67 çocuk ve ergenden oluşan klinik bir çalışmada, çocukların ya da ebeveynlerinin yaklaşık %50'si BOTD varlığını bildirirken %40'a yakın oranı ise BOTDB tanı ölçütlerini karşılayan belirtilere sahip olduklarını ifade etmiştir. Dikkat çekici olarak, çocuklar en sık görülen davranış olarak TY belirtirken; ebeveynler çocuklarında en yaygın davranışın DY olduğu bildirmiştir (7). Anksiyete ve/veya OKB tanısı almış pediatrik bir örneklemle yürütülen başka bir klinik çalışmada, katılımcıların %55'i BOTD sergilediğini bildirmiş; %27'sinin ise BOTDB tanı ölçütlerini karşıladığı belirlenmiştir. (Bu çalışma terim daha çok mevcut çalışmayı çağrıştırabiliyor) En sık bildirilen BOTD ise DY (%38) olurken onu TY (%34) izlemiştir (8). BOTD, klinik örneklemlerde yaygın olarak görülmesine rağmen, çalışmaların çoğu belirli tanı gruplarına odaklanmıştır. Farklı psikiyatrik tanılara sahip bireylerin çalışmalara dahil edilmesi, BOTD'nin farklı klinik ortamlardaki yaygınlığına ilişkin daha kapsamlı bir anlayış geliştirilmesini sağlayacaktır.

Paylaşılan nörobiyolojik, genetik ve psikososyal risk faktörlerinin yanı sıra, klinik seyir ve fenomenolojik özelliklerdeki benzerlikler; bu davranışların ortak bir temel mekanizmanın farklı klinik yansımaları olabileceğine işaret etmektedir. Farklı BOTD türlerinin sıklıkla bir arada görülme eğilimi bu görüşü destekler niteliktedir (1). BOTD sergileyen 391 yetişkinin yer aldığı bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık yarısının birden fazla BOTD türüne sahip olduğu, en sık birlikte görülen davranışların ise DY ve TY olduğu bildirilmiştir (9). Benzer şekilde, üniversite öğrencileriyle yürütülen geniş ölçekli bir çalışmada, subklinik düzeyde BOTD sergileyen katılımcıların %53'ünün birden fazla BOTD türüne sahip olduğu rapor edilmiştir. Diğer taraftan özellikle TTM ve DYB gibi belirli BOTD türlerinin birlikte sık görülmesinin altında yatan nedenler hâlâ net değildir (10); bu durum, BOTD'lerin fenomenolojik yönlerine dair daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, BOTD örüntülerinin daha iyi anlaşılması; bu davranışların psikiyatrik sınıflandırma sistemlerindeki yerinin netleştirilmesi, klinik değerlendirme süreçlerinin iyileştirilmesi ve etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır.

Beden odaklı tekrarlayıcı davranışların birlikte görülme oranlarının yüksekliği ve BOTD'nin çoklu formlarının genel işlevsellik üzerindeki olumsuz etkisi göz önünde bulundurulduğunda, bu davranışların tanılar ötesi bir çerçevede değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Belirtiye özgü ölçeklerle karşılaştırıldığında, tanılar ötesi ölçümler; farklı belirti profillerinin kapsamlı biçimde değerlendirilmesi, zaman açısından verimlilik ve daha bütüncül bir tedavi planının oluşturulması gibi önemli avantajlar sunmaktadır. Bu bağlamda, Genel Beden Odaklı Tekrarlayıcı Davranış Ölçeği-8 (GBTDÖ-8), tüm BOTD semptomlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiş olan kısa ve pratik bir değerlendirme aracıdır. GBTDÖ-8'in geçerliği ve güvenirliği, 18 ile 75 yaş arasındaki psikiyatrik ve psikiyatrik olmayan örneklemde gösterilmiştir. Ölçek, semptom şiddeti ve işlevsellikteki bozulma olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır; toplam puan ise bu iki alt ölçeğin toplamı ile elde edilmektedir (11). Türk örnekleminde geçerliği ve güvenirliği gösterilmiş, BOTD'leri daha geniş bir genç örneklemde ve tanılar ötesi bir çerçevede değerlendiren herhangi bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Aynı zamanda, BOTD'leri geniş bir psikiyatrik klinik örneklem içinde kapsamlı biçimde değerlendiren ve kesişimsel analiz yoluyla BOTD örüntülerini ayrıntılı biçimde inceleyen çalışmalar da oldukça sınırlıdır.

Bu çalışmanın birincil amacı, GBTDÖ-8'in Türkçe formunun faktör yapısı, güvenirlik ve ayrıştırıcı geçerlik gibi psikometrik özelliklerini değerlendirmektir. İkincil amaç ise, BOTD'ler ile eşlik eden psikiyatrik belirtiler, yaşam kalitesi (YK) parametreleri ve klinisyen tarafından derecelendirilen semptom şiddeti ölçeği arasındaki ilişkileri incelemektir. Ek olarak, kesişimsel analiz yoluyla BOTD örüntülerinin tanınması hedeflenmiştir. GBTDÖ-8'in, Türk örnekleminde BOTD'yi değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir psikometrik araç olacağını varsayıldı. Aynı zamanda, semptom şiddeti ve işlevsellikte bozulma alt ölçeklerinin yanı sıra toplam GBTDÖ-8 puanının; klinisyen tarafından derecelendirilen semptom şiddeti, eşlik eden psikiyatrik semptomlar ve yaşam kalitesi parametreleri ile pozitif yönde ilişkili olacağını öngörüldü. Son olarak, katılımcıların yüksek oranlarda birden fazla BOTD bildireceği ve özellikle DY ile TY gibi belirli BOTD kombinasyonlarının daha sık birlikte görüleceği tahmin edildi.

YÖNTEM

Katılımcılar

Bu çok merkezli çalışma, Türkiye'nin beş farklı bölgesindeki yedi hastaneden 362 ergen ve genç erişkini kapsamaktadır. Dahil edilme kriterleri şunlardı: (1) 12–30 yaş aralığında olmak; (2) DSM-5 tanı kriterlerine göre mevcut bir psikiyatrik bozukluğa sahip olmak; (3) en az bir

mevcut BOTD bildirmek; (4) gönüllü katılım sağlamak ve değerlendirme araçlarını eksiksiz tamamlamak. Dışlanma kriterleri ise zihinsel yetersizlik, otizm spektrum bozukluğu, şizofreni spektrum bozuklukları, aydınlatılmış onamın verilmemesi ve Türkçe dilinde yetkinliğe sahip olmamaktı. Kırk üç katılımcının (27'si eşik altı psikiyatrik semptomlar, 16'sı ise eksik veri nedeniyle) çalışma dışı bırakılması sonucunda nihai örneklem 362 katılımcıdan oluşmuştur.

Beden odaklı tekrarlayıcı davranışlar başlangıç yaşı açısından çocukluk ve ergenlik dönemlerinde zirve yapan bimodal bir dağılım göstermesine karşın, çalışmalar ergenlik döneminde başlayan olguların daha yüksek belirti şiddeti ve daha olumsuz bir klinik seyir ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir (12). Bununla birlikte, bu belirtiler klinik açıdan önemini genç yetişkinlik dönemine kadar sürdürebilmesine rağmen genellikle 35–40 yaş sonrasında ise belirti sıklığı ve şiddetinde azalma eğilimi gözlenmektedir (6). Önceki araştırmalarda yaş aralıkları, heterojen örneklemler nedeniyle büyük ölçüde değişiklik göstermekte olsa da ergenler ve genç yetişkinler bu çalışmalara sıklıkla dahil edilmektedir (5-7). Bu durum, söz konusu gelişim dönemine özgü geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracına duyulan gereksinimi daha da vurgulamaktadır. Bu nedenle, bu çalışmada 12–30 yaş aralığının seçilmesi, mevcut kanıtlar doğrultusunda hem klinik hem de metodolojik açıdan uygun bir yaklaşımı temsil etmektedir.

Veri Toplama Süreci

Ölçeğin Türk ergen ve genç yetişkinlere uyarlanması için orijinal yazarlarından e-posta yoluyla izin alınmıştır. Ölçek, Türkçeyi ve İngilizceyi akıcı şekilde konuşan iki Türk psikiyatrist tarafından bağımsız olarak Türkçeye çevrilmiştir. Değerlendirme sürecinde çeviriler arasındaki uyuşmazlıklar, araştırmacılar ve çevirmenler arasında sağlanan fikir birliğiyle giderilmiş; anlaşılırlığı ve kültürel uygunluğu artırmak amacıyla okul ile ilgili referanslar ve BOTD hakkında ayrıntılı bir giriş bölümü gibi küçük düzenlemeler yapılmıştır. Ölçeğe ilişkin herhangi bir bilgisi olmayan profesyonel bir çevirmen tarafından İngilizce'ye geri çeviri gerçekleştirilmiş ve bu çeviri, orijinal geliştiriciler tarafından onaylanmıştır. Ardından, ölçeğin anlaşılırlığını değerlendirmek amacıyla 10 katılımcıyla pilot bir çalışma yapılmış ve geri bildirimlere göre son düzenlemeler yapılmıştır.

Örneklem, 21 Kasım 2024 ile 21 Şubat 2025 tarihleri arasında Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniklerine başvuran 12–18 yaş arası ergenler ile Psikiyatri polikliniklerine başvuran 19–30 yaş arası genç erişkinlerden oluşmuştur. Katılımcılara çalışmanın amacı, yöntemi, olası faydaları ve riskleri, veri gizliliği ve araştırmacıların iletişim bilgileri hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgilendirme yapılmıştır. Tüm katılımcılardan ve ergenlerin ebeveynlerinden yazılı onam alınmıştır. Ergenler aileleri eşliğinde değerlendirilirken, genç erişkinler ile bireysel görüşmeler yapılmıştır. Değerlendirmeler, sosyodemografik bilgiler, kişisel ve ailesel tıbbi/psikiyatrik öykü, mevcut psikiyatrik yakınmalar ve işlevsellik düzeyini (ergenlerde okul; genç erişkinlerde iş) içermektedir. Psikiyatrik tanılar DSM-5 kriterlerine göre belirlenmiştir. Tüm örneklem için Sosyodemografik Bilgi Formu ve Klinik Global İzlenim Ölçeği- Semptom Şiddeti (KGİ-S) ölçeği araştırmacılar tarafından doldurulmuştur. Ergen katılımcılar GBTDÖ-8, Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni (ÇİYKÖ); genç erişkinler ise GBTDÖ-8, KSE ve Kısa Form-12 Sağlık Anketi'ni (SF-12) doldurmuştur.

Test-tekrar test güvenirliğini değerlendirmek amacıyla rastgele seçilen 100 katılımcı, iki hafta sonra GBTDÖ-8 ölçeğini yeniden doldurmaları için davet edilmiştir; bu katılımcıların 65'i (%65) tekrar testi tamamlamıştır.

Kullanılan Değerlendirme Araçları

Araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik ve klinik veri formu, ergen ve genç yetişkinlerin yaş, cinsiyet, aile yapısı, eğitim süresi, ebeveyn yaşı, eğitim düzeyi ve mesleki durumu gibi demografik özelliklerini değerlendirmektedir. Form, kişisel ve ailesel tıbbi ve psikiyatrik öyküye ilişkin bölümler içermekte olup; daha önceki psikiyatrik başvuruları hakkında bilgileri, psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve etkilenen aile bireylerinin tanı bilgilerini kapsamaktadır. Buna ek olarak, formda BOTD'ye ilişkin klinik veriler—davranışın türü ve süresi, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve kullanılan psikiyatrik ilaçlara (ilaç isimleri dahil) dair bilgiler—yer almaktadır.

Genel Beden Odaklı Tekrarlayıcı Davranış Ölçeği -8 (GBTDÖ-8): Moritz ve arkadaşları (2022) tarafından Deri Yolma Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu'ndan uyarlanarak BOTD'leri tanılar ötesi bir bakış açısıyla değerlendiren özbildirim temelli bir ölçek olarak geliştirilmiştir (13). Özgün geçerlik çalışması, yaşları 18 ile 75 arasında değişen yetişkin katılımcılardan oluşan bir örneklem ile yapılmıştır. Ölçek, beşli Likert tipi derecelendirilen sekiz maddeden oluşmakta olup; sıklık, yoğunluk, harcanan zaman, kontrol, duygusal sıkıntı, işlevsellik üzerindeki etkisi, kaçınma ve fiziksel zarar gibi bileşenleri ölçmektedir. GBTDÖ-8, iki alt ölçekten oluşmaktadır: Semptom Şiddeti (Madde 1–4) ve İşlevsellikte Bozulma (Madde 5–8). Toplam puan, her iki alt ölçeğin toplamı ile elde edilmekte olup, yüksek puanlar BOTD belirtilerinin hem şiddetinin hem de işlevsellik üzerindeki etkisinin daha yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçek için tanımlanmış bir kesme puanı bulunmamaktadır. Özgün çalışmada, GBTDÖ-8'in iç tutarlılığı, toplam puan için α = 0,84, Semptom Şiddeti alt ölçeği için α = 0,77 ve İşlevsellikte Bozulma alt ölçeği için α = 0,82 olarak bildirilmiştir (11). Türkçe GBTDÖ-8 ise toplam puan için α = 0,855, Semptom Şiddeti alt ölçeği için α = 0,853 ve İşlevsellikte Bozulma alt ölçeği için α = 0,779 olacak şekilde yüksek düzeyde iç tutarlılık ve iyi uyum sağlayan iki faktörlü bir yapı göstermiştir.

Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİ): Tüm yaş gruplarında psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesinde kullanılan, klinisyen tarafından derecelendirilen bir ölçektir (14). Üç alt ölçekten oluşmaktadır: Hastalık Şiddeti, Düzelme ve Yan Etki Durumu. Bu çalışmada, BOTD belirti şiddetini değerlendirmek amacıyla, 1 (normal) ile 7 (en şiddetli derecede hasta) arasında derecelendirilen, tek maddelik bir ölçek olan KGİ-S (Klinik Global İzlenim Ölçeği – Semptom Şiddeti) alt ölçeği kullanılmıştır. Tek maddeden oluştuğu için Cronbach alfa katsayısı bu ölçek için hesaplanamamıştır.

Kısa Semptom Envanteri (KSE): Psikiyatrik belirtileri değerlendiren, beşli Likert tipi derecelendirilen özbildirim temelli bir ölçektir (15); Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirliği Hisli Şahin ve Durak tarafından doğrulanmıştır (16). Ölçek; somatizasyon, obsesif-kompulsif belirtiler, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotisizm olmak üzere dokuz alt ölçekten ve üç genel indeksten oluşmaktadır: Genel Belirti Düzeyi (GBD), Pozitif Belirti Toplamı (PBT) ve Pozitif Belirti Düzeyi (PBD). KSE'nin özgün geçerlik çalışması, yaşları 17 ile 26 arasında değişen üniversite öğrencilerinden oluşan bir örneklemle yürütülmüştür. Diğer taraftan, Şahin ve arkadaşları (17) tarafından 13–17 yaş aralığındaki ergenlerle yürütülen daha sonraki bir çalışmada, KSE'nin faktör yapısı ve psikometrik özelliklerinin yetişkin versiyonuyla büyük ölçüde benzerlik gösterdiği, ayrıca madde sayısı ve içeriğinde herhangi bir değişiklik yapılmadığı bildirilmiştir. Bu bulgular doğrultusunda, mevcut çalışmada KSE'nin hem genç erişkinler hem de ergenler için kullanılması kuramsal ve metodolojik açıdan uygun kabul edilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,957 olarak hesaplanmıştır.

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ): 2–18 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendiren bir özbildirim aracıdır (18); Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirliği, 13–18 yaş arası ergenlerden oluşan bir örneklemde Çakın Memik ve ark. tarafından doğrulanmıştır (19). Ölçek; genel sağlık, fiziksel sağlık ve psikososyal sağlık olmak üzere üç alt ölçekten oluşan toplam 23 madde içermektedir. Yüksek toplam puanlar, algılanan yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,849 olarak bulunmuştur.

Kısa Form-12 Sağlık Anketi (SF-12): Yetişkinlerde genel sağlık durumu ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendiren özbildirim temelli bir ölçektir (20). Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği, 18–29 yaş arası genç erişkinler ve 60–80 yaş arası ileri yaş gruplarını içeren bir örneklemde Soylu ve Kütük tarafından doğrulanmıştır (21). Ölçek, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, ağrı , genel sağlık, duygusal rol güçlüğü, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik ve canlılık olmak üzere sekiz alt ölçekten oluşan 12 maddeyi içermektedir. Toplam puanlar 0 ile 100 arasında değişmekte olup, 50 ve üzerindeki puanlar algılanan sağlık durumu ve yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.773 olarak hesaplanmıştır.

İstatistiksel Analizler

Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri için örneklem büyüklüğü, alan yazındaki öneriler doğrultusunda belirlenmiştir. Sekiz maddeden ve iki faktörden oluşan GBTDÖ-8 için doğrulayıcı faktör analizi (DFA), Cronbach alfa güvenirlik analizi ve test-tekrar test analizleri gerçekleştirilmiştir. DFA ile ilgili mevcut literatür, örneklem büyüklüğünün madde sayısının en az 10 katı olması ve en az 200 katılımcıyı içermesi gerektiğini belirtmektedir (22, 23). Çalışmamızda yer alan 362 katılımcıdan oluşan örneklem, söz konusu gerekliliği fazlasıyla karşılamaktadır. Aynı zamanda, güvenirlik analizleri için önerilen en az 100 kişilik örneklem büyüklüğü de sağlanmıştır. Test-tekrar test analizleri için ise en az 30 kişilik bir örneklemin yeterli olduğu belirtilmektedir (24); bu doğrultuda yeterli sayıda katılımcıdan (n = 65) takip verisi toplanmıştır. Tüm bu kriterler bir arada değerlendirildiğinde, çalışmamızın örneklem büyüklüğünün geçerli ve güvenilir sonuçlar elde etmek için yeterli olduğu sonucuna varılmıştır.

Tüm analizler R (sürüm 4.4.2; kullanılan paketler: *lavaan, psych, haven*) ve IBM SPSS Statistics (sürüm 30) programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Kapsam geçerliliği, madde uygunluğuna ilişkin 26 uzmanın değerlendirmeleriyle incelenmiştir. Yapı geçerliği, DFA ile test edilmiş; model uyumu ise Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI; >0,90 kabul edilebilir, >0,95 mükemmel), Tucker-Lewis İndeksi (TLI; >0,90 kabul edilebilir, >0,95 mükemmel) ve Yaklaşım Hatası Karekök Ortalama Değeri (RMSEA; < 0,08 kabul edilebilir, <0,05 mükemmel) gibi ölçütlerle değerlendirilmiştir. Uyum iyileştirmeleri, kuramsal yapıyı zedelemeksizin belirli maddeler arasında kovaryans eklenmesini öneren modifikasyon indeksleri doğrultusunda yapılmıştır. İç tutarlılık, alt ölçekler ve toplam puan için Cronbach alfa katsayısı ile hesaplanmıştır. Test-tekrar test güvenirliği, %95 güven aralığıyla, iki yönlü karma etki ve mutlak uyum yaklaşımına dayalı Sınıf İçi Korelasyon Katsayıları (SKK) ile ölçülmüştür. Parametrik test varsayımları sağlanmadığından, ayırt edici geçerlik GBTDÖ-8 ile KGİ-S, ÇİYKÖ, SF-12 ve psikiyatrik semptomları değerlendiren KSE arasındaki Spearman korelasyon katsayıları üzerinden değerlendirilmiştir. BOTD'lerin yaygınlığı ve birlikte görülme durumları, frekans dağılımları ve tanımlayıcı istatistiklerle incelenmiştir. Davranışsal kümeleri ve bu kümeler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla çapraz tablolar, ısı haritaları ve kesişim grafikleriyle görselleştirmeler yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Örneklemin Demografik Özellikleri

Çalışmaya, yaş ortalaması 17,74 ± 5,04 yıl olan ve çoğunluğu kadınlardan oluşan toplam 362 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu çekirdek aile yapısına sahipti; yaklaşık yarısında psikiyatrik başvuru öyküsü veya ailede psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Katılımcıların annelerinin eğitim düzeyi ve istihdam oranı, babalarına kıyasla daha düşüktü. Ailede bildirilen psikiyatrik hastalıklar arasında en yaygın tanılar depresyon ve anksiyete bozuklukları olup, diğer psikiyatrik hastalıklar daha az sıklıktaydı. Katılımcıların %6,1'i tıbbi bir hastalığı bulunduğunu bildirmiştir. BOTD süresi ortalama 49,68 ay, başlangıç yaşı ise ortalama 16,60 yıldı. Katılımcıların ayrıntılı demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik ve Klinik Özellikleri (n = 362)

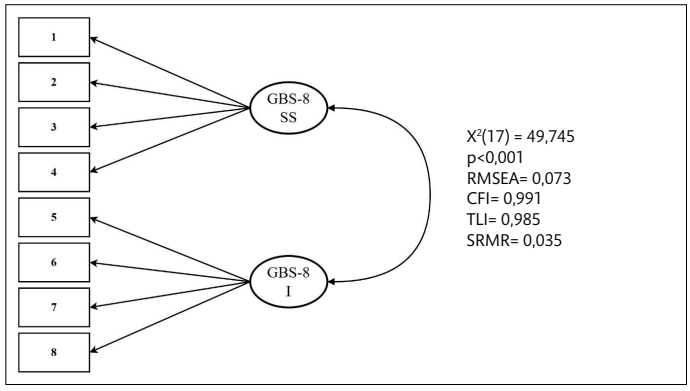
Yaş (yıl), ortalama (SS)			17,74 (5,04)		
Cinsiyet	Kadın		285 (%78,7)	**Psikiyatrik Geçmiş**	**180 (%49,7)**
	Erkek		77 (%21,3)	**Psikiyatrik İlaç Kullanımı Öyküsü**	141 (%39,0)
Aile Yapısı	Çekirdek		326 (%90,1)		
	Geniş		36 (%9,9)	**Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü**	149 (%41,4)
Ebeveyn Birliktelik Durumu	Birlikte		288 (%79,6)		
	Ayrı		54 (%14,9)	**Etkilenen Aile Bireylerinin Psikiyatrik Tanıları**	
	Vefat etmiş		20 (%5,5)	DB	49 (%13,54)
Anne	Yaş *(yıl)*, ortalama (SS)		44,94 (6,66)	AB	43 (%11,88)
	Eğitim *(yıl)*, ortalama (SS)		9,43 (4,15)	OKB	15 (%4,14)
	Meslek	Çalışmıyor	227 (%62,7)	BAB	10 (%2,76)
		İşçi	45 (%12,4)	Psikoz ve İlişkili Bozukluklar	8 (%2,21)
		Memur	45 (%12,4)	Özkıyım	5 (%1,38)
		Esnaf	8 (%2,2)	DEHB	4 (%1,10)
		Diğer	33 (%9,1)	OSB	3 (%0,83)
Baba	Yaş *(yıl)*, ortalama (SS)		47,96 (6,80)	Alkol Kullanım Bozukluğu	3 (%0,83)
	Eğitim *(yıl)*, ortalama (SS)		10,90 (4,07)	Zihinsel Yetersizlik	3 (%0,83)
	Meslek	Çalışmıyor	5 (%1,4)	Demans	2 (%0,55)
		İşçi	94 (%26,0)	TSSB	1 (%0,28)
		Memur	86 (%23,8)	TTM	1 (%0,28)
		Esnaf	60 (%16,6)	Tırnak Yeme	1 (%0,28)
		Diğer	106 (%29,3)	FNB	1 (%0,28)
Sınıf (sadece < 18 yaş ise) *(yıl)*, ortalama (SS)			9,58 (1,93)		
Tıbbi Durum			22 (%6,1)		

DB: Depresif Bozukluklar; AB: Anksiyete Bozuklukları; OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk; BAB: Bipolar Affektif Bozukluk; DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu; TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu; TTM: Trikotillomani; FNB: Fonksiyonel Nörolojik Bozukluk; O: ortalama; SS: standard sapma.

GBTDÖ-8'in Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği, 26 uzmanın 8 maddeyi uygunluk düzeyine göre derecelendirmesiyle değerlendirilmiştir (1 = gerekli, 2 = faydalı, 3 = gereksiz). Madde düzeyinde Kapsam Geçerlik İndeksi (M-KGİ), KGİ = [(G/N/2)] - 1 formülüyle hesaplanmıştır; burada *G*, ilgili maddeyi "gerekli" olarak değerlendiren uzman sayısını, *N* ise toplam uzman sayısını ifade etmektedir. Ölçek düzeyinde Kapsam Geçerlik İndeksi (Ö-KGİ/Ave) 0,76 olarak bulunmuştur; bu değer, uzmanların maddelerin ortalama olarak %76'sını "gerekli" olarak değerlendirdiğini göstermektedir. Bu sonuçlar, ölçeğin kapsam geçerliliğini desteklemekte ve maddelerin temsil edici niteliğini doğrulamaktadır.



Şekil 1. GBS-8 Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri

Yapı Geçerliği

GBTDÖ-8'in yapı geçerliği, DFA ile değerlendirilmiş ve ölçeğin iki faktörlü yapısı doğrulanmıştır: Semptom Şiddeti (maddeler 1-4) ve İşlevsellikte Bozulma (maddeler 5-8). Modeldeki olası iyileştirmeleri belirlemek amacıyla değişiklik indeksleri incelenmiştir. Bu indeksler doğrultusunda, teorik yapı korunarak model uyumunu artırmak amacıyla Madde 4 ile Madde 5 ve Madde 6 ile Madde 7 arasında kovaryanslar eklenmiştir. Yapılan bu düzenlemelerin ardından model, elde edilen uyum indeksleri doğrultusunda iyi düzeyde uyum göstermiştir (χ^2=49.745 (df=17, p<0,001), CFI=0,991, TLI=0,985, RMSEA=0,073, and SRMR=0,035.)

Faktör yükleri Tablo 2'de sunulmuştur. Semptom Şiddeti boyutu için faktör yükleri 0,651 ile 0,883 arasında, İşlevsellikte Bozulma boyutunda ise 0,666 ile 0,791 arasında değişmiş; tüm yükler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Bu bulgular, maddeler ile ilgili yapılar arasındaki güçlü ilişkileri ortaya koymakta ve yapı geçerliliğini desteklemektedir. Açıklanan varyans değerleri (R^2), Madde 4 için 0,423 ile Madde 2 için 0,780 arasında değişmiş; en yüksek değerler Madde 2 (0,780) ve Madde 1 (0,765) için elde edilmiştir. Ayrıca, Semptom Şiddeti ile İşlevsellikte Bozulma boyutları arasındaki yüksek kovaryans (0,680, p<0,001), bu yapıların birbiriyle ilişkili olduğunu göstermekte ve toplam puan kullanımını gerekçelendirmektedir. Maddeler 4–5 (0,232, SH = 0,069, p<0,001) ve Maddeler 6–7 (0,255, SH = 0,073, p =0,004) arasına eklenen kovaryanslar, model uyumunu anlamlı düzeyde artırmış; maddeler arasındaki daha incelikli ilişkileri yansıtarak yapı geçerliliğini güçlendirmiştir.

Ayırt Edici Geçerlik

Tablo 3, GBTDÖ-8'in (Semptom Şiddeti ve İşlevsellikte Bozulma), KGİ-S ve YK ölçekleri (ÇİYKÖ, SF-12) ile olan Spearman korelasyonlarını sunmaktadır. GBTDÖ-8 toplam puanı, ÇİYKÖ toplam puanı (*r* = –0,446, *p*<0,010) ve Psikososyal Sağlık alt boyutu (*r* = –0,451, *p*<0,010) ile negatif yönde ilişkilidir. Benzer şekilde, GBTDÖ-8 ile SF-12'nin Fiziksel Rol (*r* = –0,463, *p*<0,010) ve Sosyal İşlevsellik (*r* = –0,468, *p*<0,010) alt boyutları arasında da negatif yönde anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. Tablo 4, GBTDÖ-8 ile KSE belirti boyutları arasındaki korelasyonları göstermektedir. Tüm korelasyonlar pozitif ve anlamlı bulunmuş olup; en güçlü ilişki GBD ile gözlenmiştir (*r* = 0,510, *p*<0,010). Özellikle Depresyon (*r* = 0,450), Anksiyete (*r* = 0,479) ve Obsesif-Kompulsif (*r* = 0,450) alt ölçekleri, GBTDÖ-8 ile anlamlı ve güçlü düzeyde ilişki göstermiştir (tüm *p*<0,010).

Güvenirlik

GBTDÖ-8'in iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Semptom Şiddeti alt ölçeği (Maddeler 1–4) mükemmel düzeyde güvenirlik göstermiştir (α = .853); İşlevsellikte Bozulma alt ölçeği (Maddeler 5–8) ise iyi düzeyde güvenirlik sergilemiştir (α = 0,779). Ölçeğin tamamı (Maddeler 1–8) da mükemmel düzeyde iç tutarlılık göstermiştir (α = 0,855). Test-tekrar test güvenirliği, iki yönlü karma etki modeli ve mutlak uyum yaklaşımına dayalı SKK kullanılarak değerlendirilmiş olup Semptom Şiddeti (SKK = 0,968, %95 GA: 0,948–0,980), İşlevsellikte Bozulma (SKK = 0,964, %95 GA: 0,941–0,978) ve toplam ölçek (SKK = . 0, 969, %95 GA: 0,949–0,981) için zaman içi tutarlılık mükemmel düzeydedir.

Mevcut Örneklemdeki BOTD Örüntüleri

Analizler sonucunda 50 farklı BOTD örüntüsü tanımlanmıştır (Ek Materyal, Tablo S1). En sık görülen örüntü; DY, TY, D/YI ve YI davranışlarının birlikte görülmesidir (n = 31, %8,56). Bunu yalnızca TY davranışı (n = 29, %8,01) ve TY, D/YI ile YI kombinasyonu (n=26, %7,18) izlemiştir. DG/B gibi davranışlar oldukça nadir görülmüştür (n=3, %0,83). Şekil 2, BOTD'lerin dağılımını ve birlikte görülme örüntülerini göstermektedir. Her altıgen düğüm, belirli bir davranışı ve bu davranışı sergileyen katılımcı sayısını temsil etmektedir. TY, en sık tek başına gözlemlenen davranış iken, D/YI nadiren izole biçimde görülmüştür. Dikkat çekici biçimde, SK ve TY hiçbir katılımcıda birlikte gözlemlenmemiştir; bu durum, bu iki davranışın altında yatan farklı mekanizmalarla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 2. Genel Beden Odaklı Tekrarlayıcı Davranış Ölçeği-8'e İlişkin Faktör Yükleri

Maddeler	Faktör 1: Semptom Şiddeti	Faktör 2: İşlevsellikte Bozulma	p değeri
1	0,875 (0,017)	-	<0,001
2	0,883 (0,016)	-	<0,001
3	0,836 (0,021)	-	<0,001
4	0,651 (0,034)	-	<0,001
5	-	0,791 (0,032)	<0,001
6	-	0,706 (0,040)	<0,001
7	-	0,666 (0,045)	<0,001
8	-	0,673 (0,040)	<0,001

Faktör yükleri, parantez içinde standart hatalarla birlikte sunulmuştur.

Tablo 3. GBTDÖ-8, KGİ-S ve Yaşam Kalitesi Parametreleri Arasındaki Korelasyonlar

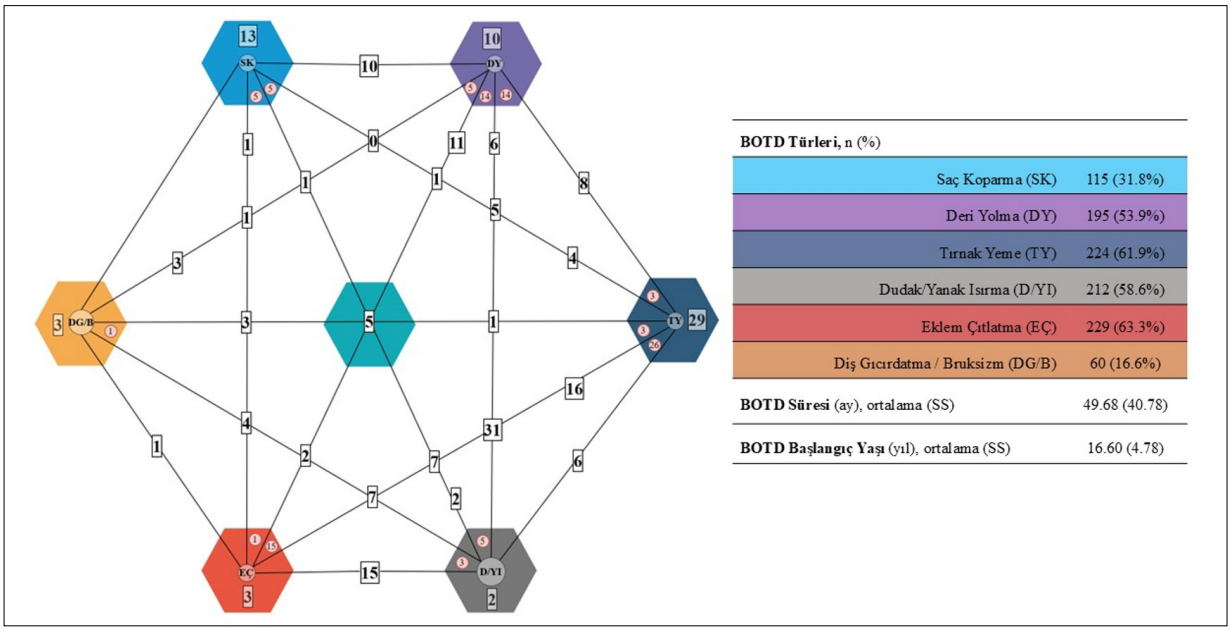
		GBTDÖ-8			KGİ-S	ÇİYKÖ[1]			SF-12[2]							
		SŞ	İB	T		Toplam	Fiziksel Sağlık Skoru	Psikososyal Sağlık Skoru	Fiziksel İşlevsellik	Fiziksel Rol Güçlüğü	Ağrı	Genel Sağlık	Canlılık	Sosyal İşlevsellik	Duygusal Rol Güçlüğü	Ruh Sağlığı
GBS8	SŞ	1,000														
	İB	0,549**	1,000													
	T	0,866**	0,882**	1,000												
KGİ-S		0,362**	0,485**	0,482**	1,000											
ÇİYKÖ	Toplam	-0,336**	-0,434**	-0,446**	-0,354**	1,000										
	Fiziksel Sağlık Skoru	-0,304**	-0,354**	-0,379**	-0,280**	0,880**	1,000									
	Psikososyal Sağlık Skoru	-0,333**	-0,447**	-0,451**	-0,367**	0,961**	0,725**	1,000								
SF12	Fiziksel İşlevsellik	-0,287**	-0,268**	-0,301**	-.165	.	.	.	1,000							
	Fiziksel Rol Güçlüğü	-0,407**	-0,447**	-0,463**	-.288**	.	.	.	0,526**	1,000						
	Ağrı	-0,100	-0,021	-0,086	-0,002	.	.	.	-0,104	-0,093	1,000					
	Genel Sağlık	-0,012	-0,022	0,002	0,006	.	.	.	-0,126	-0,119	0,279**	1,000				
	Canlılık	-0,016	-0,116	-0,072	-0,088	.	.	.	-0,014	0,133	0,032	0,227*	1,000			
	Sosyal İşlevsellik	-0,403**	-0,434**	-0,468**	-0,375**	.	.	.	0,294**	0,366**	0,091	-0,163	0,045	1,000		
	Duygusal Rol Güçlüğü	-0,335**	-0,352**	-0,374**	-0,228*	.	.	.	0,448**	0,497**	-0,023	-0,018	-0,026	0,540**	1,000	
	Ruh Sağlığı	-0,223*	-0,507**	-0,386**	-0,445**	.	.	.	0,175	0,349**	0,094	0,108	0,361**	0,421**	0,333**	1,000

GBTDÖ-8: Genel Beden Odaklı Tekrarlayıcı Davranış Ölçeği-8; SŞ: semptom şiddeti; İB: işlevsellikte bozulma; T: toplam; ÇİYKÖ: Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği; SF-12: Kısa Form-12 Sağlık Anketi; KGİ-S: Klinik Global İzlenim Ölçeği- Semptom şiddeti. Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. **p<0,010 *p<0,050. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla, 18 yaş altındaki toplam 248 katılımcı ÇİYKÖ formunu, 18 yaş üzerindeki 114 katılımcı ise SF-12 formunu doldurmuştur.

Tablo 4. GBTDÖ-8 ve KSE Arasındaki Korelasyonlar

		GBS-8			BSI											
		SŞ	İB	T	Somatizasyon	Obsesif-Kompulsif	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	GBD	PBD	PBT
GBTDÖ-8	SŞ	1,000														
	İB	0,549**	1,000													
	T	0,866**	0,882**	1,000												
KSE	Somatizasyon	0,352**	0,418**	0,437**	1,000											
	Obsesif-Kompulsif	0,376**	0,409**	0,450**	0,653**	1,000										
	Kişilerarası Duyarlılık	0,367**	0,407**	0,433**	0,603**	0,682**	1,000									
	Depresyon	0,381**	0,421**	0,450**	0,670**	0,740**	0,769**	1,000								
	Anksiyete	0,401**	0,443**	0,479**	0,804**	0,744**	0,723**	0,790**	1,000							
	Hostilite	0,385**	0,423**	0,454**	0,712**	0,638**	0,621**	0,721**	0,753**	1,000						
	Fobik Anksiyete	0,333**	0,447**	0,439**	0,656**	0,701**	0,695**	0,690**	0,726**	0,636**	1,000					
	Paranoid Düşünce	0,351**	0,438**	0,446**	0,652**	0,673**	0,742**	0,747**	0,724**	0,720**	0,690**	1,000				
	Psikotizm	0,354**	0,426**	0,442**	0,649**	0,740**	0,750**	0,807**	0,750**	0,670**	0,722**	0,776**	1,000			
	GBD	0,417**	0,483**	0,510**	0,838**	0,839**	0,830**	0,899**	0,908**	0,836**	0,823**	0,855**	0,880**	1,000		
	PBD	0,418**	0,483**	0,510**	0,838**	0,839**	0,831**	0,899**	0,908**	0,836**	0,824**	0,855**	0,880**	1,000**	1,000	
	PBT	0,407**	0,464**	0,493**	0,744**	0,818**	0,783**	0,855**	0,852**	0,795**	0,750**	0,782**	0,800**	0,930**	0,930**	1,000

GBTDÖ-8: Genel Beden Odaklı Tekrarlayıcı Davranış Ölçeği-8; SŞ: semptom şiddeti; İB: işlevsellikte bozulma; T: toplam; KSE: Kısa Semptom Envanteri; GBD: Genel Belirti Düzeyi; PBD: Pozitif Belirti Düzeyi; PBT: Pozitif Belirti Toplamı. Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır **p<0,010, N=362.



Şekil 2. BOTD Alt Tipleri ve Aralarındaki İlişkiler

Not: Şekil 2, örneklemde gözlemlenen BOTD'lerin birlikte görülme örüntülerini göstermektedir. Her bir altıgen düğüm, belirli bir BOTD alt tipini temsil etmektedir: Saç/Kıl Koparma (SK), Deri Yolma (DY), Tırnak Yeme (TY), Dudak/Yanak Isırma (D/YI), Eklem Çatlatma (EÇ) ve Diş Gıcırdatma/Bruksizm (DG/B). Düğümlerin renk kodlaması, sağda yer alan açıklama kutusunda sunulan yaygınlık verileriyle ilişkilidir.

Bağlantı noktalarında (düğüm ya da kesişimlerde) gösterilen sayılar, bağlantı çizgilerinin uçlarındaki davranış örüntülerini birlikte sergileyen katılımcı sayılarını göstermektedir. Örneğin, merkezde yer alan "5" sayısı, çalışmada altı BOTD tipinin tamamını aynı anda bildiren beş katılımcıyı temsil etmektedir; bu durum, merkez düğümden her bir BOTD'ye uzanan çizgilerle görselleştirilmiştir. Benzer şekilde, Tırnak Yeme ile Dudak/Yanak Isırma arasında yer alan "31" etiketi, bu iki davranışı birlikte bildiren 31 katılımcıya işaret etmektedir.

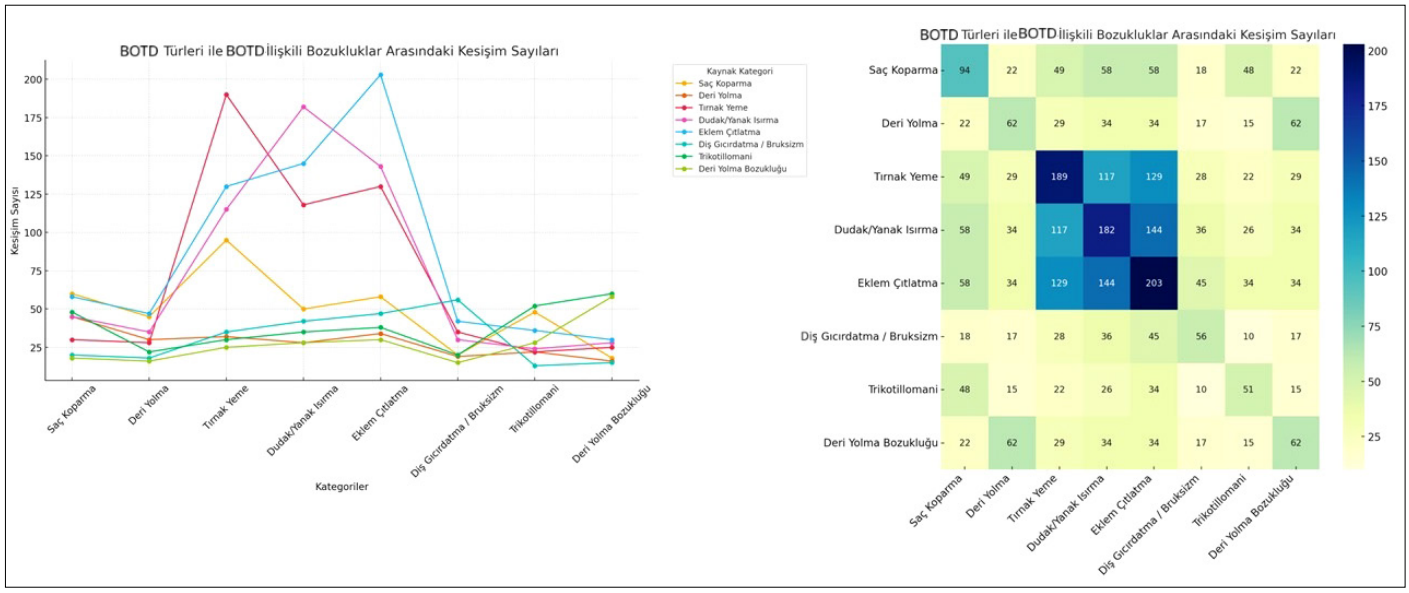
Bu davranış örüntülerine ilişkin ayrıntılı kombinasyonlar Ek Materyal, Tablo S1'de sunulmaktadır. Söz konusu görselleştirme, BOTD alt tiplerinin yalnızca görülme sıklığını değil, aynı zamanda birlikte ortaya çıkma karmaşıklığını da ortaya koymaktadır.

Tablo 5. Mevcut Örneklemdeki Psikiyatrik Bozukluklar (n = 362)

Major Depresif Bozukluk	139 (%38,4)	Uykusuzluk Bozukluğu	6 (%1,7)
Deri Yolma Bozukluğu	67 (%18,5)	Uyku Terörü	5 (%1,4)
Trikotillomani	58 (%16,0)	Agorafobi	3 (%0,8)
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	58 (%16,0)	Bulimia Nervoza	3 (%0,8)
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	52 (%14,4)	Konuşma Bozuklukları	2 (%0,6)
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	42 (%11,6)	Siklotimi	2 (%0,6)
Obsesif Kompulsif Bozukluk	34 (%9,4)	Karşı Olma-Karşı Gelme Bozukluğu	2 (%0,6)
Performans Anksiyetesi	32 (%8,8)	Özgül Öğrenme Güçlüğü	2 (%0,6)
Diğer Depresif Bozukluklar	26 (%7,2)	Borderline Kişilik Bozukluğu	2 (%0,6)
Panik Bozukluk	20 (%5,5)	Tik Bozukluğu	1 (%0,3)
Tütün Kullanım Bozukluğu	22 (%6,1)	Enürezis Nokturna	1 (%0,3)
Dissosiyatif Bozukluklar	14 (%3,9)	Enkoprezis	1 (%0,3)
Somatik Belirti Bozukluğu	11 (%3,0)	Diğer Yeme Bozuklukları	1 (%0,3)
Fonksiyonel Nörolojik Belirti Bozukluğu	9 (%2,5)	Bipolar Afektif Bozukluk	1 (%0,3)
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	11 (%3,0)	Travma Sonrası Stres Bozukluğu	1 (%0,3)
Özgül Fobi	7 (%1,9)	Distimi	1 (%0,3)
Alkol Kullanım Bozukluğu	8 (%2,2)	Davranım Bozukluğu	1 (%0,3)
Diğer Uyku Bozuklukları	6 (%1,7)		

Tablo 5, mevcut örneklemde (n = 362) saptanan psikiyatrik bozuklukları göstermektedir. En yaygın tanılar; major depresif bozukluk (n = 139, %38,4), DYB (n = 67, %18,5), TTM ve yaygın anksiyete bozukluğu (her biri n = 58, %16,0), DEHB (n = 52, %14,4), sosyal anksiyete bozukluğu (n = 42, %11,6), OKB (n = 34, %9,4) ve performans anksiyetesi (n = 32, %8,8) olarak belirlenmiştir. Görülme sıklığı %5'in altında olan bozukluklar arasında panik bozukluk, sigara/tütün kullanımı, dissosiyatif bozukluklar ve ayrılık anksiyetesi bozukluğu yer almaktadır. Oldukça nadir görülen (%1'in altında) bozukluklar ise siklotimi, konuşma bozuklukları, tik bozuklukları, enürezis nokturna, enkoprezis, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), borderline kişilik bozukluğu, özgül öğrenme bozuklukları ve bipolar duygudurum bozukluğudur; bu tanıların her biri yalnızca bir ya da iki katılımcıda gözlemlenmiştir.

Şekil 3, çeşitli BOTD'ler arasındaki kesişimleri göstermektedir. Sol panelde yer alan çizgi grafiği, davranışlar arasındaki örtüşme eğilimlerini vurgularken; sağdaki ısı haritası bu kesişimleri nicel olarak ortaya koymaktadır. Isı haritasının diyagonal hücreleri yalnızca tek bir davranış



Şekil 3. BOTD Türleri ile BOTD İlişkili Bozukluklar Arasındaki Kesişim Sayıları

sergileyen bireyleri temsil etmektedir. Bu grupta en yaygın davranış EÇ (n=229) olup, onu sırasıyla TY (n=224) ve D/YI (n=212) izlemiştir. SK ve DY sırasıyla 115 ve 195 katılımcıyı etkilerken, DG/B en az görülen davranış olarak dikkat çekmiştir (n=60). Diyagonal dışındaki hücreler, davranışların birlikte görülme durumlarını ifade etmektedir; özellikle EÇ ile TY (n=162), DY ile TY (n=127) ve D/YI ile EÇ (n=162) sıklıkla birlikte gözlemlenmiştir. Çizgi grafiği, bu eşzamanlılıkların değişkenliğini vurgulamakta; TY ve D/YI'nın sıklıkla diğer davranışlarla birlikte görüldüğünü, buna karşın TG/B'nin nadiren eşzamanlılık gösterdiğini ortaya koymaktadır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, GBTDÖ-8'in Türkçe formunun ergenler ve genç erişkinlerde geçerlik ve güvenirliği incelenmiş; ayrıca bu yaş grubundaki bireylerden oluşan klinik örneklemde BOTD örüntüleri araştırılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonu, çok adımlı bir doğrulama süreciyle geçerlik ve güvenirlik açısından değerlendirilmiştir. İlk olarak, uzman değerlendirmeleriyle kapsam geçerliği sağlanmış ve maddelerin hedef yapıyı temsil ettiği doğrulanmıştır. M-KGİ skoru, ölçeğin özlü, tutarlı ve anlaşılır olduğunu göstermiştir. İkinci olarak, yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen DFA, iki faktörlü modelin ve toplam sekiz maddeden oluşan Türkçe GBTDÖ-8'in kabul edilebilir bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymuştur (CFI = 0,991, RMSEA = 0,073). Semptom Şiddeti ve İşlevsellikte Bozulma alt boyutları arasındaki faktör kovaryansları ve korelasyonlar anlamlı bulunmuş olup bu bulgular ölçeğin her iki boyutu etkili bir şekilde değerlendirdiğini göstermektedir (25). Özgün çalışmada DFA uygulanmamış olsa da ölçeğin geçerlik değerlendirmeleri için DFA kullanımının önerildiği belirtilmiştir (11). Bu çalışma, GBTDÖ-8'in güçlü psikometrik özelliklerini bir kez daha desteklemektedir.

Türkçe GBTDÖ-8'in güvenirlik analizinde, ölçeğin iç tutarlılığı ve test-tekrar test güvenirliğinin iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Yetişkinler ile yapılan önceki çalışmalarda, Semptom Şiddeti alt ölçeği, İşlevsellikte Bozulma alt ölçeği ve toplam puan için sırasıyla 0,84, 0,77 ve 0,82 düzeyinde güvenirlik katsayıları bildirilmiştir (11). Bu çalışmada elde edilen bulgular, Türkçe formun benzer güvenirlik katsayıları sergilediğini ortaya koymuştur (Toplam puan: α = 0,855; Semptom Şiddeti: α = 0,853; İşlevsellikte Bozulma: α = 0,779) ve bu değerler, ölçeğin yeterli düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu doğrulamaktadır (26). Aynı zamanda, rastgele seçilmiş bir alt örneklemde iki hafta arayla yapılan test-tekrar test değerlendirmesi, GBTDÖ-8'in toplam puanı ile alt ölçek puanları arasında güçlü korelasyonlar olduğunu göstermiştir; bu bulgular özgün çalışmadaki sonuçlarla tutarlılık göstermektedir (11). Elde edilen bulgular, hem alt ölçeklerin hem de toplam puanın hedeflenen yapıları güvenilir biçimde ölçtüğünü ortaya koymaktadır. Yanıtların zaman içindeki tutarlılığı ve kararlılığı da göz önüne alındığında, ölçeğin araştırma ve klinik uygulamalarda kullanılmaya uygun olduğunu göstermektedir.

Hipotezimizle uyumlu olarak, Semptom Şiddeti ve İşlevsellikte Bozulma alt ölçekleri ile GBTDÖ-8 toplam puanı, KGİ-S ile orta düzeyde pozitif korelasyon göstermiştir. Bu çalışmada KGİ-S, güçlü psikometrik özellikleri ve değişime duyarlılığı nedeniyle BOTD şiddetini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. KGİ-S, BOTD'de hem semptom şiddetini hem de tedavi sonuçlarını değerlendirmek için araştırmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır (27). Nitekim, GBTDÖ-8 puanlarındaki artış, genel BOTD şiddetinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. GBTDÖ-8'in toplam puan ve alt ölçek puanları ile KGİ-S arasındaki bu korelasyon, ölçeğin hem araştırma hem de klinik uygulamalardaki geçerliğini ve kullanılabilirliğini desteklemektedir. Bu bulgular, GBTDÖ-8'in spesifik olarak farklı BOTD gruplarında semptom profillerini karşılaştırmak, altta yatan patojenik mekanizmaları belirlemek ve tedavinin etkilerini değerlendirmek için yararlı bir araç olduğunu göstermektedir.

Beden odaklı tekrarlayıcı davranışların klinik olarak anlamlı sıkıntı veya işlevsellikte bozulmaya yol açması gerektiği yönündeki ölçüt, özellikle bu durumun nasıl tanımlanacağı ve değerlendirileceği konularında tartışmalara yol açmaktadır (28). Yaşam kalitesi ise fiziksel, psikolojik ve sosyal alanları kapsayan bir bozulma göstergesi olarak yaygın bir biçimde kabul görmektedir (29). BOTD alt tiplerine yönelik yaşam kalitesi çalışmaları ise tutarsız sonuçlar ortaya koymuştur. Bazı araştırmalar, TTM tanısı konulan bireylerle sağlıklı kontroller arasında anlamlı bir fark bulamazken (30), diğer çalışmalar TTM ve DYB tanısı almış bireyler ile tırnak yeme davranışı bildiren bireylerde yaşam kalitesinin belirgin şekilde düşük olduğunu göstermiştir (10,31). Ön bulgular, depresif belirtilerin TTM'de yaşam kalitesinde bozulmanın temel öngörücüsü olabileceğine işaret etmektedir (32,33). Popülasyon temelli bir çalışmada ise D/YI dahil olmak üzere BOTD sergileyen bireylerin, yaşam kalitesinin çeşitli alanlarında sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük puanlar aldığı tespit edilmiştir (34). Benzer şekilde, bu çalışmada da daha yüksek GBTDÖ-8 puanları, özellikle duygusal iyi oluş, sosyal işlevsellik ve fiziksel sağlık alanlarında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde düşüşle ilişkilendirilmiştir. Bu bulgular, Moritz ve arkadaşlarının (11) yalnızca zayıf düzeyde negatif korelasyonlar bildirdiği çalışmayla çelişmektedir;

bu fark, mevcut çalışmaya ergen örneklemin de dahil edilmesinden kaynaklanmış olabilir. Gelişimsel etmenler ve ergenlik dönemine özgü artan sosyal baskı, BOTD'in işlevsellik üzerindeki olumsuz etkilerini daha belirgin hale getirebilir. Aynı zamanda eşlik eden depresyon ve anksiyete belirtilerindeki değişkenlik de yaşam kalitesindeki farklılıklarını etkileyebilir. Gelecekte yapılacak uzunlamasına araştırmalar, duygudurum ve anksiyete bozuklukları kontrol edilerek BOTD'nin yaşam kalitesi üzerindeki doğrudan etkilerini daha net biçimde ortaya koymalıdır. Bununla birlikte, BOTD'nin gelişimsel süreci ve uzun vadeli etkilerinin daha kapsamlı bir biçimde değerlendirebilebilmesi için, gelecekteki çalışmaların çocukluktan geç yetişkinliğe kadar uzanan geniş yaş aralıklarını kapsaması ve hem klinik hem de toplum temelli örneklemleri içermesi gerekmektedir.

Bu çalışma, BOTD semptomları ile depresyon, anksiyete ve obsesif-kompulsif semptomlar arasında anlamlı ilişkiler olduğunu ortaya koymuş olup, bu bulgular hem klinik hem de klinik olmayan örneklemler ile yapılan önceki araştırmalarla uyum göstermektedir (29,35). Toplum örneklemleriyle yapılan çalışmalar, patolojik deri yolma ile anksiyete, depresyon ve OKB semptomları arasında anlamlı ilişkiler olduğunu bildirmiştir (36). Benzer şekilde, yetişkinlerle yapılan araştırmalar da saç yolma, depresyon, anksiyete, bağımlılık davranışları ve diğer BOTD türleri arasında anlamlı örtüşmeler olduğunu göstermiştir (35). Yakın tarihli bir çalışma, TY ve D/YI dahil olmak üzere BOTD varlığının, incelenen tüm psikiyatrik semptom alanlarında ciddi ruh sağlığı semptomları riskini 2 ile 4 kat artırdığını ortaya koymuştur. Aynı çalışmada, SK, TY ve D/YI'nın anksiyete, depresyon ve OKB semptomlarıyla benzer düzeyde ilişkili olduğu, buna karşın DY'nin en şiddetli BOTD alt tipi olarak öne çıktığı vurgulanmıştır (34). Öte yandan, OKB ve anksiyete bozukluğu tanısı almış bireylerde BOTD'nin görülme sıklığının daha yüksek olduğu da literatürde belirtilmektedir (8). BOTD'nin ruh sağlığı problemlerinin gelişimine katkıda bulunup bulunmadığı ya da mevcut psikiyatrik bozuklukların bireyleri bu davranışları sergilemeye daha yatkın hâle getirip getirmediği konuları henüz netlik kazanamamıştır. Mevcut çalışmanın kesitsel tasarımı, bu ilişkilerin yönü hakkında kesin çıkarımlar yapılmasını kısıtlamaktadır. Anksiyete veya duygudurum semptomları yaşayan bireylerin, BOTD'yi duygu düzenleme yöntemi olarak kullanabileceği öne sürülmüştür (37). Gelecekte yapılacak uzunlamasına araştırmalar, BOTD ile psikiyatrik semptomlar arasındaki zamansal ilişkiyi netleştirerek, BOTD'nin psikiyatrik bozukluklar için bir risk faktörü mü yoksa uyumsuz bir başa çıkma stratejisi mi olduğunu ortaya koymalıdır. Bu tür bulgular, erken müdahale ve hedefe yönelik tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Klinik örneklemde GBTDÖ-8 ile taranan örüntüler, TY, D/YI ve EÇ gibi daha az araştırılmış BOTD'ler arasında anlamlı örtüşmeler olduğunu ortaya koymaktadır. TY ve D/YI'nın, sıklıkla EÇ ve DY ile birlikte görülmesi, bu davranışların benzer psikolojik veya çevresel faktörlerden etkilenebileceğine işaret etmektedir. Diğer taraftan, SK ile DG/B'nin birlikte görülmemesi, bazı BOTD'lerin birbirinden bağımsız olarak ortaya çıkabileceğine ve farklı tetikleyicilerden etkilenebileceğine işaret etmektedir. Özellikle TY ve D/YI gibi kümelerin görece yaygınlığı, bazı BOTD'lerin birbiriyle ilişkili bir yapı sergileyebileceğini ortaya koymaktadır. Davranış örüntülerindeki bu karmaşıklık ve örtüşme, GBTDÖ-8 gibi tanılar ötesi değerlendirme araçlarının, semptoma özgü ölçeklerle birlikte kullanılmasının önemini vurgulamaktadır. Bu çalışma, BOTD'nin heterojen doğasını ve hem örtüşen hem de ayrışan davranışları hedefleyen müdahalelerin önemini göstermektedir. Gelecek araştırmalar, bu davranış kümelerinin farklı tedavi yanıtları ya da özgün psikopatolojik profillerle ilişkili olup olmadığını inceleyerek, daha bireyselleştirilmiş terapötik yaklaşımların geliştirilmesine katkı sağlayabilir (2).

Bu çalışmanın çeşitli sınırlılıkları bulunmaktadır. Öz-bildirim ölçeklerine dayalı veri toplama, bireylerin utanma duygusu ya da BOTD semptomlarını açıklamada isteksizlik göstermeleri nedeniyle yanıt yanlılıklarına yol açabilir. Ebeveyn ya da klinisyen değerlendirmeleri gibi çoklu bilgi kaynaklarının kullanılması, semptomların daha doğru biçimde değerlendirilmesine katkı sağlayabilir. Aynı zamanda, yapılandırılmış tanı görüşmelerinin eksikliği, GBTDÖ-8'in tanısal geçerliliği hakkında çıkarım yapmayı sınırlandırmaktadır. Gelecekteki araştırmalarda, tanı doğruluğu artırmak için yapılandırılmış klinik değerlendirmeler dahil edilmelidir. Çalışma örnekleminin ağırlıklı olarak kadın ve yardım arayışı içinde olan bireylerden oluşması, elde edilen bulguların genellenebilirliğini sınırlayabilir. GBTDÖ-8'in geçerliğinin toplum temelli ve farklı örneklemlerde doğrulanması gerekmektedir. Aynı zamanda, kültürel faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır; çünkü semptomların ifade biçimi ve sağlık hizmeti arama davranışı kültürler arasında değişkenlik göstermektedir. Öz-bildirim ve BOTD yaygınlığı üzerindeki kültürel etkilerin araştırılması bu bağlamda kritik öneme sahiptir. Bu sınırlılıklara rağmen, çalışmanın güçlü yönleri de bulunmaktadır. BOTD'nin yaygın olarak görüldüğü ergen nüfusta GBTDÖ-8'in geçerliliğinin ortaya konması, bu çalışmanın klinik bağlamdaki önemini güçlendirmektedir. Faktör yapısının DFA ile test edilmesi ve Türkiye'nin farklı coğrafi? bölgelerinden çeşitli genç bireyleri içeren bir örneklemle çalışılması, metodolojik açıdan çalışmanın sağlamlığını artırmaktadır. Buna ek olarak, TY, DY, D/YI ve DG/B gibi çeşitli BOTD alt tiplerinin taranması, GBTDÖ-8'in farklı klinik sunumlar karşısında kapsamlı biçimde değerlendirilebilmesini ve genellenebilirliğini artırmaktadır.

Sonuç olarak, Bu çalışma, GBTDÖ-8'in Türkçe formunun ergenler ve genç yetişkinlerde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu ortaya koymakta; ölçeğin faktör yapısını ve BOTD şiddetini değerlendirmedeki klinik yararını desteklemektedir. Bulgular, davranış örüntülerini ve birlikte görülme durumlarını ortaya koyarak tanılar arası değerlendirme yaklaşımlarının gerekliliğini vurgulamaktadır. GBTDÖ-8, birincil basamak hekimliği, psikiyatri ve psikoloji gibi alanlarda çalışan klinisyenler için semptom tarama, izleme ve tedavi değerlendirme süreçlerinde etkili bir araçtır. Ölçeğin kısa yapısı, çeşitli klinik ortamlarda uygulanabilirliğini artırmaktadır. Gelecek araştırmalarda, bu ölçeğin risk altındaki bireylerin erken tanımlanmasındaki rolü ile BOTD alt tiplerini ayırt etmedeki etkinliği daha ayrıntılı biçimde incelenmelidir.

Etik Kurul Onayı: Bu çalışma, Uşak Üniversitesi Klinik Araştırmalar Tıbbi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (7 Kasım 2024 / Karar No: 468-468-15).

Bilgilendirilmiş Onam: Her bir katılımcıdan, ergenler için ise ayrıca ailelerinden yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir- HGO, MEÖ; Tasarım- HGO, MEÖ MK, ASYM, NMK, YSÇ, İYS; Denetleme- SM, HGO; Kaynaklar- HGO; Malzemeler- HGO; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi- HGO, MEÖ MK, DS, BO, ASYM, NMK, YSÇ, İYS; Analiz ve/veya Yorum- MEÖ, MK, İK; Literatür Taraması- HGO, MEÖ MK, DS, BO; Yazıyı Yazan- HGO, MEÖ, MK; Eleştirel İnceleme- MK, SM.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, beyan edilmesi gereken herhangi bir çıkar çatışmasının bulunmadığını belirtmiştir.

Finansal Destek: Bu araştırma herhangi bir kurum ya da kuruluş tarafından desteklenmemiştir.

Not: *Bu yazıda yapay zeka araçlarından faydalanılmamıştır.*

EK TABLOLAR

https://www.noropsikiyatriarsivi.com/uploads/NPA_29099_TR_EK_TABLO.pdf

KAYNAKLAR

1. Okumuş HG, Akdemir D. Body focused repetitive behavior disorders: Behavioral models and neurobiological mechanisms. Turk Psikiyatri Derg. 2023;34(1):50–59. [Crossref]

2. Moritz S, Snorrason I. Body-focused repetitive behavior: Towards a better understanding of this prevalent but undertreated disorder. Cogn Ther Res. 2024;48:1–3. [Crossref]
3. Sampaio DG, Grant JE. Body-focused repetitive behaviors and the dermatology patient. Clin Dermatol. 2018;36(6):723-727. [Crossref]
4. Grant JE, Aslan IH, Chamberlain SR. Statistical predictors of psychosocial impairment in body-focused repetitive behaviors. CNS Spectrums. 2022;27(5):621-625. [Crossref]
5. Houghton DC, Alexander JR, Bauer CC, Woods DW. Body-focused repetitive behaviors: More prevalent than once thought? Psychiatry Res. 2018;270:389-393. [Crossref]
6. Moritz S, Scheunemann J, Jelinek L, Penney D, Schmotz S, Hoyer L, et al. Prevalence of body-focused repetitive behaviors in a diverse population sample – rates across age, gender, race and education. Psychol Med. 2024;54(8):1552–1558. [Crossref]
7. La Buissonnière-Ariza V, Alvaro J, Cavitt M, Rudy BM, Cepeda SL, Schneider SC, et al. Body-focused repetitive behaviors in youth with mental health conditions: A preliminary study on their prevalence and clinical correlates. Int J Ment Health. 2021;50(1):33–52. [Crossref]
8. Selles RR, La Buissonnière Ariza V, McBride NM, Dammann J, Whiteside S, Storch EA. Initial psychometrics, outcomes, and correlates of the Repetitive Body Focused Behavior Scale: Examination in a sample of youth with anxiety and/or obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry. 2018;81:10–17. [Crossref]
9. Moritz S, Penney D, Mißmann F, Snorrason I, Schmotz S. Same but different? Phenomenological differences among various types of body-focused repetitive behaviors. Ann Clin Psychiatry. 2023;35(4):252–9. [Crossref]
10. Odlaug BL, Kim SW, Grant JE. Quality of life and clinical severity in pathological skin picking and trichotillomania. J Anxiety Disord. 2010;24(8):823–829. [Crossref]
11. Moritz S, Gallinat C, Weidinger S, Bruhns A, Lion D, Snorrason I, et al. The Generic BFRB Scale-8 (GBS-8): a transdiagnostic scale to measure the severity of body-focused repetitive behaviours. Behav Cogn Psychother. 2022;50(6):620–628. [Crossref]
12. Walther MR, Snorrason I, Flessner CA, Franklin ME, Burkel R, Woods DW. The trichotillomania impact project in young children (TIP-YC): clinical characteristics, comorbidity, functional impairment and treatment utilization. Child Psychiatry Hum Dev. 2014;45(1):24–31. [Crossref]
13. Snorrason I, Ólafsson RP, Flessner CA, Keuthen NJ, Franklin ME, Woods DW. The Skin Picking Scale-Revised: factor structure and psychometric properties. J Obsessive Compuls Relat Disord. 2012;1:133–137. [Crossref]
14. Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Revised ed. Rockville (MD): U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration; 1976. p. 76-338.
15. Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: An introductory report. Psychol Med. 1983;13(3): 595–605. PMID: 6622612.
16. Hisli Şahin N, Durak A. Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory - BSI): Türk gençleri için uyarlanması. Turk Psikoloji Derg. 1994;9(31):44-56.
17. Şahin NH, Batıgün AD, Uğurtaş S. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. Turk Psikiyatri Derg. 2002;13: 125-135.
18. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. Med Care. 1999;37(2):126–139. [Crossref]
19. Cakin Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Uneri OS, Karakaya I. The validity and reliability of the Turkish Pediatric Quality of Life Inventory for children 13-18 years old. Turk Psikiyatri Derg. 2007; 18(4):353-363. PMID: 18066726.
20. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care. 1996;34(3):220–233. [Crossref]
21. Soylu C, Kütük B. Reliability and validity of the Turkish version of SF-12 Health Survey. Turk Psikiyatri Derg. 2022:33:108-117. [Crossref]
22. Comfrey AL, Lee HB. A First Course in Factor Analysis. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
23. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 4th ed. New York: The Guilford Press; 2016.
24. Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. J Chiropr Med. 2016;15(2):155–163. [Crossref]
25. DeVellis RF, Thorpe CT. Scale development: Theory and applications. 5th ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2021.
26. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics. 5th ed. Boston: Pearson; 2007.
27. Rautio D, Andrén P, Bjureberg L, Silverberg-Mörse M, Mataix-Cols D, de la Cruz LF. Body-focused repetitive behavior disorders in children and adolescents: Clinical characteristics and treatment outcomes in a naturalistic setting. Behav Ther. 2024;55(2):376–390. [Crossref]
28. Phillips MR. Is distress a symptom of mental disorders, a marker of impairment, both or neither? World Psychiatry. 2009;8(2):91
29. Uddin MN, Bhar S, Al Mahmud A, Islam FMA. Psychological distress and quality of life: rationale and protocol of a prospective cohort study in a rural district in Bangladesh. BMJ Open. 2017;7(9):e016745.
30. Keuthen NJ, Dougherty DD, Franklin ME, Bohne A, Loh R, Levy J, et al. Quality of life and functional impairment in individuals with trichotillomania. J Appl Res. 2004;4:186–197.
31. Machado MO, Köhler CA, Stubbs B, Nunes-Neto PR, Koyanagi A, Quevedo J, et al. Skin picking disorder: prevalence, correlates, and associations with quality of life in a large sample. CNS Spectr. 2018;23(5):311–320.
32. Tung ES, Flessner CA, Grant JE, Keuthen NJ. Predictors of life disability in trichotillomania. Compr Psychiatry. 2015;56:239–244. [Crossref]
33. Houghton DC, Maas J, Twohig MP, Saunders SM, Compton SN, Neal-Barnett AM, et al. Comorbidity and quality of life in adults with hair pulling disorder. Psychiatry Res. 2016;239:12-19. [Crossref]
34. Solley K, Turner C. Prevalence and correlates of clinically significant body-focused repetitive behaviors in a non-clinical sample. Compr Psychiatry. 2018;86:9–18. [Crossref]
35. Grant JE, Chamberlain SR. Clinical correlates of symptom severity in skin picking disorder. Compr Psychiatry. 2017;78:25–30. [Crossref]
36. Hayes SL, Storch EA, Berlanga L. Skin picking behaviors: an examination of the prevalence and severity in a community sample. J Anxiety Disord. 2009;23(3):314–319. [Crossref]
37. Snorrason I, Smári J, Ólafsson RP. Emotion regulation in pathological skin picking: findings from a non-treatment seeking sample. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2010;41(3):238–245. [Crossref]