



**T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI**

**YETİŞKİNLERDE OBSESİF İNANÇLAR, DUYGU
DÜZENLEME VE DUYGU
DEĞERLENDİRMESİNİN OBSESİF KOMPULSİF
BELİRTİ BOYUTLARIYLA İLİŞKİSİNİN
KESİTSEL İNCELEMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Seher GÜL

İZMİR-2025

**T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI**

**YETİŞKİNLERDE OBSESİF İNANÇLAR, DUYGU
DÜZENLEME VE DUYGU
DEĞERLENDİRMESİNİN OBSESİF KOMPULSİF
BELİRTİ BOYUTLARIYLA İLİŞKİSİNİN
KESİTSEL İNCELEMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Seher GÜL

Danışman: Doç. Dr. Zümrüt GEDİK

Jüri Üyesi: Doç. Dr. Emine Sevinç TOK

Jüri Üyesi: Doç. Dr. Cennet ŞAFAK ÖZTÜRK

İZMİR-2025

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum "Yetişkinlerde Obsesif İnançlar, Duygu Düzenleme ve Duygu Değerlendirmesinin Obsesif Kompulsif Belirti Boyutlarıyla İlişkisinin Kesitsel İncelemesi" adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

24/01/2025

Seher GÜL

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

YETİŞKİNLERDE OBSESİF İNANÇLAR, DUYGU DÜZENLEME VE DUYGU DEĞERLENDİRMESİNİN OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİ BOYUTLARIYLA İLİŞKİSİNİN KESİTSEL İNCELEMESİ

Seher GÜL

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Ana Bilim Dalı

Mevcut çalışma iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamasında alan yazını incelendiğinde henüz Türkçe'ye uyarlanmadığı görülen Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin (McCubbin ve Sampson, 2006) Türkçe'ye uyarlanıp geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması amaçlanmaktadır. Bu aşamadaki çalışmanın örneklemini 18-48 yaş aralığındaki 253 üniversite öğrencisi oluşturmaktadır. Çalışmada, Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği (DTAÖ-the Perception of Threat from Emotions Questionnaire) Türkçe formu, Duygudurum Farkındalığı Ölçeği (DFÖ-Trait Meta-Mood Scale), Duygu Gereksinimi Ölçeği (DGÖ-The Need for Affect Scale) ve Demografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri SPSS 25 programı kullanılarak yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA), ölçüt bağıntılı geçerliğini değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirilirken; iç tutarlılığı Cronbach Alpha katsayısı ve madde-toplam puan korelasyonları ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin orijinal faktör yapısının değerlendirildiği Açımlayıcı Faktör Analizi, geçerlik ve güvenirlik analizleri değerlendirildiğinde ölçeğin Türk örnekleminde kullanılabilecek düzeyde geçerliği ve güvenirliği olan bir ölçüm aracı olduğu görülmektedir.

Mevcut çalışmanın ikinci ve esas aşamasında obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duygu değerlendirmesinin (duyguları tehdit olarak algılama) depresyon ve kaygı belirtileri kontrol edildiğinde farklı obsesif kompulsif belirti boyutlarının görünümü ile olan ilişkisinin irdelenmesi amaçlanmaktadır. Obsesif inançların OKB boyutları ile ilişkisinde duygu düzenleme stratejilerinin, duygu düzenleme güçlüklerinin ve duyguları tehdit olarak algılamanın da OKB boyutlarını yordayıp yordamadığını ve duygulara dair değişkenler de dikkate alındığında var olan modelin tahmin gücünün artıp artmayacağını incelemek amaçlanmaktadır. İkinci çalışma aşamasının örneklemini 18-73 yaş aralığındaki 246 toplum temelli katılımcı oluşturmaktadır. Çalışmada; Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği (DTAÖ), Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, Obsesif İnanışlar Anketi-20, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Formu (DDGÖ-16), Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği, Duygu Düzenleme Anketi ve Demografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri SPSS 25 programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler Bağımsız Örneklem T Testi, Pearson Korelasyon Katsayısı Analizi ve Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi uygulanarak değerlendirilmiştir. Anksiyete ve depresyon kontrol değişkenleri olarak analizlere dâhil edilmiştir. Çalışma değişkenlerinin, farklı OKB belirti boyutu şiddetini ortak şekilde yordama düzeylerinin değerlendirildiği hiyerarşik çoklu regresyon analizleri sonucunda; sadece bulaş belirti boyutu için modelin doğrulandığı tespit edilmiştir. Regresyon analizlerindeki modele duyguları tehdit olarak algılama değişkeninin dâhil edilmesiyle obsesif inançlar değişkeni, OKB'nin bulaş ve kabul edilemez düşünceler belirti boyutlarındaki yordama gücünü yitirmiştir. Ölçek adaptasyon çalışması ve esas çalışmanın bulguları ilgili alan yazını bilgileri ele alınarak tartışılmış, gelecekte yapılacak bilimsel çalışmalara yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Obsesif İnançlar, Duygu Düzenleme Güçlükleri, Duygu Düzenleme Stratejileri, Duygu Değerlendirmesi, Duyguları Tehdit Olarak Algılama.

ABSTRACT

Master's Thesis

Cross-Sectional Investigation of the Relationship of Obsessive Beliefs, Emotion Regulation, and Emotion Appraisal to Obsessive Compulsive Symptom Dimensions in Adults

Seher GÜL

İzmir Kâtip Çelebi University

Graduate School of Social Sciences

Department of Department of Psychology

The current study consists of two stages. In the first stage, it is aimed to adapt the 'Perceptions of Threat from Emotion Questionnaire'—the PTEQ (McCubbin ve Sampson, 2006), which has not yet been adapted to Turkish when the literature is examined, and to conduct a validity and reliability study. The sample of the study at this stage consists of 253 university students between the ages of 18-48. In this study, the Turkish form of the Perception of Threat from Emotions Questionnaire (PTEQ), the Trait Meta-Mood Scale (TMMS), the Need for Affect Scale (NAS) and the Demographic Information Form were used. Statistical analyses of the data were applied using the SPSS 25 program. Exploratory Factor Analysis (EFA) was applied to evaluate the construct validity of the scale, and Pearson Correlation Analysis was applied to evaluate the criterion-related validity. The test-retest reliability of the scale was measured with Pearson Correlation Analysis, internal consistency of the scale was measured with Cronbach Alpha coefficient and item-total score correlations. When the Exploratory Factor Analysis, in which the original factor structure of the scale was tested, and the validity and reliability analyses were taken together, it was concluded that the scale is a measurement tool with sufficient validity and reliability to be used in the Turkish sample.

The second and main phase of the current study aims to explore the relationship between obsessive beliefs, emotion regulation difficulties, emotion regulation strategies, and emotion appraisal (perceived threat from emotions) and the presentation

of different obsessive-compulsive symptom dimensions when anxiety and depression symptoms are controlled. The aim of second study is to explore whether emotion regulation strategies, emotion regulation difficulties, and emotion appraisal (perceived threat from emotions) predict OCD dimensions in the relationship between obsessive beliefs and OCD dimensions, and whether the predictive power of the existing model will increase when variables associated with emotions are also considered. The sample of the second phase of the study consisted of 246 community-based participants between the ages of 18 and 73. The following scales were used in the second study: Perceived Threat from Emotions Questionnaire, Dimensional Obsession Compulsion Scale, Obsessive Beliefs Questionnaire-20, Difficulty in Emotion Regulation Scale-Short Form (DERS-16), Hospital Anxiety and Depression Scale, Emotion Regulation Questionnaire and Demographic Information Form. Statistical analyses of the data were applied using the SPSS 25 program. The data were evaluated applying the Independent Samples T Test, Pearson Correlation Coefficient Analysis and Hierarchical Multiple Regression Analysis. Anxiety and depression were included in the analyses as control variables. As a result of hierarchical multiple regression analyses in which the study variables were evaluated for their joint prediction levels of different OCD symptom dimension severity, it was concluded that the model was validated only for the contamination symptom dimension. With the addition of the emotion appraisal (perceived threat from emotions) variable into the model in the regression analyses, the obsessive beliefs variable lost its predictive power in the contamination and unacceptable thoughts symptom dimensions of OCD. The findings of the scale adaptation study and the main study were discussed by considering the relevant literature, and suggestions were presented for future scientific studies.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Obsessive Beliefs, Emotion Regulation Difficulties, Emotion Regulation Strategies, Emotion Appraisal, Perceived Threat from Emotions.

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR.....	xiv
ÖN SÖZ.....	xv
GİRİŞ.....	1

1.LİTERATÜR VE AMAÇ	5
1.OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	5
1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Kısa Tarihçesi	5
1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı	6
1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Klinik Özellikleri ve Belirti Boyutları	9
1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi	15
1.5. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Prognozu ve Eş Tanılar	18
1.6. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Etiyolojisi	19
1.6.1. Genetik, Biyolojik ve Nörolojik Faktörler	20
1.6.2. Psikolojik Faktörler	22
1.6.2.1. Psikanalitik Yaklaşım	22
1.6.2.2. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar	23
1.6.2.2.1. Obsesif İnançlar	27
1.6.2.2.2. Obsesif İnançlar ve OKB	29

1.2. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE DUYGULAR	
29	
1.2.1. Duygu Düzenleme	31
1.2.2. Duygu Düzenleme ve Obsesif Kompulsif Bozukluk	33
1.2.3. Duygu Değerlendirmesi ve Obsesif Kompulsif Bozukluk	35
1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ	37
1.3.1. Araştırmanın Amacı	37
1.3.2. Araştırmanın Hipotezleri	40
2. BİRİNCİ ÇALIŞMA: ÖLÇEK ADAPTASYONU	43
2.1. YÖNTEM	43
2.1.1. DTAÖ'nün Çeviri Süreci	43
2.1.2. Örneklem	44
2.1.3. Veri Toplama Araçları	47
2.1.3.1. Demografik Bilgi Formu	47
2.1.3.2. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği (DTAÖ)	48
2.1.3.3. Duygudurum Farkındalığı Ölçeği	49
2.1.3.4. Duygu Gereksinimi Ölçeği	50
2.1.4. İşlem	50
2.1.5. Verilerin Analizi	51
2.2.BULGULAR.....	52
2.2.1. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin Geçerliğine İlişkin	
Bulgular	52
2.2.1.1. Yapı Geçerliğinin Test Edilmesi: Açımlayıcı Faktör	
Analizi	52
2.2.1.2. Ölçüt Bağıntılı Geçerliğin Test Edilmesi	57

2.2.2. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular	60
---	----

2.2.2.1. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin (DTAÖ) Test-Tekrar Test Güvenirliği	60
--	----

2.2.2.2. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin İç Tutarlılığı	60
---	----

3. İKİNCİ ÇALIŞMA: YETİŞKİNLERDE OBSESİF İNANÇLAR, DUYGU DÜZENLEME VE DUYGU DEĞERLENDİRMESİNİN OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİ BOYUTLARIYLA İLİŞKİSİNİN KESİTSEL İNCELEMESİ	63
--	-----------

3.1. YÖNTEM	63
--------------------	-----------

3.1.1. Örneklem	63
-----------------	----

3.1.2. Veri Toplama Araçları	66
------------------------------	----

3.1.2.1. Demografik Bilgi Formu	66
---------------------------------	----

3.1.2.2. Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği	67
---	----

3.1.2.3. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği (DTAÖ)	68
---	----

3.1.2.4. Obsesif İnanışlar Anketi-20	68
--------------------------------------	----

3.1.2.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)	68
---	----

3.1.2.6. Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği	69
---	----

3.1.2.7. Duygu Düzenleme Anketi	70
---------------------------------	----

3.1.3. İşlem	71
--------------	----

3.1.4. Verilerin Analizi	71
--------------------------	----

4. BULGULAR	73
--------------------	-----------

4.1. Betimleyici İstatistikler	74
--------------------------------	----

4.2. Cinsiyetler Arası Farklılıklara İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Analiz Sonuçları	75
---	----

4.3. Ruhsal Bozukluk Tanı Öyküsüne İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Analiz Sonuçları	78
4.4. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları	82
4.5. Obsesif İnançlar, Duygu Düzenleme Güçlükleri, Duygu Düzenleme Stratejileri ve Duygu Değerlendirmesinin (Duyguları Tehdit Olarak Algılama) OKB Belirti Boyutlarını Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	87
5. TARTIŞMA	95
5.1. Birinci Çalışma Tartışma	95
5.1.1. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerinin Tartışılması	95
5.2. İkinci Çalışma Tartışma	98
5.2.1. Cinsiyetler Arası Farklılıklara İlişkin Analiz Sonuçlarının Tartışılması	98
5.2.2. Ruhsal Bozukluk Tanı Öyküsüne İlişkin Analiz Sonuçlarının Tartışılması	104
5.2.3. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçlarının Tartışılması	106
5.2.4. Obsesif İnançlar, Duygu Düzenleme Güçlükleri, Duygu Düzenleme Stratejileri ve Duygu Değerlendirmesinin (Duyguları Tehdit Olarak Algılama) OKB Belirti Boyutlarını Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçlarının Tartışılması	109

SONUÇ.....	115
1. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları	116
2. Klinik Doğurgular ve Öneriler.....	117
KAYNAKÇA	120
EKLER.....	159



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Cinsiyet, Medeni Durum, Aile Gelir Düzeyi ve Bölüm Bilgileri.....	45
Tablo 2. Psikiyatrik Tanı Öyküsü, Psikiyatrik İlaç Kullanım Durumu ve Ailedeki Psikiyatrik Tanı Öyküsü Bilgileri	46
Tablo 3. Temel Bileşenler Analizine İlişkin Bulgular.....	54
Tablo 4. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Faktör Analizi Bulguları.....	54
Tablo 5. DTAÖ ile DFÖ ve DGÖ Puanları Arasındaki İlişkiler.....	59
Tablo 6. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Güvenirliği.....	60
Tablo 7. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin İç Tutarlılığı.....	61
Tablo 8. DTAÖ Alt Ölçeklerine İlişkin Madde Toplam Puan Korelasyonları.....	62
Tablo 9. Cinsiyet, Medeni Durum, Gelir Düzeyi ve Eğitim Durumu Bilgileri.....	64
Tablo 10. Psikiyatrik Tanı Öyküsü, Psikiyatrik İlaç Kullanım Durumu ve Ailedeki Psikiyatrik Tanı Öyküsü Bilgileri	65
Tablo 11. Araştırma Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri.....	74
Tablo 12. Cinsiyetler Arası Farklılıklara İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Analiz Sonuçları	76
Tablo 13. Ruhsal Bozukluk Tanı Öyküsüne İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Analiz Sonuçları.....	80

Tablo 14. Ölçeklerin Toplam Puanlarına İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları.....	83
Tablo 15. Ölçüm Araçlarının Toplam Puanları ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları.....	86
Tablo 16. Bulaş Belirti Boyutunun Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları.....	88
Tablo 17. Sorumluluk Belirti Boyutunun Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları	90
Tablo 18. Kabul Edilemez Düşünceler Belirti Boyutunun Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları.....	92
Tablo 19. Simetri Belirti Boyutunun Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları.....	93

KISALTMALAR

AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
BKZ	: Bakınız
BOKÖ	: Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
DDA	: Duygu Düzenleme Anketi
DDGÖ	: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
DFÖ	: Duygudurum Farkındalığı Ölçeği
DGÖ	: Duygu Gereksinimi Ölçeği
DTAÖ	: Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği
HAD	: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
Oİ	: Obsesif İnançlar
OİA	: Obsesif İnanışlar Anketi
OK	: Obsesif Kompulsif
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
TBA	: Temel Bileşenler Analizi

ÖN SÖZ

İlk olarak yüksek lisansımın ders yılından tez çalışmamın son anlarına kadar akademik kaygılarımı yatıştırmamda, çalışmalarına devam edebilme gücünü kendimde bulmamda desteğini ve anlayışını hep hissettiğim, bilgi birikimini sabırla benimle paylaşan ve çalışmalarımda ilerleyebilmem için her zaman bir yol gösterici olan çok sevgili tez danışmanım Doç. Dr. Zümrüt Gedik'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Yüksek lisansımda kendisinden ders dinleme fırsatına erişebildiğim için çok şanslı hissettiğim, bu tezin ilk çalışmasının verilerinin toplanmasında nazik yardımlarda bulunan ve tezime dair çok değerli öneriler sunan sevgili hocam Doç. Dr. Emine Sevinç Tok'a çok teşekkür ederim. Tez jürimde yer alıp değerlendirmeleriyle tezime önemli katkılarda bulunan çok değerli Doç. Dr. Cennet Şafak Öztürk'e çok teşekkür ederim.

Tezimi yazarken yemek nedir unuttuğum o yoğun günlerde mis gibi yemekleriyle karnımı doyuran, sundukları psikolojik destekle yüreğime ferahlık veren canım Rüzgar Teyze'ne ve canım Emiray Teyze'ne çok teşekkür ederim. Bu zorlu süreçte içinde bulunduğum yuvaya ve hayata dair hangi sorunla karşılaşırsam karşılaşıyım bana hep rehber olan ve koşulsuz destek sunan canım Ahmet Amca'ma çok teşekkür ederim. İzmir'deki maceramın bu ikinci sayfasında en büyük şansım sizinle tanışmak ve benim için ikinci bir aile olmanızdı. İyi ki karşılaştık, iyi ki hayatıma dâhil oldunuz.

Kaygıyla düştüğüm kuyulardan kendi kendime çıkmaya çabalarken elimden tutan, omzumu sıkıp bana cesaret veren canım arkadaşlarım Büşra Eren'e, Sümeyye Akkoç'a, Ömer Faruk Öndaş'a, Deniz Aksoy'a, Emin Can Devranlı'ya, Ege Kervan'a, Esra Eskici'ye ve Tuğçe Yalçinkaya'ya sonsuz teşekkürlerimle... Desteğiniz bu yolun her bir adımında benim için çok anlamlıydı.

Canım arkadaşım, değerli meslektaşım Selin Ilgız'a çok teşekkür ederim. İniş çıkışlarla dolu bu yolda tüm sızlanmalarımı dinlemen, mütemadiyen sorduğum o

malum soruyu bıkmadan usanmadan “Bitiyor, bitecek!” diyerek cevaplanan - bitiyormuş gerçekten-, hayat telaşının zirve yaptığı anlarda bile bana vaktinden bir parça ayırıp kaygılarımı yatıştırman benim için çok ama çok kıymetliydi, kalbimi sıcacık yapan bu çabana her zaman minnettar kalacağım.

Zaman zaman gerçekçi motivasyon adı altındaki yorumlarıyla beni çileden çıkartan fakat her zaman iyiliğimi istediğinden asla şüphe duymadığım, bu süreçte ne zaman ihtiyacım olsa sadece varlığıyla bile bana destek olan meslektaşım, canım arkadaşım Ege Yıldız’a çok teşekkür ederim.

Koşullar nasıl olursa olsun karışık zihnimin düğümlerini açma çabamda hep yanımda olan, çalışmalarımı düzenlerken yoluma ışık tutan ve yatıştırıcı sözleriyle her zaman yüreğimi ferahlatan çok kıymetli meslektaşım ve canım arkadaşım Merve Kayraklık’a çok teşekkür ederim. İyi ki varsın, iyi ki arkadaşımsın.

Ve son olarak teşekkürün en büyüğü, varlıklarıyla bana her zaman güç veren, eğitim hayatıma dair aldığım her kararda arkamda duran, hayallerimi gerçekleştirmemde maddi ve manevi desteğini bir an olsun esirgemeyen canım aileme... Bu çalışmanın verilerinin toplanmasında canını dişine takan; yolda, markette, telefon bayinde kimi görse çalışmama davet eden, telefon rehberinde aranmadık tanıdık bırakmayan ve bu çabasıyla beni duygudan duyguya sürükleyen canım babam Osman Gül’e binlerce kez teşekkür ederim, iyi ki varsın. Verilerimin toplanmasındaki çabasıyla babamdan asla geri kalmayan, çıktığı yürüyüşlerde gittiği manavda sosyal anksiyete nedir bilmeksizin herkesi çalışmama davet eden, ne zaman düşsem elimden tutup kaldıran ve uçsuz bucaksız sevgisiyle her zaman gözlerimi dolduran biricik annem Fadime Gül’e binlerce kez teşekkür ederim, iyi ki varsın. Bu uzun tez yazma maceramın kaygı denizinde yüzdüğüm o zor anlarında hep yanımda olan, her ihtiyacıma koşan ve bana benden daha çok inanan candan öte kardeşim Büşra Gül’e binlerce kez teşekkür ederim, iyi ki benim kardeşimsin.

**yorgun gözüümün halkalarında, güller gibi fecr oldu nümâyân*

Seher GÜL

İzmir-2025

GİRİŞ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyon olarak ifade edilen tekrarlayıcı ve ısrarcı düşünceler, görüntüler veya müdahaleci, istenmeyen ve belirgin kaygı veya sıkıntıya neden olan itkilerle karakterizedir. Bu obsesyonlara yanıt olarak, OKB'si olan kişiler kompulsiyon olarak ifade edilen sıklıkla aşırı, zaman alıcı ve çoğu zaman sıkıntı verici tekrarlayan ritüel davranışlar veya zihinsel eylemlerde bulunurlar (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Obsesyonlar ve kompulsiyonlar arasındaki ilişkide obsesyonlar, kaygıyı veya başka bir olumsuz duygu durumunu uyandırırken kompulsiyonlar, rahatsız edici duyguyu değiştirmek için harekete geçirilir. Bu basitleştirilmiş açıklama, OKB'li birçok bireyin mücadelesini tanımlasa da OKB, çok çeşitli semptom görünümleri olan heterojen bir bozukluktur. Hem obsesyonların hem de kompulsiyonların fenomenolojisi çeşitlilik göstermektedir. Girici düşünceler OKB'li bireyler tarafından itici ve istenmeyen olarak görülmesine rağmen bu tür düşünceleri OKB'si olmayan bireyler de yaygın olarak deneyimlemektedir (Bouvard ve ark., 2017; Moulding ve ark., 2011). OKB'nin bilişsel modellerine göre anormal olan düşüncelerin kendisi değil, hem yüksek düzeyde sıkıntı getiren hem de düşünce bastırma ve ritüel davranışlara yönelik girişimlere sebep olan bu girici düşüncelerin OKB'li kişiler tarafından değerlendirilmesidir (Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu [OCCWG], 2003; Salkovskis, 1985).

Obsesyonların değerlendirilmesi kuramı, OKB araştırmalarına ve uygulamalarına hâkimdir (Clark, 2006). Bu kuramlara göre düşüncelerin yorumlanması obsesyonların gelişimine önemli derecede katkıda bulunmaktadır (Rachman, 1998; Salkovskis, 1985). Daha sonrasında inanç temelli OKB modelleri kuramsallaştırılmıştır (Rachman, 2002). Bu bağlamda OKB araştırmacıları üç saplantılı inanç alanını kategorilendirmiştir: aşırı sorumluluk ve abartılmış tehdit öngörüsü; mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük; düşüncelerin önemi ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı (Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu [OCCWG], 2005). Bu inanç alanlarının OKB ile ilişkili olduğunu gösteren ampirik

kanıtlar olmasına rağmen sonuçlar kesin değildir ve belirti şiddetindeki varyansın çoğu obsesif inançlarla açıklanamamaktadır (Julien ve ark., 2007). Sonuç olarak obsesif inançların rolünü destekleyen önemli kanıtlara rağmen tutarlı bir modelin olmaması ve belirti derecesindeki açıklanmayan bu farklılıklar, araştırmacıların OKB semptomatolojisini açıklamak için bilişsel değerlendirmelerin ötesinde yapıları incelemesini beraberinde getirmektedir (Smith, ve ark., 2012).

OKB semptomatolojisinin ve heterojen yapısının açıklanmasında duyguların rolüne daha az dikkat edilmiştir. Çeşitli araştırma bulguları, OKB'yi anlamada ve bu durum için tedaviler tasarlamada duyguların ve duygularla ilgili değişkenlerin önemli olabileceğini düşündürmektedir (Cottraux ve Gerard, 1998; Rachman 1998; Tolin ve ark., 2006; Yap ve ark., 2018). Araştırmacıların bilişsel yapıların ötesinde incelediği OKB ile bağlantılı olabilecek bir başka yapı duygu düzenlemedir. Duyguların şekillendirilebilirlik özelliğiyle yakından ilişkili olan bu yapı; bireylerin hangi duygulara sahip olduklarını, bu duygulara ne zaman sahip olduklarını, bu duyguları nasıl deneyimleyip ifade ettiklerini etkiledikleri bir süreç karşılık gelmektedir (Gross, 1998b).

Bilişsel yeniden değerlendirme ve ifade edici bastırma bireylerin duygu düzenleme sürecinde kullandıkları stratejilerdendir (Gross, 2008). Bilişsel yeniden değerlendirme, kişinin bir durumun anlamını o duruma karşılık verdiği duygusal tepkide bir değişikliği beraberinde getirecek şekilde değiştirmesiyle karakterize duygu düzenleme stratejisidir (Gross, 2008). İfade edici bastırma, devam etmekte olan duygu ifade edici eylemin engellenmesi şeklinde yaşantılanan bir tepki modülasyonu biçimidir (Gross, 1998; Gross, 2008).

Duygusal tepkilerin farkındalığında ve bunların kabulündeki eksiklik, duygulara verilen tepkilerdeki belirsizlik, olumsuz duygular deneyimlenirken dürtüleri kontrol etmede ve amaca yönelik davranışlarda bulunmada zorluk ve işlevsel olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim duygu düzenleme güçlüklerini oluşturmaktadır (Gratz ve Roemer, 2004).

Duyguların düzenlenmesi sürecinde deneyimlenen zorlukların ve uyumsuz duygu düzenleme stratejileri kullanımının OKB'nin ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde rolü bulunan kritik faktörlerden biri olabileceği ileri sürülmektedir (Allen ve Barlow, 2009; de la Cruz ve ark., 2013; Stern ve ark., 2014). Geçmişten

günümüze OKB bağlamında duygu düzenlemeyi inceleyen kanıta dayalı çalışmalar görece artmış olsa da bu konudaki boşluğa yapılan vurgu devam etmektedir (Fergus ve Bardeen, 2014; Stern ve ark., 2014).

Duygulara dair bir başka kavram olan duygu değerlendirmesi (emotion appraisal); duygunun başlangıçta deneyimlenmesi ve ardından kişinin duygu üzerine düşünmesiyle ikincil bir duygu yaşantısının (meta-duygudurum) ortaya çıkması şeklinde ifade edilmektedir (Mayer ve Gaschke, 1988). Bu ifadeye göre, duygular başlangıçta doğrudan ve daha sonra yansıtıcı olarak deneyimlenmektedir.

Alan yazını gözden geçirildiğinde duygu değerlendirmesinin ve bununla ilişkili olabilecek çeşitli kavramların (örneğin, duygulanımdan kaçınma) OKB'nin heterojen semptomatolojisiyle olası ilişkisinin sınırlı sayıda çalışmada incelendiği dikkat çekmektedir. McCubbin ve Sampson (2006), duygu değerlendirmesinin bir göstergesi olarak kişilerin deneyimledikleri belirli duyguların (örneğin kaygı, üzüntü ve öfke gibi) tehdit edici olduğunu hissetmesi olarak tanımladıkları “duyguları tehdit olarak algılama” kavramını değerlendirmek amacıyla Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'ni (The Perception of Threat from Emotions Questionnaire - PTEQ) geliştirmişlerdir. OKB belirtileri ve duygular arasındaki ilişkiyi klinik ve klinik olmayan örneklemelerde inceleyen çeşitli araştırmalarda bu ölçüm aracının kullanıldığı görülmektedir (McCubbin ve Sampson, 2006; Sinha ve ark., 2021; Smith ve ark., 2012; Wetterneck ve ark., 2011).

Tüm bu bilgiler ve alan yazında vurgulanan boşluk birlikte ele alındığında mevcut tez çalışmasında “duygu değerlendirmesi” değişkenine de yer verilecek ve bunun bir göstergesi olarak “duyguları tehdit olarak algılama” kavramı kullanılacaktır. Söz konusu kavramın ölçülebilmesi amacıyla bu çalışmanın ilk aşamasında, obsesif kompulsif belirti boyutları ve duygular arasındaki bağlantıları Türk örnekleminde inceleyebilmek adına önemli olabileceği düşünülen ve henüz Türkçe'ye uyarlanmadığı bilinen Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin (the Perception of Threat from Emotion Questionnaire; McCubbin ve Sampson, 2006) Türkçe'ye adaptasyon, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılacaktır.

Mevcut tez çalışmasının ikinci ve esas aşamasında yine alan yazınındaki ilgili çalışma sayısı sınırlılığı göz önüne alınarak obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duyguları tehdit olarak algılama

değişkenlerinin anksiyete ve depresyon belirtileri kontrol edilerek obsesif kompulsif belirti boyutlarının görünümü ile olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. İlgili alan yazındaki mevcut çalışmalara ilişkin bir tarama yapıldığında söz konusu tüm değişkenlerin obsesif kompulsif belirti boyutlarının yordayıcıları olarak bir arada incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır. Bu noktadan yola çıkılarak, obsesif inançların obsesif kompulsif belirtileri yordadığına yönelik çalışma bulgularına (Tolin ve ark., 2003; Wheaton ve ark., 2010) ek olarak obsesif inançların OKB boyutları ile ilişkisinde duygu düzenleme stratejilerinin, duygu düzenleme güçlüklerinin ve duyguları tehdit olarak algılamanın da OKB boyutlarını yordayıp yordamadığını değerlendirmek amaçlanmaktadır. Duygularla ilgili yapılar da dikkate alındığında var olan modelin tahmin gücünün artıp artmayacağı merak edilmektedir. Görece sınırlı sayıda araştırmada incelendiği görülen “duyguları tehdit olarak algılama” kavramının duygularla ilişkili diğer faktörler ve obsesif kompulsif belirtilerle ilgili faktörlerle beraber irdelenmesinin, OKB’nin etiyolojisinde rol oynayan psikolojik süreçlere yönelik anlayışın gelişmesine ve bu konudaki alan yazın boşluğunun tamamlanmasına katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

1. LİTERATÜR VE AMAÇ

1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Kısa Tarihçesi

Obsesif kompulsif bozukluğa (OKB) ilişkin kavramsallaştırmalar tarih boyunca değişiklik göstermiştir. Bu kavramsal değişikliklerde toplumun dünyaya bakışındaki değişimler etkili olmuştur. Shakespeare tarafından on yedinci yüzyılın başlarında kaleme alınan Macbeth isimli eserde Lady Macbeth karakteri, kralı öldürmesinin ardından gördüğü hayali kanlı elini günahlarından arınmayı umarak yineleyici şekilde yıkamıştır. Lady Macbeth'te, ellerini yıkama davranışını takıntı haline getirecek boyutta bir vicdan azabı ve suçluluk hissi bulunmaktadır (Shekhawat ve Nathawat, 2022). Günümüzden bakıldığında bu durumun OKB'nin tipik bir örneğini yansıttığı söylenebilmektedir. Sözü edilen zamanlarda, takıntılara ve bunlar sonucunda ortaya çıkan kompulsif davranışlara yönelik açıklamalar kişilerin dış güçler tarafından ele geçirildiğine ve arzu edilmeyen istilacıların büyücü doktorlar veya dini liderler tarafından şeytan çıkarma ritüeliyle dışarı atılması gerektiğine dayanmaktadır (Salzman ve Thaler, 1981).

Zaman ilerledikçe tıbbi düşüncedeki gelişmelerle birlikte OKB'ye yönelik açıklamalardaki dinî bakış açısı yerini bilimsel bakış açısına bırakmıştır. On dokuzuncu yüzyılda obsesyon ve kompulsiyonların psikiyatrik tanımlarını ilk kez Esquirol (1838) yapmıştır. Bu yüzyılın sonlarına doğru gelindiğinde obsesyon ve kompulsiyonlar melankoli veya depresyonun bir yansıması olarak kabul edilmiştir (Fornaro ve ark., 2009). OKB'yi bir duygu hastalığı olarak tanımlayan Morel, bu hastalıkta içgörünün yokluğuna atıfta bulunulabilmesi adına “délire (hezeyan)” kelimesini kullanmıştır (Krochmalik ve Menzies, 2003). Yirminci yüzyıla gelindiğinde OKB'ye yönelik açıklamalar psikoloji ekseninde şekillenmeye başlarken Pierre Janet bu bozukluğu başlıca zihinsel bozukluk sınıflarından biri olan “psikastenî”

kavramı altında tanımlamıştır (Pitman, 1987). Psikanalizin yirminci yüzyılın başlarındaki gelişimi sonucunda bu rahatsızlıklara dair açıklamalardaki merkezi nokta bilinç dışı çatışmalarla ilişkili psikolojik yorumlamalar olarak değişmiştir (Fineberg ve Roberts, 2001). 1950’lerde davranışsal terapinin öne çıkmaya başlamasıyla birlikte fobik bozuklukların tedavisinde etkili olduğu kanıtlanan öğrenme teorileri OKB belirtileri için de uyarlanmıştır. Bu öğrenme teorileri bütün OKB belirtilerinin açıklanmasında yeterli olmasa da, 1960’larda ve 1970’lerde kompulsif davranışların azaltılmasına yarayan tedavilerin geliştirilmesini sağlamıştır (Fornaro ve ark., 2009).

1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı

Obsesif kompulsif bozukluk, obsesyon ve kompulsiyon olarak adlandırılan yapıların kişiye sıkıntı verecek ya da günlük hayatta işlevsellik açısından önemli engellemelere neden olacak boyutta şiddetli ve tekrarlayıcı şekilde ortaya çıkmasıyla karakterize bir psikolojik rahatsızlıktır (Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], 2013). Obsesyonlar diğer bir ifadeyle takıntılar; istenmeyen, kabul edilemez ve kişide direnç oluşturan müdahaleci ve tekrarlayan görüntü, düşünce veya itkilerdir (Rachman, 1985). Zorlantılar olarak da ifade edilen kompulsiyonlar ise takıntılara karşı tepki olarak ortaya çıkan, takıntının yol açtığı sıkıntıyı azaltmak veya korkulan sonuca engel olmak amacıyla kişinin kendine dayattığı tekrarlanan davranış ve zihinsel eylemler bütünüdür (APA, 2013).

OKB tanısının konabilmesi için APA tarafından Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nda (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) oluşturulan başlıklandırmada yıllar içinde çeşitli değişiklikler meydana gelmiştir. OKB, DSM-IV-TR’de (2000) “Anksiyete Bozuklukları” başlığı altında yer almıştır. OKB, DSM-5’in (2013) yayınlanmasıyla birlikte bu başlıktan çıkarılarak “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” isimli yeni bir tanı sınıfına dahil edilmiştir. Bir başka tanısal sistem olan Uluslararası Hastalık Sınıflandırması’nın (International Classification of Diseases-ICD) yayınlanan son basımı ICD-11’de OKB, 6B20 koduyla “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında bulunmaktadır (World Health Organization [WHO], 2020).

OKB'nin DSM'deki sınıflandırmasında yapılan değişiklikler içerikte bazı noktaların değişimini de beraberinde getirmiştir. Obsesyonların açıklanmasında DSM-IV-TR'de “dürtü” kelimesi kullanılırken DSM-5'te “itki” kelimesi kullanılmıştır. DSM-IV-TR'de obsesif düşüncelerin içeriği detaylandırılırken kullanılan “uygunsuz” kelimesi DSM-5'te “istenmeyen” kelimesiyle değiştirilmiştir. Bu değişimde yeni kelimenin daha kişisel ve kültür açısından tarafsız olması dikkate alınmıştır. DSM-IV-TR'deki kişilerin obsesyon ve kompulsiyonların anlamsız ve abartılı olduğunu kabul etmeleri zorunluluğu DSM-5'te bulunmamaktadır. Bununla bağlantılı bir başka değişiklik ise ayırıcı tanıyı daha iyi hale getirebilmek amacıyla DSM-5'teki içgörü belirleyicisinde yapılmıştır (Abramowitz ve Jacoby, 2014). Bu belirleyici; içgörüsü iyi ya da oldukça iyi (bozuklukla ilgili inanışlarının ayırımında olanlar), içgörüsü kötü (bozuklukla ilgili inanışlarını gerçek sananlar) ve içgörüsü yok/sanrısız inanışlar (bozuklukla ilgili inanışlarının kesinlikle gerçek olduğuna inananlar) şeklinde derecelendirilmiştir. Bahsedilen değişiklikler neticesinde DSM-5'te OKB için belirtilen tanı ölçütleri aşağıda sunulmuştur (APA, 2014):

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

Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.
2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırmamaya ya da bunları baskılamamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).
2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da

korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

B. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz. (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide [saç yolma bozukluğu] olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığının olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler, yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımındadır.

İçgörüsü kötü: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

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

1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Klinik Özellikleri ve Belirti Boyutları

Bahsedilen sınıflandırmalar ve tanı ölçütleri dikkate alınarak OKB'deki klinik tablo yakından incelendiğinde bozuklukla birlikte ortaya çıkan belirtilerdeki ve bunların yaşanma şeklindeki çeşitlilik göze çarpmaktadır. OKB bazı durumlarda yalnızca bir obsesyon ya da yalnızca bir kompulsiyonla ortaya çıkarken (Clark, 2006; Rachman ve Shafran, 1998; Riggs ve Foa, 1993) OKB'li bireylerin çoğu her iki belirtiyi de deneyimlemektedir (Lensi ve ark., 1996). Bununla ilgili Welner ve arkadaşları (1976) tarafından yapılan erken bir çalışmada OKB'li katılımcıların %69'unun hem obsesyon hem de kompulsiyonlardan muzdarip olduğu, %25'inin yalnızca obsesyonlardan sıkıntı çektiği ve %6'sının yalnızca kompulsiyonlardan sıkıntı çektiği belirlenmiştir. Obsesyon ve kompulsiyonlar, klinik görünümde çok çeşitli biçimlerde görülebilmesine rağmen sayılarının sınırlı olduğu ve basmakalıp bir yapıda oldukları vurgulanmaktadır (Akhtar ve ark., 1975; Rasmussen ve Eisen, 1992).

Obsesyon, ritüel haline gelmiş fark edilebilir eylemlerin ortaya çıkması öncesinde bireyin kişilik yapısındaki varlığı tespit edilebilen, ritüelleştirilmiş ve kalıcı nitelikteki bir düşünce şeklidir. Düşünceler, kelimeler, görüntüler veya arzular kişinin iradesine ve seçim yapabilme yetisine aykırı şekilde ve bilinçli sonlandırma imkanının ötesinde kişinin farkındalığına zorla girerek obsesif belirtileri oluşturmaktadır (Salzman ve Thaler, 1981). Bu belirtiler dış tetikleyiciler (örn. keskin maddeler) tarafından ya da herhangi bir tetikleyicinin etkisi olmaksızın ortaya çıkabilmektedir. Obsesyonlar zararlı uyarılar şeklinde işlev göstererek kişinin ruh halinin giderek bozulmasına ve strese olan duyarlılığının artmasına sebep olabilmektedir. Obsesif bileşenin olağan alışkanlık kalıplarına karşı direnci ve kişinin bilişsel kontrolündeki devamlı başarısızlık obsesyonların sürmesine sebep olmaktadır (Rachman, 1985). Clark (2006) obsesyonların yoğunluk ve derece açısından farklılaşabileceği beş temel özelliğini açıklamıştır. Bunlardan ilki obsesyonların istenmeyen şekilde sürekli olarak kişinin bilincine girmesiyle karakterize müdahaleci nitelikleridir. Obsesyonların

ortaya çıkması dikkati ele geçirerek devam etmekte olan eylemi kesintiye uğratmaktadır. Takıntılı içerik, ortaya çıkmasıyla birlikte olumsuz bir duygulanımı da beraberinde getirebildiğinden kişi için kabul edilemezdir. Bununla ilgili olarak davetsiz düşünce sebepli sıkıntının derecesi ile kabul edilemezlik algısı arasında yakın bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Parkinson ve Rachman, 1981a). Kompulsif ritüellerin kaçınma ya da bilişsel kontrol stratejileri gibi yöntemlerin kullanılmasıyla kişide bastırmaya, takıntının bilince girişini engellemeye ya da takıntıyı görmezden gelmeye yönelik öznel bir direnç oluşturması, obsesyonların bir diğer ayırt edici özelliğidir. Kişi, bu dirence rağmen obsesyon üzerinde yeterince kontrol sağlayamayarak düşüncesinde artmış bir kontrol edilemezlik hissetmektedir. Obsesyonların özelliklerinden sonuncusu olan ego distonisi, obsesyonun içeriğinin kişinin benlik duygusuyla tutarsız olma derecesine karşılık gelmektedir. Kişinin, istenmeyen düşüncelerin benliğinin değerli parçaları haricinde ortaya çıktığını ve bunların kendisinden bekleyeceği türde içerikler olmadığını düşünmesiyle kişinin kendilik algısına karşı bir tehdit oluşmaktadır (Purdon, 2001; Purdon ve Clark, 1999). Rachman (1985) da yukarıda açıklananlara benzer şekilde obsesyonların ayırt edici niteliklerinden ve doğrulayıcı göstergelerinden bahsetmiştir. Buna göre, tekrarlayan düşünce ya da imgeler biçimindeki içeriğin obsesif olarak tanımlanabilmesi için gereken özellikler müdahaleci olması, kontrol edilmesinin zor olması, içsel yüklemeye oluşturması ve istenmeyen nitelikte olmasıdır. Direnç ve yabancı bir nitelik ise Rachman (1985) tarafından belirtilen doğrulayıcı göstergelerdir.

OKB belirtilerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmalarda obsesyonların özelliklerinin yanı sıra obsesyon temaları da belirlenmeye çalışılmıştır. Obsesyonların içeriği endişe verici, tiksindirici, müstehcen, küfür niteliğinde, saçma veya bunların hepsi birden olabilmektedir (Rachman, 1985). Bu bağlamda Clark (2006) kirlenme/bulaştırma, kendine ya da başkalarına zarar verme/yaralanma, simetri/kesinlik, patolojik şüphe, dinsel, kabul edilemez cinsel ilişki, somatik ve biriktirme olmak üzere sekiz tane obsesyon tipini sıralamıştır. Kirlenme kişinin kirli, zararlı veya bulaşıcı olarak algıladığı bir nesne/yer/kişi ile direkt ya da dolaylı olarak temas etmesi sonrasında meydana gelen şiddetli ve devamlı bir kirlilik, tehlikeye maruz kalma veya enfeksiyon kapma durumunda olduğunu hissetmesidir. Kirlilik duygusunun ortaya çıkmasına neden olabilen kaynaklar kirlетici maddeler (çürümüş

bitkisel ya da hayvansal madde, dışkı), bulaşıcı maddeler (kan ve tükürük gibi bedensel sıvılar, hastaneler, AIDS ile bağlantılı olduğu düşünülen insanlar veya yerler), zararlı maddeler (böcek ilaçları, kimyasal maddeler, gıdalar) veya zihinsel kirleticiler (yaşanmış kötü olaylar, suçlamalar veya ahlaksızlık) şeklinde detaylandırılmaktadır (Rachman, 2004). Zarar obsesyonları şiddet uygulama ya da şiddete maruz kalma şeklindeki sansürlenmemiş rahatsız edici düşünceleri, itkileri veya görüntüleri içermektedir (Booth ve ark., 2014). Bu temada obsesyonları olan bireyler başka insanlara zarar vermekten (yaralama, öldürme), keskin nesnelerden (makas, bıçak, cam parçası gibi) veya çocuklar ve yaşlılarla tek başına kalmaktan korku duymaktadır (Emmelkamp ve van Oppen, 2001). Simetri obsesyonları kişinin olayları ya da nesneleri belirli bir düzende tutması, belirgin bazı motor işleri tam olarak yapmaya çalışması, her şeyi tam anlamıyla simetrik ve eşitlenmiş şekilde tutma çabası ile karakterize bir klinik tabloyu yansıtmaktadır. Patolojik şüphe obsesyonları bir şey iyice ya da bütünüyle kontrol edilmediğinde korkunç bir olayın gerçekleşeceğine yönelik sürekli endişeli fikirlerle karakterize edilmektedir (Rasmussen ve Eisen, 1992). Bu temada obsesyonu olan bireyler, evdeki elektrikli bir aletin tamamen kapalı olup olmadığıyla ilgili veya bir görevi tam olarak doğru şekilde tamamlayıp tamamlamadıklarıyla ilgili yoğun şüphe duyabilmektedir (Clark, 2006; Rasmussen ve Eisen, 1989). Dinî obsesyonlar dinî konularla ilgili müdahaleci, günahkâr ve küfür niteliğindeki düşüncelerden veya aşırı ahlak anlayışından oluşabilmektedir (Himle ve ark., 2011). Kişinin diğer alanları dışlayarak sıklıkla dininin küçük ayrıntılarına odaklanmasını içeren bu obsesyon temasına kutsallığa aykırı olan düşünceler (örneğin şeytanla ilgili) ve günah işleyip işlemediğine dair yoğun endişe (örneğin dua ederken hayallere kapılmak) örnek olarak verilebilir (Nelson ve ark., 2006). Cinsel obsesyonlarla ilgili temalar arasında cinsel sapmalar, sadakatsizlik, hamilelik, cinsel yönelimde değişiklik yaşama veya ensest ilişki bulunmaktadır (Gordon, 2002). Kişiler istenmeyen cinsel ilişkide bulunmaya (örneğin bir çocukla cinsel ilişkiye girme), cinsel saldırganlığa, dinî figürlerle ilgili cinsel düşüncelere, beklenmedik şekilde hamile kalmaya veya başkalarını hamile bırakmaya yönelik rahatsız edici takıntıları deneyimlemektedir (Williams ve Wetterneck, 2019). Somatik obsesyonlar, kişinin yaşamını tehdit edecek önemli bir hastalığa (örneğin kalp krizi, kanser gibi) yakalanma konusunda sürekli korku duyması olarak tanımlanmaktadır (Rasmussen ve Eisen,

1992). Son olarak biriktirme temalı obsesyonlar, değeri az olan veya faydasız görünen eşyaların edinilmesi ve bunların elden çıkarılamaması veya değerli olduğu düşünülen bir nesnenin yanlışlıkla atılabileceğine dair endişelerle karakterizedir (Frost ve Gross, 1993; Rasmussen ve Eisen, 1992).

OKB’de obsesyonların yanında yer alan bir diğer bileşen kompulsiyonlardır. Kompulsiyonlar; tekrarlayan ve kalıplaşmış bir davranış, azalmış kontrol duygusu, öznel bir baskı veya davranışı yerine getirme itkisi ve hissedilen sıkıntıyı azaltma veya korkulan bir sonuç için önlem alma özellikleri ile tanımlanmaktadır (Rachman ve Shafran, 1998). OKB’li bireylerin birçoğu kompulsiyonlarla mücadele ederken dirençle karşılık vermede güçlük çekmekte veya hiç direnç gösterememektedir (Foa ve Kozak, 1995; Stern ve Cobb, 1978). Obsesyonlar ve kompulsiyonlar işlevsel açıdan birbirleriyle ilişkili görülmektedir. Buna göre, genellikle obsesyonlar bireyde kaygı oluşmasına yol açarken beraberindeki kompulsiyonlar ise kaygıyı azaltmak için gerçekleştirilmektedir (Clark, 2006). Bireylerin kompulsiyonları uygulamasında ve sürdürmesinde başka sebepler de bulunmaktadır. Kompulsiyonların, olumsuz veya zararlı bir durum olma ihtimalini düşürmesi ve başka insanlara zarar verme ile alakalı sorumluluk algısını azaltması örnek olarak verilebilir (Carr, 1974; Salkovskis, 1985). OKB’si olan bireylerin tam anlamıyla doğru olarak algılanan duruma ulaşana kadar kompulsif davranışta bulunmalarına karşılık gelen “doğru algı” kavramı bir diğer sebep olarak gösterilebilmektedir (Leckman ve ark., 2000).

Obsesyonlarda olduğu gibi kompulsiyonlarda da çeşitli tiplerden bahsedilebilmektedir. Kompulsiyon türleri kontrol etme, yıkama/temizleme, sıralama/tekrarlama/simetri, istifleme ve saymayı içerisine alan zihinsel kompulsiyonlar şeklinde sıralanmaktadır (Starcevic ve ark., 2011). Kontrol etme kompulsiyonu, bireylerin korkulan bir olayın gerçekleşmeyeceğinden emin olmak için çeşitli durumları kontrol etmesiyle karakterizedir. Kapıların kilitli, muslukların ya da elektronik aletlerin kapalı (veya fişinin çekilmiş olup olmadığını) olup olmadığını veya önemli eşyaların kaybedilip kaybedilmediğini kontrol etmek bu tip kompulsiyonlara örnek olarak verilmektedir. Temizlik kompulsiyonu olan bireylerde birden fazla yıkama davranışı, ağır temizleyici maddelerin (örneğin alkol, çamaşır suyu) kullanımı ya da ritüelleştirilmiş yıkama yöntemleri görülebilmektedir. Bu tip kompulsiyon bazı bireylerde hastalık kapma veya başkalarına hastalık bulaştırma

korkusuyla değil, kirlenmiş olma durumunun kişide yoğun rahatsızlık oluşturmaları sebebiyle ortaya çıkmaktadır. Yıkama ritüeli aracılığıyla kişi bu sıkıntıyı azaltmaktadır (Riggs ve Foa, 1993). Sıralama/tekrarlama/simetri kompulsiyonları çevrenin düzenlenmesini, düzensiz olan alanlardan uzak durulmasını ve nesnelerin “tam olarak doğru şekilde” durmasının sağlanması zorunluluğunu içermektedir. Bu tip kompulsiyonu olan bireyler eşyalarının kesinlikle doğru şekilde durduğundan emin olmak amacıyla bir raf ya da masayla ilgilenirken saatler geçirdiklerinden ve endişeleri sıkıntı oluşturmayacak seviyeye gelene dek eşyaları tekrar tekrar düzenlediklerinden bahsetmektedir (Radomsky ve Rachman, 2004). İstifleme kompulsiyonu; kişilerin sahip oldukları her şeyin neredeyse tamamına yoğun şekilde duygusal, araçsal ve içsel değerler atfetmesine ve önemsiz gibi görünen eşyaları bile elden çıkaramamasına karşılık gelmektedir (Frost ve Steketee, 2011). Gündelik yaşamda alınan nesnelerin (örneğin ipler, gazeteler) gelecekte edinilemeyeceği korkusuyla atılamaması veya belirli materyallerin biriktirilmesi (örneğin çok sayıda gazete abone olmak, bir ögenin çok sayıda kopyasını edinmek veya boş süt kapları, tavuk kemikleri, eski banknotlar, notlar, ayakkabılar biriktirmek) bu kompulsiyonlara örnek olarak verilebilir (Hersen ve Porzelius, 2001; Riggs ve Foa, 1993). Zihinsel kompulsiyonlar ise belirgin şekilde davranışsal ya da motor işaretler göstermeden gerçekleştirilen ritüeller olarak tanımlanmaktadır. Sayma, dua etme, sözcük ya da ifadeleri sessiz bir biçimde tekrarlama ve rahatsızlık veren zihinsel görüntüleri etkisiz hale getirme bu tipte kompulsiyonların örneklerini oluşturmaktadır (Sibrava ve ark., 2011).

OKB’ye dair bilimsel anlayışın gelişmesi ve ilerlemesi adına yapılan araştırmalarda bozukluğun heterojen yapısı sıklıkla vurgulanmaktadır (Leckman ve Bloch, 2008; Pato ve ark., 2002; Rasmussen ve Eisen, 1989). Buna göre OKB’li kişiler bozukluğun belirtilerini hem farklı şekillerde hem de farklı derecelerde deneyimleyebilmektedir (Fullana ve ark., 2010; Leckman ve ark., 2007; Mataix-Cols ve ark., 2005). Örneğin, OKB’li bir birey mikropların bulaşmasını engellemek veya herhangi bir hastalıktan korunmak için yıkama kompulsiyonunu uygularken bir diğer OKB’li birey başkalarına cinsel saldırıda bulunup bulunmadığına dair istenmeyen düşüncesinin oluşturduğu şüpheyi ortadan kaldırmak için yıkama kompulsiyonuna başvurabilir (Riggs ve Foa, 1993). Bahsedilen heterojen yapı neticesinde OKB’ye dair alan yazınında belirtiler incelenirken farklı yaklaşımlar ortaya konulmuştur (Akhtar ve

ark., 1975; Khanna ve ark., 1990; McKay ve ark., 2004). Semptom temasına odaklanan “belirti alt tipi” yaklaşımı bunlardan biridir. Bu yaklaşım çerçevesinde araştırmacılar “kontrol edenler (checkers)” ve “temizleyenler (washers)” alt tiplerini öne çıkarmaktadır (Fontenelle ve ark., 2005; Horesh ve ark., 1997; Khanna ve Mukherjee, 1992; Steketee ve ark., 1985). Kontrol edenler alt tipindeki kontrol kompulsiyonlarının ağırlıklı olarak önlemeye, temizleyenler alt tipindeki temizlik kompulsiyonlarının ise çoğunlukla güvenli bir durumu yeniden oluşturmaya yönelik olduğu öne sürülmektedir (Rachman, 1976). Bu alt tiplerin yanında Rasmussen ve Eisen (1992) kirlenme takıntıları, cinsel ve saldırgan takıntılar, patolojik sorumluluk veya kuşku, somatik takıntılar, simetri ve kesinliğe duyulan ihtiyaç, istifçilik ve dinî takıntılar olmak üzere yedi OKB alt tipini tanımlamıştır.

OKB belirtileri incelenirken benimsenen belirti alt tipi yaklaşımının birtakım sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle bu yaklaşım çerçevesinde yapılan çalışmalarda OKB ölçümlerindeki odak kirlenme, yıkama, şüphe etme ve kontrol etme gibi daha sıklıkla tanımlanan obsesyon ve kompulsiyonlarda olup gizli boyutların ortaya çıkması ihmal edilmiştir (McKay ve ark., 2004). Belirlenen saf alt tiplere OKB’li bireylerde nadir olarak rastlanması ve her alt tipten yeterli örnekleme ulaşılmasının elverişli olmaması bu alt tipleri biyolojik faktörlerle veya tedaviye yanıtla bağlantılandırmada zorluğu beraberinde getirmiştir (Leckman ve ark., 2007). OKB’li bireylerin çoğunun deneyimlediği obsesyon ve kompulsiyonlarda zaman içinde önemli değişiklikler görüldüğü bilinmektedir (Skoog ve Skoog, 1999). Ancak belirti alt tipi çalışmalarının kesitsel yapıda olması semptomların bu dinamik doğasını göz ardı etmektedir (Clark, 2006).

Bu sınırlılıklar dikkate alındığında OKB belirtileri yapısal analizler yapılarak daha detaylı şekilde incelenmiş ve bir diğer bakış açısı olarak “boyutsal yaklaşım” ortaya çıkmıştır. Boyutsal yaklaşımda, obsesyon ve kompulsiyonların birlikte karakterize edilecek farklı boyutlara ayrılabilceği fakat bozukluğun obsesyon ve kompulsiyonlara ayrılamayacağı fikri benimsenmektedir (Abramowitz ve Deacon, 2005; Amir ve ark., 1997). Buna göre, OKB boyutsal açıdan ele alındığında bireyler tek ya da daha fazla belirti boyutunda yer alabilirken vurgulanan nokta OKB’li gruplar yerine belirtiler ya da davranışlardır (Mataix-Cols ve ark., 2005). Abramowitz ve arkadaşları (2010) yürüttükleri araştırmada, yapısal analizler sonucunda tutarlılığı en

yüksek OKB belirti boyutlarını 1) bulaş, 2) zarar verme ve hata yapmaya dair sorumluluk, 3) simetri ve sıralama ve 4) kabul edilemez düşünceler olarak belirlemişlerdir. Ayrıca aynı araştırmada her bir belirti boyutu için obsesyonlar, kompulsiyonlar ve kaçınma davranışı arasındaki bağlantıları belirlemek, belirtilerin sayısı veya çeşidine bağlı olmaksızın obsesif kompulsif belirti şiddetini değerlendirmek gibi amaçlarla Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği'ni (BOKÖ) geliştirerek OKB belirtilerinin boyutsal açıdan incelenmesine katkıda bulunmuşlardır. Belirti alt tipi yaklaşımı ve boyutsal yaklaşıma dair tüm bu bilgiler dikkate alındığında bu çalışmada OKB belirtileri boyutsal açıdan değerlendirilecektir.

1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi

OKB'nin genel popülasyondaki yaşam boyu yaygınlığına dair yapılan epidemiyolojik çalışmalarda bozukluğun toplumun yaklaşık %1-3'ünü etkilediği belirtilmiştir (Angst ve ark., 2004; Bebbington, 1998; Mohammadi ve ark., 2004; Ruscio ve ark., 2010; Torres ve ark., 2006). Sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda belirtilen oranlara benzer verilere ulaşılmıştır. Örneğin İsviçre'de yetişkin toplum örneklemiyle yürütülen boylamsal bir araştırmada OKB'nin %3,5'lik ağırlıklı kümülatif yaygınlık oranı tespit edilmiştir (Fineberg ve ark., 2013). Daha güncel bir başka çalışmada benzer şekilde OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %3,6 olarak bildirilmiştir (Subramaniam ve ark., 2020). Ülkemizde Çilli ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan epidemiyolojik araştırmada ise Konya ilindeki yetişkin örnekleminde OKB yaygınlığı %3 olarak bulunmuştur.

OKB'nin yaygınlığının cinsiyetler arasındaki dağılımına bakıldığında çeşitli çalışmalarca bildirilen farklı sıklık oranları dikkat çekmektedir. Bazı çalışmalarda OKB'nin cinsiyetler arasında eşit bir dağılım gösterdiği belirtilirken (Canals ve ark., 2012; Valleni-Basile ve ark., 1996) bazı çalışmalarda ise erkeklerdeki oranın daha fazla olduğu (Mathis ve ark., 2011) veya kadınlardaki oranın daha fazla olduğu (Fineberg ve ark., 2013) belirtilmektedir. Örneğin yetişkin örnekleminde DSM-IV tanı kriterleri kullanılarak yapılan bir araştırmada OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda %5,4 ve erkeklerde %1,7 olarak bildirilmiştir (Angst ve ark., 2004). Fawcett ve arkadaşlarının (2020) OKB'nin dünya çapındaki yaygınlığını ve cinsiyet

dağılımındaki risk durumunu incelemek amacıyla gerçekleştirdiği meta analiz çalışmasında kadınların OKB yaşama olasılığı erkeklere göre 1,6 kat daha fazla bulunmuştur. Aynı çalışmada OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı için kadınlarda %1,5 ve erkeklerde %1 şeklinde değerlere ulaşılmıştır. Grabe ve arkadaşlarının (2000) Almanya örneklemindeki epidemiyolojik araştırmasında ise DSM-IV kriterlerine göre belirlenen subklinik OKB tanısının kadınlarda ve erkeklerde eşit bir dağılım gösterdiği ifade edilmiştir.

OKB cinsiyet farkları temel alınarak değerlendirildiğinde görülme sıklığının yanı sıra deneyimlenen obsesif kompulsif belirtilerin türü ve klinik görünümü, bozukluğun gidişatı ve başlangıç yaşı gibi önemli klinik görünüm alanlarında da birtakım farklılıklar bulunmaktadır (Mathes ve ark., 2019). Örneğin Türkiye, İtalya, Hindistan ve İngiltere gibi farklı kültürlerde yapılan çalışmalarda kadınlar daha çok kirlenme obsesyonlarıyla ilişkilendirilirken erkekler daha çok cinsel obsesyonlarla ilişkilendirilmiştir (Bogetto ve ark., 1999; Jaisoorya ve ark., 2009; Karadağ ve ark., 2006; Labad ve ark., 2008; Ratnasuriya ve ark., 1991; Tükel ve ark., 2004). Bu çalışmalardan bazılarında erkeklerde daha sıklıkla rastlandığı belirtilen cinsel ve dini obsesyonların oranları birlikte değerlendirilmiştir (Jaisoorya ve ark., 2009; Labad ve ark., 2008). Kompulsiyonlar incelendiğinde kadınlarda temizlik; erkeklerde ise kontrol etme, tekrarlama, düzenleme ve biriktirme zorlantılarının daha yaygın olduğu bir klinik tabloya ulaşılmıştır (Bogetto ve ark., 1999; Castle ve ark., 1995; Cherian ve ark., 2014; Li ve ark., 2009; Samuels ve ark., 2002). OKB'de cinsiyetlere göre farklılık gösterebilen bir diğer klinik görünüm alanı bozukluğun başlangıç yaşı olarak öne çıkmaktadır. Buna göre OKB belirtileri, kadınlarla karşılaştırıldığında erkeklerde daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır (Khandelwal ve ark., 2009; Rasmussen ve Tsuang, 1986; Ruscio ve ark., 2010). Örneğin Cherian ve arkadaşlarının (2014) Hindistan'daki özel bir OKB kliniğine başvuran 545 OKB'li bireyi değerlendirdiği çalışmasında bozukluğun erkeklerdeki başlangıç yaşı 19,61 yıl, kadınlarda ise 25,19 yıl olarak bulunmuştur. Ayrıca OKB'nin erkeklerdeki daha erken başlangıcının, bozukluğun gidişatında belirtilerin erkeklerde daha şiddetli ve kronik şekilde ortaya çıkmasıyla ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Stewart ve ark., 2004).

OKB'nin başlangıç yaşını belirlemeye yönelik çalışmaların bazıları belirtilerin başlangıç yaşını (Butwicka ve Gmitrowicz, 2010; De Mathis ve ark., 2009) bazıları ise

belirtilerin yoğunluğunun arttığı, bireyin işlevselliğinin bozulduğu veya tüm tanı ölçütlerini karşıladığı bir tabloya karşılık gelen bozukluk başlangıç yaşını (Maina ve ark., 2008; Tükel ve ark., 2005) kriter olarak almaktadır. Albert ve arkadaşları (2015) OKB tanılı geniş bir örnekleme yürüttükleri çalışmalarında bahsedilen kriterler için farklı yaş dağılımlarına ulaşmıştır. Buna göre belirti başlangıç yaşı için ortalama olarak erken başlangıçta 6,9 yıl, orta başlangıçta 14,99 yıl ve geç başlangıçta 27,7 yıl olmak üzere üç bileşenli bir dağılım; bozukluk başlangıç yaşı için ise ortalama olarak 18 ve 29,5 yıl olmak üzere iki bileşenli bir dağılım bulunmuştur. Benzer şekilde toplum temelli çalışmaların bulgularına göre OKB geç çocukluk ve erken ya da orta yetişkinlik döneminde ortaya çıkarken bozukluğun 30 yaş sonrasındaki başlangıcına nadir olarak rastlanmaktadır (Angst ve ark., 2004; Fineberg ve ark., 2013; Ruscio ve ark., 2010).

Yukarıda bahsedilenlere paralel olarak araştırmacıların OKB'nin başlangıç yaşına dair erken başlangıçlı ve geç başlangıçlı olmak üzere yaptıkları ayırım detaylandırılabilir. Taylor'ın (2011) ilgili çalışmasında ortaya çıktığı zaman dilimi tipik olarak çocukluk veya erken ergenlik olan OKB'yi erken başlangıçlı; geç ergenlik veya erken yetişkinlik olan OKB'yi ise geç başlangıçlı olarak tanımlamaktadır. Çalışmadaki OKB'li bireylerin %76'sına karşılık gelen ilk tip için ortalama başlangıç 11 yaş olarak bulunurken ikinci tip için ortalama başlangıç 23 yaş olarak bulunmuştur. Başlangıç zamanı alt tiplerine bağlı olarak OKB'nin belirti görünümü, cinsiyetler arasındaki dağılımı ve eş tanı örüntüleri gibi özelliklerinde farklılıklar görülebileceği öne sürülmektedir (Geller ve ark., 1998; Robins ve Guze, 1970). Örneğin Taylor'ın (2011) daha önce bahsedilen çalışmasında erken başlangıçlı OKB, geç başlangıçlı OKB ile karşılaştırıldığında erkeklerde daha sık görülme ihtimali, birçok farklı tipte obsesif kompulsif belirtinin daha yüksek yaygınlığı ve daha yoğun belirti şiddeti deneyimi ile karakterize edilmektedir. Ayrıca bozukluğun erken başlangıçlı formu; tiklerin, diğer obsesif kompulsif spektrum bozukluklarının ve kişilik bozukluklarının eş tanısı olasılığıyla daha fazla ilişkilendirilmiştir. Bir başka çalışmada ise erken başlangıçlı OKB grubunun daha fazla yeti yitimi deneyimlediği; geç başlangıçlı OKB grubunun daha sıklıkla bozukluğun ani başlangıcına ve epizodik bir seyrine sahip olduğu belirtilmektedir (Albert ve ark., 2015).

1.5. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Prognozu ve Eş Tanılar

OKB'nin prognozu değerlendirildiğinde araştırmacıların çoğu bozukluğun kronik bir seyir izlediğini bildirmektedir (Anthony ve ark., 1998; Berrios ve Chiu, 1989; Emmelkamp ve van Oppen, 2001). Öte yandan bozukluğun seyrinin ve sonucunun incelenen örnekleme bağlı olduğuna da dikkat çekilmiştir (Angst ve ark., 2004). Hastaneye yatırılan OKB'li bireylerin sonuçlarının daha kötü olduğu ve bozukluğun giderek kronikleştiği fakat yıllar geçtikçe şiddetinde aşamalı olarak azalma gerçekleştiği gözlemlenmiştir (Ingram, 1961; Lo, 1967; Rüdin, 1953). Örneğin Skoog ve Skoog (1999) tarafından yapılan 47 yıllık bir takip çalışmasında hastanedeki OKB vakalarının %83'ünde iyileşme olduğu, %9'unun durumunun değişmediği ve %8'inin ise daha da kötüleştiği tespit edilmiştir. OKB'nin erken yaştaki başlangıcı, bozukluğun daha uzun süresi ve özellikle duygudurum bozuklukları olmak üzere psikiyatrik bir bozukluğun eş tanısı daha kötü OKB prognozuyla ilişkilendirilmiştir (Jakubovski ve ark., 2013). İyileşme olasılığının azalmasındaki etkili faktörler olarak da erkek olmak, tedaviye başvuru sırasında daha ileri yaşta olmak ve semptomların daha şiddetli olması (Eisen ve ark., 2010) ile birincil obsesyonun biriktirme olması (Eisen ve ark., 2013) öne sürülmektedir.

Alan yazını incelendiğinde OKB'nin hem epidemiyolojik çalışmalarda (Angst ve ark., 2005; Fineberg ve ark., 2013) hem de klinik çalışmalarda (Nestadt ve ark., 2009; Lochner ve ark., 2014) diğer psikiyatrik bozukluklarla eş zamanlı olarak ortaya çıkma oranı yüksek bir bozukluk olduğu dikkat çekmektedir. Örneğin Ruscio ve arkadaşları (2010) yürüttükleri epidemiyolojik çalışmada OKB'si olan bireylerin yaklaşık %90'ının başka bir bozukluğun daha tanı kriterlerini karşıladığını belirlemişlerdir. OKB ile en sık eş tanı gösteren bozukluk kategorileri arasında duygudurum bozuklukları ve kaygı bozuklukları yer almaktadır (Denys ve ark., 2004; Rasmussen ve Eisen, 1992). Duygudurum bozukluklarından unipolar depresyonun %56,4 değeri ile bu grupta OKB'ye en yüksek oranda eşlik eden bozukluk olduğu belirtilmektedir (Torres ve ark., 2016). Bir diğer duygudurum bozukluğu olan bipolar bozuklukta ise OKB eş tanı oranlarının %9 ile %12 arasında değiştiği görülmektedir (Diniz ve ark., 2004; LaSalle ve ark., 2004; Torres ve ark., 2016). Kaygı bozukluklarının OKB ile komorbiditesinde %32'lik bir birleşik yaygınlık oranı tespit

edilmiştir (Sharma ve ark., 2021). Bu bozukluk grubundaki spesifik tanıların OKB ile eş zamanlı bulunuşuna odaklanıldığında ise sosyal fobi için %26,4, özgül fobi için %25,5, yaygın anksiyete bozukluğu için %24 ve panik bozukluk için %11 şeklinde yaşam boyu eş tanı yaygınlık oranları bulunmuştur (Brakoulias ve ark., 2017).

Ülkemizde OKB ile eş tanıli bozuklukları belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda depresyon eş tanısı için Tükel ve arkadaşları (2002) %39,5; Demet ve arkadaşları (2005) %34,4 şeklindeki benzer eş tanı değerlerini bildirmiştir. Türkiye örneklemleri bir başka çalışmada OKB tanısının anksiyete bozuklukları ile eş zamanlılığı değerlendirilirken özgül fobi için %48,3, yaygın anksiyete bozukluğu için %33,3, panik bozukluk için %28,3 ve sosyal fobi için %26,7 komorbidite oranlarına ulaşılmıştır (Tamam ve ark., 2003). Diğer psikiyatrik bozukluklardaki OKB eş tanı oranları anoreksiya nervoza (%2,1-%5,9), bulimiya nervoza (%2-%4,7), beden dismorfik bozukluğu (%12,9), Tourette sendromu (%2,1-%2,4), alkol bağımlılığı (%1,5) ve şizofreni (%3,3) şeklindedir (Denys ve ark., 2004; du Toit ve ark., 2001; Sallet ve ark., 2010). OKB'nin kişilik bozukluklarıyla eş zamanlı bulunuşu incelendiğinde herhangi bir kişilik bozukluğu tanısının en az birinin OKB ile eş tanı gösterme riski %52 olarak aktarılmaktadır (Freiborg ve ark., 2013). OKB'deki komorbiditeler üzerine Sharma ve arkadaşlarının (2021) yürüttüğü güncel bir sistematik inceleme ve meta analiz çalışmasında herhangi bir kişilik bozukluğu için %34,9, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) için %16,8, kaygılı kaçınan kişilik bozukluğu için %9,2 ve sınırda kişilik bozukluğu için %8,6 yaşam boyu OKB eş tanı oranları aktarılmıştır. Eş tanı psikopatolojisi olan OKB'li bireyler eş tanısı olmayan OKB'li bireylerle karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha depresif ve kaygılı oldukları ve işlevsellikte daha yüksek düzeyde bozulma gösterdikleri bulgulanmıştır (Denys ve ark., 2004).

1.6. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Etiyolojisi

OKB'nin başlangıcını ve sürmesini açıklamaya yönelik alan yazınında kesin sebeplerden söz edilememesine dikkat çekilmektedir (Brander ve ark., 2016; Zai ve ark., 2019). Bahsedilen belirsizliğin yanında OKB'nin altında yatan nedenleri incelemek amacıyla yapılan çalışmalarda, OKB'nin etiyolojisinde etkili olabilecek

birtakım biyolojik ve psikolojik faktörler öne sürülmüştür (Grados ve ark., 2003; Steketee ve ark., 2002; Wells, 2013). Bu bölümde öncelikle genetik, biyolojik ve nörolojik faktörlerden bahsedilecek, daha sonrasında psikolojik faktörler psikanalitik yaklaşım ve bilişsel-davranışçı yaklaşım ayrımıyla detaylı olarak ele alınacaktır.

1.6.1. Genetik, Biyolojik ve Nörolojik Faktörler

OKB'nin etiyolojisinde orta düzeyde rol oynayan yaygın genetik etkilerden bahsedilmektedir (Nestadt ve ark., 2010). Bu genetik etkiler aile/ikiz çalışmaları ve nörogörüntüleme çalışmaları aracılığıyla çıkarsanmıştır.

Teşhis edilebilen OKB tanılı bireylerin kalıtım oranı %29 olarak tahmin edilirken (Tambs ve ark., 2009) obsesif kompulsif belirtileri deneyimleme ile ilgili kalıtım oranı %48 şeklinde daha yüksek tahmin edilmiştir (Iervolino ve ark., 2011). OKB'nin ve obsesif kompulsif belirtilerin kayda değer şekilde kalıtımsal oluşu ikiz çalışmalarında bulgulanmıştır (Hudziak ve ark., 2004; Hur ve Jeong, 2008; Iervolino ve ark., 2009; López-Solà ve ark., 2014). Tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizleriyle karşılaştırıldığında OKB deneyimleme olasılığının iki kat daha fazla olduğu aktarılmaktadır (Mataix-Cols ve ark., 2013; Monzani ve ark., 2014). Benzer şekilde, Iervino ve arkadaşları (2011) yürüttükleri çalışmada tek yumurta ikizlerinin OKB belirti boyutlarında çift yumurta ikizlerine kıyasla daha yüksek uyuma sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır. 1929'dan 2005'e kadar bildirilen OKB ikiz çalışmalarının incelendiği bir diğer araştırmada yetişkin başlangıçlı OKB vakalarında kalıtımın %27-47'sinin, çocukluk başlangıçlı OKB vakalarında ise kalıtımın %45-65'inin genetik faktörlerden kaynaklandığı belirtilmektedir (Van Grootheest ve ark., 2005).

OKB'nin etiyolojisinde genetik etkilerin varlığı aile çalışmaları aracılığıyla da ortaya konulmuştur. Aile çalışmalarında, yetişkin OKB tanılı bireylerin birinci derece akrabalarında bu bozukluğun yaygınlığı için %10-12 arasında değişen oranlar bildirilmektedir (Grabe ve ark., 2006; Nestadt ve ark., 2000; Pauls ve ark., 1995). Bunun yanı sıra, OKB tanısı erken başlangıçlı olan kişilerin akrabalarındaki OKB görülme düzeyinin tanısı geç başlangıçlı olan kişilerin akrabalarındakine göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (Arumugham ve ark., 2014; do Rosario-Campos ve ark., 2005). OKB belirti boyutlarının kalıtsal geçişine odaklanıldığında ise biriktirme ve

kirlenme/temizleme semptom boyutlarında diğer boyutlara göre daha fazla aile öyküsü olduğu gözlemlenmiştir (Brakoulis ve ark., 2016).

OKB'nin ortaya çıkmasını ve sürmesini açıklamak amacıyla yapılan incelemelerden gelen bir başka bulgu alanı beyin görüntüleme çalışmaları olarak öne çıkmaktadır. OKB tanılı bireylerde beyin belirli bölgelerinde meydana gelen işlevsel ve yapısal değişikliklerin etkili olduğu ve OKB'nin nöropsikiyatrik bir bozukluk olarak ifade edilebilmesine yol açtığı belirtilmektedir (Adler ve ark., 2000; Saxena ve Rauch, 2000). Araştırmacılara göre beyin orbitofrontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks, kaudat çekirdek, anterior singulat korteks ve talamus gibi bazı bölgelerinin OKB belirtileriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Friedlander ve Desrocher, 2006; Kang ve ark., 2003; Perani ve ark., 1995). Bahsedilen beyin bölgelerinin de dahil olduğu kortiko-striato-talamo-kortikal (KSTK) devresindeki anormalliklerin ve işlevsizliğin OKB'de rol oynayabileceği aktarılmaktadır (Saxena ve ark., 1998; Stein ve ark., 2000; Westenberg ve ark., 2007). OKB belirtilerinden obsesyonların talamus seviyesinde filtrelemelerdeki aksaklıklar ve kortiko-striato-talamo-kortikal (KSTK) yoldaki sınırlı modülasyonla bağlantılı olduğu öne sürülürken; kompulsyonların ise KSTK'de meydana gelen striatal işlevsel bozuklukla bağlantılı olduğu öne sürülmektedir (Hirose ve ark., 2017). Öne sürülen bir diğer nöropsikolojik varsayım ise inhibitör yollarda meydana gelen sinirsel bir kaybın, bozukluğun patofizyolojisinde etkili olan kortiko-limbik döngüde fonksiyonel hiperaktiviteye yol açmasıyla ilişkilidir (Ebert ve ark., 1997). Bunlara ek olarak, bazı nörotransmitterlerin OKB ile bağlantısına dair de tahminlerde bulunulmuştur. OKB'nin ortaya çıkmasında beyindeki serotonin sisteminin ve dopaminerjik mekanizmaların rolünün olabileceğine işaret edilmektedir (Goodman ve ark., 1990; Kim ve ark., 2007). Ayrıca, bozukluğun ifadesinde gama-aminobütirik asit (GABA) ve glutamat (Glu) nörotransmitterlerinin etkisini ileri süren kanıtlardan da bahsedilmektedir (Pittenger ve ark., 2011).

Özet olarak yukarıda bahsedilen çalışma bulguları, OKB'nin ortaya çıkmasında ve sürmesinde genetik, biyolojik ve nörolojik birtakım faktörlerin etkili olabileceği görüşünü desteklemektedir.

1.6.2. Psikolojik Faktörler

Genetik, biyolojik ve nörolojik faktörlerin yanı sıra OKB'nin etiyojisinde rolü bulunan psikolojik faktörler psikanalitik yaklaşım ve bilişsel-davranışçı yaklaşım olmak üzere iki bölüm halinde bu başlık altında incelenecektir.

1.6.2.1. Psikanalitik Yaklaşım

OKB'nin psikanalitik temeline odaklanıldığında karşımıza Freud tarafından öne sürülen “obsesif nevroz” kavramı çıkmaktadır. Freud'un (1907) görüşüne göre, obsesif nevrozun ortaya çıkmasındaki temel etken kişinin psikoseksüel gelişimdeki anal-sadistik evreye saplanması veya bu evreye gerilemesidir. Bahsedilen evrede, tuvalet eğitimi aracılığıyla çocuğun boşaltım ve tutma yetileri gelişim halindedir. Tuvalet eğitimi sırasında çocuktan, ebeveyninin belirlediği yasaklar aracılığıyla dürtülerinin tatminini ertelemesi beklenmektedir. Çocukta bu beklentiye karşılık olarak kızgınlık ya da korku duyguları oluşabilmektedir. Çocuk kızgınlık hissettiğinde dürtülerinin ertelenmesini protesto ederek dışkıyı bırakırken, cezalandırılma olasılığına dair korku hissettiğinde ise yasaklara boyun eğerek boşaltımdan kaçınmaktadır. Freud, obsesif nevrozda da bu dönemdeki gibi ikircikli bir durumun söz konusu olduğunu düşünmüştür. Kişi bir yandan arzular ve içgüdüsel dürtüler deneyimlerken diğer yandan bunların durdurulmasına yönelik engellemeler deneyimlemektedir. Obsesif nevrozda, egonun ve süperegonun önemli rol oynadığı daimi bir içsel mücadele ve uzlaşmanın sağlanamadığı yoğun bir çatışma söz konusudur (Freud, 1907; 1936).

Freud (1958; 1962), obsesif kompulsif belirtilerle ilgili olarak bireyin zihninde kendisini ilgilendirmeyen mantık dışı düşünceler olduğunu, kişiliğine yabancı nitelikte dürtüler hissettiğini ve engel olamadığı törensel veya aşırı davranışlarda bulunduğunu aktarmaktadır. Psikanalitik yaklaşım bu belirtilerin kökenine dair, kişide açık bir şekilde sergilenmeyen ya da daima bilinç düzeyinde var olmayan ve biçim değiştirmiş haliyle ifade edilebilen diğer insanlara yönelik düşmanlığa karşılık gelen “gizli saldırganlık” kavramından bahsetmektedir (Fenichel, 1946). Freud'un (1955) Sıçan Adam vaka analizinde kişinin babasına ve kendisi için önemli başka insanlara yönelik sevgi ve nefret hisleri arasında yaşadığı çatışma ve daha sonrasında babasına duyduğu sevgi sebebiyle nefret hissini katı bir şekilde bastırması bu kavrama ilişkin bir örneği

oluşturmaktadır. Bastırmanın yanı sıra karşıt tepki oluşturma, geri alma ve duyguların düşüncelerden ayrılarak yalıtılması bireyin obsesif korkuyu içeren arzular, dürtüler ve bunların acı verici etkilerine yanıt olarak geliştirdiği diğer bilinçdışı savunma mekanizmaları olarak öne çıkmaktadır (Freud, 1936).

Obsesif nevrozun temeline dair diğer bir görüş olarak Ferenczi (1913), gerilemenin psikoseksüel gelişimde değil de gerçekliğin algılanmasında gerçekleştiğini ileri sürmektedir. Buna göre obsesif nevroz sırasındaki algılanan gerçeklikte, esasen çocukluk çağının her şeye gücü yetme sanısıyla karakterize edilen büyü aşamasındaki gibi düşüncelerin (örneğin, “Eşimin bir trafik kazasında yaralanacağını düşünürsem bu gerçekten yaşanacak.”) etkin olduğu vurgulanmaktadır (Fenichel, 1946; Kempke ve Luyten, 2007). Ayrıca, kişilerin büyü anlamlar atfettikleri kavramlar ve düşünceler dünyasına aşırı sığınma halinde olmasının duyguların ihmal edilmesine neden olabileceği belirtilmektedir (Fenichel, 1946).

1.6.2.2. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar

OKB’ye dair birbirinden farklı birçok teorik yaklaşım benimsenmesine karşın bunların çoğu deneyimlenen psikopatolojik süreçleri detaylandırmaksızın sadece olasılık dahilindeki işleyiş taslaklarını öne sürmektedir. Teorik yaklaşımların bazılarında toplumda obsesif kompulsif (OK) belirtilere benzer özelliklerin görülmesini açıklayamamasına ilişkin, bazılarında ise OK yapıların tek bir alt kümesini açıklamalarına ilişkin eleştiriler getirilmektedir (Jakes, 1996; Taylor, 2002; Taylor ve ark., 2005). Bu doğrultuda bölümün devamında, daha belirgin teorik yaklaşımlar arasında olan bilişsel-davranışçı modellerin OKB’nin ortaya çıkmasına ve sürmesine yönelik kavramsallaştırmaları incelenecektir.

OKB olgusu, ayrıntılı olarak temellendirilmesi ve aralarındaki etkileşimin açıklanması gereken bilişsel ve davranışsal öğeleri içinde barındırmaktadır. İstenmeyen, kabul edilemez ve anlamsız olarak deneyimlenen yineleyici itkilere, düşüncelere ve imgelere karşılık gelen obsesyonlar OKB’nin bilişsel öğelerini ifade etmektedir. Kaçınma davranışı, açık veya örtülü nötralizasyon çabaları ve kompulsif ritüeller (temizleme, kontrol etme gibi) ise OKB’nin davranışsal öğelerini oluşturmaktadır (Rachman ve Shafran, 1998).

Alan yazınında davranışsal öğelere dayalı OKB temellendirmeleri yapılırken koşullama modellerinden yararlanılmıştır. Bu davranışsal temellendirmelerde Mowrer (1939; 1951) tarafından öne sürülen iki faktörlü korku modelinin önemli bir rol oynadığı (örn., Carr, 1974; Meyer, 1966; Rachman, 1971; Walton ve Mather, 1964) görülmektedir. Bahsedilen modele göre korkular; klasik koşullanma yoluyla edinilirken korku uyandıran uyarılardan kaçınma davranışı gerçekleştirildiğinde ise edimsel öğrenme aracılığıyla sürdürülmektedir (Björgvinsson ve Hart, 2007). Modelin OKB bağlamındaki yorumunda, obsesyonların klasik koşullanmayla ortaya çıktığı ve buna karşılık sergilenen kompulsif davranışların edimsel öğrenme ile sürekli hale geldiği belirtilmektedir (Kozak ve Foa, 1997). Örneğin, bir yakının evinde ocaktan kaynaklı çıkan yangına şahit olan kişide koşullandırılmış kuşku obsesyonu oluşabilir. Kişi, kendi evinin de bu şekilde yanabileceği düşüncesiyle ocaktan kaçınma veya sıklıkla ocağı kontrol etme davranışında bulunduğu anda kaygıda azalmayla birlikte OK belirtiler olumsuz pekiştirilerek sürdürülebilir (Kring ve ark., 2012). Bununla bağlantılı olarak yapılan çalışmalarda, obsesyonların veya bunları tetikleyen durumların öznel sıkıntıyı ve yükselmiş kalp atımını etkinleştirdiği ve bir ritüelin rutin şekilde gerçekleştirilmesinin ardından psikofizyolojik belirtilerin azaldığı bildirilmektedir (Hodgson ve Rachman, 1972; Hornsveld ve ark., 1979). Öte yandan, bu modelin öne sürdüğü fikirlere dair çeşitli eleştiriler yöneltilmektedir. Modelin sınırlılıkları; OKB’li bireylerin birçoğunda olumsuz ya da travmatik deneyimlerden kaynaklanan belirgin bir koşullanma geçmişinin olmaması (Clark, 2006; Mineka ve Zinbarg, 2006), OKB’si olan bazı kişilerin ritüel ve kaçınma tepkilerinin ardından kaygısında azalma yaşamaması (Rachman, 2004), kompulsiyonların kalıcı ve tekrarlı hale gelmesinin izah edilememesi (Gray, 1982; Rachman, 1976) ve OKB’li bireylerin OK belirtilere yönelik içgörülerinin ve bunun dinamik yapısının hesaba katılmaması (Taylor, 2002) olarak aktarılmaktadır. Aktarılan sınırlılıklar, OKB’nin etiyolojisine dair odağın bilişsel modellerde toplanmasında etkili olmuştur.

OKB’nin gelişiminin ve sürmesinin bilişsel modellerle ortaya koyulmasında işlevsel olmayan inançlar, uyumsuz bilgi işleme süreçleri, yanlış yorumlamalar ve bilişsel çarpıtmalar gibi kavramlar önemli rol oynamaktadır (Beck, 1979; Beck ve ark., 2024; Doron ve Kyrios, 2005). OKB’ye dair bilişsel modellerdeki altı çizilen temel ve ortak noktanın, durumlar ya da olaylar hakkında hissedilenlerin ve davranışsal

tepkilerin kişinin bu deneyimleri yorumlama biçimine göre belirleneceği varsayımında yattığı görülmektedir (Clark, 2006). Bununla bağlantılı olarak bu modellerin görüşleri; istenmeyen girici itkileri, düşünceleri ve imgeleri toplumda çoğu insanın deneyimlediği bulgusuna dayalı olarak şekillenmektedir (Gibbs, 1996). Bu bilişsel müdahalelerin kişi tarafından kabul edilemez ya da ahlak dışı olarak değerlendirildiğinde obsesyonlara dönüştüğü ve değerlendirme sürecinde işlevsiz inanç yapılarının etkili olduğu vurgulanmaktadır (Abramowitz ve ark., 2006; Abramowitz ve ark., 2007). Modeller, bozukluğun etiyolojisinde etkili olarak hangi inançları detaylandırdıklarına göre farklılaşmaktadır. Bölümün devamında OKB'ye dair güncel ve yaygın olarak benimsenen bilişsel modeller ve açıklamaları ele alınacaktır.

OKB'ye ilişkin kapsamlı bilişsel-davranışsal yaklaşımlardan ilki Salkovskis'in Abartılmış Sorumluluk Modeli'dir (Salkovskis, 1985). Model, istemsiz bilişsel müdahalelerin (itkiler, fikirler veya görüntüler); birey tarafından kendisine ya da başka insanlara zarar verme ihtimali olan tehditler olarak değerlendirildiğinde ve bireyin bu zarar görme durumunun yaşanmasından veya önlenmesinden kendisinin sorumlu olabileceğini düşündüğünde obsesyonlara dönüştüğünü ileri sürmektedir. Bireyin istem dışı girici müdahalelere dair bu tür bir yorumu, sıkıntıyla karakterize olumsuz bir ruh halini ve bu durumu etkisizleştirme amaçlı kompulsiyonları (davranışsal, zihinsel veya ritüelleşmiş girişimler) beraberinde getirebilmektedir (Salkovskis, 1985; Salkovskis ve Warwick, 1985; Salkovskis ve ark., 1995). Sonuç olarak kompulsif tepkilerin, anlık olarak rahatsızlık hissini azaltması ve girici düşüncüyü geçici süreliğine ortadan kaldırmasıyla kalıcı hale geldiği öne sürülmektedir. Ayrıca, kompulsiyonların bireyin müdahalelerle ilgili yorumlamalarının gerçekçiliğini sınamasını engellediğine vurgu yapılmaktadır (Salkovskis., 1985; 1989). Abartılı sorumluluk algısının, obsesif kompulsif yapılarla olan pozitif yöndeki ilişkisi alan yazınındaki görgül çalışmalar tarafından da desteklenmektedir (Foa ve ark., 2002; Rachman ve ark., 1995; Salkovskis ve ark., 2000; Yorulmaz ve ark., 2006).

Çağdaş bilişsel-davranışçı yaklaşımlar, Salkovskis'in (1985; 1989) OKB'deki sorumluluk algısı değerlendirmelerine ilişkin görüşlerine ek olarak başka işlevsel olmayan inanç ve değerlendirme alanlarının da bozukluğun temelinde ve sürdürülmesinde etkili olabileceği varsayımında bulunmuştur (Freeston ve ark., 1996).

Rachman (1997; 1998), bu görüş doğrultusunda Düşüncelerin Hatalı Yorumlanması Modeli'ni ortaya koymuştur. Modelin temeli, rahatsız edici düşüncelerin akla gelişinin toplumda yaygın bir durum olmasına rağmen (Freeston ve ark., 1991; Rachman ve De Silva, 1978) OKB'si bulunan bireylerin bu düşünceleri çok daha yoğun, devamlı, kontrolü güç şekilde ve farklı karşılıklarla deneyimlediği bulgusuna dayanmaktadır (Rachman ve De Silva, 1978; Rassin ve ark., 1999). Buna uygun olarak Rachman (1997; 1998) obsesyonların, bireyin rahatsızlık veren bilişsel yapıları (düşünceler, görüntüler veya itkiler) felaketle sonuçlanacak şekilde yanlış yorumlaması sebebiyle oluştuğunu ileri sürmektedir. Modele göre hatalı yorumlamalar, girici düşüncelerin sorumluluk algısının ötesinde kişisel açıdan önemli, benlik görüşüne aykırı, tehditkar veya çok büyük zarar getirecek nitelikte değerlendirmelerini içerebilmektedir. Örneğin, eşi yeni doğum yapmış bir adam bebeğe zarar vermek gibi bir düşünceye sahip olabilir ve düşüncesini kendisinin baba olmak için yeterli olmadığı ya da tehlikeli bir insan olduğu şeklinde yorumlayabilir. Hatalı yorumlamaların, kişide kaygı ve sıkıntı hissiyle beraber obsesyonlara yönelik şiddetli bir dirence, bastırma amaçlı girişimlere, kaçınma ve etkisizleştirme davranışlarına yol açtığı düşünülmektedir (Rachman, 1997; Taylor ve ark., 2007). En nihayetinde bu tip davranışların, rahatsız edici hislerde kısa süreli bir rahatlama sağlamasına rağmen obsesyonların önemini değiştiremediği ve paradoksal olarak sıklıklarında artışla OKB'nin sürdürülmesine temel olan bir döngü oluşturabileceği belirtilmektedir.

Obsesif kompulsif davranışın bir bozukluk olarak ortaya çıkması ve sürdürülmesini açıklamak amacıyla Clark ve Purdon (1993) Bilişsel Kontrol Modeli'ni öne sürmüştür. Bilişsel Kontrol Modeli'ne göre OKB'nin gelişiminde, kişilerin istenmeyen düşüncelere ve bu düşünceleri kontrol altında tutma gereksinimine ilişkin işlevsel olmayan inançlarının önemli bir rolü bulunmaktadır (Clark ve Purdon, 1993; Purdon ve Clark, 1999). Bireyler düşünceleri üzerinde kontrol sağlayabilmek için öncelikle düşünceyi değiştirme çabası, dikkatin başka bir şeye yönlendirilmesi, tetikleyen uyaranlardan kaçınma ve düşünce bastırma gibi yöntemler uygulayabilmektedir. Bununla birlikte, yeterince kontrol sağlanamazsa kişi bu nötrleştirme çabaları yerine kompulsif ritüeller gibi daha katı yöntemlere başvurabilmektedir. Kişi bahsedilen yöntemlerde başarılı olamamayı önemli bir tehdit niteliğinde değerlendirdiğinde “Düşüncemi kontrol edemiyorsam bu zayıf biri

olduğum ve kontrolü tamamen kaybetme ihtimalim olduğu anlamına gelir.”, “Düşünceleri kontrol edememek, davranışları kontrol edememek kadar kötüdür.” ve “Düşüncelerin kontrol edilmesi, öz kontrol için önemli bir parçadır.” şeklinde düşüncelere kapılabilmektedir (Clark, 2006; Purdon ve Clark, 2002). Model bunların sonucunda, bilişsel kontrol yetilerini sorunlu gören bireylerin, obsesyonlara dair daha fazla kontrol çabasına gireceklerini, buna karşın bilişsel kontrol paradoksuyla karşı karşıya kalacaklarını ileri sürmektedir. Daha detaylı olarak bu paradoksa göre istenmeyen bir düşünce, ne derece bastırılmaya çalışılırsa o düşünceye o derece çekilme yaşanmaktadır (Clark, 2018). Tüm bunların, bozukluğun gelişiminde ve sürdürülmesinde bir kısır döngüyü beraberinde getirebileceği düşünülmektedir.

1.6.2.2.1. Obsesif İnançlar

Yukarıda bahsedilen yaklaşımlar çerçevesinde oluşturulan modellerle beraber bilişsel faktörlerin OKB'nin etiyolojisindeki rolü daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır. Bu bağlamda farklı ülkelerden araştırmacıların bir araya geldiği Obsesif-Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (Obsessive-Compulsive Working Group-OCCWG, 1997), bozukluğa ilişkin inanç alanlarını kategorilendirdikleri bir değerlendirme modeli geliştirmiştir.

Obsesif-Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (OKBÇG) alan yazında daha önce yapılan çalışmaları genişleterek istenmeyen girici düşüncelerden kaynaklanan obsesyonların ortaya çıkmasında etkili olan altı inanç alanı üzerinde fikir birliğine varmıştır (Frost ve Steketee, 2002; OKBÇG, 2001). Bunlar düşüncelere aşırı önem verilmesi, tehdidin aşırı tahmini, düşünceleri kontrol etmenin aşırı önemsenmesi, abartılmış sorumluluk algısı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik olarak sıralanmaktadır. OKBÇG (1997), bu inanç alanlarının OKB'yi karakterize ettiğini ve bozukluğa ilişkin bilişsel bir duyarlılık meydana getirdiğini tahmin etmektedir.

Obsesif-Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu'ndaki (OKBÇG) araştırmacılar inanç alanlarını ortak görüşe dayalı olarak tanımlamıştır. Düşüncelerin önemsenmesi, bir düşüncenin ortaya çıkmasının o düşüncenin aşırı önemli bir şeye işaret ettiğine yönelik inanç ve yorumlarla karakterize edilmektedir (OKBÇG, 1997). “Bunu

düşünmek benim asıl kötü doğamı ifade eder.”, “Şiddet içerikli düşüncelerim, kontrolü yitirerek şiddet yanlısı biri olacağım anlamını taşır.” ve “Bu düşüncemin olması, bunun gerçekte yaşanma ihtimalini arttırabilir.” gibi değerlendirmeler bu inanç alanına örnek olarak verilebilir (OKBÇG, 1997; Rachman, 1997). Düşüncelerin kontrolü; obsesif düşünceler, itkiler veya görüntülere dair kesin kontrol elde etmenin aşırı önemli olarak görülmesi ve bu durumun hem olası hem de arzu edilen bir şey olduğuna yönelik inancı ifade etmektedir. Bu inanca, “Düşüncelerimde kontrol sağlarsam daha iyi biri olurum.” ve “İrademi yeteri kadar kullanırsam zihnim üzerinde tam bir kontrol sağlayabilirim.” ifadeleri örnek olarak verilebilir. Abartılmış sorumluluk algısı, bireyin kendisi için önem taşıyacak olumsuz sonuçlar üretmeye ya da bunları önlemeye dair kritik bir güce sahip olduğuna inanması olarak belirtilmektedir. “Tehlikeyi tahmin ettiğimde bir şeyler yapmazsam olumsuz sonuçlardan ben sorumlu olurum.” ve “Sıklıkla ters giden şeylerden kendimin sorumlu olduğunu düşünürüm.” ifadeleri bu inanç alanının örneklerini oluşturmaktadır (OKBÇG, 1997). Tehdidin aşırı tahmin edilmesi inanç alanı, olumsuz durumların olasılığının ya da bunların boyutunun abartılmasına karşılık gelmektedir (OKBÇG, 1997; Steketee ve ark., 1998). Bu inanç alanına örnek olarak “Başıma kötü olaylar gelme ihtimali diğer insanlara göre daha yüksektir.” ve “Hayatımda ters giden bir şeyler olduğunda, bunun korkunç etkileri olması ihtimal dahilindedir.” ifadeleri verilebilir (OKBÇG, 2003). Belirsizliğe tahammülsüzlük alanında üç çeşit inançtan bahsedilmektedir. Bunlar a) kesin olma zorunluluğuyla ilgili inançlar, b) bireyin önceden tahmin edilemeyen değişikliklerle baş etme yetisinin düşük olduğuna ilişkin inançlar ve c) tabiatı gereği belirsiz şartlar altında yeterli işlevsellikte olmanın güçlüğü hakkındaki inançlardır (OKBÇG, 1997). “Yeteri kadar çaba harcarsam yaptıklarım hakkında kesinlikle emin olmak olasıdır.” ve “Bir karar hakkında şüphelerim varsa kararımın doğru olduğundan şüphe etmeyecek derecede ikna olana değin kararımı gözden geçirmeliyim.” cümleleri bu inançlara örnek oluşturabilir (Clark, 2019; OKBÇG, 1997). Son olarak mükemmeliyetçilik inanç alanı ise her sorunun mükemmel bir çözüm yolu olduğuna, bir şeyi hatasız olarak yapmanın hem mümkün hem de gerekli olduğuna ve küçük hatalar yapmanın bile ağır sonuçları olacağına inanma yatkınlığı olarak kavramsallaştırılmaktadır. Bu inanma yatkınlığının örnekleri “Bir iş tamamen hatasız yapılınca dek üzerinde çalışmayı sürdürmek önemlidir.” ve “Bana göre kısmen

başarısız olmak, bütünüyle başarısız olmak derecesinde kötüdür.” ifadelerinde görülebilir (OKBÇG, 1997).

1.6.2.2.2. Obsesif İnançlar ve OKB

Alan yazınında yürütülen kanıta dayalı çalışmalarda, yukarıda tanımlamaları yapılan OKB'deki hatalı inanç ve değerlendirme alanlarının OK belirtilerle olan ilişkisi incelenmiştir (Corcoran ve Woody, 2008; OKBÇG, 2003; Romero-Sanchiz ve ark., 2017; Sica ve ark., 2004) Bu çalışmaların bazılarında, OKB'si olan bireylerin OKB'si olmayan bireylere göre rahatsız eden girici düşüncelere karşı daha yüksek olumsuz değerlendirmelerde bulunduğu belirtilmektedir (García-Soriano ve Belloch, 2013; Morillo ve ark., 2007). İnanç düzeyinde inceleme yapılan çalışmalarda sorumluluk, tehdidin abartılması, düşüncelerin önemi ve kontrolü, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik ile ilgili işlevsiz inançların OKB belirtilerinin şiddetiyle ilişkili olduğu aktarılmaktadır (Fergus ve Carmin, 2014; Myers ve ark., 2008; Viar ve ark., 2011). Bunların yanı sıra, hatalı değerlendirme ve inanç alanlarının OKB ile ilişkisinde olumsuz ve tüm inanç alanlarının kapsamadığı karışık bulgular da bildirilmektedir (Barrera ve Norton, 2011; Bouvard ve ark., 2017; Fergus ve Wu, 2010; Myers ve ark., 2017; OKBÇG, 2005). Bu karışık ampirik kanıtlarla beraber sonuçlar kesin değildir ve belirti şiddetindeki varyansın çoğu takıntılı inançlarla açıklanamamaktadır (Julien ve ark., 2007).

Sonuç olarak obsesif inançların rolünü destekleyen önemli kanıtlara rağmen tutarlı bir modelin olmaması ve belirti derecesindeki açıklanmayan bu farklılıklar, araştırmacıların OKB semptomatolojisini açıklamak için bilişsel değerlendirmelerin ötesinde yapıları incelemesini beraberinde getirmektedir (Smith ve ark., 2012).

1.2. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE DUYGULAR

Duygular, bireylerin kişisel açıdan önem taşıyan bir olay veya konuyla baş etme çabası aracılığıyla ortaya çıkan; fizyolojik, davranışsal ve yaşantısal faktörlerin bulunduğu karmaşık tepki örüntüleri olarak tanımlanmaktadır (APA, t.y.). Gross (1998a), duyguları içsel ya da dışsal duygu izlerinin ele alınmasıyla başlayan girdi-çıkı süreçleri şeklinde kavramsallaştırmıştır. Bu tanım ve kavramsallaştırmayla

uyumlu olarak duyguların; kişinin bir duruma dikkat ettiği, bunun kendisi için özel bir anlamı olduğunu düşündüğü ve bu durumu güncel amaçlarıyla ilişkili olarak değerlendirdiği zaman ortaya çıktığı belirtilmektedir (Barrett ve ark., 2007; Frijda, 1988; Gross, 1998a; Moors ve ark., 2013). Duyguların davranışsal tepkileri hazırlama (Tooby ve Cosmides, 2008), duylara ilişkin işlemlemeyi uygun doğrultuda yönlendirme (Susskind ve ark., 2008), kişi için önemli olaylarla ilgili hafızayı kuvvetlendirme (Phelps, 2006), diğer insanların davranışsal niyetleriyle ilgili bireyin bilgi sahibi olmasını sağlama (Fridlund, 2014) ve kişiler arasındaki etkileşim süreçlerini düzenleme (Keltner ve Kring, 1998) gibi bireylerin yaşamlarına olumlu etki edebilecek işlevleri bulunmaktadır. Bunların yanı sıra, duyguların bireylere zararlı şekilde etki edebildiği durumlardan da bahsedilmektedir. Duyguların, belirli bir durum için yanlış türde, zamanda, sıklıkta ya da şiddet düzeyinde ortaya çıkması kişi için zararlı olabilmektedir (Gross, 2008; Gross ve Jazaieri, 2014). Bahsedilen koşullarda duygular, bireylerin yaşama adaptasyonunda bozucu etkilere yol açabilmektedir.

Duyguların, obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde rol oynayan faktörlerden biri olabileceği varsayımı değerlendirilmektedir (Yap ve ark., 2018). Bu doğrultuda yapılan çalışmalarda OKB ile çeşitli duygular arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Örneğin, Calamari ve arkadaşları (2008) OKB örneklemindeki çalışmalarında kaygı duyarlılığının (kaygıyla ilgili bedensel duyumlardan korkma) obsesif inançlar ve müdahaleci düşünce değerlendirmeleri gibi bilişsel değerlendirme yapılarının ötesinde OKB şiddetini öngören modellere katkıda bulunduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte, kaygının OKB’de bazı değişkenliklerle veya farklı biçimlerde deneyimlendiği (Nutt ve Malizia, 2006) ve OKB’li bireylerin yaşadığı birincil duygu ya da tehdit algılanan tek duygu olmayabileceği belirtilmektedir (Smith ve ark., 2012). Obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olduğu düşünülen bir başka duygu olarak tiksinti ele alınmaktadır (Berle ve Phillips, 2006; Olatunji ve ark., 2005; Tsao ve Mckay, 2004). Klinik olmayan örneklerde yapılan çalışmalarda, genel psikolojik sıkıntı kontrol edildiğinde bile tiksinti ile OKB belirtilerinden yıkama, kontrol etme ve düzenleme davranışları arasında anlamlı ilişkiler bulgulanmıştır (Mancini ve ark., 2001; Tolin ve ark., 2006). Suçluluk duygusu ve OKB ilişkisini OKB’li bireylerde inceleyen çalışmalarda, suçluluk daha fazla obsesif kompulsif belirti şiddetiyle ilişkilendirilmiştir (Shafran ve

ark., 1996; Steketee ve ark., 1991). Bir başka örnek olarak, Mancini ve arkadaşları (2004) klinik olmayan bir örnekleme yürüttükleri çalışmalarında suçluluk duymaya dair korkunun obsesif benzeri davranışları artırdığını bildirmektedir. Bunların yanı sıra utanç (Valentiner ve Smith, 2008) ve öfke (McCubbin ve Sampson, 2006; Radomsky ve ark., 2007; Whiteside ve Abramowitz, 2005) de OKB ile arasındaki ilişkilerin incelendiği ve OKB’de rol oynayabileceği sonucuna ulaşılan diğer duygular olarak öne çıkmaktadır.

Bahsedilen çalışmalar doğrultusunda sonuç olarak, duyguların obsesif kompulsif belirtilerin gelişiminde, klinik görünümünde ve sürdürülmesinde rolü olabileceği anlaşılmaktadır. Bu sebeple, mevcut çalışmada da obsesif kompulsif belirti boyutları ve duygulara dair değişkenler arasındaki ilişkiler incelenecektir. Bu kapsamda bir sonraki bölümde öncelikle duygu düzenleme kavramı tanıtarak OKB ve duygu düzenleme arasındaki ilişkiler ele alınacaktır. Sonrasında duygu değerlendirmesi kavramından bahsedilecek ve OKB ile olan bağlantılarına yönelik bir inceleme sunulacaktır.

1.2.1. Duygu Düzenleme

Araştırmacıların önceki bölümlerde bahsedilen bilişsel yapıların ötesinde incelediği OKB ile ilişkisi olabilecek bir başka yapı duygu düzenlemedir. Duygu düzenleme, duyguların şekillendirilebilirlik özelliğiyle yakından ilişkilidir. Gross (1998b) duygu düzenlemeyi; bireylerin hangi duygulara sahip olduklarını, bu duygulara ne zaman sahip olduklarını, bu duyguları nasıl deneyimleyip ifade ettiklerini etkiledikleri bir süreç olarak tanımlamaktadır. Bir başka deyişle, duygu düzenleme bireylerin duygularını kendilerine zarar vermekten çok yarar sağlama ihtimalini artıracaklarını varsaydıkları biçimde etkileme çabalarına karşılık gelmektedir (Gross, 2015). Duygu düzenleme; üzüntü, öfke veya korku gibi negatif duyguların davranışa ya da deneyime özgü taraflarını azaltma/durdurma etkinliğini içerebilmesiyle daha çok ön plana çıksa da (Gross ve ark., 2006) pozitif duyguların korunması, artırılması ya da azaltılması/durdurulması gibi etkinlikleri de içerebilmektedir (Gross, 2008). Bireylerin olumlu veya olumsuz duygularına ilişkin çeşitli denemelerini bulundurduğu bu haliyle duygu düzenlemenin birden fazla yolu olan bir sistem olduğu söylenebilir. Bu

doğrultuda Gross (1998a, 1998b), bu sistemin işleyiş düzenine dair bir anlayış geliştirmek amacıyla Süreç Modeli'ni öne sürmektedir. Modelde, duyguların ortaya çıkmasında ve sonrasında biçimlendirilmesinde etkili olan beş duygu düzenleme yöntemi ele alınmaktadır. Durum seçimi, durum değişikliği, dikkatin yayılması, bilişsel değişim ve tepki değişimi bu yöntemleri oluşturmaktadır.

Süreç Modeli'nde incelenen ilk duygu düzenleme stratejisi durum seçimidir (Gross, 2008). Durum seçimi, istenilen duyguların deneyimlenmesinin beklendiği bir durumda bulunma ihtimalini artırmak veya istenmeyen duyguların deneyimlenmesinin beklendiği bir durumda bulunma ihtimalini azaltmak amacıyla belirli kişilere, konumlara ve nesnelere yaklaşmaya ya da bunlardan uzak durmaya karşılık gelmektedir (Gross, 1998b). Bireyin önemli bir sınav öncesinde gergin diğer öğrencilerle birlikte son sınav çalışmalarını yapmak yerine onu hep güldüren bir arkadaşıyla yemek yemesi durum seçimine örnek olarak verilebilir (Gross, 2002). Durum değişimi, durumun ortaya çıkaracağı duygusal etkiyi değiştirmek amacıyla durumu farklılaştırmaya yönelik eylemlerde bulunmayı ifade etmektedir. Durum seçimi örneğindeki bireyin, sınavın bir gün öncesinde sınav için hazır olup olmadığını soran arkadaşına farklı bir konu hakkında konuşma isteğinde bulunması durum değişiminin bir örneğini oluşturabilir. Dikkat yayılması, farklı birçok yönü bulunan durumların bu yönlerinden hangisine odaklanılacağını seçmek amacıyla kullanılan duygu düzenleme stratejisidir. Bu strateji, dikkatin somut şekilde geri çekilmesinden (örn. gözleri kapatma), içe doğru baştan yönlendirilmesinden (örn. dikkat dağıtma aracılığıyla) ve dışa doğru baştan yönlendirilmesinden (örn. bir annenin ağlayan bebeğine ilginç bir masal anlatması) oluşabilmektedir (Gross, 2008). Diğer bir strateji olarak bilişsel değişim, bireyin durumu ya da durumun gerekliliklerini yönetme becerisine dair düşünme şeklini bilişsel adımlar veya değerlendirmelerle değiştirmesine karşılık gelmektedir (Frijda, 1986; Gross, 1998b). Bilişsel yeniden değerlendirme, özellikle dikkat çeken bilişsel değişim biçimlerinden biridir. Bu stratejinin, bireyin bir durumun anlamını o duruma yönelik verdiği duygusal tepkide bir değişikliğe yol açacak biçimde değiştirmesiyle karakterize olduğu belirtilmektedir (Gross, 2002; Gross, 2008). Örneğin, kişi önemli bir sınavı öz değerinin bir ölçüsü olarak görmek yerine sadece bir sınav olarak değerlendirerek duygusal tepkisini değiştirebilir. Son olarak tepki düzenleme, duygulara ilişkin davranışsal, fizyolojik ya

da yaşantısal tepkileri bir dereceye kadar doğrudan etkileme çabaları olarak tanımlanmaktadır. Daha önce açıklanan duygu düzenleme stratejilerinden farklı olarak bu strateji, duygu oluşturma sürecinin daha geç aşamalarında ve tepki eğilimleri halihazırda başlatıldıktan sonra gerçekleşmektedir (Gross, 1998b). İfade edici bastırma, diğer tepki modülasyonlarına göre daha çok ön plana çıkan ve sürmekte olan duygu ifade edici eyleme engel olma şeklinde deneyimlenen bir tepki modülasyonu biçimi olarak ifade edilmektedir (Gross, 1998; Gross, 2002). Kişinin iş yerindeki yöneticisine karşı hissettiği öfkeyi ya da bir iş görüşmesi sırasında duyduğu kaygıyı gizlemeye yönelik gayreti bastırmanın örnekleri olarak verilebilir.

Süreç Modeli (Gross, 1998b; Gross, 2002) kapsamında tanımlamaları yapılan kavramlardan anlaşılabilceği üzere duyguların ortaya çıkmasında ve düzenlenmesinde uygulanabilecek farklı pek çok niteliği bulunan çeşitli stratejiler bulunmaktadır. Bireylerin günlük hayatlarında işlevselliklerini devam ettirebilmek için sergiledikleri eylemlerin (örn., eşiyle tartışan bir kişinin sakinleşmek amacıyla bir arkadaşıyla buluşup vakit geçirmesi) genellikle birden çok duygu düzenleme yöntemini içerdiği belirtilmektedir (Gross, 2008). Bunun yanı sıra, başarılı bir duygu düzenleme sürecinin; duyguların ve duygu ipuçlarının farkına varma, deneyimlenen duyguyu kişisel gereksinimler, istekler ve mevcut durum açısından ele alarak çözümleme, duygusal tepkiyi niceliksel veya niteliksel olarak değiştirmek için beyin fırtınası yaparak plan oluşturma ve duyguların sabit olmadığının bilincine vararak bunlara dayanma potansiyelini kavrama gibi becerilerin kullanılabilmesini gerektirdiğinden söz edilmektedir (Berkling, 2008). Bahsedilen becerilerin bir kısmının ya da bütününün kullanılamaması durumu duygu düzenleme güçlüğü kavramıyla ele alınmaktadır. Gratz ve Roemer (2004), duygusal tepkilerin farkındalığı ve bunların kabulü konusundaki eksikliği, duygulara verilen tepkilerdeki belirsizliği, olumsuz duygular deneyimlenirken dürtüleri kontrolde ve amaca yönelik eylemlerde bulunmaya dair eksikliği ve işlevsel olarak algılanan duygu düzenleme yöntemlerine yeterince ulaşamamayı duygu düzenleme güçlükleri olarak tanımlamaktadır.

1.2.2. Duygu Düzenleme ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Bir önceki bölümde kavramsal açıklamaları sunulan duygu düzenleme stratejileri ve duygu düzenleme güçlüklerinin farklı psikopatolojilerin ortaya çıkmasında ve devam ettirilmesinde rol oynayabileceği belirtilirken bu süreçlerin tanımlar üstü bir yaklaşım benimsenerek ayrıntılı şekilde değerlendirilmesi önerilmektedir (Aldao ve ark., 2010; Berking ve ark., 2008; Campbell-Sills ve ark., 2006; Jazaieri ve ark., 2013). Depresyon (Gross ve Muñoz, 1995; Nolen-Hoeksema ve ark., 2008), kaygı bozuklukları (Mennin ve Farach, 2007; Tull ve Roemer, 2007; Turk ve ark., 2005), yeme bozuklukları (Brockmeyer ve ark., 2014; Clyne ve Blampied, 2004; Polivy ve Herman, 2002), bipolar bozukluk (Johnson, 2005), travma sonrası stres bozukluğu (Moore ve ark., 2008), sınırda kişilik bozukluğu (Lynch ve ark., 2007) ve madde kullanım bozuklukları (Tice ve ark., 2018) gibi pek çok psikopatolojinin klinik görünümü duygu düzenleme sürecindeki güçlüklerle ilişkilendirilmektedir.

Duygu düzenleme sürecinde yaşanan güçlüklerin ve uyumsuz duygu düzenleme yöntemleri kullanımının OKB'nin gelişiminde ve sürmesinde etkisi bulunan kritik unsurlardan biri olabileceği öne sürülmektedir (Allen ve Barlow, 2009; de la Cruz ve ark., 2013; Stern ve ark., 2014). Geçmişten günümüze OKB bağlamında duygu düzenlemeyi inceleyen araştırmalar görece artmış olsa da bu konudaki boşluğa dikkat çekilmeye devam edilmektedir (Fergus ve Bardeen, 2014; Stern ve ark., 2014). Stern ve arkadaşları (2014) alan yazınındaki bu boşluğu ele alarak klinik olmayan bir örnekleme duygu düzenleme süreçlerinin OK belirtilerle ilişkisini incelemiştir. Yazarlar duyguların yeterince anlaşılmaması ve duygulardan korkmanın kontrol grubuna kıyasla analog OKB grubunda daha fazla görüldüğünü bulmuşlardır. Ayrıca, aynı çalışmada duygulardan kaçınma motivasyonunun OKB'nin altında yatabileceği ve kompulsyonların kontrol edilemez olarak algılanan müdahaleci düşüncelerin neden olduğu duygusal sıkıntıyı azaltmak için kullanılabileceği öne sürülmüştür. Benzer biçimde toplum temelli bir örnekleme gerçekleştirilen ve genel sıkıntının kontrol edildiği bir başka çalışmada obsesif kompulsif belirti şiddetinin duygu düzenleme zorluklarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Fergus ve Bardeen, 2014). Ayrıca çalışmada OKB belirtilerinin yordanmasında dışavurumcu bastırmanın, dürtü kontrol zorluklarının, duygusal netliğin ve duygusal farkındalık eksikliğinin önemli payının olduğu bulunmuştur. Yap ve arkadaşları (2018) çalışmalarının anksiyete, depresyon, cinsiyet ve yaş değişkenlerini kontrol ederek klinik olmayan bir

örnekleme gerçekleştirdikleri bölümünde duygu düzenleme güçlüklerinin OKB şiddetini öngördüğü sonucuna ulaşmıştır. Marcks ve Wood (2007) da klinik olmayan bir örnekleme yaptıkları çalışmada benzer şekilde duygu ifade eden davranışlarını bastıran bireylerin daha fazla takıntılı düşünce deneyimlediklerini bulmuştur. Duygu düzenleme güçlükleri ve OKB bağlantılarını incelemek üzere klinik örneklemelerde de çalışmalar yapılmıştır. Örneğin, Smith ve arkadaşları (2012) OKB'nin zarar boyutuyla ilgili düşüncelere sahip olan kişilerin duygularını tehdit olarak algıladığını ve simetriyle alakalı obsesif belirtilerin duygulardan korkma tarafından yordandığını bulmuştur. OKB tanılı bireylerle yapılan diğer çalışmalar da bu gruptaki bireylerin kontrol grubuna göre duygularını düzenlemede daha fazla güçlük çektiklerini bildirmektedir (Berman ve ark., 2018; de la Cruz ve ark., 2013; Yap ve ark., 2018). Bahsedilen duygu düzenleme stratejileri ve duygu düzenlemedeki zorluklar bilişsel model tarafından doğrudan ilişkili bulunmasa da kabul ve farkındalık temelli görüşler duygu düzenleme zorluklarına ve özellikle duyguları bastırma/duygulardan kaçınma ile duyguların yeniden değerlendirilmesi stratejilerine psikolojik bozukluklarda rol oynayan önemli yapılar olarak dikkat çekmektedir (Allen ve Barlow, 2009; Berking ve ark., 2008; Cristea ve ark., 2013; Moore ve ark., 2008).

Yukarıda sunulan bilgiler ışığında mevcut çalışmada da duygu düzenleme sürecinde yaşanan güçlüklerin (uyumlu duygu düzenleme stratejilerine erişimde sınırlılık, duygusal netlik eksikliği, duygusal tepkileri kabul etmeme, hedefe yönelik davranışlarda bulunmada zorlanma, dürtüleri kontrol etmede güçlükler) ve duygu düzenleme stratejilerinin (bastırma ve bilişsel yeniden değerlendirme) obsesif kompulsif belirti boyutlarıyla olan ilişkisi incelenecektir.

1.2.3. Duygu Değerlendirmesi ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Duygulara dair bir başka yapı olarak karşımıza duygu değerlendirme (emotion appraisal) kavramı çıkmaktadır. Mayer ve Gaschke'ye (1988) göre duygular öncelikle doğrudan ve daha sonrasında da yansıtıcı biçimde deneyimlenmektedir. Diğer bir deyişle, duygu başlangıçta deneyimlenmekte ve bireyin duygu üzerine düşünmesi ikincil bir duygu yaşantısını (meta-duygudurum) beraberinde getirmektedir. Bu doğrultuda, duygulara yönelik bu ikincil yaşantının ruh halini takip eden, değerlendiren ve ruh halinde değişim yaratan düzenleyici bir sürecin sonucu olduğu

belirtilmektedir (Mayer ve Gaschke, 1988). Bartsch ve arkadaşları (2008) bununla bağlantılı olarak, meta-süreçlerin (örn., değerlendirme) duyguların ifade edilmesine ve düzenlenme şekline katkısının olabileceğini öne sürmektedir. Sonuç olarak, önceki bölümde OKB ile bağlantıları verilen işlevsiz duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı ve duygu düzenleme sürecinde yaşanan zorluklar yeniden düşünüldüğünde duyguları değerlendirme biçiminin bahsedilen süreçlere etki edebileceği tahmin edilebilir.

Fiziksel duyumlar, fikirler ve duygulara ilişkin olumsuz yaşantılardan kaçınmaya karşılık gelen deneyimsel kaçınma kavramı (Hayes ve ark., 1996) OKB araştırmalarında öne çıkmaya başlamasına rağmen genel deneyimsel kaçınma ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkide belirsizlik bulunmaktadır (Abramowitz ve ark., 2009; Briggs ve Price, 2009). Manos ve arkadaşları (2010) deneyimsel kaçınmaya ilişkin genel bir değerlendirme yapmanın belirli psikolojik rahatsızlık belirtilerini ifade etmek için çok geniş kalabileceğini ileri sürmektedir. Bu görüşten hareketle, içsel yaşantıların genel bir ölçümü yerine belirli duyguların değerlendirilmesini incelemenin daha uygun olabileceği düşünülmektedir (Smith, 2010; Smith ve ark., 2012). Ayrıca, OKB'li olan kişilerde genel olarak bilişsel yetersizlik olmadığı ve obsesif inançlarının haricinde görece rasyonel bireyler oldukları belirtilmektedir (Szechtman ve Woody, 2004). Bu nedenle, inanç alanlarının kökeninde başka unsurların etkisinin olabileceği düşünülebilir. Bazı araştırmacılar, takıntılı inançların duygu deneyiminden kaçınılması temeliyle oluşabileceği varsayımında bulunmaktadır (Mancini ve Gangemi, 2004; McCubbin ve Sampson, 2006).

Alan yazını incelendiğinde duygu değerlendirmesinin ve bununla ilişkili olabilecek başka kavramların (örneğin, duygulanımdan kaçınma) obsesif kompulsif belirtilerle olası bağlantısının sınırlı sayıda çalışmada araştırıldığı görülmektedir. McCubbin ve Sampson (2006), duygu değerlendirmesinin bir göstergesi olarak bireylerin belirli duygulara (örneğin öfke, kaygı ve tiksinti gibi) sahip olmanın tehdit edici olduğunu hissetme derecesine karşılık gelen “duyguları tehdit olarak algılama” (perception of threat from emotions) kavramını ortaya atmıştır. Bu bağlamda çalışmacılar, öncelikle sözü edilen kavramı değerlendirmek amacıyla Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği (the Perception of Threat from Emotion Questionnaire;

McCubbin ve Sampson, 2006) geliştirmiş ve sonrasında bu tür değerlendirmelerin obsesif kompulsif semptomlarla olan ilişkisini klinik olmayan bir örneklemede incelemiştir. Araştırma sonucunda, duygulardan kaynaklanan tehdidin -özellikle öfkeden algılanan tehdit olmak üzere- kaygı ve depresyon kontrol edildiğinde dahi obsesif kompulsif belirtileri yordadığı bulunmuştur. Dahası, duygulardan tehdit algılanmanın duygu deneyiminden kaçınma girişimleri, tehlikeye dair artan farkındalık ve rahatsız edici duygularla baş edebilmek için uyumsuz stratejilerin kullanımı (örn., zorlantılar) ile bağlantılı olabileceği ileri sürölmüştür. Duyguları tehdit olarak algılamayı (kaygı, tiksinti, suçluluk ve “tam olarak doğru değil” duyguları) klinik bir örneklemede inceleyen çalışmalarında Smith ve arkadaşları (2012), hem duygulardan algılanan tehdidin hem de obsesif inançların obsesif kompulsif belirti boyutlarıyla ilişkili olduğunu bulmuştur. Ayrıca, kaygı duygusundan algılanan tehdit düzeyinin çalışmada yer alan diğer duygulardan algılanan tehdit düzeyinden daha fazla olduğu gösterilmiştir. Son yıllarda klinik örneklemede gerçekleştirilen benzer bir çalışmada ise OKB’nin boyutsal belirti şiddetinin öfke duygusundan algılanan tehditle ilişkili olduğu bulunmuştur (Sinha ve ark., 2021).

Tüm bu bilgiler ve alan yazında vurgulanan boşluk göz önüne alındığında bu çalışmada “duygu değerlendirmesi” değişkeni de yer alacaktır. Duygu değerlendirmesinin bir göstergesi olarak “duyguları tehdit olarak algılama” kavramı kullanılacaktır. Bu kavramın ölçülebilmesi amacıyla öncelikle henüz Türkçe’ye uyarlanmadığı bilinen Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği (the Perception of Threat from Emotion Questionnaire; McCubbin ve Sampson, 2006) Türkçe’ye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılacaktır. Daha sonrasında duyguları tehdit olarak algılanmanın obsesif kompulsif belirti boyutları, duygu düzenleme güçlükleri ve duygu düzenleme stratejileriyle olan ilişkisi incelenecektir.

1.3. ARAşTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ

1.3.1. Araştırmanın Amacı

Obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) bilişsel modellerine göre düşünceler kendi içlerinde anormal değildir. Anormal olan hem yüksek düzeyde sıkıntı getiren hem de düşünce bastırmaya ve ritüelistik davranışlara sebep olan girici düşüncelerin

OKB'li kişiler tarafından nasıl değerlendirildiğidir (Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu [OCCWG], 2003; Salkovskis, 1985). Obsesyonların değerlendirilmesi kuramı, OKB araştırmalarına ve uygulamalarına hâkimdir (Clark, 2006). Bu bağlamda kuramsallaştırılan inanç temelli OKB modellerindeki obsesif inanç alanlarının, klinik veya klinik olmayan örneklerde OKB ile ilişkisini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Fergus ve Carmin, 2014; García-Soriano ve Belloch, 2013; Morillo ve ark., 2007; Myers ve ark., 2008; Viar ve ark., 2011). Obsesif inançların OKB'deki rolüne dikkat çeken önemli ampirik kanıtlara rağmen sonuçlarda belirsizlik bulunmakta ve belirti şiddetindeki varyansın çoğu saplantılı inançlarla açıklanamamaktadır (Barrera ve Norton, 2011; Bouvard ve ark., 2017; Fergus ve Wu, 2010; Julien ve ark., 2007; Myers ve ark., 2017; OKBÇG, 2005). Sonuç olarak, belirti derecesindeki açıklanmayan bu farklılıklar, araştırmacıları OKB semptomatolojisini açıklamak için bilişsel değerlendirmelerin ötesinde yapıları incelemeye yöneltmiştir (Smith ve ark., 2012; Wetterneck ve ark., 2011). Bu varyansın açıklanmasında OKB'de duyguların ve duygulara dair kavramların katkısına daha az dikkat çekilse de bununla ilgili hem klinik örneklerde (Berle ve Phillips, 2006; Calamari ve ark., 2008; Olatunji ve ark., 2005; Tsao ve McKay, 2004; Yap ve ark., 2018) hem de klinik olmayan örneklerde (Mancini ve ark., 2004; McCubbin ve Sampson, 2006; Radomsky ve ark., 2007; Valentiner ve Smith, 2008; Whiteside ve Abramowitz, 2005) yapılan çalışmalar artış göstermektedir.

Çeşitli araştırma bulguları, OKB'yi anlamada ve bu durum için tedaviler tasarlamada duygu değerlendirmesinin önemli olabileceğini düşündürmektedir (Cottraux ve Gerard, 1998; Rachman 1998). McCubbin ve Sampson (2006), duygu değerlendirmesinin bir göstergesi olarak bireylerin deneyimledikleri belirli duyguların (örneğin kaygı, cinsel arzu ve suçluluk gibi) tehdit edici olduğunu hissetmesi olarak tanımladıkları “duyguları tehdit olarak algılama” kavramını değerlendirmek amacıyla Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'ni (The Perception of Threat from Emotions Questionnaire - PTEQ) geliştirmişlerdir. Bu ölçüm aracının obsesif kompulsif belirtiler ve duygular arasındaki ilişkiyi inceleyen klinik örneklemli (Sinha ve ark., 2021; Smith ve ark., 2012) ve klinik olmayan örneklemli (McCubbin ve Sampson, 2006; Wetterneck ve ark., 2011) çeşitli çalışmalarda kullanıldığı bilinmektedir. Alan yazını incelendiğinde ölçeğin henüz Türkçe'ye uyarlanmadığı görülmektedir. Bu tez

çalışmasının ilk aşamasında, OKB ve duygular arasındaki bağlantıları Türkiye örnekleminde inceleyebilmek adına önemli olabileceği düşünülen Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin (McCubbin ve Sampson, 2006) Türkçe'ye uyarlanıp geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması amaçlanmaktadır.

Araştırmacıların bilişsel değerlendirmelerin ötesinde incelediği OKB ile ilişkisi olabilecek duygularla ilgili bir başka yapı duygu düzenlemedir. Duygu düzenleme sürecinde deneyimlenen zorlukların ve uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının OKB'nin temelindeki önemli faktörlerden biri olabileceği ileri sürülmektedir (Allen ve Barlow, 2009; de la Cruz ve ark., 2013; Stern ve ark., 2014). Bu tahmini değerlendirmek üzere hem klinik örneklemelerde (Berman ve ark., 2018; de la Cruz ve ark., 2013; Smith ve ark., 2012; Yap ve ark., 2018) hem de klinik olmayan örneklemelerde (Fergus ve Bardeen, 2014; Marcks ve Wood, 2007; Stern ve ark., 2014) gerçekleştirilen çalışmalarda obsesif kompulsif belirti boyutlarının duygu düzenleme güçlükleriyle ve uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinden bastırmayla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Geçmişten günümüze OKB bağlamında duygu düzenlemeyi inceleyen böyle araştırmalar nispeten artmış olsa da bu konudaki boşluğa yapılan vurgu devam etmektedir (Fergus ve Bardeen, 2014; Stern ve ark., 2014).

Alan yazınında sunulan tüm bu bilgiler ve vurgulanan boşluk göz önüne alındığında mevcut tez çalışmasının ikinci ve esas aşamasında obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin depresyon ve kaygı belirtileri kontrol edilerek obsesif kompulsif belirti boyutlarının görünümü ile olan ilişkisinin irdelenmesi amaçlanmaktadır. İlgili alan yazındaki mevcut araştırmalara dair bir tarama yapıldığında tüm bu değişkenlerin obsesif kompulsif belirti boyutlarının yordayıcıları olarak bir arada incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır. Bundan hareketle, obsesif inançların obsesif kompulsif belirtileri yordadığına dair bulgulara (Tolin ve ark., 2003; Wheaton ve ark., 2010) ek olarak obsesif inançların OKB boyutları ile ilişkisinde duygu düzenleme stratejilerinin, duygu düzenleme güçlüklerinin ve duyguları tehdit olarak algılamanın da OKB boyutlarını yordayıp yordamadığını incelemek amaçlanmaktadır. Duygulara dair değişkenler de dikkate alındığında var olan modelin tahmin gücünün artıp artmayacağı merak edilmektedir. Görece sınırlı sayıda çalışmada incelendiği bilinen “duyguları tehdit olarak algılama” kavramının duygularla ilişkili diğer faktörler ve

obsesif kompulsif belirtilerle alakalı faktörlerle birlikte irdelenmesi OKB'nin etiyolojisinde rol oynayan psikolojik süreçlere yönelik anlayışın gelişmesine ve bu konudaki alan yazın boşluğunun tamamlanmasına katkıda bulunabilir. Ayrıca bu anlayış, OKB'nin tedavisi için daha etkili klinik müdahalelerin geliştirilmesinde önemli pay sahibi olabilir.

1.3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın önceki bölümde sunulan amaçları doğrultusunda belirlenen hipotezleri aşağıdaki gibidir:

1. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin faktör yapısının orijinal çalışmadaki yapı ile uyumlu olması beklenmektedir.
2. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin toplam puanının ve alt boyut puanlarının iç tutarlılık katsayılarının ve test-tekrar test güvenirlik katsayılarının psikometrik açıdan kabul edilebilir düzeyde olması beklenmektedir.
3. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin, Duygudurum Farkındalığı Ölçeği'nin bütün alt boyutları ile istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif ilişki içinde olması beklenmektedir.
4. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin, Duygu Gereksinimi Ölçeği'nin toplam puanı ve yaklaşma alt boyutu ile anlamlı ve negatif; kaçınma alt boyutu ile anlamlı ve pozitif ilişki içinde olması beklenmektedir.
5. Kadın ve erkek katılımcılar arasında OKB belirti boyutu şiddeti, obsesif inançlar, duyguları tehdit olarak algılama açısından anlamlı farklılıklar beklenmemekte; depresyon, anksiyete, duygu düzenleme stratejileri ve duygu düzenleme güçlükleri açısından anlamlı farklılıklar beklenmektedir.
6. Daha önce ruhsal bozukluk tanısı almış olan katılımcıların depresyon, anksiyete, OKB belirti boyutu şiddeti, obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu bastırma ve duyguları tehdit olarak algılama puanları daha önce ruhsal bozukluk tanısı almamış olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olması beklenirken; duygu düzenlemede bilişsel yeniden değerlendirme puanları daha düşük olması beklenmektedir.

7. Depresyon, anksiyete, obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duyguları tehdit olarak algılama ve OKB belirti boyutu şiddeti değişkenlerinin ve alt boyutlarının birbirleriyle istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkilere sahip olması beklenmektedir.

8. Depresyon, anksiyete, obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duyguları tehdit olarak algılama ve OKB belirti boyutu şiddeti değişkenlerinin ve alt boyutlarının; duygu düzenleme stratejilerinden bastırma ile istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkilere sahip olması beklenmektedir.

9. Depresyon, anksiyete, obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duyguları tehdit olarak algılama ve OKB belirti boyutu şiddeti değişkenlerinin ve alt boyutlarının; duygu düzenleme stratejilerinden bilişsel yeniden değerlendirme ile istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ilişkilere sahip olması beklenmektedir.

10. Depresyon ve anksiyete puanları kontrol edildiğinde obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin bir arada OKB bulaş belirti boyutu şiddetini anlamlı şekilde yordaması beklenmektedir.

11. Depresyon ve anksiyete puanları kontrol edildiğinde obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin bir arada OKB sorumluluk belirti boyutu şiddetini anlamlı şekilde yordaması beklenmektedir.

12. Depresyon ve anksiyete puanları kontrol edildiğinde obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin bir arada OKB kabul edilemez düşünceler belirti boyutu şiddetini anlamlı şekilde yordaması beklenmektedir.

13. Depresyon ve anksiyete puanları kontrol edildiğinde obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin bir arada OKB simetri belirti boyutu şiddetini anlamlı şekilde yordaması beklenmektedir.

Mevcut çalışmanın bir sonraki bölümünün ön çalışma ve ana çalışma olmak üzere iki aşamadan oluşması planlanmaktadır. İlk aşamada ana çalışmada kullanılması planlanan Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik ön çalışması yer almaktadır. İkinci aşamada önceki aşamada geçerlik ve güvenirlik

alışması tamamlanmış olan Duyguları Tehdit Olarak Algılama öleği'nin kullanıldığı ana çalışma yer almaktadır.



2. BİRİNCİ ÇALIŞMA: ÖLÇEK ADAPTASYONU

2.1. YÖNTEM

Birinci çalışma kapsamında “Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği” (DTAÖ) Türkçe’ye uyarlanarak psikometrik özellikleri incelenmiştir.

2.1.1. DTAÖ’nün Çeviri Süreci

Öncelikle Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği’nin oluşturulduğu orijinal çalışmanın sorumlu yazarı olan Dr. Remy McCubbin’dan DTAÖ’yü Türkçe’ye uyarlamak için elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Bkz. Ek 3.). DTAÖ’nün Türkçe’ye adaptasyonu için sıklıkla kullanılan bir yöntem olan çeviri (Türkçe’ye), geri çeviri (İngilizce’ye) ve çeviriyi değerlendirme adımları uygulanmıştır. Orijinal dili İngilizce olan DTAÖ, klinik psikoloji alanında Amerika Birleşik Devletleri’nde lisansüstü eğitim yapmış olup çok iyi düzeyde İngilizce bilen iki akademisyen tarafından bağımsız olarak Türkçe’ye çevrilmiştir. Ölçek için edinilen çeviriler, mevcut çalışmanın araştırmacıları tarafından karşılaştırılarak çevirilerin birbiriyle örtüşen ve farklılaşan noktaları belirlenmiştir. Daha sonrasında, bu noktalara dair ortak ifadeler oluşturularak ölçeğin Türkçe formu hazırlanmıştır. Ölçeğin eldeki Türkçe formunun anlam ve dilin anlaşılabilirliği açısından değerlendirilmesi amacıyla pilot uygulama yapılmıştır. Bunun için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalında öğrenim görmekte olan dört yüksek lisans ve üç doktora öğrencisi ölçeğin Türkçe formunu doldurarak geri bildirimlerde ve önerilerde bulunmuştur. Ölçek için yapılan geri bildirimler ve öneriler göz önünde bulundurularak ölçeğin üç maddesinde ve Likert derecelendirmesinde düzenlemeler yapılmıştır. Bu kapsamda ölçeğin “(Duygu) hissettiğinizde, bu durum sonsuza kadar sürecek gibi mi görünüyor?” şeklindeki altıncı maddesi “(Duygu) hissettiğinizde, bu duygu sonsuza kadar sürecek gibi geliyor mu?” olarak değiştirilmiştir. Ölçeğin “(Duygu), sizi işlev göremeyeceğiniz noktaya kadar zorlar mı?” şeklindeki yedinci maddesi “(Duygu), sizi günlük işlerinizi

yapamayacak kadar zorlar mı?” olarak değiştirilmiştir. Son olarak, “(Duygu) ile ne demek istediğinizi açıkça tanımlayabiliyor musunuz?” şeklindeki sekizinci maddesi “(Duygu) hissini açıkça tanımlayabilir misiniz?” olarak değiştirilmiştir. Ayrıca, ölçeğin “1=Hiç, 2=Az bir miktar, 3=Orta derecede, 4=Çoğunlukla, 5=Kesinlikle” şeklinde olan Likert derecelendirmesi her alt ölçekteki ilk yedi madde için “1=Hiç öyle düşünmüyorum, 2=Çok az öyle düşünüyorum, 3=Kısmen öyle düşünüyorum, 4=Oldukça fazla öyle düşünüyorum, 5=Kesinlikle öyle düşünüyorum” olarak değiştirilmiştir. Bunların ardından, iki dilli (Türkçe ve İngilizce) bir profesyonel çevirmen tarafından ölçeğin Türkçe formu İngilizce’ye geri çevrilmiş ve elde edilen ölçek ile ölçeğin orijinal versiyonu karşılaştırılıp değerlendirilmiştir. Buna göre, geri çevirisi yapılmış ölçek ile ölçeğin orijinal versiyonunun uyumlu olduğu bildirilmiş ve böylece ölçeğin nihai hali elde edilmiştir.

2.1.2. Örneklem

Çalışmanın Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği’nin geçerlik ve güvenilirliğinin incelendiği ilk aşamasında kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bu kapsamda örneklem olarak üniversite öğrencilerine ulaşılması planlanmıştır. Veriler, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi’nin Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültesi bölümlerinde öğrenim görmekte olan öğrencilerin çevrim içi anketleri tamamlamaları aracılığıyla toplanmıştır. Birinci çalışmaya dâhil etme ölçütleri 18 yaş ve üzerinde olmak, üniversite öğrencisi olmak, hem ilk çalışmaya hem de test-tekrar test çalışmasına katılım sağlamak ve test-tekrar test çalışmasını ilk çalışmadan bir hafta sonra doldurmak olarak belirlenmiştir. Test-tekrar test çalışmasına katılmayan öğrenciler ve test-tekrar test çalışmasını ilk çalışmadan sonraki bir haftalık zaman aralığının dışında dolduran öğrenciler birinci çalışmanın analizlerinden dışlanmıştır.

Bu aşamada ulaşılacak örneklem sayısı, kullanılacak ölçeğin madde sayısının üç katının alınmasıyla hesaplanmış (Mundfrom, Shaw ve Ke, 2005) ve 216 bulunmuştur. Daha sonrasında, olası örneklem kaybı düşünülerek bu sayının %15’inin de yedek örneklem olarak alınmasına karar verilmiş ve örneklem sayısı 250 olarak belirlenmiştir.

Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin adaptasyon çalışmasının verileri Ekim – Aralık 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmaya toplam 402 üniversite öğrencisi gönüllü olarak katılmıştır. Bunlardan test-tekrar test çalışmasına katılmayan 111 öğrenci ve test-tekrar test çalışmasını belirlenen zaman aralığının dışında dolduran 38 öğrenci çalışmaya dâhil edilmemiştir. Çalışma, 253 katılımcının verileriyle yürütülmüştür.

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş aralığı 18-48 ve yaş ortalamaları 20,81'dir (SS=4,06). Cinsiyet dağılımına göre katılımcıların 203'ü (%80,2) kadın ve 50'si (%19,8) erkektir. Katılımcıların 240'ı (%94,9) medeni durumunu “bekar”; beşi (%2) “beraber yaşıyor”; biri (%0,4) “nişanlı” ve yedisi (%2,8) “evli” olarak bildirmiştir. Katılımcıların 131'i (%51,8) yaşamının çoğunu bir büyükşehirde (İstanbul, Ankara, İzmir) geçirdiğini; 68'i (%26,9) şehirde geçirdiğini; 14'ü (%5,5) köyde geçirdiğini ve 40'ı (%15,8) kasaba ya da ilçede geçirdiğini belirtmektedir. Şu an yurttan yaşayan katılımcıların sayısı 111 (%43,9), ailesiyle beraber yaşayan katılımcıların sayısı 83 (%32,8), arkadaşlarıyla beraber evde yaşayan katılımcıların sayısı 30 (%11,9) ve tek başına yaşayan katılımcıların sayısı 29'dur (%11,5). Aile gelir düzeyini katılımcıların biri (%0,4) çok düşük; 24'ü (%9,5) düşük; 218'i (%86,2) orta ve 10'u (%4) yüksek olarak belirtmiştir. Katılımcıların 191'i (%75,5) psikoloji, 21'i (%8,3) sosyoloji, 19'u (%7,5) beslenme ve diyetetik, 10'u (%4) hemşirelik, 8'i (%3,2) sosyal hizmet ve 4'ü (%1,6) felsefe bölümünde öğrenim görmektedir. Bu öğrencilerin 104'ü (%41,1) birinci sınıfta, 90'ı (%35,6) ikinci sınıfta, 35'i (%13,8) üçüncü sınıfta ve 24'ü (%9,5) dördüncü sınıftadır. Cinsiyet, medeni durum, aile gelir düzeyi ve eğitim görülen bölüme ilişkin betimleyici istatistikler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Cinsiyet, Medeni Durum, Aile Gelir Düzeyi ve Bölüm Bilgileri

	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	203	80,2
Erkek	50	19,8
Medeni Durum		
Bekar	240	94,9
Beraber Yaşıyor	5	2

Nişanlı	1	0,4
Evli	7	2,8
Ailenin Gelir Düzeyi		
Çok düşük	1	0,4
Düşük	24	9,5
Orta	218	86,2
Yüksek	10	4
Eğitim Görülen Bölüm		
Psikoloji	191	75,5
Sosyoloji	21	8,3
Felsefe	4	1,6
Beslenme ve Diyetetik	19	7,5
Hemşirelik	10	4
Sosyal Hizmet	8	3,2

Katılımcılardan 206 kişi (%81,4) bugüne kadar psikiyatrik bir tanı almadığını ve 47 kişi (%18,6) psikiyatrik bir tanı aldığını belirtmiştir. Psikiyatrik bir tanı aldığını bildiren katılımcıların 42'si (%16,6) psikiyatristin ve 5'i (%2) psikoloğun tanıyı koyduğunu bildirmiştir. Katılımcıların 43'ü (%17) ailesinde psikiyatrik tanı alan birinin olduğunu belirtmiştir. Birinci ve ikinci derece yakınlarından birinde (anne, baba, kardeş) psikiyatrik bir tanı varlığını belirten katılımcı sayısının daha fazla olduğu ($n=32$) dikkat çekmektedir. Bugüne kadar herhangi bir psikiyatrik ve/veya psikolojik bir tedavi almadığını bildiren katılımcıların sayısı 170 (%67,2), psikiyatrik ilaç tedavisi aldığını bildiren katılımcıların sayısı 31 (%12,3), psikoterapi aldığını bildiren katılımcıların sayısı 28 (%11,1), ilaç tedavisi ve psikoterapiyi bir arada aldığını bildiren katılımcıların sayısı 22'dir (%8,7). Katılımcıların çoğu ($n=232$, %91,7) şu anda herhangi bir psikiyatrik ve/veya psikolojik tedavi almadığını belirtmiştir. Katılımcılardan 243'ü (%96) psikiyatrik bir ilaç kullanmadığını, 10'u (%4) kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların kendilerine ve ailelerine ilişkin psikiyatrik tanı öyküsü ve psikiyatrik ilaç kullanım durumunu gösteren oranlar Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Psikiyatrik Tanı Öyküsü, Psikiyatrik İlaç Kullanım Durumu ve Ailedeki Psikiyatrik Tanı Öyküsü Bilgileri

	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Psikiyatrik Tanı Öyküsü		
Psikiyatrik tanısı var	47	18,6
Psikiyatrik tanısı yok	206	81,4
Psikiyatrik İlaç Kullanım Durumu		
Evet	10	4
Hayır	243	96
Ailedeki Psikiyatrik Tanı Öyküsü		
Evet	43	17
Hayır	210	83

2.1.3. Veri Toplama Araçları

Birinci çalışmada katılımcıları genel anlamda tanımayı sağlayacak sosyodemografik bilgilerin elde edilmesi için demografik bilgi formu uygulanmıştır. Buna ek olarak, Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği (DTAÖ-the Perception of Threat from Emotions Questionnaire) Türkçe formu ve ölçeğin geçerliğini değerlendirmek için Duygudurum Farkındalığı Ölçeği (DFÖ-Trait Meta-Mood Scale) ile Duygu Gereksinimi Ölçeği (DGÖ-The Need for Affect Scale) kullanılmıştır. Birinci çalışmada kullanılan veri toplama araçlarına dair detaylı bilgi sıradaki bölümde sunulmaktadır.

2.1.3.1. Demografik Bilgi Formu

Birinci çalışma kapsamında uygulanan Demografik Bilgi Formu'nda (Bkz. Ek 1) katılımcıların yaşı, cinsiyeti, bölümü, sınıfı, medeni durumu, yaşamlarının çoğunu geçirdikleri yer, gelir düzeyleri, çalışma durumu, çalıştıkları sektör, güncel olarak yaşadıkları yer sorulmuştur. Ayrıca, katılımcının kendisinin ve ailesinin psikiyatrik bir tanı alıp almadığı ve psikiyatrik ilaç kullanım geçmişi sorulmuştur. Psikiyatrik bir tanı aldığını belirten katılımcılara tanının kim tarafından koyulduğu, geçmişte ve güncel olarak psikolojik tedavi alıp almadıkları ve aldıkları tedavinin türü gibi ek sorular yöneltilmiştir.

2.1.3.2. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği (DTAÖ)

McCubbin ve Sampson (2006) tarafından geliştirilen Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği (DTAÖ-the Perception of Threat from Emotions) bireylerin deneyimlediği çeşitli duygusal durumların oluşturduğu “tehdit” türlerine yönelik algılarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Üzüntü, suçluluk, mutluluk, öfke, kaygı (korku), cinsel arzu (şehvet) ve tiksinti olmak üzere yedi temel duygunun oluşturduğu alt ölçekler ve “genel olarak güçlü duygular” (duygular arasında ayırım yapma konusunda güçlük çekebilecek kişiler için) alt ölçeği olmak üzere toplam sekiz alt boyutun yer aldığı ölçekte toplam 72 madde bulunmaktadır. Ölçeğin geliştirilmesinde başlangıç noktası olarak, Oatley ve Johnson-Laird’in (1987) beş temel duygunun (üzüntü, mutluluk, korku, öfke ve tiksinti) varlığını öne sürdükleri çalışmanın alındığı belirtilmektedir. McCubbin ve Sampson (2006) klinik gözlemlerinde bildirilen güçlükleri de hesaba katarak bu duygulara “suçluluk” ve “cinsel arzu (şehvet)” duygularını da eklemiştir. Ölçeğin formatının Beck ve arkadaşlarının (1991) Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği’ne (Dysfunctional Attitude Scale) dayandırıldığı belirtilmiştir. Ölçekte her bir duygu alt boyutuna yöneltilen aynı dokuz soru yer almaktadır. İlk yedi madde duygulara dair “tehdit algıları” hakkındadır. Sonrasında her bir duyguyu açıkça tanımlama yetisini kontrol eden sekizinci madde ve her duygunun deneyimlenme sıklığını sorgulayan son madde gelmektedir.

Ölçeğin yanıtları 5’li Likert tipi (1=Hiç, 5=Kesinlikle) derecelendirmeden oluşmaktadır. Her duygu için ilk yedi maddeye verilen yanıtların toplanmasıyla o duygunun alt ölçek puanı elde edilmektedir. Bunun yanı sıra, her duygu için ilk yedi maddeye verilen yanıtların toplanmasıyla (“güçlü duygular” hâricinde) toplam DTAÖ puanı elde edilebilmektedir. Bahsedilen alt ölçek puanlarından ve toplam DTAÖ puanından alınan daha yüksek değerler duyguların daha fazla tehdit olarak algılandığına işaret etmektedir.

Orijinal ölçek oluşturulduktan sonra ilk çalışma ve test-tekrar test çalışması 15 klinik psikoloji doktora öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliğini gösteren Pearson korelasyon katsayısı toplam DTAÖ için $r = .83$, $p < .001$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılığını temsil eden Cronbach Alpha değerleri alt ölçeklerden üzüntü için 0,80, suçluluk için 0,81, mutluluk için 0,40, öfke

için 0,85, kaygı (korku) için 0,83, cinsel arzu (şehvet) için 0,70, tiksinti için 0,87 ve genel olarak güçlü duygular için 0,83 şeklindedir. Katılımcıların her bir duyguyu açıkça tanımlama yetisini soran sekizinci maddeye ve her duygunun yaşanma sıklığını soran dokuzuncu maddeye verdikleri yanıtlara yönelik uygulanan betimleyici istatistik analizleri sonucu duyguların çok sık yaşanmasa bile farklı duyguların tanımlanıp ayırt edilebildiği bulgulanmıştır. Diğer bir deyişle bu bulgunun, DTAÖ'nün ilişkili olduğu duygu deneyimlerinin katılımcılar tarafından yeterince anlaşıldığına karşılık geldiği belirtilmektedir. Alt ölçeklerin birbirleriyle olan ilişkilerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Pearson korelasyon analizlerinde, alt ölçek puanlarının her biri arasındaki korelasyonların çoğunda orta düzeyde bir ilişki olduğu bulgulanmıştır. DTAÖ'nün ıraksak geçerliğini belirlemek için Beck Depresyon Envanteri (Beck ve ark., 1961), Beck Anksiyete Envanteri (Beck ve ark., 1988), Sorumluluk Tutum Ölçeği (Salkovskis ve ark., 2000) ve Düşünce-Eylem Kaynaşması Ölçeği (Shafran ve ark., 1996) ile yapılan ölçümlerde DTAÖ, bahsedilen araçların ölçtüğü yapılarla yüksek oranda ilişkili bulunmamıştır. Bu doğrultuda, DTAÖ'nün bu faktörlerden bağımsız bir psikolojik işleyiş yönünü ele aldığı çıkarsanmaktadır. DTAÖ için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmamıştır.

Alan yazın incelendiğinde bilindiği kadarıyla DTAÖ'nün henüz Türkçe'ye uyarlanmadığı görülmektedir. Bu ölçeğin Türkçe'ye adaptasyon, geçerlik ve güvenirlik çalışması mevcut tez kapsamında yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye adaptasyon süreci ile ilgili diğer bilgiler "İşlem" bölümünde aktarılacaktır.

2.1.3.3. Duygudurum Farkındalığı Ölçeği

Duygudurum Farkındalığı Ölçeği (DFÖ) Salovey ve arkadaşları (1995) tarafından bireyin kendi duygudurumunu anlama yeteneğini incelemek, duygudurumunu ne derecede düzenleyebildiğini keşfetmek ve duygular ile düşünceler arasındaki etkileşimleri tespit etmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 5'li Likert tipi (1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum) derecelendirmeye dayanırken toplam 30 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar "duygulara dikkat", "duygularda berraklık" ve "duygularda iyileştirme" şeklindedir. Duygulara dikkat, bireyin ne hissettiğini tanımlayabilme yetisine; duygularda berraklık duyguları ayırt

edebilme yetisine ve son olarak duygularda iyileştirme, kişinin gereken koşullarda duygularını değiştirme yetisine karşılık gelmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Bugay ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığına yönelik Cronbach Alpha değeri duygulara dikkat alt ölçeği için 0,76, duygularda berraklık alt ölçeği için 0,73 ve duygularda iyileştirme alt ölçeği için 0,60 şeklindedir.

Bu çalışmada ölçeğe ait Cronbach Alpha değerleri duygulara dikkat alt ölçeği için 0,79, duygularda berraklık alt ölçeği için 0,84 ve duygularda iyileştirme alt ölçeği için 0,67 olarak bulunmuştur.

2.1.3.4. Duygu Gereksinimi Ölçeği

Duygu Gereksinimi Ölçeği, bireylerin duygu gereksinimlerini ölçmek amacıyla Maio ve Esses (2001) tarafından geliştirilmiştir. Bireylerin duygu yüklü ortamlara yaklaşma ve duygu yüklü ortamlardan kaçınma motivasyonunu değerlendiren ölçek 26 maddeden oluşmaktadır. Bu doğrultuda ölçeğin yaklaşma ve kaçınma olmak üzere iki alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçek, “1=Kesinlikle katılmıyorum -3”, “7=Kesinlikle katılıyorum +3” olmak üzere 7’li Likert tipi derecelendirmeden oluşmaktadır. Alt ölçeklerden alınabilecek toplam puanlar -39 ile +39 ve DGÖ’den alınabilecek toplam puan (yaklaşma eksi kaçınma) -78 ile +78 arasında değişim göstermektedir. Ölçekten daha yüksek puanlar alınması bireylerin duygulara yaklaşma isteğinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlama çalışması Duyan ve arkadaşları (2011) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin geneline dair Cronbach Alpha değeri 0,84, alt ölçeklere dair Cronbach Alpha değerleri yaklaşma için 0,82 ve kaçınma için 0,81 olarak bulunmuştur.

Mevcut çalışmada ölçeğe ait Cronbach Alpha katsayısı ölçeğin tamamı için 0,75, yaklaşma alt ölçeği için 0,79 ve kaçınma alt ölçeği için 0,85 olarak bulunmuştur.

2.1.4. İşlem

Adaptasyon çalışmasının yürütülebilmesi için gereken etik izinler İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sosyal Çalışmalar Etik Kurulu’ndan alınmıştır. Demografik bilgi formu ve ölçüm araçlarının yer aldığı çevrim içi bir anket Google Forms aracılığıyla

hazırlanmıştır. Katılımcılara kolayda örnekleme yöntemiyle ulaşılmıştır. Bu doğrultuda, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'nin Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültesi bölümlerinde öğrenim görmekte olan öğrencilere sınıflarında ulaşılarak yüz yüze araştırma duyurusu ve daveti yapılmıştır. Öğrencilere çevrim içi anket iletilmeden önce çalışmanın amacı, uygulamanın yaklaşık süresi ve çalışmaya katılımlarının gönüllülük esasına dayalı olduğuna dair bilgilerin bulunduğu Bilgilendirilmiş Onam Formu sözlü olarak açıklanmıştır. Daha sonrasında Bilgilendirilmiş Onam, demografik bilgi formu ve ölçüm araçlarının yer aldığı çevrim içi anket öğrencilere sınıf temsilcileri aracılığıyla iletilmiştir.

Çalışmanın test-tekrar test aşaması için ilk çalışmanın bir hafta sonrasında aynı sınıflardaki öğrencilere ulaşılarak test-tekrar test çalışmasının duyurusu yapılmıştır. Öğrencilerden, Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'ni, ilk çalışmadaki ölçeği doldurmaları ile arada bir hafta olacak şekilde yeniden doldurmaları istenmiştir. Ölçek adaptasyonu çalışmasında dışlama ölçütleri test-tekrar test çalışmasına katılım sağlanmaması ve test-tekrar test çalışmasının, ilk çalışmadan sonraki bir hafta zaman aralığında doldurulmaması olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda, sadece ilk çalışmaya katılıp test-tekrar test çalışmasına katılmayan 111 kişi ile test-tekrar test çalışmasını ilk çalışmadan sonraki bir hafta zaman aralığının dışında dolduran 38 kişi analizlere dâhil edilmemiştir.

2.1.5. Verilerin Analizi

Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin Türkiye örnekleme için geçerliği ve güvenirliği değerlendirilmiştir. Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS 25 programı kullanılarak yapılmıştır.

Verilerin toplanmasının ardından öncelikle veri girişleri kontrol edilerek kayıp değerler ve eksik ya da yanlış doldurulmuş veriler saptanmıştır. Bu veriler ve daha önce bahsedilen dışlama ölçütleri dâhilinde yer alan katılımcılar veri setinden çıkarılarak temizlenmiştir. Böylece 149 katılımcı analizlere dâhil edilmemiştir. Birinci çalışmanın verilerinin parametrik analizler için uygunluğunu incelemek amacıyla verilerin tamamı normallik kriteri açısından değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğinin değerlendirilmesinde basıklık ve çarpıklık değerleri

kullanılmıştır. Yapılan normallik incelemelerine göre değişkenlerin dağılımlarındaki basıklık ve çarpıklık katsayılarının +2 ile -2 değerleri arasında yer alması sebebiyle veri setinin normal dağılım kriterini karşıladığı belirlenmiştir (George ve Mallery, 2010). Çalışmanın geçerlik ve güvenirlik analizleri 253 katılımcının verileriyle yürütülmüştür.

Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin (DTAÖ) Türkçe versiyonunun görünüş geçerliği klinik psikoloji alanında araştırmalar yapan bir uzman tarafından değerlendirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla açımlayıcı faktör analizi (EFA) yöntemi kullanılmıştır. Duygudurum Farkındalığı Ölçeği (DFÖ) ve Duygu Gereksinimi Ölçeği (DGÖ), ölçüt bağıntılı geçerliği incelemek amacıyla kullanılmıştır. Ölçüt bağıntılı geçerlik, DTAÖ ile DFÖ ve DGÖ arasındaki Pearson korelasyon katsayısının hesaplanmasıyla test edilmiştir. DTAÖ'nün test-tekrar test güvenirliği için yine Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach Alpha katsayısı kullanılarak hesaplanmıştır. Her bir ölçek maddesinin toplam DTAÖ puanı ile ilişkisini araştırmak için madde-toplam puan korelasyonları hesaplanmıştır.

2.2. BULGULAR

2.2.1. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin Geçerliğine İlişkin Bulgular

2.2.1.1. Yapı Geçerliğinin Test Edilmesi: Açımlayıcı Faktör Analizi

Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin yapı geçerliğini değerlendirmek ve faktör yapısını belirleyebilmek amacıyla Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılmıştır. Bu kapsamda ölçeğin alt boyutlarının bir veya daha fazla anlamlı yapıda faktör oluşturma durumunu incelemek için Temel Bileşenler Analizi (TBA) (Principle Component Analysis, PCA) yöntemi kullanılmıştır. Birinci çalışma örnekleminde elde edilen veri setinin bahsedilen analiz yöntemi için uygunluğunu belirleyebilmek amacıyla Bartlett Testi ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerleri göz önünde bulundurulmuştur. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliği katsayısının 0,50'nin üzerinde olmasının TBA için yeterli olduğu ve bu sayı 1'e yaklaştıkça istatistiksel değerinin arttığı belirtilmektedir (Field, 2016). Buna göre, mevcut

çalışmada DTAÖ için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,86 olarak bulunmuş ve örneklem için AFA için uygun olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca, maddeler arasındaki korelasyonların derecesiyle ilişkili olan Bartlett testinde 6193,31 olarak bulunan ki kare değerinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p<,01$) bulgulanmış ve ölçek maddeleri arasındaki korelasyonların AFA uygulayabilmek için yeterli düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu değerlendirmeler sonucunda birinci çalışma veri setinin Temel Bileşenler Analizi için uygun olduğu kararlaştırılmıştır.

Temel Bileşenler Analizi yapılırken faktörlerin ilişkili olduğu düşünüldüğünde kullanılan “eğik döndürme (oblique rotation)” yöntemlerinden biri olan ve büyük veri setleri için kullanışlı olduğu belirtilen “promax döndürme” yöntemi kullanılmıştır (Field, 2016). Mevcut çalışma için bu kararın gerekçeleri, DTAÖ’deki duygu değişkenlerinin birbirleriyle ilişkili olduğunun düşünülmesi ve veri setinin yeterince büyük olması şeklinde sıralanabilir. Alan yazınında faktör analizinde yer alan “Sabit Faktör” seçeneğiyle ilgili olarak, belirli sayıda faktör çıkarabilmek gerektiğine dair teorik bir gerekçe olduğunda bu seçeneğin tercih edilebileceği belirtilmektedir (Yong ve Pearce, 2013). Mevcut çalışmadaki değişkenlerin temel duyguları içermesi, her bir duyguya aynı soruların yöneltmesi ve orijinal ölçeğin geliştirici yazarlarından Dr. Remy McCubbin’in ölçeği uyarlarlarken “çeviri” dışındaki başka değişikliklerin yanıltıcı olacağını belirtmesi gerekçeleriyle ölçeğin faktör sayısı ve faktörlerin isimlendirmeleri orijinalindeki ile aynı tutulmuştur. Bu doğrultuda TBA yapılırken sabit faktör seçeneği kullanılmış ve faktör sayısı yediye sabitlenmiştir.

DTAÖ’nün faktör yapısını incelemek üzere temel bileşenler analizi ve promax rotasyonu kullanılarak yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda, orijinal ölçeğin faktör sayısına uygun olarak sabitlenen yedi faktörün varyansın %53,69’unu açıkladığı bulunmuştur. Faktörlerin varyansı açıklama oranları sırasıyla şu şekildedir: %24,22, %6,94, %5,78, %5,42, %4,18, %3,79 ve %3,33. Varyansın yarısından fazlasının bu yedi faktörle açıklanması, ölçeğin orijinalinin faktör yapısıyla uyumluluğa işaret etmektedir. Sabitlenen faktörlerin özdeğerleri ve açıkladıkları varyans oranları Tablo 3’te yer almaktadır.

Tablo 3: Temel Bileşenler Analizine İlişkin Bulgular

Faktör	Özdeğer	Açıklanan varyans (%)	Birikimli varyans (%)
1	11,87	24,22	24,22
2	3,40	6,94	31,17
3	2,83	5,78	36,95
4	2,66	5,42	42,38
5	2,05	4,18	46,57
6	1,86	3,79	50,36
7	1,63	3,33	53,69

DTAÖ'nün Türkçe formundaki yedi alt boyutun isimlendirmelerinde daha önce bahsedilen gerekçelerden herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir. AFA sonrasında ölçek maddelerinin faktörlere göre dağılımı ve faktör yükleri Tablo 4'te sunulmaktadır. Tablo 4 incelendiğinde suçluluk faktöründeki iki maddenin (Madde 6 ve Madde 7), öfke faktöründeki bir maddenin (Madde 6), üzüntü faktöründeki üç maddenin (Madde 3, Madde 4 ve Madde 5) ve mutluluk faktöründeki bir maddenin (Madde 6) iki faktöre de yüklenmiş olduğu görülmektedir. Ayrıca suçluluk faktöründeki Madde 6'nın, cinsel arzu (şehvet) faktöründeki Madde 6'nın, mutluluk faktöründeki Madde 4 ve Madde 6'nın farklı faktörlerde yüklendiği bulunmuştur. Bu iki sonuç ve orijinal ölçeğin geliştirici yazarlarından Dr. Remy McCubbin'in ölçeğin adaptasyonu ile ilgili yukarıda bahsedilen açıklaması birlikte ele alındığında ölçeğin teorik yapısının bozulmaması adına söz konusu maddelerin ölçekte tutulması ve madde içeriklerine uygun faktör başlıkları altında değerlendirilmeye devam edilmesi kararı alınmıştır.

Tablo 4: Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Faktör Analizi Bulguları

Madde	Faktör Yükleri						
	1	2	3	4	5	6	7
Faktör 1:							
Kaygı							

Madde 1	,702
Madde 2	,677
Madde 3	,636
Madde 4	,650
Madde 5	,749
Madde 6	,775
Madde 7	,658

Faktör 2:
Tiksinti

Madde 1	,797
Madde 2	,729
Madde 3	,700
Madde 4	,645
Madde 5	,790
Madde 6	,580
Madde 7	,724

Faktör 3:
Suçluluk

Madde 1		,721	
Madde 2		,386	
Madde 3		,767	
Madde 4		,692	
Madde 5		,617	
Madde 6	,346		,459
Madde 7		,310	,313

Faktör 4:

Öfke

Madde 1	,705	
Madde 2	,494	
Madde 3	,720	
Madde 4	,774	
Madde 5	,792	
Madde 6	,393	,405
Madde 7	,520	

**Faktör 5:
Cinsel Arzu**

Madde 1	,752	
Madde 2	,412	
Madde 3	,834	
Madde 4	,726	
Madde 5	,717	
Madde 6		,341
Madde 7	,357	

**Faktör 6:
Üzüntü**

Madde 1		,432
Madde 2		,455
Madde 3	,483	,303
Madde 4	,464	,308
Madde 5	,529	,391
Madde 6		,652
Madde 7		,570

Faktör 7:**Mutluluk**

Madde 1			,648
Madde 2			,645
Madde 3			,733
Madde 4	,339		
Madde 5			,752
Madde 6	,300	-,469	
Madde 7			,662

Madde 1= (Duygu) hissetmenin tehlikeli olduğunu düşünüyor musunuz?, Madde 2= (Duygu) kontrolünüzü kaybetmenize ve sonradan pişman olacağınız şeyler yapmanıza neden olabilir mi?, Madde 3= (Duygu) hissetmek 'kötü' müdür? (kötü olmanın veya başarısız olmanın bir işareti midir?), Madde 4= Kendinizi (duygu) hissetmekten alıkoymak aşırı derecede önemli mi?, Madde 5= (Duygu) hissetmek korkutucu olabilir mi?, Madde 6= (Duygu) hissettiğinizde, bu duygu sonsuza kadar sürecek gibi geliyor mu?, Madde 7= (Duygu) sizi günlük işlerinizi yapamayacak kadar zorlar mı?

2.2.1.2. Ölçüt Bağıntılı Geçerliğin Test Edilmesi

Ölçüt bağıntılı geçerliği test etmek üzere yapılan Pearson korelasyon analizinde Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği (DTAÖ) ile Duygudurum Farkındalığı Ölçeği (DFÖ) ve Duygu Gereksinimi Ölçeği (DGÖ) arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Analiz sonucuna göre, DTAÖ'nün toplam puanı ile DFÖ'nün duygularda berraklık ($r = -.38, p < .01$), duygularda iyileştirme ($r = -.29, p < .01$) ve duygulara dikkat ($r = -.15, p < .05$) alt boyutlarıyla anlamlı ve negatif yönde ilişkiler olduğu bulgulanmıştır. DTAÖ'nün alt boyutları ile DFÖ'nün duygularda berraklık alt boyutu arasında $-.17$ ile $-.39$ ($p < .01$) arasında değişen puanlarda anlamlı ve negatif yönde ilişkiler bulunmuştur. DTAÖ'nün alt boyutları ile DFÖ'nün duygularda iyileştirme alt boyutu arasında $-.17$ ile $-.28$ ($p < .01$) arasında değişen puanlarda anlamlı ve negatif yönde ilişkiler bulunmuştur. DFÖ'nün alt boyutlarından duygulara dikkat

ile DTAÖ'nün alt boyutlarından üzüntü ($r = -.18, p < .01$), mutluluk ($r = -.20, p < .01$), cinsel arzu (şehvet) ($r = -.25, p < .01$) ve genel olarak güçlü duygular ($r = -.14, p < .01$) anlamlı ve negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Bunların yanı sıra, DTAÖ'nün toplam puanının ile DGÖ'nün toplam puanıyla anlamlı ve negatif ($r = -.35, p < .01$); kaçınma alt boyutuyla anlamlı ve pozitif yönde ($r = .46, p < .01$) bir ilişkide olduğu bulgulanmıştır. DTAÖ'nün alt boyutları ile DFÖ'nün duygularda iyileştirme alt boyutu arasında $-.17$ ile $-.28$ ($p < .01$) arasında değişen puanlarda anlamlı ve negatif yönde ilişkiler bulunmuştur. DTAÖ'nün alt boyutları ile DGÖ'nün toplam puanı arasında $-.18$ ile $-.35$ ($p < .01$) arasında değişen puanlarda anlamlı ve negatif; DGÖ'nün kaçınma alt boyutu ile $.25$ ile $.46$ ($p < .01$) arasında değişen puanlarda anlamlı ve pozitif yönde ilişkiler olduğu bulunmuştur.

DTAÖ ile DFÖ VE DGÖ ölçeklerinin puanları arasındaki ilişkiler Tablo 5'te sunulmaktadır.

Tablo 5: DTAÖ ile DFÖ ve DGÖ Puanları Arasındaki İlişkiler

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
1. DTAÖ	-														
2. Ü-DTAÖ	,74**	-													
3. S-DTAÖ	,78**	,58**	-												
4. M-DTAÖ	,38**	,19**	,17**	-											
5. Ö-DTAÖ	,77**	,55**	,51**	,27**	-										
6. KK-DTAÖ	,72**	,44**	,59**	,09	,52**	-									
7. CA-DTAÖ	,59**	,35**	,30**	,35**	,35**	,23**	-								
8. T-DTAÖ	,66**	,32**	,42**	,10	,40**	,38**	,35**	-							
9. GGD-DTAÖ	,60**	,34**	,43**	,34**	,47**	,47**	,38**	,39**	-						
10. DD-DFÖ	-,15*	-,18**	-,03	-,20**	-,03	-,00	-,25**	-,07	-,14*	-					
11. DB-DFÖ	-,38**	-,39**	-,32**	-,18**	-,22**	-,24**	-,17**	-,24**	-,25**	,31**	-				
12. Dİ-DFÖ	-,29**	-,28**	-,20**	-,17**	-,19**	-,20**	-,17**	-,17**	-,21**	,25**	,44**	-			
13. DGÖ	-,35**	-,35**	-,24**	-,21**	-,21**	-,18**	-,27**	-,20**	-,33**	,67**	,48**	,31**	-		
14. Y-DGÖ	-,01	-,02	,03	-,05	-,03	,09	-,07	-,02	-,08	,57**	,12*	,13*	,68**	-	
15. K-DGÖ	,46**	,46**	,35**	,25**	,26**	,32**	,30**	,26**	,38**	-,47**	-,55**	-,32**	-,82**	-,16*	-
X	130,10	18,36	20,18	12,02	23,80	23,84	14,17	17,68	18,95	47,01	35,45	18,71	19,04	13,44	-5,60
SS	25,17	5,41	5,95	3,39	5,38	5,88	4,69	5,89	5,76	7,75	7,83	4,83	18,83	10,67	13,89

X= Ortalama, SS= Standart Sapma * $p < ,05$, ** $p < ,01$

1. DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği, 2. Ü-DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Üzüntü Alt Boyutu, 3. S-DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Suçluluk Alt Boyutu, 4. M-DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Mutluluk Alt Boyutu, 5. Ö-DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Öfke Alt Boyutu, 6. KK-DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Kaygı (Korku) Alt Boyutu, 7. CA-DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Cinsel Arzu (Şehvet) Alt Boyutu, 8. T-DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Tiksinti Alt Boyutu, 9. GGD-DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Genel Olarak Güçlü Duygular Alt Boyutu, 10. DD-DFÖ= Duygudurum Farkındalığı Ölçeği Duygulara Dikkat Alt Boyutu, 11. DB-DFÖ= Duygudurum Farkındalığı Ölçeği Duygulara Berraklık Alt Boyutu, 12. Dİ-DFÖ= Duygudurum Farkındalığı Ölçeği Duygulara İyileştirme Alt Boyutu, 13. DGÖ= Duygu Gereksinimi Ölçeği 14.Y-DGÖ= Duygu Gereksinimi Ölçeği Yaklaşma Alt Boyutu 15.K-DGÖ= Duygu Gereksinimi Ölçeği Kaçınma Alt Boyutu

2.2.2. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

2.2.2.1. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin (DTAÖ) Test-Tekrar Test Güvenirliği

DTAÖ'nün bütününün test-tekrar test güvenirligi için Pearson korelasyon katsayısı 0,84 ($p<,01$) olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının test-tekrar test güvenirligine yönelik Pearson korelasyon katsayısı alt boyutlardan üzüntü için 0,73 ($p<,01$), suçluluk için 0,78 ($p<,01$), mutluluk için 0,62 ($p<,01$), öfke için 0,69 ($p<,01$), kaygı (korku) için 0,73 ($p<,01$), cinsel arzu (şehvet) için 0,72 ($p<,01$), tiksinti için 0,68 ($p<,01$) ve genel olarak güçlü duygular için 0,67 ($p<,01$) şeklinde bulunmuştur.

DTAÖ'nün alt boyutlarının ve ölçeğin bütününün test-tekrar test güvenirlilik katsayısı değerleri Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6: Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Güvenirliği

DTAÖ	,84**
Üzüntü	,73**
Suçluluk	,78**
Mutluluk	,62**
Öfke	,69**
Kaygı (Korku)	,73**
Cinsel Arzu (Şehvet)	,72**
Tiksinti	,68**
Genel Olarak Güçlü Duygular	,67**

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

2.2.2.2. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin İç Tutarlılığı

Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin tamamının iç tutarlılığına yönelik Cronbach Alpha değeri 0,92 olarak bulunmuştur. DTAÖ'nün alt ölçeklerinin iç

tutarlılığına yönelik Cronbach Alpha değerleri üzüntü alt ölçeği için 0,80, suçluluk alt ölçeği için 0,85, mutluluk alt ölçeği için 0,53, öfke alt ölçeği için 0,83, kaygı (korku) alt ölçeği için 0,87, cinsel arzu (şehvet) alt ölçeği için 0,79, tiksinti alt ölçeği için 0,85, genel olarak güçlü duygular alt ölçeği için 0,86 olarak hesaplanmıştır. DTAÖ'nün bütününe ve alt boyutlarına ilişkin iç tutarlılık katsayıları Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7: *Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin İç Tutarlılığı*

DTAÖ	,92
Üzüntü	,80
Suçluluk	,85
Mutluluk	,53
Öfke	,83
Kaygı (Korku)	,87
Cinsel Arzu (Şehvet)	,79
Tiksinti	,85
Genel Olarak Güçlü Duygular	,86

DTAÖ'nün her bir maddesinin ölçeğin toplam puanıyla ilişkilerini değerlendirmek üzere madde-toplam puan korelasyonları hesaplanmıştır. Sonuçlar incelendiğinde mutluluk alt ölçeğinin “Kendinizi mutlu hissetmekten alıkoymak aşırı derecede önemli mi?” şeklindeki dördüncü maddesi ve “Mutlu hissettiğinizde bu duygu sonsuza kadar sürecek gibi mi geliyor?” şeklindeki altıncı maddesi ile cinsel arzu (şehvet) alt ölçeğinin “Cinsel arzu (şehvet) hissettiğinizde bu duygu sonsuza kadar sürecek gibi mi geliyor?” şeklindeki altıncı maddesi haricindeki bütün maddeler için madde toplam puan korelasyonları ,30'un üzerinde bulunmuş ve ölçek bütünlüğü için yeterli katkı sağladıkları anlaşılmıştır. Madde toplam puan korelasyonları düşük olmasına rağmen ölçeğin teorik yapısının bozulmaması adına bahsedilen üç maddenin ölçekte tutulmasına karar verilmiştir. DTAÖ'ye ilişkin madde toplam puan korelasyonları Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8: DTAÖ Alt Ölçeklerine İlişkin Madde Toplam Puan Korelasyonları

	Ü	S	M	Ö	KK	CA	T	GGD
Madde 1	,58	,69	,43	,62	,66	,69	,66	,73
Madde 2	,48	,53	,36	,52	,64	,52	,63	,74
Madde 3	,54	,66	,48	,59	,64	,60	,61	,68
Madde 4	,52	,54	,13	,56	,59	,57	,55	,53
Madde 5	,60	,76	,48	,73	,72	,64	,69	,72
Madde 6	,49	,54	-,06	,48	,63	,27	,53	,46
Madde 7	,53	,60	,36	,57	,66	,41	,61	,57

Ü=Üzüntü Alt Ölçeği, S=Suçluluk Alt Ölçeği, M=Mutluluk Alt Ölçeği, Ö=Öfke Alt Ölçeği, KK=Kaygı (Korku) Alt Ölçeği, CA=Cinsel Arzu (Şehvet) Alt Ölçeği, T=Tiksinti Alt Ölçeği, GGD=Genel Olarak Güçlü Duygular Alt Ölçeği

Madde 1= (Duygu) hissetmenin tehlikeli olduğunu düşünüyor musunuz?, Madde 2= (Duygu) kontrolünüzü kaybetmenize ve sonradan pişman olacağınız şeyler yapmanıza neden olabilir mi?, Madde 3= (Duygu) hissetmek 'kötü' müdür? (kötü olmanın veya başarısız olmanın bir işareti midir?), Madde 4= Kendinizi (duygu) hissetmekten alıkoymak aşırı derecede önemli mi?, Madde 5= (Duygu) hissetmek korkutucu olabilir mi?, Madde 6= (Duygu) hissettiğinizde, bu duygu sonsuza kadar sürecek gibi geliyor mu?, Madde 7= (Duygu) sizi günlük işlerinizi yapamayacak kadar zorlar mı?

3. İKİNCİ ÇALIŞMA: YETİŞKİNLERDE OBSESİF İNANÇLAR, DUYGU DÜZENLEME VE DUYGU DEĞERLENDİRMESİNİN OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİ BOYUTLARIYLA İLİŞKİSİNİN KESİTSEL İNCELEMESİ

3.1. YÖNTEM

Bu bölümde, obsesif inançlar, duygu düzenleme stratejileri, duygu düzenleme güçlükleri ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin depresyon ve kaygı belirtileri kontrol edilerek obsesif kompulsif belirti boyutlarına etkisinin incelendiği ikinci çalışmanın yöntemi ve bulguları sunulmaktadır.

3.1.1. Örneklem

İkinci çalışmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. İkinci çalışmanın verileri, çevrim içi olarak oluşturulan bir anketin sosyal medyadaki hesaplar üzerinden duyurulması yoluyla toplanmıştır. Okur-yazar olmak, 18 yaş ve üzerinde olmak ve psikotik bozukluk tanısı almamış olmak çalışmanın dâhil etme ölçütleri olarak belirlenmiştir.

İkinci çalışmanın hiyerarşik çoklu regresyon analizlerini gerçekleştirebilmek için gerekli olan minimum örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak hesaplanmıştır (Faul ve ark., 2007). Orta etki büyüklüğü ve 0,05 istatistiksel anlamlılık için hesaplanan minimum örneklem sayısı 208 olarak bulunmuştur. Olası örneklem kaybı düşünülerek bu sayının %15'inin de yedek örneklem alınmasına karar verilmiş ve nihai örneklem sayısı 240 olarak bulunmuştur.

Mevcut tezin ikinci ve esas çalışmasının verileri Mayıs 2024 – Ekim 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmaya toplum temelli 254 kişi gönüllü olarak katılım sağlamıştır. Ölçek yanıtlarında yanlış işaretlenmiş verilerin bulunduğu gözlemlenen bir katılımcı ve uç değerlerin bulunduğu tespit edilen yedi katılımcı çalışmanın sonraki aşamalarına dâhil edilmemiştir. Çalışmanın analizleri nihai olarak 246 katılımcının verileriyle yürütülmüştür.

Çalışmadaki katılımcıların yaş aralığı 18-73 ve yaş ortalamaları 29,40'tır (SS=10,47). Katılımcıların cinsiyet dağılımı 169 (%68,7) kadın ve 77 (%31,3) erkek şeklindedir. Katılımcıların 166'sı (%67,5) medeni durumunu "bekar", üçü (%1,2) "beraber yaşıyor", dördü (%1,6) "nişanlı", 66'sı (%26,8) "evli", altısı (%2,4) "boşanmış" ve biri (%0,4) "eşi vefat etmiş" olarak bildirmiştir. Katılımcıların sekizi (%3,3) ilkokul, beşi (%2) ortaokul, 60'ı (%24,4) lise, 156'sı (%63,4) üniversite ve 17'si (%6,9) yüksek lisans mezunudur. Katılımcılardan 93'ü (%37,8) yaşamının çoğunu bir büyükşehirde (İstanbul, Ankara, İzmir), 113'ü (%45,9) şehirde, 15'i (%6,1) köyde ve 25'i (%10,2) kasaba/ilçede geçirdiğini belirtmektedir. Şu anda yaşadıkları yeri katılımcıların 29'u (%11,8) yurttta, 162'si (%65,9) aileyle beraber evde, 13'ü (%5,3) arkadaşlarla beraber evde, 39'u (%15,9) tek başına evde ve üçü (%1,2) diğer olarak belirtmiştir. Katılımcıların 88'i (%35,8) öğrencidir. Katılımcıların 129'u (%52,4) çalıştığını, 117'si (%47,6) çalışmadığını belirtmektedir. Katılımcıların 24'ü (%9,8) çok düşük, 33'ü (%13,4) düşük, 169'u (%68,7) orta, 17'si (%6,9) yüksek ve üçü (%1,2) çok yüksek gelir düzeyine sahiptir. Cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi ve eğitim durumuna ilişkin değerler Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9: Cinsiyet, Medeni Durum, Gelir Düzeyi ve Eğitim Durumu Bilgileri

	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	169	68,7
Erkek	77	31,3
Medeni Durum		
Bekar	166	67,5
Beraber Yaşıyor	3	1,2
Nişanlı	4	1,6
Evli	66	26,8
Boşanmış	6	2,4
Eşi vefat etmiş	1	0,4
Gelir Düzeyi		
Çok düşük	24	9,8

Düşük	33	13,4
Orta	169	68,7
Yüksek	17	6,9
Çok yüksek	3	1,2
Eğitim Durumu		
İlkokul	8	3,3
Ortaokul	5	2
Lise	60	24,4
Üniversite	156	63,4
Yüksek Lisans	17	6,9

Katılımcılardan 203 kişi (%82,5) bugüne kadar psikiyatrik bir tanı almadığını ve 43 kişi (%17,5) psikiyatrik bir tanı aldığını belirtmiştir. Tanı aldığını belirten katılımcıların 39'u (%15,9) psikiyatristin, üçü (%1,2) psikoloğun, biri (%0,4) diğer bir kişinin tanıyı koyduğunu bildirmiştir. Katılımcılardan 39'u (%15,9) ailesinde psikiyatrik tanı alan birinin olduğunu, 207'si (%84,1) tanı alan birinin olmadığını belirtmektedir. Ailesinde birinci ve ikinci dereceden yakınlarından birinde (anne, baba, kardeş) psikiyatrik tanı olduğunu belirten kişilerin daha fazla olduğu ($n=29$) öne çıkmaktadır. Bugüne kadar herhangi bir psikiyatrik ve/veya psikolojik bir tedavi almadığını belirten katılımcı sayısı 179 (%72,8), psikiyatrik ilaç tedavisi aldığını belirten katılımcı sayısı 32 (%13), psikoterapi aldığını belirten katılımcı sayısı 16 (%6,5), ilaç tedavisi ve psikoterapiyi bir arada aldığını belirten katılımcı sayısı 19'dur (%7,7). Örneklemen çoğunluğu ($n=222$, %90,2) güncel olarak herhangi bir psikiyatrik ve/veya psikolojik tedavi almadığını belirtmiştir. Katılımcıların 226'sı (%91,9) şu anda psikiyatrik bir ilaç kullanmadığını, 20'si (%8,1) kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların kendisine ve ailesine dair psikiyatrik tanı öyküsü ve psikiyatrik ilaç kullanım durumunu gösteren değerler Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: Psikiyatrik Tanı Öyküsü, Psikiyatrik İlaç Kullanım Durumu ve Ailedeki Psikiyatrik Tanı Öyküsü Bilgileri

Sıklık (n)	Yüzde (%)
------------	-----------

Psikiyatrik Tanı Öyküsü		
Psikiyatrik tanısı var	43	17,5
Psikiyatrik tanısı yok	203	82,5
Psikiyatrik İlaç Kullanım Durumu		
Evet	20	8,1
Hayır	226	91,9
Ailedeki Psikiyatrik Tanı Öyküsü		
Evet	39	15,9
Hayır	207	84,1

3.1.2. Veri Toplama Araçları

İkinci çalışmada, katılımcılar hakkında genel anlamda bilgi edinmeyi sağlayacak demografik bilgi formunun yanı sıra Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği (DTAÖ), Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, Obsesif İnanışlar Anketi-20, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16), Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği ve Duygu Düzenleme Anketi kullanılmıştır. İkinci çalışmada kullanılan veri toplama araçlarına ilişkin ayrıntılı bilgi sıradaki bölümde yer almaktadır.

3.1.2.1. Demografik Bilgi Formu

İkinci çalışma kapsamında kullanılan Demografik Bilgi Formu'nda katılımcıların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, yaşamlarının çoğunu geçirdikleri yer, gelir düzeyleri, öğrenci olup olmadıkları, bölümü, çalışma durumu, çalıştıkları sektör, güncel olarak yaşadıkları yer sorulmuştur. Ardından, katılımcının kendisinin ve ailesinin psikiyatrik bir tanı alıp almadığına ve psikiyatrik ilaç kullanım geçmişine yönelik sorular sorulmuştur. Psikiyatrik bir tanı aldığını belirten katılımcılara tanının kim tarafından koyulduğu, geçmişte ve güncel olarak psikolojik tedavi alıp almadıkları ve aldıkları tedavinin türü gibi bağlantılı sorular yöneltilmiştir.

3.1.2.2. Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

Her birinin içerisinde kendi genel tanımlarını ve örneklerini barındırdığı farklı obsesif kompulsif semptom boyutlarını ele alan bu ölçek, Abramowitz ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilmiştir. Kaçınma davranışı da dâhil olmak üzere dört belirti boyutunun şiddetini 20 maddeyle değerlendirmektedir. Bu boyutlar; a) mikroplar ve kirlenme (bulaşma) hakkındaki endişeler, b) zarardan, yaralanmadan veya talihsizlikten sorumlu olma konusundaki endişeler, c) kabul edilemez düşünceler, d) simetri, eksiksizlik ve bir şeylerin “tam olması” gereksinimiyle ilgili endişeler olarak sıralanmaktadır. Belirti boyutlarının her birinde obsesyon ve kompulsiyon şiddetini “0” ile “4” arasında bir derecelendirmeye ve belirtilerle meşgul geçirilen zaman, kaçınma davranışı, yaşanan sıkıntı, işlevselliğin bozulması ve belirtilerin kontrolünde zorluk parametreleriyle ölçeğin beş madde yer almaktadır. Ölçekten alınan hem toplam puanın hem de alt ölçek puanlarının artması genel OKB belirtilerinin şiddetinin ya da söz konusu alt belirti boyutunun şiddetinin arttığını göstermektedir.

Ölçeğin Türkçe’ye geçerlik ve güvenirlik çalışması Şafak ve arkadaşları (2018) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığını ifade eden Cronbach Alpha katsayısı ölçeğin tamamı için 0,87 olarak bulunmuştur. Alt boyutlara yönelik Cronbach Alpha katsayıları; “bulaş” ve “sorumluluk” alt boyutları için 0,93, “kabul edilemez düşünceler” alt boyutu için 0,95 ve “simetri” alt boyutu için 0,92 şeklinde bulunmuştur. Bunun yanı sıra, alt ölçekler arası tüm faktörlerin arasında anlamlı seviyede bağıntı olmamasından ve bulunan bağıntı seviyelerinin de düşük olmasından dolayı alt ölçeklerin birbirinden bağımsız olduğunun desteklendiği belirtilmektedir. Sonuç olarak, toplam puanın ve her bir alt boyut puanının OKB belirti şiddetini göstereceği çıkarılmaktadır. BOKÖ; obsesyonların, kompulsiyonların ve kaçınma davranışının bireylerde farklı şekillerde ve farklı şiddet düzeylerinde deneyimlenmesine karşılık gelen OKB’nin heterojen yapısını ölçebilecek güçte olması dikkate alınarak (Şafak ve ark., 2018) mevcut çalışmada kullanılmıştır.

Mevcut çalışmada Cronbach Alpha katsayısı ölçeğin tamamı için 0,90 olarak bulunmuştur. Alt boyutlara yönelik Cronbach Alpha katsayıları; “bulaş” alt boyutu için 0,71, “sorumluluk” alt boyutu için 0,81, “kabul edilemez düşünceler” alt boyutu için 0,86 ve “simetri” alt boyutu için 0,87 şeklinde bulunmuştur.

3.1.2.3. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği (DTAÖ)

McCubbin ve Sampson (2006) tarafından geliştirilen bu ölçek sekiz alt ölçek ve toplam 72 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekler üzüntü, suçluluk, mutluluk, öfke, kaygı (korku), cinsel arzu (şehvet), tiksinti ve genel olarak güçlü duygular şeklindedir. Ölçeğin Türkiye örneklemini için adaptasyonu, geçerlik ve güvenilirlik çalışması mevcut tez çalışması kapsamında gerçekleştirilmiştir.

3.1.2.4. Obsesif İnanışlar Anketi-20

Obsesif İnanışlar Anketi-20, bireylerin obsesif kompulsif bozukluğa ilişkin deneyimlediği bilişsel yanlılıkları değerlendirmek amacıyla Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (OKBÇG 2003, 2005) tarafından geliştirilen Obsesif İnanışlar Anketi-44'ün Moulding ve arkadaşları (2011) tarafından oluşturulan daha kısa bir versiyonudur. Ölçekte mükemmeliyetçilik/kesinlik, tehdit öngörüsü, sorumluluk, düşüncelerin ve kontrolünün önemsenmesi olmak üzere dört alt ölçek ve 20 madde bulunmaktadır. Ölçek, 7'li Likert tipi (1=Kesinlikle katılmıyorum, 7=Tamamen katılıyorum) derecelendirmeye dayanmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Yorulmaz ve arkadaşları (2019) gerçekleştirmiş ve uzun formuna eş değer olduğunu bulmuştur. Ölçeğin iç tutarlık güvenilirlik katsayısı mükemmeliyetçilik/kesinlik alt ölçeği için 0,77, tehdit öngörüsü alt ölçeği için 0,79, sorumluluk alt ölçeği için 0,79, düşüncelerin ve kontrolünün önemsenmesi alt ölçeği için 0,79 olarak bulunmuştur.

Mevcut çalışmada ölçeğe ait iç tutarlık güvenilirlik katsayısı ölçeğin tamamı için 0,96, mükemmeliyetçilik/kesinlik alt ölçeği için 0,88, tehdit öngörüsü alt ölçeği için 0,88, sorumluluk alt ölçeği için 0,89, düşüncelerin ve kontrolünün önemsenmesi alt ölçeği için 0,85 olarak bulunmuştur.

3.1.2.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)

Bjureberg ve arkadaşları (2016) tarafından Duygu Düzenleme Zorlukları Ölçeği'nin (Gratz ve Roemer, 2004) kısa bir formu olarak geliştirilen 16 maddelik bu ölçek duyguların düzenlenmesinde yaşanan zorlukların farklı yönlerini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçeğin açıklık (örn. "Duygularıma bir anlam

vermekte zorlanırım.”), amaçlar (örn. “Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.”), dürtü (örn. “Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.”), stratejiler (örn. “Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.”) ve kabul etmeme (örn. “Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.”) olmak üzere beş alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin maddeleri 5’li Likert tipinde (1=Hemen hemen hiç, 5=Hemen hemen her zaman) derecelendirilmektedir. Alt ölçeklerden veya ölçeğin bütününden alınan daha yüksek puanlar duygu düzenlemede daha fazla zorluğu işaret etmektedir. DDGÖ-16’nın Türkçe’ye adaptasyonu, geçerlik ve güvenirlik çalışması Yiğit ve Guzey Yiğit (2019) tarafından gerçekleştirilmiştir. İç tutarlılık katsayısı ölçeğin geneli için 0,92 olarak bulunmuştur. Alt boyutların iç tutarlılık katsayıları ise açıklık ve amaçlar için 0,84, dürtü ve stratejiler için 0,87, kabul etmeme için 0,78 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği için 0,85 değeri elde edilmiştir.

Mevcut çalışmada ölçeğin geneline yönelik Cronbach Alpha değeri 0,96 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerin Cronbach Alpha değerleri açıklık için 0,83, amaçlar için 0,91, dürtü için 0,89, stratejiler için 0,92 ve kabul etmeme için 0,85 şeklinde bulunmuştur.

3.1.2.6. Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği

Anksiyete ve depresyon için risk gruplarını belirlemek amacıyla Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilen bu ölçek 14 maddeden oluşmaktadır. Anksiyete ve depresyon olmak üzere iki alt boyutu olan ölçekte yedi madde anksiyete belirtilerini ve yedi madde depresyon belirtilerini incelemektedir. Tek sayı olan maddeler anksiyeteyle, çift sayı olan maddeler ise depresyonla ilişkilidir. Ölçek dördümlü Likert tipi değerlendirmeye dayanmakta ve maddeler 0-3 puan arasında yanıtlanmaktadır. Tek sayılı maddelerin toplam puanının artması anksiyete seviyesinin; çift sayılı maddelerin toplam puanının artması depresyon seviyesinin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunda Cronbach Alpha katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0,85 ve depresyon alt ölçeği için 0,77 şeklinde bulunmuştur. Ayrıca, anksiyete alt ölçeğinin kesme noktası 10 ve depresyon alt ölçeğinin kesme noktası yedi değerinde

bulunmuştur. Bu değerlerin üzerinde puan alan bireyler risk grubu olarak görülebilmektedir. Daha önceki bölümlerde ele alındığı üzere OKB'nin, anksiyete ve depresyon gibi bozukluklarla sıklıkla bir arada görüldüğü belirtilmektedir (Denys ve ark., 2004; Sharma ve ark., 2021; Torres ve ark., 2016). Bu sebepten ötürü, mevcut çalışma kapsamında yapılacak araştırmanın bahsedilen birlikte ortaya çıkma durumundan etkilenmemesi için yürütülecek istatistiksel analizlerde anksiyete ve depresyon puanları kontrol altına alınacaktır.

Mevcut çalışmada Cronbach Alpha değerleri alt ölçeklerden anksiyete için 0,80, depresyon için 0,75 olarak bulunmuştur.

3.1.2.7. Duygu Düzenleme Anketi

Duygu Düzenleme Anketi bireylerin duygu düzenleme stratejilerini incelemek amacıyla Gross ve John (2003) tarafından geliştirilmiştir. Bilişsel yeniden değerlendirme ve bastırma olmak üzere iki alt boyuttan ölçme aracında 10 madde bulunmakta ve maddeler 7'li Likert tipi (1=Kesinlikle katılmıyorum, 7=Kesinlikle katılıyorum) derecelendirmeye dayanmaktadır. Bilişsel yeniden değerlendirme alt boyutundan alınan daha yüksek puanlar duygular düzenlenirken bilişsel yeniden değerlendirme stratejisini kullanmaya yönelik eğilimi; bastırma alt boyutundan alınan daha yüksek puanlar ise duyguları düzenlemede duyguların hissedilmesini baskılamaya dair stratejileri kullanma eğilimini işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye adaptasyon çalışması birden fazla araştırmacı tarafından yapılmıştır (Aka, 2011; Totan, 2015; Yurtsever, 2008). Mevcut çalışmada, geçerlik ve güvenirlik çalışması Totan (2015) tarafından yapılan Duygu Düzenleme Anketi Türkçe formu kullanılmıştır. Totan (2015) çalışmasında Cronbach Alpha değerlerini bilişsel yeniden değerlendirme alt ölçeği için 0,78, bastırma alt ölçeği için 0,71 olarak bulgulanmıştır. Test-tekrar test çalışmasının ardından bu değer bilişsel yeniden değerlendirme için 0,67, bastırma için 0,65 şeklinde bulgulanmıştır.

Mevcut tez çalışmasında Cronbach Alpha değerleri bilişsel yeniden değerlendirme alt ölçeği için 0,93, bastırma alt ölçeği için 0,84 olarak bulunmuştur.

3.1.3. İşlem

Çalışmanın yürütülebilmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sosyal Çalışmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Veriler, gönüllü katılımcıların Google Forms üzerinden düzenlenen çevrim içi anketleri doldurabilmeleri adına araştırmacının sosyal medya hesapları üzerinden (Instagram, Whatsapp) araştırma daveti yapılarak toplanmıştır. Katılımcılara kolayda örnekleme yoluyla ulaşılmıştır. Çalışmanın amacı, uygulamanın yaklaşık olarak süresi ve çalışmaya katılımın gönüllülüğe bağlı olduğu gibi bilgilerin bulunduğu bilgilendirilmiş onam formunu okuyup onaylayan katılımcılara öncelikle onları genel anlamda tanımayı sağlayacak “Demografik Bilgi Formu” sunulmuştur. Bunun ardından çalışma için düzenlenen öz-bildirim ölçekleri sunulmuştur. Katılımcıların sunulan ölçüm araçlarını tamamlaması için gereken yaklaşık süre 15-20 dakika olarak tahmin edilmiştir.

3.1.4. Verilerin Analizi

İkinci çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel açıdan değerlendirilmesi SPSS 25 programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin toplanmasının ardından ilk olarak veri girişleri kontrol edilmiş, kayıp değerler ve eksik ya da yanlış işaretlenmiş veriler tespit edilmiştir. Bu verilerin olduğu katılımcılar veri setinden çıkarılarak temizlenmiştir. Böylece bir katılımcı veri setinden çıkarılmış ve analizlere dâhil edilmemiştir. İkinci çalışmanın verilerinin parametrik analizler yürütebilmek için uygunluğunu incelemek amacıyla veriler normallik kriteri açısından değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım ölçütüne uyup uymadığı değerlendirilirken öncelikle basıklık ve çarpıklık değerleri incelenmiştir. Yapılan normallik incelemeleri sonucunda değişkenlerin dağılımlarında yer alan basıklık ve çarpıklık değerlerinin DTAÖ'nün “mutluluk alt boyutu” haricindeki diğer tüm değişkenler için George ve Mallery'nin (2010) normallik ölçütü için önerdiği +2 ile -2 basıklık ve çarpıklık değerleri arasında yer aldığı bulunmuştur. Bu sebeple, verilerin analizi aşamasına geçilmeden önce veri girişlerinin kontrolü yapılarak kayıp ve uç değerler tespit edilmiştir. Tek değişkenli uç değer analizinin yapılabilmesi adına çalışmadaki değişkenlerin standartlaştırılmış z puanları oluşturulmuştur. Sonrasında, oluşan standartlaştırılmış z puanlarında +3,29 ile -3,29 değerleri dışında yer alan yedi katılımcının yanıtları uç değer olarak

belirlenmiş ve bu katılımcılar veri setinden çıkarılmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2013). Böylece toplamda sekiz katılımcı çalışmanın sonraki adımlarına dâhil edilmemiş ve istatistiksel analizler 246 katılımcının verileriyle yürütülmüştür.

Verilerin parametrik analizleri için öncelikle katılımcıların çalışma değişkenlerinden aldıkları puanların cinsiyet ve daha önce ruhsal bozukluk tanısı alma durumu açısından farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Örneklem T Testi ile değerlendirilmiştir. Sonrasında, çalışmadaki değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Katsayısı Analizi gerçekleştirilerek incelenmiştir. Obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin OKB belirti boyutu şiddetini yordama düzeylerini değerlendirmek amacıyla hiyerarşik çoklu regresyon analizi yürütülmüştür. İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < ,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

İkinci çalışmanın bu bölümünde belirlenen araştırma hipotezlerine ilişkin yapılan istatistiksel analiz sonuçlarına yer verilmektedir. İlk olarak temel analizler öncesinde veri seti kayıp ya da yanlış/rastgele işaretlenen değerler ve normallik ölçütü açısından incelenmiştir. Yanlış/rastgele işaretlenen verilerin olduğu gözlemlenen bir katılımcı veri setinden çıkarılmıştır. Verilerin normal dağılımının tespiti için incelenen basıklık ve çarpıklık değerlerinde DTAÖ'nün mutluluk alt ölçeği dışındaki diğer tüm değişkenlerde George ve Mallery'nin (2010) normallik için önerdiği +2 ile -2 basıklık ve çarpıklık değerlerinin sağlandığı gözlenmiştir. Bu doğrultuda, temel veri analizlerinin yürütülmesinden önce çalışma değişkenlerinin standartlaştırılmış z puanları oluşturularak uç değer tespiti yapılmıştır. Elde edilen z puanlarında +3,29 ile -3,29 değerleri dışında yer alan yedi katılımcının yanıtları uç değer olarak belirlenmiş ve bu katılımcılar veri setinden dışlanmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2013). Nihai olarak sekiz katılımcı çalışmadaki ilerleyen aşamalara dâhil edilmemiş ve çalışmanın istatistiksel analizleri 246 katılımcının yanıtlarıyla yürütülmüştür.

Bu bölümde öncelikle çalışmada kullanılan ölçüm araçlarına ilişkin betimleyici istatistik analizleri yer almaktadır. Ardından cinsiyete ve daha önce ruhsal bozukluk tanısı alıp almamaya göre, çalışma değişkenlerinden alınan katılımcı puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Örneklem T Testi Analizi ile incelenmiştir. Çalışmadaki değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek üzere Pearson Korelasyon Katsayısı Analizi yapılmıştır. Son olarak çalışmada yer alan değişkenlerin OKB belirti boyutu şiddetini yordama düzeylerini incelemek amacıyla Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi yürütülmüştür.

4.1. Betimleyici İstatistikler

Çalışmada yer alan ölçüm araçlarının toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin çalışma örnekleminde ($n=246$) elde edilen betimleyici istatistik bulguları Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11: Araştırma Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri

	X	SS
BOKÖ-T	22,66	11,83
Bulaş	6,31	3,40
Sorumluluk	6,04	3,77
Kabul edilemez düşünceler	6,15	4,16
Simetri	4,14	3,87
OİA-T	62,59	28
OİA_Düşünce kontrolü	13,63	6,96
OİA_Tehdit öngörüsü	14,82	7,52
OİA_Sorumluluk	17,10	7,98
OİA_Mükemmeliyetçilik	17,02	8,05
DDGÖ-T	39,30	16,03
Açıklık	4,55	1,96
Amaçlar	8,65	3,56
Dürtü	6,80	3,32
Stratejiler	12,38	5,75
Kabul etmeme	6,89	3,30
DDA_Bilişsel yeniden değerlendirme	22,71	9,81
DDA_Bastırma	13,37	6,04
DTAÖ-T	115,16	36,75
Üzüntü	17,23	6,82
Suçluluk	17,73	7,87
Mutluluk	10,52	3,44
Öfke	21,04	8,07
Kaygı (korku)	20,43	8,65
Cinsel arzu (şehvet)	13,42	5,63
Tiksinti	14,76	6,78

Genel olarak güçlü duygular	14,60	6,98
HAD_Anksiyete	9,36	4,31
HAD_Depresyon	7,69	4,07

X= Ortalama, SS= Standart Sapma, BOKÖ-T= Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Toplam, OİA-T= Obsesif İnanışlar Anketi Toplam, DDGÖ-T= Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Toplam, DDA= Duygu Düzenleme Anketi, DTAÖ-T= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Toplam, HAD= Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

4.2. Cinsiyetler Arası Farklılıklara İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Analiz Sonuçları

İkinci çalışma kapsamında incelenen OKB'nin farklı belirti boyutları, obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri, duyguları tehdit olarak algılama, anksiyete ve depresyon değişkenlerine ait puanların katılımcıların cinsiyetine göre farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Örneklem T Testi Analizi ile incelenmiştir.

Analiz sonuçları incelendiğinde anksiyete puanı, Obsesif İnanışlar Anketi'nin tüm alt boyut puanları (mükemmeliyetçilik, tehdit öngörüsü, sorumluluk, düşüncelerin kontrolünün önemi) ve toplam puanı, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin açıklık alt boyutu hariç diğer tüm alt boyut puanları (amaçlar, dürtü, strateji, kabul etmeme) ve toplam puanı, Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin üzüntü, suçluluk, kaygı (korku), ve tiksinti alt boyut puanları ile toplam DTAÖ puanı ve OKB'nin sorumluluk belirti boyutu puanları kadın ve erkek katılımcılar arasında istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Kadın katılımcıların ($X=9,94$, $SS=4,34$) anksiyete puanlarının erkek katılımcıların ($X=8,07$, $SS=3,97$) anksiyete puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t(244)=3,20$, $p<,01$). Obsesif inanışlar kadınlarda ($X=65,75$, $SS=29,01$) erkeklerden ($X=55,66$, $SS=24,42$) istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir ($t(244)=2,65$, $p<,01$). Obsesif İnanışlar Anketi'nin tüm alt boyutlarında kadınlar erkeklerden daha yüksek puan almıştır. Kadınlar ($X=42,33$, $SS=17,04$), erkeklere ($X=32,64$, $SS=11$) kıyasla daha fazla duygu düzenleme güçlüğü deneyimlemektedir ($t(224,262)=5,33$, $p<,01$). Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin açıklık alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarında kadınların puanları erkeklerden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha

yüksektir. Duyguları tehdit olarak algılama, kadınlarda ($X=119,47$, $SS=37,93$) erkeklere ($X=105,70$, $SS=32,26$) göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek olarak bulunmuştur ($t(244)= 2,76$, $p<,01$). DTAÖ'nün üzüntü alt boyutunda kadınların ($X=17,94$, $SS=6,96$) erkeklerden ($X=15,66$, $SS=6,27$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir ($t(244)= 2,45$, $p<,05$). DTAÖ'nün suçluluk alt boyutunda da kadınların ($X=18,61$, $SS=7,96$) erkeklerden ($X=15,81$, $SS=7,37$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir ($t(244)= 2,61$, $p<,05$). Ayrıca kaygıdan (korkudan) algılanan tehdit, kadınlarda ($X=21,39$, $SS=8,82$) erkeklere ($X=18,31$, $SS=7,91$) kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek olarak bulunmuştur ($t(244)= 2,62$, $p<,01$). Benzer şekilde tiksintiden algılanan tehdit kadınlarda ($X=15,31$, $SS=7,21$) erkeklerden ($X=13,53$, $SS=5,57$) daha yüksek olarak bulunmuştur ($t(187,108)= 2,11$, $p<,05$). Son olarak OKB'nin sorumluluk belirti boyutundan alınan puanlar kadınlarda ($X=6,39$, $SS=3,87$) erkeklerle ($X=5,28$, $SS=3,43$) karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur ($t(244)= 2,15$, $p<,05$). Cinsiyetler arası farklılıklara ilişkin analiz sonuçları Tablo 12'de sunulmaktadır.

Tablo 12: Cinsiyetler Arası Farklılıklara İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Cinsiyet	N	X	SS	t	p
HAD_Depresyon	Kadın	169	7,80	4,39	,72	,47
	Erkek	77	7,44	3,26		
HAD_Anksiyete	Kadın	169	9,94	4,34	3,20	,00**
	Erkek	77	8,07	3,97		
OİA_Mükemmeliyetçilik	Kadın	169	17,91	8,33	2,76	,00**
	Erkek	77	15,07	7,05		
OİA_Tehdit öngörüsü	Kadın	169	15,71	7,83	2,97	,00**
	Erkek	77	12,88	6,43		
OİA_Sorumluluk	Kadın	169	17,82	8	2,97	,03*
	Erkek	77	15,51	7,75		
OİA_Düşünce kontrolü önemi	Kadın	169	14,29	7,23	2,22	,02*
	Erkek	77	12,18	6,11		

OİA_Toplam	Kadın	169	65,75	29,01	2,65	,00**
	Erkek	77	55,66	24,42		
DDGÖ_Açıklık	Kadın	169	4,71	2,07	1,97	,05
	Erkek	77	4,22	1,66		
DDGÖ_Amaçlar	Kadın	169	9,29	3,62	1,97	,00**
	Erkek	77	7,25	2,97		
DDGÖ_Dürtü	Kadın	169	7,40	3,55	5,10	,00**
	Erkek	77	5,48	2,28		
DDGÖ_Strateji	Kadın	169	13,46	6,05	5,18	,00**
	Erkek	77	10,01	4,17		
DDGÖ_Kabul etmeme	Kadın	169	7,44	3,57	4,78	,00**
	Erkek	77	5,67	2,17		
DDGÖ_Toplam	Kadın	169	42,33	17,04	5,33	,00**
	Erkek	77	32,64	11		
DDA_BYD	Kadın	169	23,50	9,73	1,87	,06
	Erkek	77	20,98	9,81		
DDA_B	Kadın	169	13,54	5,91	,63	,52
	Erkek	77	13,01	6,34		
Ü_DTAÖ	Kadın	169	17,94	6,96	2,45	,01*
	Erkek	77	15,66	6,27		
S_DTAÖ	Kadın	169	18,61	7,96	2,61	,01*
	Erkek	77	15,81	7,37		
M_DTAÖ	Kadın	169	10,75	3,42	1,54	,12
	Erkek	77	10,02	3,47		
Ö_DTAÖ	Kadın	169	21,69	8,17	1,87	,06
	Erkek	77	19,62	7,71		
KK_DTAÖ	Kadın	169	21,39	7,21	2,62	,00**
	Erkek	77	18,31	5,57		
CA_DTAÖ	Kadın	169	13,73	6,02	1,44	,15
	Erkek	77	12,72	4,64		
T_DTAÖ	Kadın	169	15,31	7,21	2,11	,03*
	Erkek	77	13,53	5,57		
GGD_DTAÖ	Kadın	169	15,18	7,15	1,91	,05
	Erkek	77	13,35	6,45		

DTAÖ_Toplam	Kadın	169	119,47	37,93	2,76	,00**
	Erkek	77	105,70	32,26		
BOKÖ_Bulaş	Kadın	169	6,53	3,50	1,50	,13
	Erkek	77	5,83	3,14		
BOKÖ_Sorumluluk	Kadın	169	6,39	3,87	2,15	,03*
	Erkek	77	5,28	3,43		
BOKÖ_KED	Kadın	169	6,36	4,28	1,18	,23
	Erkek	77	5,68	3,88		
BOKÖ_Simetri	Kadın	169	4,18	3,88	,25	,79
	Erkek	77	4,05	3,88		
BOKÖ_Toplam	Kadın	169	23,48	11,93	1,62	,10
	Erkek	77	20,85	11,49		

HAD=Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, OİA=Obsesif İnanışlar Anketi, DDGÖ=Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, DDA_BYD=Duygu Düzenleme Anketi Bilişsel Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, DDA_B= Duygu Düzenleme Anketi Bastırma Alt Boyutu, Ü_DTAÖ=Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Üzüntü Alt Boyutu, S_DTAÖ=Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Suçluluk Alt Boyutu, M_DTAÖ=Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Mutluluk Alt Boyutu, Ö_DTAÖ=Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Öfke Alt Boyutu, KK_DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Kaygı (Korku) Alt Boyutu, CA_DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Cinsel Arzu (Şehvet) Alt Boyutu, T_DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Tiksinti Alt Boyutu, GGD_DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Genel Olarak Güçlü Duygular Alt Boyutu, BOKÖ=Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BOKÖ_KED= Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kabul Edilemez Düşünceler Alt Boyutu * $p<,05$, ** $p<,01$

4.3. Ruhsal Bozukluk Tanı Öyküsüne İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Analiz Sonuçları

İkinci çalışma kapsamında incelenen OKB'nin farklı belirti boyutları, obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri, duyguları tehdit olarak algılama, anksiyete ve depresyon değişkenlerine ait puanların, katılımcıların daha önce herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı alıp almama durumuna göre farklılaşp farklılaşmadığı Bağımsız Örneklem T Testi Analizi ile incelenmiştir.

Analiz sonuçları incelendiğinde anksiyete ve depresyon puanı, Obsesif İnanışlar Anketi'nin tüm alt boyut puanları (mükemmeliyetçilik, tehdit öngörüsü, sorumluluk, düşüncelerin kontrolünün önemi) ve toplam puanı, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin açıklık alt boyutu dışındaki diğer tüm alt boyut puanları (amaçlar, dürtü, strateji, kabul etmeme) ve toplam puanı, Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin üzüntü, suçluluk, mutluluk, öfke, kaygı (korku) ve genel olarak güçlü duygular alt boyutlarının puanları ile toplam puanı, OKB'nin sorumluluk ve kabul edilemez düşünceler belirti boyutu puanları ile toplam OK belirti boyutu puanı daha önce ruhsal bozukluk tanısı almış olan ve almamış olan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Daha önce ruhsal bozukluk tanısı almış olanların ($X=12,25$, $SS=4,27$) anksiyete puanlarının ruhsal bozukluk tanısı almamış olanların ($X=8,74$, $SS=4,07$) anksiyete puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t(244)= 5,08$, $p<,01$). Aynı şekilde daha önce ruhsal bozukluk almış olanların ($X=8,93$, $SS=4,54$) depresyon puanlarının ruhsal bozukluk tanısı almamış olanların ($X=7,42$, $SS=3,92$) depresyon puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir ($t(244)= 2,21$, $p<,05$). Obsesif inanışlar daha önce ruhsal bozukluk tanısı almış olanlarda ($X=82,51$, $SS=29,39$) ruhsal bozukluk tanısı almamış olanlardan ($X=58,37$, $SS=25,87$) istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir ($t(244)= 5,42$, $p<,01$). Obsesif İnanışlar Anketi'nin tüm alt boyutlarında daha önce ruhsal bozukluk tanısı almış olanlar almamış olanlara göre daha yüksek puanlar almıştır. Daha önce ruhsal bozukluk tanısı almış olan katılımcıların ($X=51,06$, $SS=16,64$) ruhsal bozukluk tanısı almamış olan katılımcılara ($X=36,80$, $SS=14,78$) göre duygu düzenlemede daha güçlü bildirdiği bulgulanmıştır ($t(244)= 5,61$, $p<,01$). Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün açıklık alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarında daha önce ruhsal bozukluk tanısı almış olanların puanları ruhsal bozukluk tanısı almamış olanlara göre daha yüksektir. Duyguları tehdit olarak algılamanın, daha önce ruhsal bozukluk tanısı almış olanlarda ($X=134,51$, $SS=31,07$) ruhsal bozukluk tanısı almamış olanlara ($X=111,06$, $SS=36,61$) göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t(244)= 3,91$, $p<,01$). DTAÖ'nün cinsel arzu (şehvet) ve tiksinti alt boyutları dışındaki diğer bütün alt boyutlarında (üzüntü, suçluluk, mutluluk, öfke, kaygı (korku), genel olarak güçlü duygular) ruhsal bozukluk tanısı almış olanların puanları almamış olanlara göre daha

yüksektir. Daha önce ruhsal bozukluk tanısı almış olanlar ($X=27,90$, $SS=12,71$) ruhsal bozukluk tanısı almamış olanlara ($X=21,55$, $SS=11,37$) göre daha yüksek OK belirti boyutu deneyimlediğini bildirmiştir ($t(244)= 3,26$, $p<,01$). BOKÖ'nün sorumluluk belirti boyutunda daha önce ruhsal bozukluk tanısı almış olanların ($X=8,74$, $SS=3,59$) puanları ruhsal bozukluk tanısı almamış olanların ($X=5,47$, $SS=3,56$) puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($t(244)= 5,45$, $p<,01$). Son olarak BOKÖ'nün kabul edilemez düşünceler belirti boyutunda daha önce ruhsal bozukluk tanısı almış olanlar ($X=8,20$, $SS=5,17$) ruhsal bozukluk tanısı almamış olanlara ($X=5,71$, $SS=3,79$) göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almıştır ($t(51,981)= 2,99$, $p<,01$). Ruhsal bozukluk tanı öyküsü olup olmamasına ilişkin analiz sonuçları Tablo 13'te sunulmaktadır.

Tablo 13: Ruhsal Bozukluk Tanı Öyküsüne İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Tanı Öyküsü	N	X	SS	t	p
HAD_Depresyon	Var	43	8,93	4,54	2,21	,02*
	Yok	203	7,42	3,92		
HAD_Anksiyete	Var	43	12,25	4,27	5,08	,00**
	Yok	203	8,74	4,07		
OİA_Mükemmeliyetçilik	Var	43	22,32	8,02	4,97	,00**
	Yok	203	15,90	7,61		
OİA_Tehdit öngörüsü	Var	43	20,34	7,89	5,62	,00**
	Yok	203	13,65	6,91		
OİA_Sorumluluk	Var	43	22,53	8,53	5,15	,00**
	Yok	203	15,95	7,38		
OİA_Düşünce kontrolü önemi	Var	43	17,30	7,94	3,91	,00**
	Yok	203	12,85	6,49		
OİA_Toplam	Var	43	82,51	29,39	5,42	,00**
	Yok	203	58,37	25,87		
DDGÖ_Açıklık	Var	43	5,13	2,25	1,91	,06
	Yok	203	4,43	1,88		
DDGÖ_Amaçlar	Var	43	11,51	3,25	6,21	,00**
	Yok	203	8,05	3,32		
DDGÖ_Dürtü	Var	43	8,81	3,54	4,52	,00**
	Yok	203	6,37	3,12		

DDGÖ_Strateji	Var	43	16,65	6,06	5,68	,00**
	Yok	203	11,48	5,27		
DDGÖ_Kabul etmeme	Var	43	8,95	3,84	4	,00**
	Yok	203	6,45	3,01		
DDGÖ_Toplam	Var	43	51,06	16,64	5,61	,00**
	Yok	203	36,80	14,78		
DDA_BYD	Var	43	24,62	8,93	1,40	,16
	Yok	203	22,31	9,95		
DDA_B	Var	43	14,09	5,25	0,85	,39
	Yok	203	13,22	6,19		
Ü_DTAÖ	Var	43	21,18	6,11	4,33	,00**
	Yok	203	16,39	6,68		
S_DTAÖ	Var	43	21,74	8,30	3,76	,00
	Yok	203	16,89	7,53		
M_DTAÖ	Var	43	11,48	3,44	2,02	,04*
	Yok	203	10,32	3,42		
Ö_DTAÖ	Var	43	24	7,06	2,67	,00**
	Yok	203	20,42	8,15		
KK_DTAÖ	Var	43	25,74	8,64	4,61	,00**
	Yok	203	19,30	8,24		
CA_DTAÖ	Var	43	14,04	5,26	0,79	,42
	Yok	203	13,29	5,71		
T_DTAÖ	Var	43	16,30	7,01	1,64	,10
	Yok	203	14,43	6,70		
GGD_DTAÖ	Var	43	18,53	6,91	4,19	,00**
	Yok	203	13,77	6,72		
DTAÖ_Toplam	Var	43	134,51	31,07	3,91	,00**
	Yok	203	111,06	36,61		
BOKÖ_Bulaş	Var	43	6,16	3,63	-0,31	,75
	Yok	203	6,34	3,36		
BOKÖ_Sorumluluk	Var	43	8,74	3,59	5,45	,00**
	Yok	203	5,47	3,56		
BOKÖ_KED	Var	43	8,20	5,17	2,99	,00**
	Yok	203	5,71	3,79		
BOKÖ_Simetri	Var	43	4,79	4,22	1,20	,23
	Yok	203	4	3,79		
BOKÖ_Toplam	Var	43	27,90	12,71	3,26	,00**
	Yok	203	21,55	11,37		

HAD=Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, OİA=Obsesif İnanışlar Anketi, DDGÖ=Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, DDA_BYD=Duygu Düzenleme Anketi Bilişsel Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, DDA_B= Duygu Düzenleme Anketi Bastırma Alt Boyutu, Ü_DTAÖ=Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Üzüntü Alt Boyutu, S_DTAÖ=Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Suçluluk Alt Boyutu, M_DTAÖ=Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Mutluluk Alt Boyutu, Ö_DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Öfke Alt Boyutu, KK_DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Kaygı (Korku) Alt Boyutu, CA_DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Cinsel Arzu (Şehvet) Alt Boyutu, T_DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Tiksinti Alt Boyutu, GGD_DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Genel Olarak Güçlü Duygular Alt Boyutu, BOKÖ=Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BOKÖ_KED= Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kabul Edilemez Düşünceler Alt Boyutu * $p<,05$, ** $p<,01$

4.4. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

İkinci çalışmada incelenen anksiyete ve depresyon puanları, obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri, duyguları tehdit olarak algılama ve farklı OK belirti boyutları arasındaki bağlantıları belirlemek üzere Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. İlk olarak çalışmada kullanılan ölçüm araçlarının toplam puanları arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Analiz sonuçları incelendiğinde anksiyete puanlarının; BOKÖ toplam puanları ($r= ,55, p<,01$), DTAÖ toplam puanları ($r= ,42, p<,01$), OİA toplam puanları ($r= ,36, p<,01$), DDGÖ toplam puanları ($r= ,62, p<,01$) ve depresyon puanları ($r= ,50, p<,01$) ile orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkili olduğu görülmektedir. Depresyon puanlarının, BOKÖ toplam puanları ($r= ,41, p<,01$), DTAÖ toplam puanları ($r= ,30, p<,01$) ve DDGÖ toplam puanları ($r= ,42, p<,01$) ile orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Depresyon puanları, OİA toplam puanları ($r= ,25, p<,01$) ile zayıf düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkilidir. OİA toplam puanları; BOKÖ toplam puanları ($r= ,35, p<,01$), DTAÖ toplam puanları ($r= ,58, p<,01$) ve DDGÖ toplam puanları ($r= ,66, p<,01$) ile orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. DDGÖ toplam puanları, BOKÖ toplam puanları ($r= ,42, p<,01$) ve DTAÖ toplam puanları ($r= ,65, p<,01$) ile orta düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkilidir. DTAÖ toplam puanları, BOKÖ toplam puanları ($r= ,40, p<,01$), OİA toplam puanları ($r= ,58,$

$p<,01$) ve DDGÖ toplam puanları ($r= ,65, p<,01$) ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı şekilde ve orta düzeyde ilişkilidir. Ölçeklerin toplam puanlarına ilişkin korelasyon analizi sonuçlarına Tablo 14’te yer verilmiştir.

Tablo 14: Ölçeklerin Toplam Puanlarına İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. HAD Anksiyete	-					
2. HAD Depresyon	,50**	-				
3. OİA-T	,36**	,25**	-			
4. DDGÖ-T	,62**	,42**	,66**	-		
5. DTAÖ-T	,42**	,30**	,58**	,65**	-	
6. BOKÖ-T	,55**	,41**	,35**	,42**	,40**	-

HAD=Hastane Aksiyete ve Depresyon Ölçeği, OİA-T=Obsesif İnanışlar Anketi-Toplam, DDGÖ-T=Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Toplam, DTAÖ-T=Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği-Toplam, BOKÖ-T=Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği-Toplam ** $p<,01$, * $p<,05$

Ayrıca çalışma değişkenlerinin alt boyutlarının aralarındaki ilişkiler de analizde değerlendirilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde anksiyete puanının BOKÖ’nün bulaş alt boyutu ($r= ,27, p<,01$) ile pozitif yönde, düşük düzeyde; sorumluluk alt boyutu ($r= ,52, p<,01$), kabul edilemez düşünceler alt boyutu ($r= ,48, p<,01$), simetri alt boyutu ($r= ,42, p<,01$) ile pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı şekilde ilişkili olduğu görülmektedir. DTAÖ’nün öfke alt boyutu ($r= ,24, p<,01$), cinsel arzu (şehvet) alt boyutu ($r= ,26, p<,01$), tiksinti alt boyutu ($r= ,29, p<,01$) ile pozitif yönde, düşük düzeyde; üzüntü alt boyutu ($r= ,36, p<,01$), suçluluk alt boyutu ($r= ,38, p<,01$), mutluluk alt boyutu $r= ,32, p<,01$), kaygı (korku) alt boyutu ($r= ,41, p<,01$), genel olarak güçlü duygular alt boyutu ($r= ,35, p<,01$) ile pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkilidir. OİA’nın sorumluluk alt boyutu ($r= ,27, p<,01$) ile pozitif yönde, düşük düzeyde; mükemmeliyetçilik alt boyutu ($r= ,34, p<,01$), tehdit öngörüsü alt boyutu ($r= ,40, p<,01$), düşüncelerin ve kontrolünün önemi alt boyutu ($r= ,32, p<,01$) ile pozitif yönde ve orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı

ilişki içindedir. DDGÖ'nün tüm alt boyutları ile pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı olarak ilişkilidir. DDA'nın bilişsel yeniden değerlendirme alt boyutu ($r = -.17, p < .01$) ile negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişkisi bulunurken bastırma alt boyutu ($r = .06, p > .05$) ile ilişkili bulunmamıştır.

Depresyon puanının BOKÖ'nün tüm alt boyutları ile pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunmaktadır. Bunlardan bulaş alt boyutu ($r = .26, p < .01$) ile düşük düzeyde; sorumluluk alt boyutu ($r = .33, p < .01$), kabul edilemez düşünceler alt boyutu ($r = .37, p < .01$), simetri alt boyutu ($r = .30, p < .01$) ile orta düzeyde ilişkilidir. Benzer şekilde DTAÖ'nün bütün alt boyutları ile pozitif yönde ve anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Alt boyutlardan suçluluk ($r = .29, p < .01$), mutluluk ($r = .21, p < .01$), öfke ($r = .21, p < .01$), kaygı (korku) ($r = .24, p < .01$), cinsel arzu (şehvet) ($r = .13, p < .05$), tiksinti ($r = .18, p < .01$) ve genel olarak güçlü duygular ($r = .21, p < .01$) ile düşük düzeyde; üzüntü ($r = .33, p < .01$) ile orta düzeyde ilişkilidir. OİA'nın bütün alt boyutları ile düşük düzeyde ve pozitif yönlü olarak anlamlı ilişkisi vardır. DDGÖ'nün bütün alt boyutları ile orta düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkilidir. DDA'nın bastırma alt boyutu ($r = .21, p < .01$) ile düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişkisi bulunurken; bilişsel yeniden değerlendirme alt boyutu ($r = .21, p > .05$) ile ilişkisi bulunmamıştır.

OİA toplam puanının, bütün BOKÖ alt boyutlarıyla pozitif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak ilişkili olduğu görülmektedir. Bunlardan bulaş boyutu ($r = .24, p < .01$) ve simetri boyutu ($r = .17, p < .01$) ile düşük düzeyde; sorumluluk boyutu ($r = .36, p < .01$) ve kabul edilemez düşünceler boyutu ($r = .31, p < .01$) ile orta düzeyde ilişkilidir. Benzer şekilde DTAÖ'nün bütün alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif düzeyde ilişkisi bulunmaktadır. DTAÖ'nün mutluluk alt boyutu ($r = .21, p < .01$) ile düşük düzeyde ilişkililikten diğer tüm alt boyutlarla orta düzeyde ilişkisi vardır. DDGÖ'nün bütün alt boyutlarıyla orta düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı şekilde ilişkilidir. Benzer şekilde DDA'nın iki alt boyutuyla da orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı olarak ilişkili olduğu bulunmuştur.

DDGÖ toplam puanının, BOKÖ'nün tüm alt boyutlarıyla pozitif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulgulanmıştır. BOKÖ alt boyutlarından bulaş alt boyutu ($r = .21, p < .01$) ve simetri alt boyutu ($r = .28, p < .01$)

ile düşük düzeyde; sorumluluk alt boyutu ($r = ,39, p < ,01$) ve kabul edilemez düşünceler alt boyutu ($r = ,40, p < ,05$) ile orta düzeyde ilişkilidir. DDGÖ toplam puanı, DTAÖ'nün ve OİA'nın bütün alt boyutlarıyla orta düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. DDA'nın bastırma alt boyutu ($r = ,22, p < ,01$) ile düşük düzeyde, pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunurken bilişsel yeniden değerlendirme alt boyutu ile ilişkili bulunmamıştır.

DDA'nın bilişsel yeniden değerlendirme alt boyutunun puanı, BOKÖ'nün sadece simetri alt boyutu ($r = -,15, p < ,05$) ile negatif yönde ve düşük düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. DTAÖ'nün sadece öfke boyutu ($r = ,24, p < ,01$) ve kaygı boyutu ($r = ,20, p < ,01$) ile pozitif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişkisi vardır. OİA'nın tüm alt boyutlarıyla pozitif yönde ve anlamlı ilişkisi bulunmaktadır. Bu alt boyutlarla ilişkisi tehdit öngörüsü ($r = ,26, p < ,01$) ve düşüncelerin ve kontrolünün önemi ($r = ,20, p < ,01$) ile düşük düzeyde; mükemmeliyetçilik ($r = ,35, p < ,01$) ve sorumluluk ($r = ,32, p < ,01$) ile orta düzeydedir. DDGÖ'nün sadece amaçlar alt boyutu ($r = ,14, p < ,05$) ile pozitif yönde ve düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi vardır.

DDA'nın bastırma alt boyutunun puanı, BOKÖ'nün sadece bulaş alt boyutu ($r = ,22, p < ,01$) ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve düşük düzeyde ilişkili bulunmuştur. DTAÖ'nün mutluluk alt boyutu ($r = -,00, p > ,05$) dışındaki bütün alt boyutları ile düşük düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı olarak ilişkilidir. OİA'nın bütün alt boyutları ile orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı olarak ilişkisi vardır. DDGÖ'nün bütün alt boyutları ile pozitif yönde ve düşük düzeyde anlamlı olarak ilişkilidir.

DTAÖ'nün toplam puanı, bütün BOKÖ alt boyutlarıyla pozitif yönde ve anlamlı olarak ilişkili olarak bulunmuştur. Alt boyutlardan simetri ($r = ,20, p < ,01$) ile düşük düzeyde; bulaş ($r = ,31, p < ,01$), sorumluluk ($r = ,34, p < ,01$) ve kabul edilemez düşünceler ($r = ,37, p < ,01$) ile orta düzeyde ilişkidir. OİA'nın ve DDGÖ'nün bütün alt boyutları ile pozitif yönde ve orta düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı şekilde ilişki içindedir. Son olarak DDA'nın iki alt boyutuyla da pozitif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişkisi bulunmuştur. Ölçüm araçlarının alt boyutlarının aralarındaki ilişkilere dair korelasyon analizi sonuçlarına Tablo 15'te yer verilmiştir.

Tablo 15: Ölçüm Araçlarının Toplam Puanları ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.
1.HAD_Depresyon	-																												
2.HAD_Anksiyete	,50**	-																											
3.OİA_M	,26**	,34**	-																										
4.OİA_TÖ	,22**	,40**	,80**	-																									
5.OİA_S	,19**	,27**	,83**	,76**	-																								
6.OİA_DKÖ	,24**	,32**	,76**	,77**	,77**	-																							
7.OİA_Toplam	,25**	,36**	,93**	,91**	,92**	,89**	-																						
8.DDGÖ_Açıklık	,33**	,45**	,48**	,51**	,45**	,46**	,52**	-																					
9.DDGÖ_Amaçlar	,33**	,47**	,62**	,57**	,55**	,48**	,60**	,60**	-																				
10.DDGÖ_Dürtü	,37**	,60**	,52**	,52**	,49**	,53**	,56**	,60**	,73**	-																			
11.DDGÖ_Strateji	,43**	,63**	,59**	,60**	,52**	,53**	,61**	,66**	,82**	,85**	-																		
12.DDGÖ_Kabul	,36**	,52**	,57**	,54**	,48**	,58**	,59**	,56**	,66**	,75**	,80**	-																	
13.DDGÖ_Toplam	,42**	,62**	,64**	,62**	,56**	,58**	,66**	,73**	,88**	,90**	,96**	,86**	-																
14.DDA_BYD	-,07	-	,35**	,26**	,32**	,20**	,31**	,04	,14*	,01	,04	,08	,07	-															
		,17**																											
15.DDA_B	,21**	,06	,43**	,36**	,36**	,30**	,40**	,18**	,21**	,15*	,20**	,22**	,22**	,71**	-														
16.Ü_DTAÖ	,33**	,36**	,45**	,45**	,41**	,46**	,48**	,43**	,52**	,55**	,56**	,51**	,59**	,08	,21**	-													
17.S_DTAÖ	,29**	,38**	,46**	,46**	,47**	,45**	,50**	,41**	,52**	,52**	,55**	,49**	,57**	,11	,21**	,70**	-												
18.M_DTAÖ	,21**	,32**	,18**	,25**	,17**	,19**	,21**	,31**	,27**	,35**	,35**	,30**	,36**	-,10	-,00	,33**	,32**	-											
19.Ö_DTAÖ	,21**	,24**	,51**	,46**	,47**	,38**	,50**	,45**	,56**	,49**	,51**	,40**	,54**	,24**	,29**	,67**	,69**	,27**	-										
20.KK_DTAÖ	,24**	,41**	,54**	,52**	,50**	,43**	,55**	,43**	,60**	,53**	,60**	,51**	,62**	,20**	,27**	,59**	,68**	,30**	,72**	-									
21.CA_DTAÖ	,13*	,26**	,31**	,28**	,27**	,34**	,32**	,23**	,27**	,31**	,29**	,30**	,32**	,02	,13*	,44**	,41**	,38**	,42**	,44**	-								
22.T_DTAÖ	,18**	,29**	,39**	,35**	,37**	,38**	,41**	,36**	,33**	,34**	,36**	,32**	,38**	,16**	,25**	,51**	,56**	,33**	,52**	,47**	,49**	-							
23.GGD_DTAÖ	,21**	,35**	,43**	,46**	,39**	,34**	,44**	,46**	,54**	,42**	,46**	,31**	,49**	,10	,21**	,44**	,46**	,42**	,49**	,54**	,51**	,50**	-						
24.DTAÖ_Toplam	,30**	,42**	,56**	,54**	,53**	,51**	,58**	,50**	,60**	,59**	,62**	,54**	,65**	,17**	,28**	,82**	,85**	,47**	,85**	,83**	,64**	,73**	,63**	-					
25.BOKÖ_Bulaş	,26**	,27**	,21**	,22**	,20**	,26**	,24**	,23**	,14*	,21**	,19**	,21**	,21**	,07	,22**	,27**	,26**	,15*	,22**	,17**	,23**	,34**	,14*	,31**	-				
26.BOKÖ_S	,33**	,52**	,29**	,36**	,34**	,34**	,36**	,26**	,34**	,36**	,39**	,32**	,39**	-,00	,11	,28**	,33**	,29**	,22**	,33**	,16**	,20**	,27**	,34**	,37**	-			
27.BOKÖ_KED	,37**	,48**	,24**	,30**	,27**	,32**	,31**	,38**	,28**	,38**	,39**	,37**	,40**	-,04	,06	,36**	,35**	,32**	,26**	,34**	,13*	,25**	,23**	,37**	,50**	,57**	-		
28.BOKÖ_Simetri	,30**	,42**	,15*	,17**	,14*	,17**	,17**	,26**	,22**	,30**	,26**	,22**	,28**	-,15*	-,01	,18**	,18**	,31**	,12	,11	,11	,17**	,21**	,20**	,43**	,48**	,44**	-	
29.BOKÖ_Toplam	,41**	,55**	,29**	,34**	,31**	,35**	,37**	,32**	,41**	,40**	,37**	,42**	-,04	,11	,36**	,36**	,35**	,26**	,31**	,20**	,30**	,28**	,40**	,72**	,78**	,82**	,76**	-	

HAD=Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, OİA_M=Obsesif İnanışlar Anketi Mükemmeliyetçilik Alt Boyutu, OİA_TÖ= Obsesif İnanışlar Anketi Tehdit Öngörüsü Alt Boyutu, OİA_S= Obsesif İnanışlar Anketi Sorumluluk Alt Boyutu, OİA_DKÖ= Obsesif İnanışlar Anketi Düşünce Kontrolünün Önemi Alt Boyutu, DDGÖ=Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, DDA_BYD=Duygu Düzenleme Anketi Bilişsel Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, DDA_B= Duygu Düzenleme Anketi Bastırma Alt Boyutu, Ü_DTAÖ=Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Üzüntü Alt Boyutu, S_DTAÖ=Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Suçluluk Alt Boyutu, M_DTAÖ=Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Mutluluk Alt Boyutu, Ö_DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Öfke Alt Boyutu, KK_DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Kaygı (Korku) Alt Boyutu, CA_DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Cinsel Arzu (Şehvet) Alt Boyutu, T_DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Tiksinti Alt Boyutu, GGD_DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği Genel Olarak Güçlü Duygular Alt Boyutu, BOKÖ_S=Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Sorumluluk Alt Boyutu, BOKÖ_KED= Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kabul Edilemez Düşünceler Alt Boyutu * $p<,05$, ** $p<,01$

4.5. Obsesif İnançlar, Duygu Düzenleme Güçlükleri, Duygu Düzenleme Stratejileri ve Duyguları Tehdit Olarak Algılamanın OKB Belirti Boyutlarını Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

İkinci çalışmada yer alan bilişsel değişkenlerin ve duygulara ilişkin değişkenlerin OKB belirti boyutları üzerindeki yordayıcı etkisinin incelendiği analiz bulguları aktarılacaktır. Anksiyete ve depresyon değişkenleri kontrol edildiğinde obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin dört farklı obsesif kompulsif belirti boyutunu (bulaş, sorumluluk, kabul edilemez düşünceler, simetri) yordama düzeyleri ayrı ayrı hiyerarşik regresyon analizleri yürütülerek değerlendirilmiştir. Analizler öncesinde çalışma örnekleminin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi ön şartlarını sağlayıp sağlamadığı kontrol edilmiştir. Yapılan kontrollerde, çalışma değişkenleri arasındaki korelasyonların $r < ,80$ olduğu görülmüş ve değişkenler arası çoklu bağlantılılık sorununun bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, regresyon modelini olumsuz etkileyen aykırı değerleri belirlemede kullanılan yöntemlerden biri olan Cook's Distance, tüm katılımcılar için önerilen <1 değerinde bulunmuştur (Mehmetoglu ve Jakobsen, 2022). Böylece, gözlemler içerisinde etkili aykırı değerlerin olmadığı çıkarımı yapılmıştır. Son olarak, bağımsız değişkenler arasındaki korelasyonun gücünü belirten VIF (Variance Inflation Factor, Varyans Enflasyon Etkeni) değerinin tüm değişkenler için önerilen ≤ 4 değerinde olması çoklu bağlantılılık sorununun olmadığına işaret etmektedir (Hair ve ark., 2010). Tüm bu varsayımlar göz önünde bulundurularak ikinci çalışma veri setinin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi için uygun olduğu kararlaştırılmış ve analizlere başlanmıştır.

Öncelikle OKB'nin bulaş belirti boyutunun yordanmasına ilişkin hiyerarşik regresyon analizleri yürütülmüştür. Analizlerin ilk aşamasında anksiyete ve depresyon değişkenlerinin bulaş belirti boyutu şiddeti üzerindeki yordayıcılığı incelenmiştir. Ardından, anksiyete ve depresyon değişkenleri kontrol edildiğinde bilişsel ve duygulara ilişkin değişkenlerin bulaş belirti boyutunu yordama seviyeleri değerlendirilmiştir. Bulaş boyutunun yordanmasına ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları Tablo 16'da yer almaktadır. Tablodan görülebileceği üzere hiyerarşik regresyon analizinin ilk aşamasında anksiyete ve depresyon değişkenlerinin, OKB'nin

bulaş belirti boyutu şiddetini istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı ($R = ,31$, $R^2 = ,09$, $F(2, 243) = 13,00$; $p = ,00$) ve varyansın %9'unu açıkladığı anlaşılmaktadır. Daha detaylı olarak, HAD anksiyete ($\beta = ,19$, $t = 2,77$, $p = ,00$) ve HAD depresyon ($\beta = ,16$, $t = 2,30$, $p = ,02$) bulaş belirti boyutu şiddetini pozitif yönde ve anlamlı şekilde yordamaktadır. Hiyerarşik regresyon analizlerinin sonraki aşamasında, anksiyete ve depresyon değişkenleri kontrol edildiğinde obsesif inançların, bulaş belirti boyutu şiddetini istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yordadığı ($R = ,34$, $R^2 = ,11$, $F(1, 242) = 5,90$; $p = ,01$) ve bulaş belirti boyutundaki varyansın %11'ini açıkladığı bulgulanmıştır. Bunun ardından, hiyerarşik regresyon analizleri modeline obsesif inançların yanında duygularla ilgili değişkenler de dâhil edilmiş ve ortak yordama düzeyleri tespit edilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde; anksiyete ve depresyon değişkenlerinin kontrolünde, obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri (bilişsel yeniden değerlendirme ve bastırma) ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin bir arada bulaş belirti boyutu düzeyini anlamlı bir şekilde yordadığı ($R = ,40$, $R^2 = ,16$, $F(4, 238) = 3,52$; $p = ,00$) ve varyansın %16'sını açıkladığı görülmektedir. Daha detaylı olarak, duygularla ilgili değişkenler modele dâhil olduğunda depresyon ($\beta = ,11$, $t = 1,63$, $p = ,10$) ve obsesif inançlar ($\beta = ,09$, $t = 1,09$, $p = ,27$) değişkenlerinin bulaş belirti boyutu şiddetini anlamlı şekilde yordayıcılığını yitirdiği görülmektedir. Anksiyete ise etkisi azalmış görünse de anlamlı düzeyde yordayıcılığını ($\beta = ,18$, $t = 2,26$, $p = ,02$) hâlâ korumaktadır. Modelin duygularla ilgili kısmı incelendiğinde, sadece duyguları tehdit olarak algılama değişkeninin bulaş belirti boyutunu anlamlı olarak ve pozitif yönde yordadığı ($\beta = ,23$, $t = 2,83$, $p = ,00$) görülmektedir. Duygu düzenleme güçlükleri değişkeninin ($\beta = -,19$, $t = -1,95$, $p = ,05$) duygu düzenleme stratejilerinden bilişsel yeniden değerlendirme değişkeninin ($\beta = -,05$, $t = -0,55$, $p = ,58$) ve bastırma değişkeninin ise bulaş belirti boyutunu anlamlı şekilde yordamadığı ($\beta = ,15$, $t = 1,71$, $p = ,08$) bulunmuştur.

Tablo 16 : Bulaş Belirti Boyutunun Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları

Yordanan Değişken	Yordayıcı Değişken	B	Standart Hata B	β	t	p
BOKÖ_Bulaş	HAD_Anksiyete	,15	,05	,19	2,77	,00**

	HAD_Depresyon	,13	,05	,16	2,30	,02*
R= ,31	R ² = ,09	F (2, 243)= 13	p= ,00**			
BOKÖ_Bulaş	HAD_Anksiyete	,11	,05	,14	1,98	,04*
	HAD_Depresyon	,12	,05	,14	2,11	,03*
	OİA_Toplam	,01	,00	,15	2,43	,01*
R= ,34	R ² = ,11	F (1, 242)= 5,90	p= ,01*			
BOKÖ_Bulaş	HAD_Anksiyete	,14	,06	,18	2,26	,02*
	HAD_Depresyon	,09	,06	,11	1,63	,10
	OİA_Toplam	,01	,01	,09	1,09	,27
	DDGÖ_Toplam	-,04	,02	-,19	-1,95	,05
	BYD_DDA	-,01	,03	-,05	-,55	,58
	B_DDA	,09	,05	,15	1,71	,08
	DTAÖ_Toplam	,02	,00	,23	2,83	,00**
R= ,40	R ² = ,16	F (4, 238)= 3,52	p= ,00**			

BOKÖ= Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Bulaş Alt Boyutu, HAD= Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, OİA= Obsesif İnanışlar Anketi, BYD_DDA= Duygu Düzenleme Anketi Bilişsel Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, B_DDA= Duygu Düzenleme Anketi Bastırma Alt Boyutu, DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği *p<,05 **p<,01

Bir diğer obsesif kompulsif belirti boyutu olan sorumluluk için de hiyerarşik regresyon analizleri yürütülmüştür. Analizlerde öncelikle anksiyete ve depresyon değişkenlerinin sorumluluk belirti boyutu üzerindeki yordayıcılık etkisi değerlendirilmiştir. Daha sonrasında, anksiyete ve depresyon değişkenleri kontrol edildiğinde bilişsel ve duygularla ilgili değişkenlerin sorumluluk belirti boyutunu yordama düzeyleri incelenmiştir. Sorumluluk boyutunun yordanmasına yönelik hiyerarşik regresyon analizi bulguları Tablo 17’de yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hiyerarşik regresyon analizinin birinci aşamasında anksiyete ve depresyon değişkenlerinin, OKB’nin sorumluluk belirti boyutu şiddetini istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordadığı ($R = ,53$, $R^2 = ,28$, $F(2, 243) = 48,64$; $p = ,00$) ve varyansın %28’ini açıkladığı görülmektedir. Ayrıntılandırmak gerekirse, anksiyete sorumluluk belirti boyutunu pozitif yönde ve anlamlı olarak yordarken ($\beta = ,48$, $t = 7,64$, $p = ,00$); depresyon anlamlı şekilde yordamamaktadır ($\beta = ,09$, $t = 1,52$, $p = ,12$).

Hiyerarşik regresyon analizleri için bir sonraki aşama olarak, anksiyete ve depresyon değişkenlerinin kontrolü sağlandığında obsesif inançların, sorumluluk belirti boyutu şiddetini istatistiksel olarak anlamlı biçimde yordadığı ($R = ,56$, $R^2 = ,31$, $F(1, 242) = 11,51$; $p = ,00$) ve bu belirti boyutundaki varyansın %31'ini açıkladığı bulunmuştur. Bunun ardından, analiz modeline obsesif inançlara ek olarak duygulara ilişkin değişkenler de dâhil edilmiş ve ortak yordama düzeyleri incelenmiştir. Analiz sonucunda, anksiyete ve depresyon kontrol edildiğinde obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri (bilişsel yeniden değerlendirme ve bastırma) ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin bir arada sorumluluk belirti boyutu düzeyini anlamlı bir şekilde yordamadığı ($R = ,56$, $R^2 = ,32$, $F(4,238) = 0,50$; $p = ,73$) bulunmuştur. Ortak yordayıcılık sağlanmasa da sadece anksiyete ($\beta = ,44$, $t = 5,92$, $p = ,00$) ve obsesif inançlar ($\beta = ,20$, $t = 2,64$, $p = ,00$) değişkenlerinin modelde sorumluluk belirti boyutu için yordama gücünü koruduğu görülmektedir.

Tablo 17: Sorumluluk Belirti Boyutunun Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları

Yordanan Değişken	Yordayıcı Değişken	B	Standart Hata B	β	t	p
BOKÖ_ Sorumluluk	HAD_Anksiyete	,41	,05	,48	7,64	,00**
	HAD_Depresyon	,08	,05	,09	1,52	,12
R= ,53 $R^2 = ,28$ F (2, 243)= 42,50 p= ,00**						
BOKÖ_ Sorumluluk	HAD_Anksiyete	,36	,05	,41	6,50	,00**
	HAD_Depresyon	,07	,05	,07	1,27	,20
	OİA_Toplam	,02	,00	,19	3,39	,00**
R= ,56 $R^2 = ,31$ F (1, 242)= 11,51 p= ,00**						
BOKÖ_ Sorumluluk	HAD_Anksiyete	,38	,06	,44	5,92	,00**
	HAD_Depresyon	,08	,06	,09	1,40	,16
	OİA_Toplam	,02	,01	,20	2,64	,00**
	DDGÖ_Toplam	-,02	,02	-,10	-1,15	,25
	BYD_DDA	,01	,03	,03	,37	,70

B_DDA	-,02	,05	-,03	-,45	,65
DTAÖ_Toplam	,00	,00	,08	1,09	,27
R= ,54	R ² = ,29	F (4,238)= 1,80	p= ,12		

BOKÖ= Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Sorumluluk Alt Boyutu, HAD= Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, OİA= Obsesif İnanışlar Anketi, BYD_DDA= Duygu Düzenleme Anketi Bilişsel Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, B_DDA= Duygu Düzenleme Anketi Bastırma Alt Boyutu, DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği *p<,05
**p<,01

Çalışmada incelenen obsesif kompulsif belirtilerden üçüncüsü olan kabul edilemez düşünceler alt boyutuna ilişkin yürütülecek hiyerarşik regresyon analizleri için, yukarıda bahsedilen iki belirti boyutunda atılan adımların aynısı bu boyutta da tekrarlanmıştır. Kabul edilemez düşünceler alt boyutunun yordanmasında çalışma değişkenlerinin etkisine ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları Tablo 18’de yer almaktadır. Tabloda öncelikle, hiyerarşik regresyon analizinin ilk aşamasında anksiyete ve depresyon değişkenlerinin, OKB’nin kabul edilemez düşünceler belirti boyutu şiddetini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığı ($R = ,50$, $R^2 = ,25$, $F(2, 243) = 42,50$; $p = ,00$) ve varyansın %25’ini açıkladığı anlaşılmaktadır. Anksiyete ($\beta = ,39$, $t = 6,19$, $p = ,00$) puanı ve depresyon ($\beta = ,17$, $t = 2,78$, $p = ,00$) puanı kabul edilemez düşünceler belirti boyutunu pozitif şekilde ve anlamlı olarak yordamaktadır. Bir sonraki hiyerarşik regresyon analizi adımında, obsesif inançların; anksiyete ve depresyon değişkenleri kontrol edildiğinde, kabul edilemez düşünceler belirti boyutu şiddetini istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yordadığı ($R = ,52$, $R^2 = ,27$, $F(1, 242) = 5,76$; $p = ,01$) ve bu belirti boyutundaki varyansın %27’sini açıkladığı tespit edilmiştir. Üçüncü modelde, hiyerarşik regresyon analizlerine obsesif inançlara ek olarak duygulara ilişkin değişkenler de dâhil edilerek bir arada yordama düzeyleri incelenmiştir. Anksiyete ve depresyon değişkenlerinin kontrolünde; obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri (bilişsel yeniden değerlendirme ve bastırma) ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin birlikte kabul edilemez düşünceler belirti boyutu düzeyini anlamlı bir şekilde yordamadığı ($R = ,54$, $R^2 = ,29$, $F(4,238) = 1,80$; $p = ,12$) bulunmuştur. Model daha detaylı incelendiğinde, anksiyete ($\beta = ,31$, $t = 4,10$, $p = ,00$) ve depresyon ($\beta = ,17$, $t = 2,66$, $p =$

,00) değişkenlerinin bu belirti boyutu şiddetini istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordama gücünü koruduğu görülmektedir. Ayrıca, duygularla ilgili değişkenlerden sadece duyguları tehdit olarak algılamamanın söz konusu belirti boyutunu anlamlı şekilde ve pozitif düzeyde yordadığı ($\beta = ,16$, $t = 2,23$, $p = ,02$) ve duygularla ilgili değişkenler modele dâhil edildiğinde obsesif inançların söz konusu belirti boyutunu yordama gücünü yitirdiği ($\beta = ,09$, $t = 1,12$, $p = ,26$) bulgulanmıştır.

Tablo 18: Kabul Edilemez Düşünceler Belirti Boyutunun Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları

Yordanan Değişken	Yordayıcı Değişken	B	Standart Hata B	β	t	p
BOKÖ_Kabul Edilemez Düşünceler	HAD_Anksiyete	,38	,06	,39	6,19	,00**
	HAD_Depresyon	,18	,06	,17	2,78	,00**
	R= ,50 $R^2 = ,25$ F (2, 243)= 42,50 p= ,00**					
BOKÖ_Kabul Edilemez Düşünceler	HAD_Anksiyete	,33	,06	,35	5,29	,00**
	HAD_Depresyon	,16	,06	,16	2,60	,01*
	OİA_Toplam	,02	,00	,14	2,40	,01*
	R= ,52 $R^2 = ,27$ F (1, 242)= 5,76 p= ,01*					
BOKÖ_Kabul Edilemez Düşünceler	HAD_Anksiyete	,30	,07	,31	4,10	,00**
	HAD_Depresyon	,18	,06	,17	2,66	,00**
	OİA_Toplam	,01	,01	,09	1,12	,26
	DDGÖ_Toplam	-,00	,02	-,01	-,11	,90
	BYD_DDA	,02	,03	,05	,59	,55
	B_DDA	-,07	,05	-,11	-1,34	,17
	DTAÖ_Toplam	,01	,00	,16	2,23	,02*
	R= ,54 $R^2 = ,29$ F (4, 238)= 1,80 p= ,12					

BOKÖ= Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kabul Edilemez Düşünceler Alt Boyutu, HAD= Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, OİA= Obsesif İnanışlar Anketi, BYD_DDA=

Duygu Düzenleme Anketi Bilişsel Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, B_DDA= Duygu Düzenleme Anketi Bastırma Alt Boyutu, DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği
*p<,05 **p<,01

İncelenen obsesif kompulsif belirtilerin sonuncusu olan simetri belirti boyutunda da önceki boyutlar için uygulanan hiyerarşik regresyon analizi adımları uygulanmıştır. Simetri alt boyutunun yordanmasında çalışma değişkenlerinin etkisine ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları Tablo 19’da sunulmaktadır. Hiyerarşik regresyon analizinin ilk adımında anksiyete ve depresyon puanlarının, OKB’nin simetri belirti boyutu şiddetini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığı ($R = ,43$, $R^2 = ,19$, $F(2, 243) = 29,07$; $p = ,00$) ve varyansın %19’unu açıkladığı görülmektedir. Anksiyete değişkeni simetri belirti boyutunu pozitif yönde ve anlamlı şekilde yordarken ($\beta = ,37$, $t = 5,55$, $p = ,00$), depresyon değişkeni anlamlı şekilde yordamamaktadır ($\beta = ,11$, $t = 1,72$, $p = ,08$). Sonraki hiyerarşik regresyon analizi adımında, obsesif inançların; anksiyete ve depresyon değişkenleri kontrol edildiğinde, simetri belirti boyutu şiddetini istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yordamadığı ($R = ,44$, $R^2 = ,19$, $F(1, 242) = 0,05$; $p = ,05$) bulunmuştur. Yürütülen son hiyerarşik regresyon analizinde, obsesif inançlara duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri (bilişsel yeniden değerlendirme ve bastırma) ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenleri de dâhil edilerek ortak yordama düzeyleri incelenmiştir. Sonuç olarak, obsesif inançlara benzer şekilde duygulara ilişkin değişkenlerin de simetri belirti boyutu şiddetini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamadığı ($R = ,45$, $R^2 = ,20$, $F(4, 238) = 0,75$; $p = ,55$) tespit edilmiştir. Ayrıca, daha ayrıntılı incelenen analiz sonuçlarına göre sadece anksiyete değişkeninin söz konusu belirti boyutunu anlamlı şekilde yordama gücünün olduğu ve bunu koruduğu ($\beta = ,32$, $t = 4,00$, $p = ,00$) anlaşılmıştır.

Tablo 19 : Simetri Belirti Boyutunun Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları

Yordanan Değişken	Yordayıcı Değişken	B	Standart Hata	β	t	p
		B				

BOKÖ_Simetri	HAD_Anksiyete	,33	,06	,37	5,55	,00**
	HAD_Depresyon	,10	,06	,11	1,72	,08
R= ,43	$R^2 = ,19$	F (2, 243)= 29,07	p= ,00**			
BOKÖ_Simetri	HAD_Anksiyete	,32	,06	,36	5,23	,00**
	HAD_Depresyon	,10	,06	,11	1,69	,09
	OİA_Toplam	,00	,00	,01	,23	,81
R= ,44	$R^2 = ,19$	F (1, 242)= 0,05	p= ,81			
BOKÖ_Simetri	HAD_Anksiyete	,29	,07	,32	4,00	,00**
	HAD_Depresyon	,10	,06	,11	1,61	,10
	OİA_Toplam	,00	,01	,05	,63	,52
	DDGÖ_Toplam	-,00	,02	-,00	-,03	,97
	BYD_DDA	-,03	,03	-,09	-1,03	,30
	B_DDA	-,01	,05	-,02	-,26	,79
	DTAÖ_Toplam	,00	,00	,02	,33	,73
R= ,45	$R^2 = ,20$	F (4, 238)= 0,75	p= ,55			

BOKÖ= Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Simetri Alt Boyutu, HAD= Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, OİA= Obsesif İnanışlar Anketi, BYD_DDA= Duygu Düzenleme Anketi Bilişsel Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, B_DDA= Duygu Düzenleme Anketi Bastırma Alt Boyutu, DTAÖ= Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği *p<,05
**p<,01

5. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasının ilk aşaması, OKB ve duygulara dair değişkenler arasındaki bağlantıları Türkiye örnekleminde inceleyebilmek adına değerli olabileceği düşünülen Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin (McCubbin ve Sampson, 2006) Türkçe'ye uyarlanıp geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yürütülmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın ikinci ve esas aşaması; obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin OKB ile yüksek eş tanı gösterdiği bilinen kaygı ve depresyon belirtileri kontrol edildiğinde obsesif kompulsif belirti boyutları ile olan bağlantılarının irdelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Bu bölümde, mevcut tez çalışmasının iki aşamasından elde edilen bulguları tartışılacaktır. Öncelikle, Türkçe adaptasyon çalışması yapılan Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin psikometrik özelliklerine ilişkin bulgular incelenmiştir. Sonrasında; kaygı ve depresyon değişkenleri kontrol edilerek obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin OK belirti boyutlarıyla olan ilişkisinin incelendiği ikinci çalışma bulguları değerlendirilmiştir. Bu kapsamda ilk olarak, cinsiyete ve daha önce ruhsal bozukluk tanısı alıp almamaya göre, çalışma değişkenlerinin farklılaşp farklılaşmadığı ele alınmıştır. Ayrıca, çalışmadaki değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkileri incelenmiştir. Sonrasında, bu değişkenlerin OKB belirti boyutu şiddetini yordama düzeylerine ilişkin bulgular tartışılmıştır. Sonuç kapsamında çalışmanın güçlü yanları ile sınırlılıkları ele alınmış ve olası klinik doğurgular doğrultusunda gelecekte yapılacak çalışmalara yönelik öneriler sunulmuştur.

5.1. Birinci Çalışma Tartışma

5.1.1. Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerinin Tartışılması

Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin (DTAÖ) Türkçe formunun görünüş geçerliği klinik psikoloji alanında araştırmalar yapan bir uzman tarafından

değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda ölçekteki maddelerin duygulardan algılanan tehditle ilgili olduğu sonucuna varılmış ve ölçeğin görünüş geçerliliğinin yeterli düzeyde olduğu kararına varılmıştır.

Ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılmıştır. Analiz yapılırken teorik gerekçelendirme ve orijinal ölçeğin geliştirici yazarlarından Dr. Remy McCubbin'in önerisi doğrultusunda ölçeğin faktör sayısı ve faktörlerin isimlendirmeleri orijinalindeki ile aynı tutularak faktör sayısı yediye sabitlenmiştir. Analiz sonucunda orijinal ölçeğin faktör sayısına uygun olarak sabitlenen yedi faktörün çalışmadaki varyansın %53,69'unu açıkladığı bulunmuştur. Varyansın sabitlenen yedi faktörle açıklanma oranının AFA için istenen düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Bir diğer sonuç olarak bulgularda, dört faktör altındaki toplam yedi maddenin iki faktöre birden yüklendiği ve üç faktördeki toplam dört maddenin farklı bir faktöre yüklendiği tespit edilmiştir. Orijinal ölçeğin geliştirici yazarlarından birinin daha önce de belirtilen önerisi doğrultusunda ölçeğin teorik faktör yapısının bozulmaması amacıyla bahsi geçen maddelerin ölçekte tutulması ve madde içeriklerine uygun faktör başlıkları altında değerlendirilmeye devam edilmesi kararına varılmıştır. Açıklanan bu iki bulgu göz önüne alınarak ölçeğin yapı geçerliğinin kısmi olarak sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır. Böylece, Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin faktör yapısının orijinal çalışmadaki yapı ile uyumlu olması beklentisine dair çalışma hipotezi kısmi olarak doğrulanmıştır.

Ölçüt bağıntılı geçerliği değerlendirmek üzere Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin (DTAÖ), Duygudurum Farkındalığı Ölçeği (DFÖ) ve Duygu Gereksinimi Ölçeği (DGÖ) ile arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bulgulara göre, DTAÖ'nün toplamı ve tüm alt boyutları, DFÖ'nün duygularda berraklık ve duygularda iyileştirme alt boyutları ile negatif yönde anlamlı ilişkiler göstermiştir. DTAÖ'nün toplamı ve üzüntü, mutluluk, cinsel arzu (şehvet) ve genel olarak güçlü duygular alt boyutları; DFÖ'nün duygulara dikkat alt boyutu ile anlamlı ve negatif yönde ilişkiler göstermiştir. Ayrıca DTAÖ'nün toplam puanı ve tüm alt boyutları, DGÖ'nün toplam puanı ile anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki gösterirken; DGÖ'nün kaçınma alt boyutu ile anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki göstermiştir. Böylece, çalışma öncesinde DTAÖ'nün ölçüt bağıntılı geçerliğinin sağlanması beklentisine yönelik

belirlenen hipotezlerin doğrulandığı ve ölçüt bağıntılı geçerlik düzeyinin uygun seviyede olduğu kararlaştırılmıştır.

DTAÖ'nün güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla test-tekrar test güvenilirliği, iç tutarlılık katsayısı ve madde-toplam puan korelasyonları kullanılmıştır. Test-tekrar test güvenilirliğine yönelik bir hafta aralıklarla yapılan ölçümler sonucunda ölçeğin bütününe ait Pearson korelasyon katsayısı 0,84 ($p < ,01$) olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Pearson korelasyon katsayılarının ,62 ile ,78 ($p < ,01$) arasında değiştiği görülmüştür. İki farklı zaman diliminde gerçekleştirilen ölçümlerden elde edilen puanlar arasındaki ilişkilerin kabul edilebilir seviyede ve anlamlı olduğu gösterildiğinden test-tekrar test güvenilirliğine ait değerlerin DTAÖ için uygun olduğu kararına varılmıştır. İç tutarlılığına ilişkin Cronbach Alpha değerinin ölçeğin bütünü için ,92 ve ölçeğin alt boyutları için ,53 ile ,87 arasında değişen değerlerde olduğu bulunmuştur. Detaylandırmak gerekirse mevcut çalışmada, DTAÖ'nün mutluluk alt ölçeğinin iç tutarlılığı görece düşük düzeyde ($r = ,53$) bulunmuştur. Mutluluk alt ölçeğinin iç tutarlılığının orijinal ölçeğin geliştirilme çalışmasında da görece düşük düzeyde ($r = ,40$) bulunduğu görülmüştür. Bu iki sonuç birlikte ele alındığında, bu alt ölçeğe yönelik temkinli bir yaklaşım benimsenmesi gerekmektedir. Gelecekte yapılacak olası çalışmaların analizlerinde bu alt ölçeğe dair sonuçlar dikkatli şekilde değerlendirilmelidir. Ayrıca, ölçeğin iç tutarlılığına yönelik hesaplanan madde-toplam puan korelasyonlarında üç madde dışındaki bütün maddeler için madde-toplam puan korelasyonları ,30'un üzerinde bulunmuş ve ölçek bütünlüğüne yeterli katkı sağladıkları düşünülmüştür. Madde-toplam puan korelasyonları düşük olan üç maddenin ölçeğin teorik yapısının bozulmaması adına ölçekte tutulmasına karar verilmiştir. Bahsedilen sonuçlar birlikte ele alınarak ölçeğin iç tutarlılığının ve test-tekrar test güvenilirlik katsayılarının psikometrik açıdan kabul edilebilir düzeyde olması beklentisine yönelik çalışma hipotezi doğrulanmıştır.

Nihai olarak, DTAÖ'nün psikometrik özellikleri kapsamındaki analiz bulguları birlikte değerlendirildiğinde Türk örnekleminde geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu düşünülmektedir.

5.2. İkinci Çalışma Tartışma

5.2.1. Cinsiyetler Arası Farklılıklara İlişkin Analiz Sonuçlarının Tartışılması

Obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri, duyguları tehdit olarak algılama, anksiyete, depresyon ve obsesif kompulsif belirtilerin ve bu değişkenlere ait alt boyutların cinsiyetler arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Mevcut çalışmanın hipotezlerinden birinde, kadın ve erkek katılımcılar arasında OKB belirti boyutu şiddeti, obsesif inançlar, duyguları tehdit olarak algılama açısından anlamlı farklılıklar bulunmayacağı beklenmiştir. Yapılan analizler sonucunda bu hipotezin kısmi şekilde doğrulandığı görülmektedir. OKB toplam puanı ile bulaş, kabul edilemez düşünceler ve simetri alt boyutları, DTAÖ'nün mutluluk, öfke, cinsel arzu (şehvet), ve genel olarak güçlü duygular alt boyutları kadın ve erkek katılımcılar arasında farklılık göstermemektedir. Obsesif İnanışlar Anketi'nin tüm alt boyut puanları (mükemmeliyetçilik, tehdit öngörüsü, sorumluluk, düşüncelerin kontrolünün önemi) ve toplam puanı, Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin üzüntü, suçluluk, kaygı (korku) ve tiksinti alt boyut puanları ile toplam DTAÖ puanı ve OKB'nin sorumluluk belirti boyutu puanları ise kadın ve erkek katılımcılar arasında farklılaşmaktadır. Bu sonuçlar alan yazını bağlamında tartışılacaktır.

Çalışmanın sonuçlarına göre, kadın ve erkek katılımcıların puanları, OKB'nin belirti alt boyutlarından bulaş, kabul edilemez düşünceler, simetri alt boyutu ve toplam OKB belirti boyutu şiddeti için farklılaşmamaktadır. Buna göre kadın ve erkek katılımcılar bu değişkenlerden birbirine çok yakın ve anlamlı olmayan puanlar almıştır. İlgili alan yazını incelendiğinde, OKB'nin belirti alt boyutlarının cinsiyetlerdeki dağılımına ilişkin karışık bulguların sunulduğu görülmektedir. Farklı kültürlerde klinik örnekleme yapılan çalışmalarda kadınlarda daha çok bulaş obsesyonları görülürken erkeklerde daha çok cinsel ve dini obsesyonlar görülmüştür (Bogetto ve ark., 1999; Jaisooriya ve ark., 2009; Labad ve ark., 2008; Ratnasuriya ve ark., 1991). Kompulsiyonlar ele alındığında kadınlarda temizlik; erkeklerde tekrarlama, kontrol, düzenleme ve biriktirme zorlantılarının daha yüksek oranda

görüldüğü bulgulanmıştır (Cherian ve ark., 2014; Li ve ark., 2009; Masi ve ark., 2010; Samuels ve ark., 2002; Torresan ve ark., 2013). OKB’li bireylerle yapılan başka bir çalışmada ise kadınlar ve erkekler arasında OKB belirti boyutlarına yönelik bir farklılık bulunmamıştır (Raines ve ark., 2018). Bu bulgu, bu çalışmada elde edinilen sonuçlarla sorumluluk alt boyutu hariç olmak üzere uyum göstermektedir. Bu çalışma örnekleminin toplum temelli olmasından dolayı böyle çalışmaların da incelenmesi önem arz etmektedir. Klinik olmayan bir örnekleme OKB belirti boyutlarının araştırıldığı bir çalışmada; bulaş, kabul edilemez düşünceler, simetri ve sorumluluk alt boyutlarında cinsiyetlere göre bir farklılaşmaya ulaşılmamıştır (López-Sola ve ark., 2014). OKB’yi saldırganlık, cinsel/dini, simetri, bulaş ve biriktirme gibi farklı belirti boyutlarında değerlendiren toplum temelli örneklemden oluşan bir başka çalışmada da kadın ve erkekler arasında bir farka rastlanmamıştır (Vivan ve ark., 2013). Mevcut çalışmanın bulguları bulaş, kabul edilemez düşünceler ve simetri alt boyutları için bu alan yazını bilgileriyle paraleldir. Ancak kadın katılımcıların erkek katılımcılardan daha yüksek sorumluluk belirti puanı almış olması, mevcut çalışmanın dikkat çeken bulgularından biridir. Literatürde BOKÖ’nün sorumluluk alt ölçeğinin cinsiyetler arasında farklılaştığı bir bulguya rastlanmamıştır. Bu durum için bir açıklama, bulguların toplumsal ve kültürel özellikleri yansıttığı olabileceği ihtimalidir. Bilindiği üzere, BOKÖ’nün sorumluluk alt boyutunun tam ismi “Zarardan, Yaralanmadan veya Talihsizlikten Sorumlu Olma Konusundaki Endişeler” şeklindedir. BOKÖ’de bu alt boyut açıklanırken kullanılan örneklerden bazıları şunlardır: “zararlı ya da korkunç bir şeyin olmasına neden olabilecek bir hata yapmış olma şüphesi; korkunç bir kaza, felaket, yaralanma veya başka bir talihsiz olayın meydana gelebileceği ve sizin bunu önlemek için yeterince dikkatli olmadığınız düşüncesi; kötü bir şey olmadığı (veya olmayacağı) konusunda güvence almak için bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek ya da tekrar tekrar sormak; yanlış bir şey yapmadığınızdan emin olmak için geçmiş olayları zihinsel olarak gözden geçirmek.” (Şafak ve ark., 2018). Ülkemizde kadınlardan beklenen duyarlı, korumacı veya düzen sağlayıcı toplumsal cinsiyet rolleri ve BOKÖ sorumluluk alt boyutundaki örneklerde sorgulanan özellikler birlikte ele alındığında, mevcut çalışmada sorumluluk belirti alt boyutunun kadınlarda erkeklere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunması bulgusunda bahsedilen bu toplumsal yapının etkili olabileceği şeklinde bir tahmin getirilebilir.

Mevcut çalışmada daha önce belirtildiği gibi bulaş boyutunun cinsiyetler arasında farklılaşmadığı bulgulanmıştır. Yukarıda bahsedilen belirti boyutları arasında cinsiyet farklılıklarının olmadığını belirten çalışmaların yanı sıra OKB tanısı olmayan katılımcıların da yer aldığı bir çalışmada, kadınların erkeklerden daha yüksek oranda bulaş belirti boyutu deneyimlediği bulunmuştur (Melli ve ark., 2015). Alan yazınında bulaş alt boyutuna ilişkin karışık çalışma bulgularının Covid-19 pandemisi öncesinde yapılan çalışmalardan elde edildiği görülmektedir. Covid-19 pandemisiyle birlikte yapılan araştırmalar, bu salgının bulaşa ilişkin obsesif kompulsif belirtilerin yükselmesinde rol oynayabileceğine işaret etmektedir (Kaveladze ve ark., 2021; Wheaton ve ark., 2021). Dolayısıyla, mevcut çalışmada bulaş belirti alt boyutunda kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık bulgulanmaması söz konusu pandeminin etkisine atfedilebilir.

Çalışma kapsamında cinsiyetlere dair belirlenen bir diğer hipotezde, kadın ve erkek katılımcılar arasında duygu düzenleme stratejileri ve duygu düzenleme güçlükleri açısından anlamlı farklılıklar bulunacağı beklenmiştir. Analiz sonuçları incelendiğinde bu hipotezin kısmi olarak doğrulandığı görülmektedir. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin açıklık alt boyutu hariç diğer tüm alt boyut puanları (amaçlar, dürtü, strateji, kabul etmeme) ve toplam puanı kadın ve erkek katılımcılar arasında farklılaşmaktadır. Duygu düzenleme stratejilerinde (bilişsel yeniden değerlendirme ve bastırma) ise kadın ve erkek katılımcılar arasında farklılık bulunamamıştır.

Çalışmanın cinsiyet farklılıklarına ilişkin bir diğer bulgusu kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre, çalışma öncesinde beklendiği gibi hem genel olarak hem de alt boyutlarda (açıklık alt boyutu hariç) daha yüksek duygu düzenleme güçlüğü puanları almasıdır. Buna göre; kadınların genel olarak duygu düzenleme sürecinde, amaca yönelik eylemlerde bulunmada, olumsuz duygular deneyimlenirken dürtüleri kontrol etmede, işlevsel olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine ulaşmada ve duygusal tepkilerin kabulü konusunda erkeklerden daha fazla duygu düzenleme güçlüğü deneyimlediği anlaşılmıştır. Alan yazınındaki farklı çalışmalarda, mevcut çalışma bulgusu ile uyumlu şekilde duyguları düzenlemede kadınların erkeklerden daha fazla güçlük deneyimledikleri belirtilmektedir (Nolen-Hoeksema, 2012; Anderson ve ark., 2016). Türkiye'de yapılan çalışmalarda da kadınlarda erkeklere

oranla daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşıntısı bulgusu mevcuttur (Pektaş, 2015; Yiğit ve Guzey Yiğit, 2019). Bunun yanı sıra duygu düzenleme güçlüklerinin farklı alanlarına ilişkin de cinsiyet farklılıkları bulunmaktadır. Kadınlar erkeklere kıyasla, duygularını düzenlerken kullandıkları stratejilere ulaşmada daha fazla sıkıntı bildirmektedir (Malesza, 2021; Neumann ve ark., 2010). Ayrıca amaçlar doğrultusunda uygun davranışlar sergilemede (Else-Quest ve ark., 2006; Miguel ve ark. 2017) ve duyguların kabullenilmesinde (Hatkevich ve ark., 2019) de kadınların erkeklerden daha fazla güçlük yaşadığı bulgulanmıştır. Tüm bu araştırma sonuçları, mevcut çalışmanın bulguları ile birlikte ele alındığında aralarında örtüşme olduğu görülmektedir. Duygu düzenleme güçlüklerinin duygulara karşılık verilen tepkilerin anlaşılmasını ifade eden açıklık alt boyutunun da kadınlarda erkeklere göre daha fazla bildirildiğine dair alan yazını bulgusu yer almaktadır (Neumann ve ark., 2010). Ancak mevcut çalışmada bahsedilen boyutun cinsiyetler arasında anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmüştür. Benzer şekilde duygu düzenleme stratejilerinden bilişsel yeniden değerlendirme ve bastırma alt boyutları da cinsiyetler arasında farklılaşmamaktadır. Literatür incelendiğinde duygu düzenleme stratejilerine yönelik karışık bulguların olduğu görülmektedir. Bir meta-analiz çalışması kadınların duygularla başa çıkma stratejileri olarak erkeklerden daha fazla yeniden değerlendirme ve bastırma/kaçınma bildirdiklerini bulmuştur (Tamres ve ark., 2002). Toplum temelli örneklemden oluşan başka bir çalışmada da benzer şekilde yeniden değerlendirme kadınlarda erkeklere kıyasla daha fazla bulunurken; duyguların bastırılması stratejisinde ise cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Nolen-Hoeksema ve Aldao, 2011). Bahsedilen çalışmanın ikinci bulgusu, mevcut çalışmanın bulgusuyla paralellik göstermektedir.

Duygu düzenleme sürecindeki cinsiyet farklılıklarına, cinsiyetlere atfedilen toplumsal ve kültürel roller etki ediyor olabilir. Kadınlar yaygın şekilde daha duygusal cinsiyet olarak görülmekte ve kadınların duygu yaşantılama, ifade etme ve bunlar üzerinde durma eğilimleri daha yüksek olarak görülmektedir (Barrett ve Bliss-Moreau, 2009; Berke ve ark., 2018; Fischer ve Manstead, 2000). Kadınlara dair böyle bir bakış, onların olumsuz bir duygunun varlığıyla amaca odaklanmada zorluk yaşamasında ve rahatsız edici duygulardan kurtulma ihtiyacı duymalarında etkili olabilirken erkeklerde ise amaca odaklanma daha çok ön plana çıkabilmektedir (Hayes ve ark.,

2004). Ancak diğer yandan, duygu düzenlemesindeki ortalama cinsiyet farklılıklarının, istatistiksel olarak anlamlı olsalar bile küçük olduğundan, erkekler ile kadınlar arasındaki duygu düzenlemesindeki benzerliklerin farklılıklardan daha büyük olabileceğinden ve erkeklerin duygularını nasıl düzenlediğine dair çalışmaların yetersiz sayıda olduğundan bahsedilmektedir (Nolen-Hoeksema ve Aldao 2011, Tamres ve ark., 2002). Bu durum, mevcut çalışmanın duygu düzenleme güçlüklerindeki açıklık boyutunda ve duygu düzenleme stratejilerinde elde edilen bulgulara paraleldir. Ayrıca alan yazınında, duygu düzenleme zorlukları açısından fark belirtmeyen başka çalışmalar da bulunmaktadır (Giromini ve ark., 2012; Nolen-Hoeksema ve Aldao, 2011; Rugancı ve Gençöz, 2010). Dolayısıyla, mevcut çalışmadaki karışık bulgular da dikkate alındığında duygu düzenleme sürecindeki deneyimlerin cinsiyetlere bağlı durumuna temkinli yaklaşılmaması gerektiği ve tutarlı olmayan farklılıklarda kültürel etkilerin olabileceği söylenebilir.

Çalışmanın cinsiyetler arası farklılıklara ilişkin bir başka bulgusu obsesif inançlardadır. Çalışma öncesinde obsesif inançlara ilişkin cinsiyetlere bağlı bir farklılık beklenmemektedir. Ancak bulgular incelendiğinde, genel anlamda obsesif inanışlar olmak üzere tüm alt boyutlarda (mükemmeliyetçilik, tehdit öngörüsü, sorumluluk, düşüncelerin ve kontrolünün önemi) kadınlar erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır. Alan yazını incelendiğinde obsesif inanışlarda bildirilen cinsiyetlere bağlı bulgulara pek rastlanmamıştır. Konuyla ilgili bulunan Woods ve arkadaşlarının (2004), Obsesif İnanışlar Anketi'nin 44 maddelik versiyonunun boyutsallığını inceledikleri Amerika örneklemleri çalışmada sadece düşüncelerle ilgili alt boyutta erkeklerin kadınlardan daha fazla puan aldığı bulgulanmıştır. Mevcut çalışmayla bu bulgunun zıt olması ve genel olarak alan yazınında cinsiyetlere bağlı farklılıklar bildirilmemesine karşın bu çalışmada anlamlı farklılıklar bulunması çalışmaların ayrı ayrı kültürel koşullarda gerçekleştirilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Örneğin, Türkiye örneklemindeki kadın katılımcılarda aile içi büyüme süreçlerinde katı cinsiyet rolleri çerçevesinde, yüksek standartlar/aşırı eleştirelilik şemalarının (Young ve ark., 2003) muhtemel oluşumu ve bunun kişilerde yer edinmesi ilerleyen yıllarda kendi eylemlerine veya düşüncelerine dair obsesif inançları beraberinde getirmede bir rol oynuyor olabilir. Literatürde, bu tahminin sınındığı bir çalışmaya rastlanmamıştır fakat OKB'nin, yüksek standartlar/aşırı eleştirelilik

şemalarıyla ilişkilendirildiği incelemelerin yer aldığı görülmüştür (Bär ve ark., 2023; Dostal ve Pilkington, 2023). Bu konuda çalışmalar yürütülmesi yerinde olabilir.

Mevcut çalışma bağlamında cinsiyetlere ilişkin belirlenen bir diğer hipotezde kadın ve erkek katılımcıların depresyon ve anksiyete puanlarının anlamlı düzeyde birbirinden farklılaşacağı beklenmiştir. Analizler sonucunda bu hipotez anksiyete için doğrulanırken depresyon için cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Anksiyete puanları kadın katılımcılarda erkek katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Alan yazını incelendiğinde hem klinik hem de toplum temelli örneklemeleri inceleyen çalışmalarda depresyon ve anksiyetenin kadınlarda erkeklere kıyasla daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Altemus ve ark., 2014; Bangasser ve Cuarenta, 2021; Kessler ve ark., 2012). Bunun yanı sıra klinik örneklemli bazı çalışmalarda ise anksiyete ve depresyon için cinsiyetlere göre anlamlı bir farklılık olmadığı bulgulanmıştır (Torresan ve ark., 2013; Tükel ve ark., 2004).

Çalışma kapsamında bir diğer hipotezde, duyguları tehdit olarak algılamanın kadın ve erkek katılımcılar arasında farklılaşmayacağı beklenmiştir. Analizler sonucunda bu hipotezin kısmi olarak doğrulandığı görülmüştür. Buna göre kadın ve erkek katılımcılar arasında genel olarak duyguları tehdit olarak algılama ile üzüntü, suçluluk, kaygı (korku) ve tiksinti alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunurken; mutluluk, öfke, cinsel arzu (şehvet) ve genel olarak güçlü duygular alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Anlamlı bulunan farklılıklarda kadınların puanlarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. DTAÖ'nün de yer aldığı çalışmalar incelendiğinde cinsiyet farklılıklarına ilişkin bildirilen bulgulara rastlanmamıştır. Dolayısıyla, bu anlamda mevcut çalışmanın bulgularının keşfedici nitelikte olduğu söylenebilir. Duyguları tehdit olarak algılamanın kadınlarda erkeklerden genel olarak daha yüksek olması; daha önce duygu düzenleme süreçlerine ilişkin farklılıkları açıklamaya çalışırken de belirtilen kadınların duygu deneyimleme, ifade etme ve duyguların üzerinde durma eğilimlerinin daha yüksek olarak görülmesiyle ilgili olabilir (Barrett ve Bliss-Moreau, 2009; Berke ve ark., 2018; Fischer ve Manstead, 2000). Ancak mevcut çalışmada cinsiyetler arasında farklılaşmayan DTAÖ alt boyutları dikkate alındığında, cinsiyet rollerine ilişkin açıklamalar getirmede temkinli olması gerektiği unutulmamalıdır. Söz konusu

cinsiyetler arası farklılıkları kanıta dayalı olarak inceleyen başka çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

5.2.2. Ruhsal Bozukluk Tanı Öyküsüne İlişkin Analiz Sonuçlarının Tartışılması

Obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri, duyguları tehdit olarak algılama, anksiyete, depresyon ve obsesif kompulsif belirtilerin ve bu değişkenlere ait alt boyutların ruhsal bozukluk tanı öyküsü durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Mevcut çalışmanın hipotezlerinden birinde, daha önce ruhsal bozukluk tanısı almış katılımcıların depresyon, anksiyete, OKB belirti boyutu şiddeti, obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu bastırma ve duyguları tehdit olarak algılama puanlarının daha önce ruhsal bozukluk tanısı almamış katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olacağı beklenmiştir. Analiz sonuçları incelendiğinde, bu hipotezin büyük oranda doğrulandığı bulunmuştur. Buna göre, anksiyete ve depresyon puanı, Obsesif İnanışlar Anketi'nin tüm alt boyut puanları (mükemmeliyetçilik, tehdit öngörüsü, sorumluluk, düşüncelerin kontrolünün önemi) ve toplam puanı, Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği'nin açıklık alt boyutu dışındaki diğer tüm alt boyut puanları (amaçlar, dürtü, strateji, kabul etmeme) ve toplam puanı, Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin üzüntü, suçluluk, mutluluk, öfke, kaygı (korku) ve genel olarak güçlü duygular alt boyutlarının puanları ile toplam puanı, OKB'nin sorumluluk ve kabul edilemez düşünceler belirti boyutu puanları ile toplam OK belirti boyutu puanı daha önce ruhsal bozukluk tanısı almış olan katılımcılarda ruhsal bozukluk tanısı almamış katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ruhsal bozukluk tanı öyküsüne dair bir başka hipotezde, daha önce ruhsal bozukluk tanısı almış olan katılımcıların duygu düzenleme stratejilerinden bilişsel yeniden değerlendirme puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olacağı beklenmiştir. Analiz sonucunda bilişsel yeniden değerlendirme puanlarında ruhsal bozukluk tanı öyküsüne ilişkin anlamlı bir fark bulunamazken bu hipotez doğrulanmamıştır. Alan yazını incelendiğinde bu değişkenlerin ruhsal bozukluk tanı öyküsü olup olmasına göre

değerlendirildiği çalışmalara rastlanmamasından dolayı değişkenlerin psikopatolojiyle olan ilişkileri genel olarak tartışılacaktır.

Mevcut çalışma bulguları incelendiğinde, beklendiği gibi ruhsal bozukluk tanı öyküsü bulunan katılımcıların anksiyete ve depresyon puanı ruhsal bozukluk tanı öyküsü bulunmayan katılımcılardan daha yüksek olarak bulunmuştur. İlgili alan yazını çalışmaları incelendiğinde hem anksiyete belirtilerinin (Brown ve Barlow, 1992; Kaufman ve Charney, 2000) hem de depresyon belirtilerinin (Rohde ve ark., 1991; WHO, 2017) farklı ruhsal bozukluk tanılarında rolü olduğu görülmektedir. Alan yazınındaki bu çalışmaların üzerinde durduğu noktalar, mevcut çalışmanın bulgularıyla uyum göstermektedir.

Mevcut çalışmada bu iki gruba dair tespit edilen bir diğer farklılık obsesif inançlar değişkeninde ve alt boyutlarında ruhsal bozukluk tanı öyküsü bulunan katılımcıların, ruhsal bozukluk öyküsü bulunmayan katılımcılara göre daha yüksek puanlar almasıdır. Alan yazınında psikopatolojiler ve obsesif inançlar arasındaki bağlantıya dair bulgulara rastlanmıştır (Miegel ve ark., 2019; Tolin ve ark., 2006). Bunun yanı sıra obsesif inançların mükemmeliyetçilik alt boyutu (Hewitt ve ark., 2022; Limburg ve ark., 2017), tehdit öngörüsü alt boyutu (Clark, 2013; Langlois ve ark., 2000), sorumluluk alt boyutu (Avard ve Garratt-Reed, 2021) düşünce kontrolü alt boyutu (Moulding ve Kyrios, 2006; Puşuroğlu, 2023) da alan yazında çeşitli psikopatolojilerle ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmalar, mevcut çalışmadaki bulgularla uyum göstermektedir.

Çalışmada duygu düzenleme güçlükleri de katılımcıların ruhsal bozukluk tanı öyküsü olması durumuna göre farklılaşmış ve tanı öyküsü bulunanlar tanı öyküsü bulunmayanlara kıyasla daha yüksek puanlar almıştır. Literatür gözden geçirildiğinde bu çalışmanın bulgularıyla uyumlu şekilde duygu düzenleme güçlüklerinin farklı psikopatolojilerde rol oynayabileceğine ilişkin bulgular sunan çalışmaların olduğu görülmüştür (Campbell-Sills ve Barlow, 2007; Lynch ve ark., 2007; Nolen-Hoeksema ve ark., 2008). Duygu düzenleme stratejilerinden bastırmanın (Lissek ve ark., 2009; Wenzlaff ve Wegner 2000) ve yeniden değerlendirmenin (Aldao ve ark. 2010; Lynch ve ark. 2007; Roemer ve ark. 2008) de psikiyatrik bozuklukların klinik görünümünde etkili olduğuna yönelik bulgular bulunsa da bu çalışmada söz konusu stratejiler ruhsal

bozukluk tanı öyküsü durumuna göre farklılaşmamıştır. Bu durum, ruhsal bozukluk tanı öyküsü bulunan katılımcı sayının düşük sayıda olmasından ($n= 43$) kaynaklanıyor olabilir.

Mevcut çalışmanın bir diğer sonucu, ruhsal bozukluk tanı öyküsü bulunanların duyguları tehdit olarak algılama puanlarının ruhsal bozukluk tanı öyküsü bulunmayanlara göre daha yüksek olmasıdır. Alan yazını incelendiğinde görece yeni ve sınırlı sayıda çalışmada incelendiği görülen duyguları tehdit olarak algılamanın mevcut çalışmanın bulgularıyla paralel şekilde çeşitli psikopatolojilerin klinik görünümünde hem bütünsel anlamda hem de genel olarak güçlü duygular (Llera ve Newman, 2010), üzüntü (Fox ve ark., 2016) ve öfke (Ioannou ve Fox, 2009; Sinha ve ark., 2021) gibi alt boyutlarda etkili olduğu belirtilmektedir. Bu çalışma ve bahsedilen diğer çalışmalar görece yeni bir kavrama dair bulgular sunduğu için keşfedici nitelikte olup değer taşımaktadır. Ancak bu sonuçlara, henüz yeterli sayıda çalışmada tekrarlanmadığı için temkinli yaklaşmak gerekmektedir. Genel anlamda duyguları tehdit olarak algılamada ve duygu alt boyutlarında tehdit algılamada daha fazla kanıta dayalı çalışmanın yürütülmesine ihtiyaç vardır.

Çalışma sonuçlarına göre ruhsal bozukluk tanı öyküsü bulunan katılımcıların genel OK belirti boyutu puanı ile sorumluluk ve kabul edilemez düşünceler belirti alt boyutu puanlarının ruhsal bozukluk tanı öyküsü bulunmayan katılımcıların puanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Alan yazını incelendiğinde OK belirti boyutlarının depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu gibi çeşitli tanılarla ilişkilendirildiği görülmüştür (Brakoulias ve ark., 2017; Denys ve ark., 2004; Hasler ve ark., 2005; Torres ve ark., 2016). Bunun yanı sıra sorumlulukla (Pozza ve Dèttore, 2014) ve kabul edilemez düşüncelerle ilgili obsesif deneyimlerin (Hasler ve ark., 2005; Hasler ve ark., 2007) farklı psikiyatrik bozukluklarda etkili olduğu belirtilmektedir. Bu alan yazını bilgileri, mevcut çalışmanın bulgularıyla paraleldir.

5.2.3. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçlarının Tartışılması

İkinci çalışma kapsamında anksiyete ve depresyon puanları, obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri, duyguları tehdit olarak

algılama, OK belirti puanları ve değişkenlerin tüm alt boyutları arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

İkinci çalışmanın hipotezlerinden birinde depresyon, anksiyete, obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duyguları tehdit olarak algılama ve OKB belirti boyutu şiddeti değişkenleri ve alt boyutlarının birbirleriyle anlamlı ve pozitif yönde ilişkilere sahip olması beklenmiştir. Analizler sonucunda, anksiyete ve depresyon puanları arttıkça OK belirti boyutu şiddetinin, obsesif inançların, duyguları tehdit olarak algılamanın ve duygu düzenleme güçlüklerinin arttığı bulunmuştur. Alan yazınında daha önceki bölümlerde belirtildiği gibi anksiyete ve depresyonun OKB ile eş zamanlı görülmesine ilişkin çalışmalara benzer şekilde, anksiyete ve depresyonun obsesif inançlar (Miegel ve ark., 2019; Tolin ve ark., 2006) ve duygu düzenleme güçlükleri (Goldsmith ve ark., 2013; Nolen-Hoeksema ve ark., 2008) ile pozitif ilişkisinin olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır. Alan yazınındaki çalışmalarla paralel olarak obsesif inançlarda artış oldukça, obsesif kompulsif belirti boyutlarındaki şiddet de artmıştır (Fergus ve Carmin, 2014; Viar ve ark., 2011). Ayrıca, duygu düzenleme güçlüklerindeki artış da OK belirti boyutundaki şiddet ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular, alan yazınındaki duygu düzenleme güçlüğü ve OKB belirtileri arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalarla uyum göstermektedir (Allen ve Barlow, 2009; Fergus ve Bardeen, 2014; Stern ve ark., 2014). Mevcut çalışmada, duyguları tehdit olarak algılamadaki artışın da OK belirti boyutu şiddetindeki artışla pozitif şekilde ilişkili olduğu görülmüştür. Alan yazınındaki kısıtlı sayıdaki çalışmada bu bulguyla paralel ilişkiler bildirilmektedir (Smith ve ark., 2012).

Değişkenler arasındaki ilişkilere dair bir diğer hipotezde; depresyon, anksiyete, obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duyguları tehdit olarak algılama ve OKB belirti boyutu değişkenleri ve alt boyutlarının duygu düzenleme stratejilerinden bastırma ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkilere sahip olması beklenmiştir. Analizler sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bulunmayan anksiyete, DTAÖ'nün mutluluk alt boyutu, BOKÖ'nün sorumluluk, kabul edilemez düşünceler ve simetri boyutları ile toplam puanı haricindeki diğer bütün değişkenlerde bu yönde ilişkiler bulunmuştur. Bastırma stratejisinin; alan yazınındaki çalışmalarda depresyon (Wenzlaff ve Wegner 2000), duygu düzenleme güçlükleri (Aldao ve Nolen-Hoeksema, 2011), obsesif inançlar (Abramowitz ve ark., 2009) ve OK belirtiler (Stern ve ark., 2014) ile arasında

gösterilen anlamlı ilişkiler mevcut çalışmanın bulgularıyla paraleldir. Bu çalışmadaki duyguları tehdit olarak algılama ile bastırma arasındaki ilişki bulgusu ise alan yazını için keşfedici niteliktedir. Çalışma katılımcılarının; depresyon, duygu düzenleme güçlükleri, obsesif inançlar, bulaş OK belirti boyutu ve duyguları tehdit olarak algılama deneyimledikçe bir başa çıkma mekanizması olarak duygu düzenleme stratejilerinden bastırmayı kullanıyor olmaları ihtimal dâhilindedir.

Değişkenler arasındaki ilişkilere dair bir başka hipotezde; depresyon, anksiyete, obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duyguları tehdit olarak algılama ve OKB belirti boyutu şiddeti değişkenleri ve alt boyutlarının duygu düzenleme stratejilerinden bilişsel yeniden değerlendirme ile anlamlı ve negatif yönde ilişkilere sahip olması beklenmiştir. Analizler sonucunda, bu hipotezin sadece anksiyete ve OK belirti boyutlarından simetri için doğrulandığı görülmektedir. Bütün obsesif inanç boyutları ve toplam puanı, duygu düzenleme güçlüklerinden amaçlar, DTAÖ'nün toplam puanı ile öfke, kaygı (korku) ve tiksinti alt boyutlarının ise bilişsel yeniden değerlendirmeyele arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişkilere sahip olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde, OK belirti boyutları bağlamında bilişsel yeniden değerlendirmeyi de inceleyen bir çalışmada simetri alt boyutu için anlamlı ilişki bulunamadığı görülmüştür (Kumar ve ark., 2019). Bu durum, mevcut çalışmanın bulgusundan farklılaşmaktadır. Mevcut çalışmada bilişsel yeniden değerlendirme ile simetri belirti boyutunun negatif yönde ilişkili olması, bu duygu düzenleme stratejisinin tedavi içerisine dâhil edilmesinin OK belirtide azalmayı sağlayabileceğini düşündürmektedir. Alan yazınında, anksiyete ve bilişsel yeniden değerlendirme ilişkisine mevcut çalışmadakine paralel bulgular sunan çalışmalar yer almaktadır (Hofmann ve ark., 2009; Xu ve ark., 2020). Bunların yanı sıra, çalışmanın yukarıda bahsedilen ve bilişsel yeniden değerlendirme ile anlamlı pozitif ilişkiler gösteren değişkenlerine dair bulgusu ilginçtir. Söz konusu bulgudan hareketle katılımcıların; genel olarak obsesif inançlar ve bu inançların alt boyutları, duyguları düzenlerken amaca yönelik davranmada güçlük, genel anlamda duyguları tehdit olarak algılama ile öfke, kaygı (korku), tiksinti kaynaklı tehdit deneyimleriyle başa çıkma çabalarında bilişsel yeniden değerlendirme stratejisine başvurdukları tahmini yapılabilir. Daha spesifik olarak, sıralanan değişkenlerle ilgili ne derece olumsuz durum yaşarlarsa

olumsuz durumun anlamını ona verdikleri duygusal tepkide bir değişikliğe yol açacak biçimde o kadar değiştirmeye çalışıyor olabilirler.

Çalışma değişkenlerine dair yukarıda belirtilen ilişkilerin yanı sıra, duygu düzenleme güçlükleri arttıkça obsesif inançlar da artış göstermektedir. Benzer şekilde duyguları tehdit olarak algılamadaki artış obsesif inançlardaki artışı beraberinde getirmektedir. Mevcut çalışma bulguları, alan yazınında hem duygu düzenleme güçlükleri ve obsesif inançlar ilişkileri için (Berman ve ark., 2018) hem de duyguları tehdit olarak algılama ve obsesif inançlar ilişkileri için (Smith ve ark., 2012) paralellik göstermektedir. Sonuç olarak, duygu düzenleme sürecindeki zorlayıcı deneyimlerin (güçlükler ve tehdit algıları) ve obsesif inançların; bu değişkenlerin bireyde aktive olmasında birbirlerine karşılıklı olarak bir kırılganlık faktörü oluşturabileceği tahmini yürütülebilir.

5.2.4. Obsesif İnançlar, Duygu Düzenleme Güçlükleri, Duygu Düzenleme Stratejileri ve Duyguları Tehdit Olarak Algılamanın OKB Belirti Boyutlarını Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçlarının Tartışılması

Mevcut çalışma kapsamında depresyon ve anksiyete puanları kontrol edildiğinde obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin bir arada OKB'nin bulaş, sorumluluk, kabul edilemez düşünceler ve simetri belirti boyutlarının şiddetini anlamlı şekilde yordayıp yordadığı değerlendirilmiştir. Analizler sonucunda bahsedilen değişkenlerle oluşturulan ana modelin sadece bulaş belirti boyutu şiddetini anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur. Ancak, oluşturulan hiyerarşik modellerde değişkenlerin OKB belirti boyutlarının şiddeti için benzersiz yordayıcı olduğu sonuçlar da bulunmaktadır. Tüm bunlar, bu bölümde ele alınacak ve tartışılacaktır.

Çalışmada belirlenen hipotezlerden birinde, depresyon ve anksiyete puanlarının kontrolü sağlandığında obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin bir arada bulaş belirti boyutunun şiddetini anlamlı şekilde yordaması beklenmiştir. Analizler sonucunda, bu hipotezin doğrulandığı görülmektedir. Bulaş belirti boyutu şiddetine ilişkin oluşturulan hiyerarşik modellerin üçünün de bu belirti boyutunu anlamlı bir

şekilde yordadığı bulunmuştur. Buna göre, ilk modelde anksiyete ve depresyon bulaş belirti boyutunu anlamlı şekilde yordamaktadır. Literatürde bulaş belirti boyutunun anksiyete ile ilişkilendirildiği ve anksiyetenin bulaş belirtisinde yordayıcılığının bulgularla doğrulandığı görülmektedir (Abramowitz ve ark., 2010; Wheaton ve ark., 2012). Depresyonun, bulaş belirti boyutu bağlamında incelendiği çalışmalara rastlanmasa da OKB belirtileriyle depresyonun da ilişkili olduğu bildirilmektedir (Torres ve ark., 2016). Dolayısıyla, bu modelin literatürle uyumlu olduğu söylenebilir. Sonraki adımda, ilk oluşturulan modele eklenen obsesif inançlar da bulaş belirti boyutu şiddetini anlamlı şekilde yordamıştır. Obsesif inançlar ve OKB belirti boyutlarını inceleyen çalışmalarda bulaş belirti boyutunun sorumluluk/abartılı tehdit öngörüsü obsesif inanç alanı tarafından yordandığı bulunmuştur (Smith ve ark., 2012; Wheaton ve ark., 2010). Oluşturulan son modelde dikkat çeken bir bulgu olarak, duygularla ilgili değişkenlerin modele dâhil edilmesiyle obsesif inançlar ve depresyon, bulaş belirti boyutu şiddeti üzerindeki yordayıcılığını yitirmiştir. Oluşan modelde sadece anksiyete ve duyguları tehdit olarak algılama bulaş belirti boyutunu yordamaktadır. Bu bulgu, mevcut çalışmanın temel amaçlarıyla uyum göstermektedir. Belirlenen amaca uygun şekilde, obsesif inançların OKB boyutlarından bulaş ile ilişkisinde duygulara dair değişkenler dikkate alındığında var olan modelin tahmin gücünün arttığı görülmüştür. Ayrıca, anksiyete ile aynı modelde iken yordayıcı olan depresyonun son modelde yordayıcılığını kaybetmesinde duyguları tehdit olarak algılamanın baskılayıcı etkisinin olduğu öne sürülebilir. Nihai modelde sadece anksiyetenin ve duyguları tehdit olarak algılamanın bulaş belirti boyutunu yordamasına ilişkin ihtimal dâhilindeki bir tahmin, son yıllarda pandemi boyutuyla ortaya çıkan hastalıkların (Covid-19, Maymun Çiçeği Virüsü gibi) toplumda görülmesi, bu hastalıkların yaygınlığıyla birlikte kirlenme ve bulaşa ilişkin girici düşüncelerin toplum temelli bireylerce de deneyimlenmesi ve bunların bireyler üzerindeki kaygı uyandırıcı veya tehdit edici etkisi olabilir.

Çalışmada belirlenen hipotezlerden birinde, depresyon ve anksiyete puanlarının kontrolü sağlandığında obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin bir arada sorumluluk belirti boyutunun şiddetini anlamlı şekilde yordaması beklenmiştir. Analizler sonucunda, bu hipotezin doğrulanmadığı görülmektedir. Sorumluluk belirti

boyutu şiddetine ilişkin oluşturulan hiyerarşik modellerde sadece anksiyete ve obsesif inançların bu belirti boyutunu anlamlı şekilde yordadığı bulunmuştur. Ayrıca, duygulara ilişkin değişkenlerin dâhil edildiği son modelde anksiyete ve obsesif inançlar yordayıcı özelliğini korurken modelin bütünü önceki iki modelden farklı olarak belirti boyutu için anlamsız hâle gelmiştir. Alan yazını incelendiğinde, anksiyetenin bu belirti boyutu için yordayıcılığının bulunduğu çalışma bulgularına rastlanmıştır (Wheaton ve ark., 2012). Benzer şekilde obsesif inanç alanlarından sorumluluk boyutunun da çeşitli çalışmalarca sorumluluk OK belirti boyutu için yordayıcılığı gösterilmiştir (Smith ve ark., 2012; Viar ve ark., 2011; Wheaton ve ark., 2010). Bahsedilen alan yazını bulguları, mevcut çalışmanın bulgularıyla uyum içindedir. Son modelde anksiyete ve obsesif inançlar sorumluluk belirti boyutu için yordayıcılar olarak kalmaya devam ederken modelin anlamsız çıkması, duygulara dair değişkenlerin modelde baskılayıcı bir etkide olduğunu gösteriyor olabilir. Sorumluluk belirti boyutunun sadece anksiyete ve obsesif inançlar tarafından yordanması ise bu belirti boyutunun temelinde ve sürmesinde bilişsel ögelerin daha merkezi bir rol oynadığına işaret ediyor olabilir.

Çalışmada belirlenen hipotezlerden birinde, depresyon ve anksiyete puanlarının kontrolü sağlandığında obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin bir arada kabul edilemez düşünceler belirti boyutunun şiddetini anlamlı şekilde yordaması beklenmiştir. Analizler sonucunda, bu hipotezin doğrulanmadığı görülmektedir. Kabul edilemez düşünceler belirti boyutu şiddetine dair ilk iki modelde hem modellerin bütünü hem de anksiyete, depresyon ve obsesif inançlar yordayıcı olarak bulunmuştur. Alan yazınındaki çalışmalarda anksiyetenin (Wheaton ve ark, 2012) ve obsesif inançlardan düşüncelerin önemi ve kontrolü boyutunun (Smith ve ark, 2012; Viar ve ark., 2011; Wheaton ve ark, 2010) kabul edilemez düşünceler OK belirti boyutunu yordayıcı etkisinden bahsedilmektedir. Depresyonun yordayıcı etkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmasa da negatif duygulanımın kabul edilemez düşünceler belirti boyutunda yordayıcı etkide olduğu bir çalışma bulunmaktadır (Viar ve ark., 2011). Duygulara ilişkin değişkenlerin modele eklenmesiyle dikkat çeken bir bulgu ortaya çıkmıştır. Buna göre, söz konusu modelin bütünü kabul edilemez düşünceler belirti boyutunu anlamlı şekilde yordamazken; obsesif inançlar yordayıcı etkisini yitirmiş ve

duyguları tehdit olarak algılama kabul edilemez düşünceler belirti boyutu için anlamlı yordayıcı olarak bulunmuştur. Ayrıca, anksiyete ve depresyonun belirti boyutu üzerindeki yordayıcı etkisini koruduğu görülmüştür. Bilindiği üzere BOKÖ'nün kabul edilemez düşünceler belirti boyutunda “cinsellik, ahlaksızlık veya şiddetle ilgili isteğiniz dışında zihninize gelen rahatsız edici düşünceler; gerçekte yapmak istemediğiniz çirkin, uygunsuz veya utandırıcı şeylerle ilgili düşünceler” gibi örnekler bulunmaktadır. DTAÖ kapsamında da cinsel arzu (şehvet) ve suçluluk duygularına yönelik tehdit algılarını içeren “(Duygu) hissetmenin tehlikeli olduğunu düşünüyor musunuz?, (Duygu) kontrolünüzü kaybetmenize ve sonradan pişman olacağınız şeyler yapmanıza neden olabilir mi?, (Duygu) hissetmek 'kötü' müdür? (kötü olmanın veya başarısız olmanın bir işareti midir?)” gibi sorular yer almaktadır. Kabul edilemez düşünceler belirti boyutu ve DTAÖ içindeki bu maddeler birlikte ele alındığında bunların birbiriyle görece uyumlu olması, duyguları tehdit olarak algılamanın bu belirti boyutu için anlamlı yordayıcılık etkisinin anlaşılmasında yararlı olabilir. Bulaş belirti boyutunda olduğu gibi kabul edilemez düşünceler belirti boyutunda da duyguları tehdit olarak algılamanın modele eklenmesiyle obsesif inançların yordayıcı etkisini yitirmesi bu çalışmanın temel amaçlarıyla paralellik göstermektedir. Obsesif inançların, bu belirti boyutu üzerinde rol oynayabildiği gösterilmesine karşın bilişsel değerlendirmelerin ötesinde duygulara dair yapıların da OKB semptomatolojisinin açıklanmasında etkili olabileceği ve hatta bunların obsesif inançların yordayıcılığını baskılayabileceği söylenebilir.

Çalışmada belirlenen hipotezlerden birinde, depresyon ve anksiyete puanlarının kontrolü sağlandığında obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin bir arada simetri belirti boyutunun şiddetini anlamlı şekilde yordaması beklenmiştir. Analizler sonucunda, bu hipotezin doğrulanmadığı görülmektedir. Simetri belirti boyutu şiddetine ilişkin tüm modeller ve değişkenler incelendiğinde bu belirti boyutu için tek anlamlı yordayıcı anksiyete olarak bulunmuştur. Modellerin bütününde ise sadece anksiyete ve depresyonun bir arada olduğu ilk model yordayıcı olarak bulunmuştur. Bu bulgu ilginç olsa da, simetri belirti boyutuna dair alan yazını bilgileri incelendiğinde bulguya olası bir açıklama getirilebilir. Alan yazınında OKB'nin simetri belirti boyutunun diğer belirti boyutlarından bazı özellikleriyle farklılaştığı

açıklanmaktadır. Bunlardan birinde, simetriye dair takıntılar deneyimleyen bireylerin düzenleme davranışlarına yol açan motivasyonun, diğer boyutlarla ilişkilendirilen kaygı ve korkudan ziyade “tam olarak doğru olmayan” bir deneyimden kaynaklanan huzursuzluk ve tatminsizlik hisleri olduğu belirtilmektedir (Belloch ve ark., 2016; Coles ve ark., 2003; Timpano ve ark., 2016; Vellozo ve ark., 2021). Mevcut çalışmada kaygının simetri belirti boyutunu yordamasının açıklamasına dair bir tahmin, söz konusu “tam olarak doğru olmayan” deneyime ilişkin rahatsızlık ve tatmin olmama hislerini sorgulayacak farklı bir ölçüm aracı kullanılmaması ve kaygı hissinin getirilerinin görece bu hislere yakın olması şeklinde yapılabilir. Ayrıca alan yazınındaki deneysel bir çalışmanın kompulsif düzenleme ve düzenlemedeki kaygıyı OKB'nin diğer alt tipleriyle tutarlı olarak bulmasının (Radomsky ve Rachman, 2004), mevcut çalışmanın simetri belirti boyutundaki anlamlı anksiyete bulgusuna uyumlu olduğu söylenebilir. Anksiyetenin, Wheaton ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında da simetri belirti boyutunu yordadığı görülmektedir. Simetri belirti boyutunda diğer OK belirti boyutlarına göre farklılaştığı belirtilen bir diğer özellik, düzenleme semptomlarının kişi tarafından ego-sintonik (benlikle uyumlu) biçimde algılanması olarak öne çıkmaktadır. Diğer belirti boyutlarında ise semptomların bireyin benlik algısına ters bir şekilde (ego-distonik) algılandığı belirtilmektedir (Starcevic ve Brakoulias, 2008). Bu bilgiden hareketle, mevcut çalışmada yer alan duygu düzenleme güçlüklerinin, duyguları tehdit olarak algılamanın ve obsesif inançların içeriklerinde olumsuz durumları sorguluyor olmasından kaynaklı olarak simetri belirti boyutunu yordamadığı tahmini yürütebilir. Ancak, simetri belirti boyutu özelinde bu değişkenler ayrıca incelenmediği için söz konusu tahmine temkinli yaklaşılmalıdır. Bunlara ek olarak, simetri belirti boyutuna dair bu bulgular, çalışmanın toplum örnekleminde gerçekleştirilmesiyle de ilişkili olabilir. En nihayetinde önemli bir nokta olarak belirtmek gerekir ki, simetri belirti alt boyutu için mevcut çalışma bulgularının başlangıçta belirlenen amaçlara uygun şekilde OKB'nin heterojen yapısını yansıttığı söylenebilir.

OKB belirti boyutlarına dair tüm bu incelemelere ek olarak, duygu düzenleme güçlüklerinin hiçbir alt boyuta ait modelde yordayıcı etki göstermemesi bu çalışmanın ilginç bulgularından biridir. Literatürde duygu düzenleme güçlüklerinin OKB belirti boyutlarını yordadığına dair çalışmalar bulunmaktadır (Eichholz ve ark., 2020; Yap ve

ark., 2018). Bunun için olası bir açıklama, modele duygulara ilişkin birden fazla değişkenin dâhil edilmesiyle değişkenlerin birbirinin etkisini baskılaması olabilir. Bunun yanı sıra, duyguları tehdit olarak algılama değişkeninin duygulara ilişkin diğer değişkenlerden daha güçlü bir yordayıcı olma ihtimali de bulunabilir. Alan yazını incelendiğinde, duygu düzenleme stratejilerinin OKB belirti boyutları üzerinde yordayıcı etkisinin bulunmadığı daha fazla çalışmaya rastlanmasına rağmen (Berman ve ark., 2018; Fergus ve Bardeen, 2014; Ferrández-Mas ve ark., 2023; Kumar ve ark., 2019) yordayıcı etkide olduğu çalışmaların (Ferreira ve ark., 2020; Kumar ve ark., 2019) da olduğu görülmüştür. Mevcut çalışmada, alan yazının bahsedilen ilk kısmıyla paralel şekilde duygu düzenleme stratejileri OKB belirti boyutları için yordayıcı etki göstermemiştir.

SONUÇ

Mevcut tez kapsamındaki birinci çalışmada, OKB'nin heterojen semptomatolojisiyle ilişkisinin sınırlı sayıda incelendiği “duygu değerlendirme” kavramının bir göstergesi olarak “duyguları tehdit olarak algılama”yı ölçen ve henüz Türkçe'ye uyarlanmadığı bilinen Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin (the Perception of Threat from Emotion Questionnaire; McCubbin ve Sampson, 2006) Türkçe'ye adaptasyon, geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır. Birinci çalışmaya ait bulgular değerlendirildiğinde DTAÖ'nün görünüş geçerliğinin, ölçüt bağıntılı geçerliğinin ve kısmi olarak yapı geçerliğinin sağlandığı görülmüştür. Ayrıca, ölçeğin iç tutarlığının ve test-tekrar test güvenirliğinin psikometrik açıdan kabul edilebilir düzeyde olduğu bulunmuştur. Nihai olarak, DTAÖ'nün psikometrik özellikleri kapsamındaki bulguları göz önüne alındığında Türk örnekleminde geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu sonucuna varılmıştır.

Mevcut tez çalışmasının ikinci ve esas aşamasında depresyon ve kaygı belirtileri kontrol edilerek obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin obsesif kompulsif belirti boyutları ile olan ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Obsesif inançların obsesif kompulsif belirtileri yordadığına dair bilgiye ek olarak, obsesif inançların OKB boyutları ile ilişkisinde duygu düzenleme stratejilerinin, duygu düzenleme güçlüklerinin ve duyguları tehdit olarak algılamanın da OKB boyutlarını yordayıp yordamadığı incelenmiştir. Duygulara dair değişkenler de dikkate alındığında var olan modelin tahmin gücünün artıp artmayacağı irdelenmiştir. Analizler sonucunda, sadece bulaş belirti boyutu için modelin doğrulandığı tespit edilmiştir. Yürütülen modellere duyguları tehdit olarak algılama değişkeninin dâhil edilmesiyle obsesif inançlar değişkeni, OKB'nin bulaş ve kabul edilemez düşünceler belirti alt boyutlarındaki yordama gücünü yitirmiştir. Sorumluluk belirti boyutu için sadece anksiyete ve obsesif inançlar yordayıcı olarak bulunmuştur. Simetri belirti boyutundaki tek yordayıcı ise anksiyete olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, çalışma öncesinde belirlenen hipotezlerin bazılarının kısmi olarak doğrulanması ele alındığında, bu sonuçların ortaya

çıkmasında çalışma örnekleminin klinik olmayan toplum temelli katılımcılardan oluşmasının etkili olabileceği düşünülmektedir. Klinik örnekleme yürütülecek başka bir çalışmada belirlenen hipotezlerin tamamının doğrulanabileceği tahminin sınanması uygun olabilir.

Nihai olarak bu tez çalışmasında ulaşılan bulgular, OKB'nin çeşitli semptom görünümü bulunan heterojen bir bozukluk olduğunu doğrulamaktadır. Bu bağlamda, farklı OKB belirti boyutlarında farklı yapıların değişen oranlarda rol oynayabildiği gösterilmiştir.

1. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları

Mevcut tez kapsamında yürütülen iki çalışmanın bulgularının incelenmesinde ve yorumlanmasında öne çıkan bazı güçlü yanlar ve sınırlılıklar bulunmaktadır. Bu bölümde çalışmanın güçlü yanları ve sınırlılıkları sunulacaktır.

Ulusal alan yazınında duygu değerlendirmesini “duyguları tehdit olarak algılama” açısından değerlendiren bir ölçeğin olmadığı düşünüldüğünde birinci çalışma dâhilinde Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin Türkçe'ye adaptasyon, geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılmasının ve psikometrik açıdan kabul edilebilir yeterlilikte bulunmasının alan yazınına önemli katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Ancak belirtmek gerekir ki DTAÖ'nün yapı geçerliğinin kısmi olarak sağlanması çalışmanın sınırlılıklarından birini oluşturmaktadır. Dolayısıyla, DTAÖ'nün yapı geçerliğinin farklı çalışmalar tarafından farklı örneklem gruplarıyla yeniden test edilmesi gerekmektedir.

İkinci çalışmada; obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerinin depresyon ve kaygı belirtileri kontrol edilerek OKB'nin belirti boyutları ile ilişkisinin irdelenmesi diğer bir güçlü yanı oluşturmaktadır. Alan yazınında söz konusu değişkenlerin, OKB belirti boyutlarının yordayıcıları olarak bir arada incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır. Ayrıca çalışmada, OKB semptomatolojisine çok yönlü bir bakış getirmek adına hem bilişsel değişkenlerin hem de duygulara ilişkin değişkenlerin yer alması ve OKB'nin duygularla olan bağlantısının birden fazla duygu değişkeni kullanılarak incelenmesi önem arz etmektedir. Bunların yanı sıra ikinci çalışmada;

obsesyonların, kompulsiyonların ve kaçınma davranışının kişilerde farklı şekillerde ve farklı şiddet düzeylerinde yaşantılanmasını ifade eden OKB'nin heterojen yapısını ölçebilecek güçte olmasına dikkate edilerek Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği'nin kullanılmasının da güçlü yanlardan birini oluşturduğu söylenebilir.

Mevcut tez çalışmasının, bahsedilen güçlü yanlarının yanı sıra birtakım sınırlılıkları da bulunmaktadır. İlk sınırlılık olarak, araştırma deseninin kesitsel yapısı incelenen kavramlar arasındaki ilişkilere dair nedensel çıkarımlarda bulunmayı engellemektedir. Bir diğer sınırlılık, çalışmada yer alan örneklemelerin temsil gücüyle ilgilidir. Örneklem ilk çalışmada üniversite öğrencilerinden ve ikinci çalışmada yetişkin toplum temelli örneklemden oluşması, bulguların üniversite öğrencisi olmayan veya yetişkin olmayan bireylere ve klinik gruplara genellenmesini sınırlamaktadır. Öz-bildirim ölçeklerinin kullanılması ve çalışma verilerinin çevrim içi şekilde toplanması da bu çalışmanın bir diğer sınırlılığı olarak karşımıza çıkmaktadır. Ölçüm araçlarına dair sonuçlar objektif bir değerlendirmeyi içermeksizin katılımcıların kişisel ifadelerine dayanmaktadır.

2. Klinik Doğurgular ve Öneriler

Mevcut iki çalışmadan elde edilen bulgular ve çalışmaların daha önce bahsedilen yöntemsel sınırlılıkları da dikkate alınarak gelecekte yürütülecek araştırmalar için çeşitli öneriler sunulmuştur. Öncelikle, ilk çalışmada Türkçe'ye adaptasyon, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan DTAÖ'nün yapı geçerliği için kısmi kanıt bulunması sebebiyle gelecekteki çalışmalar bu ölçüm aracının yapı geçerliğini daha farklı (örneğin, klinik örneklemde) ve daha büyük örneklemelerde yeniden test etmelidir. Çeşitli çalışmalardan elde edilen bulgular, OKB'yi anlamada ve bu durum için tedaviler tasarlamada duygu değerlendirmesinin önemli olabileceğini düşündürmektedir (Cottraux ve Gerard, 1998; McCubbin ve Sampson, 2006; Rachman 1998). Dolayısıyla, duygu değerlendirmesinin bir ölçütü olarak “duyguları tehdit olarak algılamayı” inceleyen DTAÖ'nün daha önce OKB bağlamında kullanıldığı sınırlı sayıdaki çalışmaya (McCubbin ve Sampson, 2006; Sinha ve ark., 2021; Smith ve ark., 2012; Wetterneck ve ark., 2011) ek olarak yapılacak yeni çalışmalarda da

kullanılması OKB'nin semptomatolojisinin ve etiyolojisinin daha iyi anlaşılmasına fayda sağlayabilir.

İlk çalışmaya benzer şekilde ikinci çalışmada da örneklemin temsil gücüne yönelik sınırlılıktan hareketle gelecekteki çalışmalar bu çalışmada yer alan obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duyguları tehdit olarak algılama değişkenlerini klinik olan ve klinik olmayan örneklem gruplarında karşılaştırmalı şekilde inceleyebilir. Sonuç olarak, mevcut çalışmadan elde edilen bulguların klinik bir OKB grubuna ne derece genellenebileceği açıklığa kavuşturulabilir. Ayrıca, görece daha net nedensel çıkarımlar yapılabilmesi adına çalışmada yer alan değişkenler deneysel yöntemlerle manipüle edilerek veya boylamsal bir araştırma deseni içerisinde yeniden değerlendirilebilir. Sunulan öneriler doğrultusunda yapılacak olası çalışmalar, çalışmada bir arada incelenen bilişsel ve duygusal değişkenlerin OKB belirti boyutu görünümüne etkisi için daha ayrıntılı bulgularla ilgili alan yazını geliştirebilir.

Gelecek çalışmalar için sunulan önerilerin yanı sıra, mevcut tez çalışmasının bulguları OKB belirti boyutlarının ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde etkisi bulunan değişkenler arasındaki bağlantılara ve OKB belirti boyutlarının tedavisine yönelik değerli doğurgular ortaya çıkarmıştır. Obsesif inançlar, duygu düzenleme güçlükleri, duygu düzenleme stratejileri ve duygu değerlendirmesi (duyguları tehdit olarak algılama) değişkenlerinin OKB belirti boyutları üzerindeki yordayıcılık etkilerine dair elde edilen bulgular OKB'nin etiyolojisine yönelik daha detaylı bir kavrayış sağlayabilir.

OKB'nin farklı belirti boyutlarına ilişkin bulgular gözden geçirildiğinde bulaş belirti boyutu için bilişsel ve duygusal öğelerin birlikte yer aldığı modelin yordayıcı olmasının ve hatta duyguları tehdit olarak algılamanın obsesif inançlar ötesinde yordayıcı etkide bulunmasının klinik uygulama alanı için değerli bir bulgu olabileceği söylenebilir. Bulaş belirti boyutunu içeren OKB'nin tedavisine, maruz bırakma ve tepki önleme (ERP; Mathes ve ark., 2019) davranışsal tedavi yöntemine ek olarak duygulara ilişkin modüller eklenmesi faydalı olabilir. Tedavi uygulamalarına yönelik bu öneri, duyguları tehdit olarak algılama tarafından benzer şekilde yordanan kabul edilemez düşünceler belirti boyutu için de sunulabilir.

Sorumluluk belirti boyutu için sadece anksiyete ve obsesif inançların yordayıcı olması bu belirti boyutunun ortaya çıkmasında ve devam etmesinde bilişlere ilişkin öğelerin daha temel bir rol oynadığına işaret ederken hâlihazırda ele alınma odağına (Salkovskis ve Fresston, 2001) ek olarak tedaviyle ilgili konularda bilişsel yapılara daha çok vurgu yapılabilir. Simetri boyutu için ise sadece anksiyetenin yordayıcı olarak bulunması literatürde de bahsedildiği gibi bu belirti boyutunun diğerlerinden farklı bir klinik tabloya sahip olabileceğini düşündürmektedir (Timpano ve ark., 2016; Vellozo ve ark., 2021). Ayrıca simetri obsesyonları olan kişiler daha düşük tedavi arama oranlarıyla ilişkilendirilmelerine ve dolayısıyla tedavi sonucu araştırmalarında yeterince temsil edilmemiş olma ihtimallerine rağmen (Mayerovitch ve ark., 2003; Sookman ve ark., 2005) bu çalışma özelindeki bulguya dayanarak anksiyetenin bu belirti boyutu için bir risk faktörü olabileceği tahmini yapılabilir. Bu doğrultuda, simetri belirti boyutunun olası tedavisinde anksiyetenin klinik tablodaki etkisi daha ayrıntılı incelenebilir. Sıralanan klinik doğurgu tahminlerinin doğrulanabilmesi ve tedavi yöntemlerine ilişkin bahsedilen somut adımların atılabilmesi için klinik örneklemelerde daha fazla ve daha detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu kritik detaya rağmen açıklanan mevcut çalışma bulguları göz önüne alındığında, OKB'nin heterojen yapıda bir psikolojik rahatsızlık olduğu ve farklı belirti görünümüne farklı anlayışlarda yaklaşılması gerektiği çıkarsanabilir.

Sonuç olarak mevcut tez çalışmasında, görece sınırlı sayıda çalışmada ele alındığı görülen “duyguları tehdit olarak algılama” kavramının duygulara ilişkin çeşitli faktörler ve boyutsal obsesif kompulsif belirti yapılarıyla birlikte incelenmesi OKB'nin etiyolojisine ve heterojen semptomatoloji görünümünde rol oynayan psikolojik süreçlere yönelik anlayışın gelişmesine ve bu konudaki alan yazını boşluğunun tamamlanmasına fayda sağlayabilir. Ayrıca bu anlayış, OKB'nin tedavisi için daha etkili klinik müdahalelerin geliştirilmesinde kritik pay sahibi olarak gelecekte yapılacak araştırmalara önemli katkılarda bulunabilir.

KAYNAKÇA

- Abramowitz, J. S., ve Deacon, B. J. (2005). The OC spectrum: a closer look at the arguments and the data. *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder*, 141-149.
- Abramowitz, J. S., ve Jacoby, R. J. (2014). Obsessive-compulsive disorder in the DSM-5. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 221.
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., ... ve Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 22(1), 180.
- Abramowitz, J. S., Khandker, M., Nelson, C. A., Deacon, B. J., ve Rygwall, R. (2006). The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1361-1374.
- Abramowitz, J. S., Lackey, G. R., ve Wheaton, M. G. (2009). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of obsessional beliefs and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 160-166.
- Abramowitz, J. S., Nelson, C. A., Rygwall, R., ve Khandker, M. (2007). The cognitive mediation of obsessive-compulsive symptoms: a longitudinal study. *Journal of anxiety disorders*, 21(1), 91-104.
- Adler, C. M., McDonough-Ryan, P., Sax, K. W., Holland, S. K., Arndt, S., ve Strakowski, S. M. (2000). fMRI of neuronal activation with symptom provocation in unmedicated patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*, 34(4-5), 317-324.
- Aka, B. T. (2011). Perceived parenting styles, emotion recognition, and emotion regulation in relation to psychological well-being: Symptoms of depression, obsessive-compulsive disorder, and social anxiety.

- Akhtar, S., Wig, N. N., Varma, V. K., Pcrshad, D., ve Verma, S. K. (1975). A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. *The British Journal of Psychiatry*, 127(4), 342-348.
- Albert, U., Manchia, M., Tortorella, A., Volpe, U., Rosso, G., Carpiniello, B., ve Maina, G. (2015). Admixture analysis of age at symptom onset and age at disorder onset in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of affective disorders*, 187, 188-196.
- Aldao, A., ve Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology?. *Journal of abnormal psychology*, 121(1), 276.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., ve Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Allen, L. B., ve Barlow, D. H. (2009). Relationship of exposure to clinically irrelevant emotion cues and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*, 33(6), 743-762.
- Altemus, M., Sarvaiya, N., ve Epperson, C. N. (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in neuroendocrinology*, 35(3), 320-330.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Text revision*.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington DC: Author.
- American Psychological Association. (t.y.). Emotion. *APA dictionary of psychology* içinde. 22 Aralık 2024 tarihinde <https://dictionary.apa.org/emotion> adresinden edinilmiştir.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı Beşinci Baskı (DSM-5). E Köroğlu (Çev. Ed.). Ankara.
- Amir, N., Cashman, L., ve Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 775-IN1.

- Anderson, L. M., Reilly, E. E., Gorrell, S., Schaumberg, K., ve Anderson, D. A. (2016). Gender-based differential item function for the difficulties in emotion regulation scale. *Personality and Individual Differences*, 92, 87-91.
- Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D., ve Rössler, W. (2004). Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 156-164.
- Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Hantouche, E., Goodwin, R., Ajdacic, V., ... ve Rössler, W. (2005). Obsessive-compulsive syndromes and disorders: significance of comorbidity with bipolar and anxiety syndromes. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255, 65-71.
- Antony, M. M., Downie, F., ve Swinson, R. P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. *Obsessive-compulsive disorder: Theory, Research, and Treatment*, 3-32.
- Arumugham, S. S., Cherian, A. V., Baruah, U., Viswanath, B., Narayanaswamy, J. C., Math, S. B., ve Reddy, Y. J. (2014). Comparison of clinical characteristics of familial and sporadic obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1520-1525.
- Avard, S., ve Garratt-Reed, D. (2021). The role of inflated responsibility beliefs in predicting symptoms of generalised anxiety disorder and depression. *Australian Journal of Psychology*, 73(2), 157-166.
- Aydemir, O. J. T. P. D. (1997). Hastane anksiyete ve depresyon olcegi Turkce formunun gecerlilik ve guvenilirliigi. *Turk Psikiyatri Derg.*, 8, 187-280.
- Bangasser, D. A., ve Cuarenta, A. (2021). Sex differences in anxiety and depression: circuits and mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*, 22(11), 674-684.
- Bär, A., Bär, H. E., Rijkeboer, M. M., ve Lobbestael, J. (2023). Early Maladaptive Schemas and Schema Modes in clinical disorders: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 96(3), 716-747.

- Barrera, T. L., ve Norton, P. J. (2011). The appraisal of intrusive thoughts in relation to obsessional–compulsive symptoms. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 98-110.
- Barrett, L. F., ve Bliss-Moreau, E. (2009). She's emotional. He's having a bad day: Attributional explanations for emotion stereotypes. *Emotion*, 9(5), 649.
- Barrett, L. F., Ochsner, K. N., ve Gross, J. J. (2007). On the automaticity of emotion. *Social psychology and the unconscious: The automaticity of higher mental processes*, 173, 217.
- Bartsch, A., Vorderer, P., Mangold, R., ve Viehoff, R. (2008). Appraisal of emotions in media use: Toward a process model of meta-emotion and emotion regulation. *Media Psychology*, 11(1), 7-27.
- Bebbington, P. E. (1998). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 173(S35), 2-6.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., ve Weissman, A. N. (1991). Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 478.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G., DeRubeis, R. J., ve Hollon, S. D. (2024). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Publications.
- Belloch, A., Fornés, G., Carrasco, A.; López-Solá, C., Alonso, P., Menchón, J.M. (2016). Incompleteness and not just right experiences in the explanation of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Res.*, 236, 1–8.
- Berke, D. S., Reidy, D., ve Zeichner, A. (2018). Masculinity, emotion regulation, and psychopathology: A critical review and integrated model. *Clinical Psychology Review*, 66, 106-116.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., ve Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour research and therapy*, 46(11), 1230-1237.
- Berle, D., ve Phillips, E. S. (2006). Disgust and obsessive–compulsive disorder: An update. *Psychiatry*, 69(3), 228-238.

- Berman, N. C., Shaw, A. M., ve Wilhelm, S. (2018). Emotion regulation in patients with obsessive compulsive disorder: Unique effects for those with “taboo thoughts”. *Cognitive therapy and research*, 42, 674-685.
- Berman, N. C., Shaw, A. M., Curley, E. E., ve Wilhelm, S. (2018). Emotion regulation and obsessive-compulsive phenomena in youth. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 19, 44-49.
- Berrios, G. E., ve Chiu, H. (1989). Obsessive-compulsive disorders in Cambridgeshire: a follow-up study of up to 20 years. *The British Journal of Psychiatry*, 154(S4), 17-20.
- Björgvinsson, T., ve Hart, J. O. H. N. (2007). Obsessive-compulsive disorder. *Handbook of assessment, conceptualization, and treatment*, 1.
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., ... ve Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: the DERS-16. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 38, 284-296.
- Bogetto, F., Venturello, S., Albert, U. M. B. E. R. T. O., Maina, G., ve Ravizza, L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European psychiatry*, 14(8), 434-441.
- Booth, B. D., Friedman, S. H., Curry, S., Ward, H., ve Stewart, S. E. (2014). Obsessions of child murder: underrecognized manifestations of obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Psychiatry Law*, 42(1), 66-74.
- Bouvard, M., Fournet, N., Denis, A., Sixdenier, A., ve Clark, D. (2017). Intrusive thoughts in patients with obsessive compulsive disorder and non-clinical participants: a comparison using the International Intrusive Thought Interview Schedule. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(4), 287-299.
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Belloch, A., Brown, C., Ferrao, Y. A., Fontenelle, L. F., ... ve Viswasam, K. (2017). Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): an international collaboration. *Comprehensive psychiatry*, 76, 79-86.

- Brakoulias, V., Starcevic, V., Martin, A., Berle, D., Milicevic, D., ve Viswasam, K. (2016). The familiarity of specific symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 239, 315-319.
- Brander, G., Perez-Vigil, A., Larsson, H., ve Mataix-Cols, D. (2016). Systematic review of environmental risk factors for obsessive-compulsive disorder: a proposed roadmap from association to causation. *Neuroscience ve Biobehavioral Reviews*, 65, 36-62.
- Briggs, E. S., ve Price, I. R. (2009). The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: the role of anxiety, depression, and experiential avoidance. *Journal of anxiety disorders*, 23(8), 1037-1046.
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., ve Friederich, H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, 55(3), 565-571.
- Brown, T. A., ve Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV.. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(6), 835.
- Bugay, A., Aksöz, İ., ve Erdur Baker, Ö. (2014). Examining the reliability and validity of the Turkish version of the Trait Meta-Mood Scale.
- Butwicka, A., ve Gmitrowicz, A. (2010). Symptom clusters in obsessive-compulsive disorder (OCD): influence of age and age of onset. *European child ve adolescent psychiatry*, 19, 365-370.
- Calamari, J. E., Rector, N. A., Woodard, J. L., Cohen, R. J., ve Chik, H. M. (2008). Anxiety sensitivity and obsessive-compulsive disorder. *Assessment*, 15(3), 351-363.
- Campbell-Sills, L., ve Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., ve Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1251-1263.

- Canals, J., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., ve Voltas, N. (2012). The epidemiology of obsessive–compulsive disorder in Spanish school children. *Journal of anxiety disorders*, 26(7), 746-752.
- Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: a review of the literature. *Psychological bulletin*, 81(5), 311.
- Castle, D. J., Deale, A., ve Marks, I. M. (1995). Gender differences in obsessive compulsive disorder. *Australian ve New Zealand Journal of Psychiatry*, 29(1), 114-117.
- Cherian, A. V., Narayanaswamy, J. C., Viswanath, B., Guru, N., George, C. M., Math, S. B., ... ve Reddy, Y. J. (2014). Gender differences in obsessive-compulsive disorder: findings from a large Indian sample. *Asian journal of psychiatry*, 9, 17-21.
- CilliÇilli, A. S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S., ve Kucur, R. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive psychiatry*, 45(5), 367-374.
- Clark, D. A. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. Guilford Press.
- Clark, D. A. (2018). *The anxious thoughts workbook: Skills to overcome the unwanted intrusive thoughts that drive anxiety, obsessions, and depression*. New Harbinger Publications.
- Clark, D. A. (2019). *Cognitive-behavioral therapy for OCD and its subtypes*. Guilford Publications.
- Clark, D. A., ve Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28(3), 161-167.
- Clark, D. M. (2013). A cognitive model of panic attacks. *Panic içinde* (s. 71-89). Routledge.
- Clyne, C., ve Blampied, N. M. (2004). Training in emotion regulation as a treatment for binge eating: A preliminary study. *Behaviour Change*, 21(4), 269-281.
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., ve Rhéaume, J. (2003). “Not just right experiences”: perfectionism, obsessive–compulsive features and general psychopathology. *Behaviour research and therapy*, 41(6), 681-700.

- Corcoran, K. M., ve Woody, S. R. (2008). Appraisals of obsessional thoughts in normal samples. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 71-83.
- Cottraux, J., ve Gérard, D. (1998). Neuroimaging and Neuroanatomical Issues in Obsessive-Compulsive Disorder. *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research, and Treatment*, 154.
- Cristea, I. A., Montgomery, G. H., Szamoskozi, Ş., ve David, D. (2013). Key constructs in “classical” and “new wave” cognitive behavioral psychotherapies: Relationships among each other and with emotional distress. *Journal of Clinical Psychology*, 69(6), 584-599.
- de la Cruz, L. F., Landau, D., Iervolino, A. C., Santo, S., Pertusa, A., Singh, S., ve Mataix-Cols, D. (2013). Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding disorder. *Journal of anxiety disorders*, 27(2), 204-209.
- De Mathis, M. A., Diniz, J. B., Shavitt, R. G., Torres, A. R., Ferrão, Y. A., Fossaluza, V., ... ve Do Rosario, M. C. (2009). Early onset obsessive-compulsive disorder with and without tics. *CNS spectrums*, 14(7), 362-370.
- Demet, M. M., Deveci, A., Deniz, F., Taşkın, E. O., Şimşek, E., ve Yurtsever, F. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(3), 133-144.
- Denys, D., Tenney, N., van Megen, H. J., de Geus, F., ve Westenberg, H. G. (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 80(2-3), 155-162.
- Diniz, J. B., Rosario-Campos, M. C., Shavitt, R. G., Curi, M., Hounie, A. G., Brotto, S. A., ve Miguel, E. C. (2004). Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(1), 22-27.
- do Rosario-Campos, M. C., Leckman, J. F., Curi, M., Quatrano, S., Katsovitch, L., Miguel, E. C., ve Pauls, D. L. (2005). A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 136(1), 92-97.

- Doron, G., ve Kyrios, M. (2005). Obsessive compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clinical psychology review*, 25(4), 415-432.
- Dostal, A. L., ve Pilkington, P. D. (2023). Early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 336, 42-51.
- du Toit, P. L., van Kradenburg, J., Niehaus, D., ve Stein, D. J. (2001). Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. *Comprehensive psychiatry*, 42(4), 291-300.
- Duyan, V., Uçar, M. E., ve Kalafat, T. (2011). Duygu gereksinimi ölçeği'nin türk kültürüne uyarlanması ve psikometrik niteliklerinin belirlenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 36(161).
- Ebert, D., Speck, O., König, A., Berger, M., Hennig, J., ve Hohagen, F. (1997). 1H-magnetic resonance spectroscopy in obsessive-compulsive disorder: evidence for neuronal loss in the cingulate gyrus and the right striatum. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 74(3), 173-176.
- Eisen, J. L., Pinto, A., Mancebo, M. C., Dyck, I. R., Orlando, M. E., ve Rasmussen, S. A. (2010). A 2-year prospective follow-up study of the course of obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(8), 15786.
- Eisen, J. L., Sibrava, N. J., Boisseau, C. L., Mancebo, M. C., Stout, R. L., Pinto, A., ve Rasmussen, S. A. (2013). Five-year course of obsessive-compulsive disorder: predictors of remission and relapse. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(3), 7286.
- Else-Quest, N. M., Hyde, J. S., Goldsmith, H.H., Van Hulle, C.A. (2006). Gender differences in temperament: a meta-analysis. *Psychology Bulletin*, 132, 33–72.
- Emmelkamp, P. M., ve van Oppen, P. (2001). Obsessive-compulsive disorder. *Diagnosis, Conceptualization, and Treatment Planning for Adults* içinde (s. 167-184). Routledge.
- Esquirol, J. E. D. (1838). Des maladies mentales considérées dous les rapports médical, hygién-ique et médicq-légal [Mental illnesses considered by medical,

hygienic and medico-legal aspects]. Paris: Ed. Balliere, Librairie de l'Académie de Médecine.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., ve Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191.

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

Fenichel, O. (1946). Obsession and Compulsion. *The psychoanalytic theory of neurosis* içinde (s. 244-284). New York: W.W. Norton ve Company.

Ferenczi, S. (1913). Stages of the Development of the Sense of Reality. E. Jones (Transl.), *First Contributions to Psycho-Analysis* içinde (s. 213-239). London 1952. : The Hogarth Press.

Fergus, T. A., ve Bardeen, J. R. (2014). Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 243-248.

Fergus, T. A., ve Carmin, C. N. (2014). The validity and specificity of the short-form of the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 318-328.

Fergus, T. A., ve Wu, K. D. (2010). Do symptoms of generalized anxiety and obsessive-compulsive disorder share cognitive processes?. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 168-176.

Ferrández-Mas, J., Moreno-Amador, B., Marzo, J. C., Falcó, R., Molina-Torres, J., Cervin, M., ve Piqueras, J. A. (2023). Relationship between Cognitive Strategies of Emotion Regulation and Dimensions of Obsessive-Compulsive Symptomatology in Adolescents. *Children*, 10(5), 803.

Ferreira, S., Pêgo, J. M., ve Morgado, P. (2020). A systematic review of behavioral, physiological, and neurobiological cognitive regulation alterations in obsessive-compulsive disorder. *Brain sciences*, 10(11), 797.

Field, A. (2016). Discovering statistics using IBM SPSS statistics (5. Ed.). Sage Publications Limited.

- Fineberg, N. A., ve Roberts, A. (2001). Obsessive compulsive disorder: a twentyfirst century perspective. *Obsessive compulsive disorder: a practical guide*. London: Martin Dunitz, 1-13.
- Fineberg, N. A., Hengartner, M. P., Bergbaum, C. E., Gale, T. M., Gamma, A., Ajdacic-Gross, V., ... ve Angst, J. (2013). A prospective population-based cohort study of the prevalence, incidence and impact of obsessive-compulsive symptomatology. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 17(3), 170-178.
- Fineberg, N. A., Hengartner, M. P., Bergbaum, C., Gale, T., Roessler, W., ve Angst, J. (2013). Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder and sub-threshold obsessive-compulsive symptomatology in the community: impact, prevalence, socio-demographic and clinical characteristics. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 17(3), 188-196.
- Fischer, A. H., ve Manstead, A. S. (2000). The relation between gender and emotions in different cultures. *Gender and emotion: Social psychological perspectives*, 1, 71-94.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, M. A., ve Rasmussen, S. A. (1995). DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 152(1), 90-96.
- Foa, E. B., Sacks, M. B., Tolin, D. F., Prezworski, A., ve Amir, N. (2002). Inflated perception of responsibility for harm in OCD patients with and without checking compulsions: a replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(4), 443-453.
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., ve Versiani, M. (2005). Clinical subtypes of obsessive-compulsive disorder based on the presence of checking and washing compulsions. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27, 201-207.
- Fornaro, M., Gabrielli, F., Albano, C., Fornaro, S., Rizzato, S., Mattei, C., ... ve Fornaro, P. (2009). Obsessive-compulsive disorder and related disorders: a comprehensive survey. *Annals of General Psychiatry*, 8, 1-13.
- Fox, J. R. E., Msetfi, R. M., Johnson, R. S., ve Haigh, E. (2016). The perception of threat from emotions in predicting binge eating behaviours in people who are

- obese and seeking treatment for their weight. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(5), 452-459.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., ve Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour research and therapy*, 29(6), 585-597.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., ve Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and therapy*, 34(5-6), 433-446.
- Freud, S. (1907). Obsessive actions and religious practices. J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of sigmund freud, volume ix (1906-1908)* içinde (s. 117-127). London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1936). Inhibitions, symptoms and anxiety. *The Psychoanalytic Quarterly*, 5(1), 1-28.
- Freud, S. (1955). Two case histories: Little Hans and the Rat man: 1909. J. Strachey (Ed.), *Two case histories: Little Hans and the Rat man: 1909* içinde (s. 165-173). London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1958). The disposition to obsessional neurosis, a contribution to the problem of the choice of neurosis. J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of sigmund freud, volume xii (1911-1913)* içinde (s. 311-326). London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1962). Further remarks on the neuro-psychoses of defence. J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of sigmund freud, volume iii (1893-1899)* içinde (s. 157-185). London: The Hogarth Press.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., ve Rosenvinge, J. H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *Journal of affective disorders*, 145(2), 143-155.
- Fridlund, A. J. (2014). *Human facial expression: An evolutionary view*. Academic press.
- Friedlander, L., ve Desrocher, M. (2006). Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder in adults and children. *Clinical psychology review*, 26(1), 32-49.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge University Press.

- Frijda, N. H. (1988). *The Laws of Emotion*.
- Frost, R. O., ve Gross, R. C. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour research and therapy*, 31(4), 367-381.
- Frost, R. O., ve Steketee, G. (Eds.). (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Elsevier.
- Frost, R. O., ve Steketee, G. (2011). Compulsive Hoarding. *Obsessive-Compulsive Disorder: Subtypes and Spectrum Conditions*, 76.
- Fullana, M. A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., de Graaf, R., Demyttenaere, K., ... ve 2000 investigators. (2010). Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*, 124(3), 291-299.
- García-Soriano, G., ve Belloch, A. (2013). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: differences in distress, interference, appraisals and neutralizing strategies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(4), 441-448.
- Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S., ve Coffey, B. (1998). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, 37(4), 420-427.
- George, D., ve Mallery, M. (2010). *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference*. Boston: Allyn ve Bacon.
- Gibbs, N. A. (1996). Nonclinical populations in research on obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 16(8), 729-773.
- Giromini, L., Velotti, P., de Campora, G., Bonalume, L., ve Cesare Zavattini, G. (2012). Cultural adaptation of the difficulties in emotion regulation scale: Reliability and validity of an Italian version. *Journal of Clinical Psychology*, 68(9), 989-1007.
- Goldsmith, R. E., Chesney, S. A., Heath, N. M., ve Barlow, M. R. (2013). Emotion regulation difficulties mediate associations between betrayal trauma and

- symptoms of posttraumatic stress, depression, and anxiety. *Journal of Traumatic Stress*, 26(3), 376-384.
- Goodman, W. K., McDougle, C. J., Price, L. H., Riddle, M. A., Pauls, D. L., ve Leckman, J. F. (1990). Beyond the serotonin hypothesis: a role for dopamine in some forms of obsessive compulsive disorder?. *The Journal of clinical psychiatry*, 51, 36-43.
- Gordon, W. M. (2002). Sexual obsessions and OCD. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(4), 343-354.
- Grabe, H. J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Freyberger, H. J., Dilling, H., ve John, U. (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 262-268.
- Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Ettelt, S., Buhtz, F., Hochrein, A., Schulze-Rauschenbach, S., ... ve Wagner, M. (2006). Familiality of obsessive-compulsive disorder in nonclinical and clinical subjects. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1986-1992.
- Grados, M. A., Walkup, J., ve Walford, S. (2003). Genetics of obsessive-compulsive disorders: new findings and challenges. *Brain and development*, 25, S55-S61.
- Gratz, K. L., ve Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54.
- Gray, J. A. (1982). Précis of The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system. *Behavioral and brain sciences*, 5(3), 469-484.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224.
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.

- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. *Handbook of emotions*, 3(3), 497-513.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 26(1), 1-26.
- Gross, J. J., ve Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical psychological science*, 2(4), 387-401.
- Gross, J. J., ve John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- Gross, J. J., ve Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and practice*, 2(2), 151.
- Gross, J. J., Richards, J. M., ve John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., ve Tatham, R. L. (2010). Multivariate data analysis (7. Baskı). *Pearson. Hallahan, TA, Faff, RW, McKenzie, MD (2004). An Empirical Investigation of Personal Financial Risk Tolerance. Financial Services Review-Greenwich*, 13(1), 57-78.
- Hasler, G., LaSalle-Ricci, V.H., Ronquillo, J.G., Crawley, S.A., Cochran, L.W., Kazuba, D., Greenberg, B.D., Murphy, D.L., 2005. Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res.*, 135, 121-132.
- Hasler, G., Pinto, A., Greenberg, B. D., Samuels, J., Fyer, A. J., Pauls, D., ... ve Murphy, D. L. (2007). Familiality of factor analysis-derived YBOCS dimensions in OCD-affected sibling pairs from the OCD Collaborative Genetics Study. *Biological psychiatry*, 61(5), 617-625.
- Hatkevich, C., Penner, F., ve Sharp, C. (2019). Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry Research*, 271, 230-238.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart S. H., Zvolensky M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M. ve

- McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553-578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., ve Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152.
- Hersen, M., ve Porzelius, L. K. (2001). Diagnosis, conceptualization, and treatment planning for adults: A step-by-step guide. Routledge.
- Hewitt, P. L., Smith, M. M., Ge, S. Y., Mössler, M., ve Flett, G. L. (2022). Perfectionism and its role in depressive disorders. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 54(2), 121.
- Himle, J. A., Chatters, L. M., Taylor, R. J., ve Nguyen, A. (2011). The relationship between obsessive-compulsive disorder and religious faith: Clinical characteristics and implications for treatment. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(4), 241.
- Hirose, M., Hirano, Y., Nemoto, K., Sutoh, C., Asano, K., Miyata, H., ... ve Nakagawa, A. (2017). Relationship between symptom dimensions and brain morphology in obsessive-compulsive disorder. *Brain Imaging and Behavior*, 11, 1326-1333.
- Hodgson, R. J., ve Rachman, S. (1972). The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behaviour Research and Therapy*, 10(2), 111-117.
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T., ve Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 389-394.
- Horesh, N., Dolberg, O. T., Kirschenbaum-Aviner, N., ve Kotler, M. (1997). Personality differences between obsessive-compulsive disorder subtypes: washers versus checkers. *Psychiatry Research*, 71(3), 197-200.
- Hornsveld, R. H., Kraaimaat, F. W., ve Van Dam-Baggen, R. M. (1979). Anxiety/discomfort and handwashing in obsessive-compulsive and psychiatric control patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17(3), 223-228.

- Hudziak, J. J., Van Beijsterveldt, C. E. M., Althoff, R. R., Stanger, C., Rettew, D. C., Nelson, E. C., ... ve Boomsma, D. I. (2004). Genetic and environmental contributions to the child behavior Checklist Obsessive-compulsive scale: a cross-cultural twin study. *Archives of general psychiatry*, 61(6), 608-616.
- Hur, Y. M., ve Jeong, H. U. (2008). Sex differences in genetic and environmental influences on obsessive-compulsive symptoms in South Korean adolescent and young adult twins. *Twin Research and Human Genetics*, 11(3), 314-320.
- Iervolino, A. C., Perroud, N., Fullana, M. A., Guipponi, M., Cherkas, L., Collier, D. A., ve Mataix-Cols, D. (2009). Prevalence and heritability of compulsive hoarding: a twin study. *American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1156-1161.
- Iervolino, A. C., Rijdsdijk, F. V., Cherkas, L., Fullana, M. A., ve Mataix-Cols, D. (2011). A multivariate twin study of obsessive-compulsive symptom dimensions. *Archives of general psychiatry*, 68(6), 637-644.
- Ingram, I. M. (1961). Obsessional illness in mental hospital patients. *Journal of Mental Science*, 107(448), 382-402.
- Ioannou, K., ve Fox, J. R. (2009). Perception of threat from emotions and its role in poor emotional expression within eating pathology. *Clinical Psychology ve Psychotherapy: An International Journal of Theory ve Practice*, 16(4), 336-347.
- Jaisoorya, T. S., Reddy, Y. J., Srinath, S., ve Thennarasu, K. (2009). Sex differences in Indian patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50(1), 70-75.
- Jakes, I. (1996). *Theoretical approaches to obsessive-compulsive disorder*. Cambridge University Press.
- Jakubovski, E., Diniz, J. B., Valerio, C., Fossaluza, V., Belotto-Silva, C., Gorenstein, C., ... ve Shavitt, R. G. (2013). Clinical predictors of long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 30(8), 763-772.
- Jazaieri, H., Urry, H. L., ve Gross, J. J. (2013). Affective disturbance and psychopathology: An emotion regulation perspective. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4(5), 584-599.

- Johnson, S. L. (2005). Life events in bipolar disorder: towards more specific models. *Clinical psychology review*, 25(8), 1008-1027.
- Julien, D., O'Connor, K. P., ve Aardema, F. (2007). Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 366-383.
- Kang, D. H., Kwon, J. S., Kim, J. J., Youn, T., Park, H. J., Kim, M. S., ... ve Lee, M. C. (2003). Brain glucose metabolic changes associated with neuropsychological improvements after 4 months of treatment in patients with obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(4), 291-297.
- Karadağ, F., Oguzhanoglu, N. K., Özdel, O., Ateşci, F. Ç., ve Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depression and anxiety*, 23(3), 145-152.
- Kaufman, J., ve Charney, D. (2000). Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 12(S1), 69-76.
- Kaveladze, B., Chang, K., Siev, J., ve Schueller, S. M. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on online obsessive-compulsive disorder support community members: survey study. *JMIR Mental Health*, 8(2), e26715.
- Keltner, D., ve Kring, A. M. (1998). Emotion, social function, and psychopathology. *Review of General Psychology*, 2(3), 320-342.
- Kempke, S., ve Luyten, P. (2007). Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: Is it time to work through our ambivalence?. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(4), 291-311.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ve Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*, 21(3), 169-184.
- Khandelwal, A., Aggarwal, A., Garg, A., ve Jiloha, R. C. (2009). Gender differences in phenomenology of patients with obsessive compulsive disorder. *Delhi Psychiatry Journal*, 12(1), 8-17.

- Khanna, S., ve Mukherjee, D. (1992). Checkers washers: Valid subtypes of, obsessive compulsive disorder. *Psychopathology*, 25(5), 283-288.
- Khanna, S., Kaliaperumal, V. G., ve Channabasavanna, S. M. (1990). Clusters of obsessive-compulsive phenomena in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 156(1), 51-54.
- Kim, C. H., Cheon, K. A., Koo, M. S., Ryu, Y. H., Lee, J. D., Chang, J. W., ve Lee, H. S. (2007). Dopamine transporter density in the basal ganglia in obsessive-compulsive disorder, measured with [123I] IPT SPECT before and after treatment with serotonin reuptake inhibitors. *Neuropsychobiology*, 55(3-4), 156-162.
- Kozak, M. J., ve Foa, E. B. (1997). Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach: Therapist guide. (*No Title*).
- Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., ve Johnson, S. L. (2012). *Abnormal psychology*. John Wiley ve Sons, Inc..
- Krochmalik, A., ve Menzies, R. G. (2003). The classification and diagnosis of obsessive compulsive disorder. *Obsessive-compulsive Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Kumar, S., Mohanty, S., ve Kumar, R. (2019). Suppression and reappraisal in relation to dimensions of obsessive-compulsive disorder in persons with OCD. *International Journal of Indian Psychology*, 7(4).
- Labad, J., Menchon, J. M., Alonso, P., Segalas, C., Jimenez, S., Jaurrieta, N., ... ve Vallejo, J. (2008). Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depression and anxiety*, 25(10), 832-838.
- Langlois, F., Freeston, M. H., ve Ladouceur, R. (2000). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: Study 1. *Behaviour research and therapy*, 38(2), 157-173.
- LaSalle, V. H., Cromer, K. R., Nelson, K. N., Kazuba, D., Justement, L., ve Murphy, D. L. (2004). Diagnostic interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 19(3), 163-173.

- Leckman, J. F., ve Bloch, M. H. (2008). A developmental and evolutionary perspective on obsessive-compulsive disorder: whence and whither compulsive hoarding?. *American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1229-1233.
- Leckman, J. F., McDougle, C. J., Pauls, D. L., Peterson, B. S., Grice, D. E., King, R. A., ... ve Rasmussen, S. A. (1999). Tic-related versus non-tic-related obsessive-compulsive disorder. *Obsessive-Compulsive Disorder* içinde (s. 45-61). Routledge.
- Leckman, J. F., Rauch, S. L., ve Mataix-Cols, D. (2007). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: implications for the DSM-V. *CNS spectrums*, 12(5), 376-387
- Lensi, P., Cassano, G. B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J. L., ve Akiskal, H. S. (1996). Obsessive-compulsive disorder: Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *The British Journal of Psychiatry*, 169(1), 101-107.
- Li, Y., Marques, L., Hinton, D. E., Wang, Y., ve Xiao, Z. P. (2009). Symptom dimensions in Chinese patients with obsessive-compulsive disorder. *CNS neuroscience ve therapeutics*, 15(3), 276-282.
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., ve Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 73(10), 1301-1326.
- Lissek, S., Rabin, S. J., McDowell, D. J., Dvir, S., Bradford, D. E., Geraci, M., ... ve Grillon, C. (2009). Impaired discriminative fear-conditioning resulting from elevated fear responding to learned safety cues among individuals with panic disorder. *Behaviour research and therapy*, 47(2), 111-118.
- Llera, S. J., ve Newman, M. G. (2010). Effects of worry on physiological and subjective reactivity to emotional stimuli in generalized anxiety disorder and nonanxious control participants. *Emotion*, 10(5), 640.
- Lo, W. H. (1967). A follow-up study of obsessional neurotics in Hong Kong Chinese. *The British Journal of Psychiatry*, 113(501), 823-832.
- Lochner, C., Fineberg, N. A., Zohar, J., Van Ameringen, M., Juven-Wetzler, A., Altamura, A. C., ... ve Stein, D. J. (2014). Comorbidity in obsessive-

- compulsive disorder (OCD): A report from the International College of Obsessive–Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Comprehensive psychiatry*, 55(7), 1513-1519.
- López-Solà, C., Fontenelle, L. F., Alonso, P., Cuadras, D., Foley, D. L., Pantelis, C., ... ve Harrison, B. J. (2014). Prevalence and heritability of obsessive-compulsive spectrum and anxiety disorder symptoms: a survey of the Australian Twin Registry. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 165(4), 314-325.
- López-Solà, C., Gutiérrez, F., Alonso, P., Rosado, S., Taberner, J., Segalàs, C., ...ve Fullana, M. A. (2014). Spanish version of the Dimensional Obsessive–Compulsive Scale (DOCS): Psychometric properties and relation to obsessive beliefs. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 206-214.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., ve Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3(1), 181-205.
- Maina, G., Albert, U., Salvi, V., Pessina, E., ve Bogetto, F. (2008). Early-onset obsessive–compulsive disorder and personality disorders in adulthood. *Psychiatry Research*, 158(2), 217-225.
- Maio, G. R., ve Esses, V. M. (2001). The need for affect: Individual differences in the motivation to approach or avoid emotions. *Journal of personality*, 69(4), 583-614.
- Malesza, M. (2021). Relationship between emotion regulation, negative affect, gender and delay discounting. *Current Psychology*, 40(8), 4031-4039.
- Mancini, F., ve Gangemi, A. (2004). Fear of guilt from behaving irresponsibly in obsessive–compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(2), 109-120.
- Mancini, F., D'Olimpio, F., ve Cieri, L. (2004). Manipulation of responsibility in non-clinical subjects: does expectation of failure exacerbate obsessive–compulsive behaviors?. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 449-457.

- Mancini, F., Gragnani, A., ve D'Olimpio, F. (2001). The connection between disgust and obsessions and compulsions in a non-clinical sample. *Personality and individual Differences*, 31(7), 1173-1180.
- Manos, R. C., Cahill, S. P., Wetterneck, C. T., Conelea, C. A., Ross, A. R., ve Riemann, B. C. (2010). The impact of experiential avoidance and obsessive beliefs on obsessive-compulsive symptoms in a severe clinical sample. *Journal of anxiety disorders*, 24(7), 700-708.
- Marcks, B. A., ve Woods, D. W. (2007). Role of thought-related beliefs and coping strategies in the escalation of intrusive thoughts: An analog to obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 45(11), 2640-2651.
- Masi, G., Millepiedi, S., Perugi, G., Pfanner, C., Berloff, S., Pari, C., Mucci, M., ve Akiskal, H. S. (2010). A naturalistic exploratory study of the impact of demographic, phenotypic and comorbid features in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 43(2), 69-78.
- Mataix-Cols, D., Boman, M., Monzani, B., Rück, C., Serlachius, E., Långström, N., ve Lichtenstein, P. (2013). Population-based, multigenerational family clustering study of obsessive-compulsive disorder. *JAMA psychiatry*, 70(7), 709-717.
- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., ve Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228-238.
- Mathes, B. M., Kennedy, G. A., Wilver, N. L., Carlton, C. N., ve Cogle, J. R. (2019). A multi-method analysis of incompleteness in behavioral treatment of contamination-based OCD. *Behaviour research and therapy*, 114, 1-6.
- Mathes, B. M., Morabito, D. M., ve Schmidt, N. B. (2019). Epidemiological and clinical gender differences in OCD. *Current psychiatry reports*, 21, 1-7.
- Mathis, M. A. D., Alvarenga, P. D., Funaro, G., Torresan, R. C., Moraes, I., Torres, A. R., ... ve Hounie, A. G. (2011). Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 33, 390-399.
- Mayer, J. D., ve Gaschke, Y. N. (1988). The experience and meta-experience of mood. *Journal of personality and social psychology*, 55(1), 102.

- Mayerovitch, J. I., du Fort, G. G., Kakuma, R., Bland, R. C., Newman, S. C., ve Pinard, G. (2003). Treatment seeking for obsessive-compulsive disorder: Role of obsessive-compulsive disorder symptoms and comorbid psychiatric diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 44(2), 162–168.
- McCubbin, R. A., ve Sampson, M. J. (2006). The relationship between obsessive–compulsive symptoms and appraisals of emotional states. *Journal of anxiety disorders*, 20(1), 42-57.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., ... ve Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive–compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical psychology review*, 24(3), 283-313.
- Mehmetoglu, M., ve Jakobsen, T. G. (2022). *Applied statistics using Stata: a guide for the social sciences*. Sage.
- Melli, G., Chiorri, C., Bulli, F., Carraresi, C., Stopani, E., ve Abramowitz, J. (2015). Factor congruence and psychometric properties of the Italian version of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS) across non-clinical and clinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(2), 329-339.
- Mennin, D., ve Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 329.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour research and therapy*, 4(4), 273-280.
- Miegel, F., Jelinek, L., ve Moritz, S. (2019). Dysfunctional beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder and depression as assessed with the Beliefs Questionnaire (BQ). *Psychiatry Research*, 272, 265-274.
- Miguel, F. K., Giromini, L., Colombarolli, M. S., Zuanazzi, A. C., ve Zennaro, A. (2017). A Brazilian investigation of the 36-and 16-item Difficulties in Emotion Regulation Scales. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1146-1159.
- Mineka, S., ve Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: it's not what you thought it was. *American psychologist*, 61(1), 10.

- Mohammadi, M. R., Ghanizadeh, A., Rahgozar, M., Noorbala, A. A., Davidian, H., Afzali, H. M., ... ve Tehranidoost, M. (2004). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Iran. *BMC psychiatry*, 4, 1-8.
- Monzani, B., Rijdsdijk, F., Harris, J., ve Mataix-Cols, D. (2014). The structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-5 obsessive-compulsive spectrum disorders. *JAMA psychiatry*, 71(2), 182-189.
- Moore, S. A., Zoellner, L. A., ve Mollenholt, N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms?. *Behaviour research and therapy*, 46(9), 993-1000.
- Moors, A., Ellsworth, P. C., Scherer, K. R., ve Frijda, N. H. (2013). Appraisal theories of emotion: State of the art and future development. *Emotion review*, 5(2), 119-124.
- Morillo, C., Belloch, A., ve García-Soriano, G. (2007). Clinical obsessions in obsessive-compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: Where are the differences?. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1319-1333.
- Moulding, R., ve Kyrios, M. (2006). Anxiety disorders and control related beliefs: The exemplar of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Clinical Psychology Review*, 26(5), 573-583.
- Moulding, R., Anglim, J., Nedeljkovic, M., Doron, G., Kyrios, M., ve Ayalon, A. (2011). The Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ): Examination in nonclinical samples and development of a short version. *Assessment*, 18(3), 357-374.
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological review*, 46(6), 553.
- Mowrer, O. H. (1951). Two-factor learning theory: summary and comment. *Psychological review*, 58(5), 350.
- Mundfrom, D. J., Shaw, D. G., ve Ke, T. L. (2005). Minimum sample size recommendations for conducting factor analyses. *International journal of testing*, 5(2), 159-168.

- Myers, S. G., Fisher, P. L., ve Wells, A. (2008). Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 475-484.
- Myers, S. G., Grøtte, T., Haseeth, S., Guzey, I. C., Hansen, B., Vogel, P. A., ve Solem, S. (2017). The role of metacognitive beliefs about thoughts and rituals: A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 13, 1-6.
- Najafova, L. (2020). *Türkiyede kadına yönelik aile içi şiddetle ilgili araştırmaların sistematik derlemesi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Nelson, E. A., Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., ve Deacon, B. J. (2006). Scrupulosity in patients with obsessive-compulsive disorder: Relationship to clinical and cognitive phenomena. *Journal of anxiety disorders*, 20(8), 1071-1086.
- Nestadt, G., Di, C. Z., Riddle, M. A., Grados, M. A., Greenberg, B. D., Fyer, A. J., ... ve Roche, K. B. (2009). Obsessive-compulsive disorder: subclassification based on co-morbidity. *Psychological medicine*, 39(9), 1491-1501.
- Nestadt, G., Grados, M., ve Samuels, J. F. (2010). Genetics of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, 33(1), 141-158.
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O. J., Liang, K. Y., LaBuda, M., ... ve Hoehn-Saric, R. (2000). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, 57(4), 358-363.
- Neumann, A., van Lier, P. A., Gratz, K. L., ve Koot, H. M. (2010). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the difficulties in emotion regulation scale. *Assessment*, 17(1), 138-149.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(1), 161-187.
- Nolen-Hoeksema, S., ve Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and individual differences*, 51(6), 704-708.

- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., ve Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
- Nutt, D., ve Malizia, A. (2006). Anxiety and OCD—the chicken or the egg?. *Journal of psychopharmacology*, 20(6), 729-731.
- Oatley, K., ve Johnson-Laird, P. N. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and emotion*, 1(1), 29-50.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39(8), 987-1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2003). Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), 863-878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43(11), 1527-1542.
- Olatunji, B. O., Williams, N. L., Lohr, J. M., ve Sawchuk, C. N. (2005). The structure of disgust: Domain specificity in relation to contamination ideation and excessive washing. *Behaviour Research and Therapy*, 43(8), 1069-1086.
- Parkinson, L., ve Rachman, S. (1981). Part II. The nature of intrusive thoughts. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3(3), 101-110.
- Pato, M. T., Pato, C. N., ve Pauls, D. L. (2002). Recent findings in the genetics of OCD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 30-33.
- Pauls, D. L., Alsobrook 2nd, J. P., Goodman, W., Rasmussen, S., ve Leckman, J. F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 152(1), 76-84.
- Pektaş, E. (2015). *Üniversite öğrencilerinin algıladıkları ebeveyn kabul-reddi ile depresyon ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: duygu*

düzenleme güçlüklerinin aracı rolü. [Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.

- Perani, D., Colombo, C., Bressi, S., Bonfanti, A., Grassi, F., Scarone, S., ... ve Fazio, F. (1995). [18F] FDG PET study in obsessive-compulsive disorder: a clinical/metabolic correlation study after treatment. *The British Journal of Psychiatry*, 166(2), 244-250.
- Phelps, E. A. (2006). Emotion and cognition: insights from studies of the human amygdala. *Annu. Rev. Psychol.*, 57(1), 27-53.
- Pitman, R. K. (1987). Pierre Janet on obsessive-compulsive disorder (1903): Review and commentary. *Archives of General Psychiatry*, 44(3), 226-232.
- Pittenger, C., Bloch, M. H., ve Williams, K. (2011). Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: neurobiology, pathophysiology, and treatment. *Pharmacology ve therapeutics*, 132(3), 314-332.
- Polivy, J., ve Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53(1), 187-213.
- Pozza, A., ve Dettore, D. (2014). Are inflated responsibility beliefs specific to OCD? meta-analysis of the relations of responsibility to OCD, anxiety disorders, and depression symptoms. *Clinical Neuropsychiatry*, 11(6).
- Purdon, C. (2001). Appraisal of obsessional thought recurrences: Impact on anxiety and mood state. *Behavior Therapy*, 32(1), 47-64.
- Purdon, C., ve Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology ve Psychotherapy: An International Journal of Theory ve Practice*, 6(2), 102-110.
- Purdon, C., ve Clark, D. A. (2002). The need to control thoughts. *Cognitive approaches to obsessions and compulsions* içinde (s. 29-43). Pergamon.
- Puşuroğlu, M. (2023). Investigation of Thought Control and Obsessive Beliefs in Generalised Anxiety Disorder and Panic Disorder. *Journal of Contemporary Medicine*, 13(5), 866-870.
- Rachman, S. (1971). Obsessional ruminations. *Behaviour research and therapy*, 9(3), 229-235.

- Rachman, S. (1976). Obsessional-compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 14(4), 269-277.
- Rachman, S. (1976). The passing of the two-stage theory of fear and avoidance: Fresh possibilities. *Behaviour Research and Therapy*, 14(2), 125-131.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour research and therapy*, 35(9), 793-802.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions. *Behavior and cognitive therapy today içinde* (s. 209-222). Pergamon.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour research and therapy*, 40(6), 625-639.
- Rachman, S. (2004). Fear of contamination. *Behaviour research and therapy*, 42(11), 1227-1255.
- Rachman, S. J. (1985). An overview of clinical and research issues in obsessional-compulsive disorders. *Obsessive-compulsive disorder: Psychological and pharmacological treatment*, 1-47.
- Rachman, S., ve De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour research and therapy*, 16(4), 233-248.
- Rachman, S., ve Shafran, R. (1998). Cognitive and behavioral features of obsessive-compulsive disorder. *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*, 51-78.
- Rachman, S., Thordarson, D. S., Shafran, R., ve Woody, S. R. (1995). Perceived responsibility: Structure and significance. *Behaviour Research and therapy*, 33(7), 779-784.
- Radomsky, A. S., ve Rachman, S. (2004). Symmetry, ordering and arranging compulsive behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42(8), 893-913.
- Radomsky, A. S., Ashbaugh, A. R., ve Gelfand, L. A. (2007). Relationships between anger, symptoms, and cognitive factors in OCD checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2712-2725.
- Raines, A. M., Oglesby, M. E., Allan, N. P., Mathes, B. M., Sutton, C. A., ve Schmidt, N. B. (2018). Examining the role of sex differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Psychiatry Research*, 259, 265-269.

- Rasmussen SA, Tsuang MT (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 143(3), 317-22.
- Rasmussen, S. A., ve Eisen, J. L. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19(2), 67-73.
- Rasmussen, S. A., ve Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, 15(4), 743-758.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., ve Spaan, V. (1999). Thought–action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behaviour research and therapy*, 37(3), 231-237.
- Ratnasuriya, R. H., Marks, I. M., Forshaw, D. M., ve Hymas, N. F. S. (1991). Obsessive slowness revisited. *The British Journal of Psychiatry*, 159(2), 273-274.
- Riggs, D. S., ve Foa, E. B. (1993). Obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology*, 169.
- Robins, E., ve Guze, S. B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *American journal of psychiatry*, 126(7), 983-987.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., ve Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 1083.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., ve Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of abnormal psychology*, 100(2), 214.
- Romero-Sanchiz, P., Nogueira-Arjona, R., Godoy-Ávila, A., Gavino-Lázaro, A., ve Freeston, M. H. (2017). Differences in clinical intrusive thoughts between obsessive–compulsive disorder, generalized anxiety disorder, and hypochondria. *Clinical psychology ve psychotherapy*, 24(6), O1464-O1473.
- Rugancı, R. N., ve Gençöz, T. (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Clinical Psychology*, 66(4), 442–455

- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., ve Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53-63.
- Rüdin, E. (1953). Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit, insbesondere ihrer hereditären Beziehungen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 191, 14-54.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour research and therapy*, 27(6), 677-682.
- Salkovskis, P. M., ve Warwick, H. M. (1985). Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder: Treating treatment failures. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 13(3), 243-255.
- Salkovskis, P. M., Richards, H. C., ve Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 281-299.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., ... ve Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 347-372.
- Salkovskis, P., ve Freeston, M. H. (2001). Obsessions, compulsions, motivation, and responsibility for harm. *Australian Journal of Psychology*, 53(1), 1-6.
- Sallet, P. C., De Alvarenga, P. G., Ferrão, Y., de Mathis, M. A., Torres, A. R., Marques, A., ... ve Fleitlich-Bilyk, B. (2010). Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *International Journal of Eating Disorders*, 43(4), 315-325.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., ve Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale.

- Salzman, L., ve Thaler, F. H. (1981). Obsessive-compulsive disorders: a review of the literature. *The American journal of psychiatry*, 138(3), 286-296.
- Samuels, J., Bienvenu III, O. J., Riddle, M. A., Cullen, B. A. M., Grados, M. A., Liang, K. Y., ... ve Nestadt, G. (2002). Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. *Behaviour research and therapy*, 40(5), 517-528.
- Saxena, S., ve Rauch, S. L. (2000). Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 563-586.
- Saxena, S., Brody, A. L., Schwartz, J. M., ve Baxter, L. R. (1998). Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 173(S35), 26-37.
- Seçgin, L., Arslan, T., ve Selçuk, K. T. (2022). Türkiye’de son beş yılda kadına yönelik şiddet: COVID-19 pandemisinin etkisi. *Humanistic Perspective*, 4(1), 28-43.
- Shafran, R., Watkins, E., ve Charman, T. (1996). Guilt in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(6), 509-516.
- Sharma, E., Sharma, L. P., Balachander, S., Lin, B., Manohar, H., Khanna, P., ... ve Stewart, S. E. (2021). Comorbidities in obsessive-compulsive disorder across the lifespan: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 12, 701-703.
- Shekhawat, A. A. S., ve Nathawat, S. (2022). A study of the psychological effect: The lady macbeth effect. *International Journal of Health Sciences*, 6(S5), 4339–4346.
- Sibrava, N. J., Boisseau, C. L., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., ve Rasmussen, S. A. (2011). Prevalence and clinical characteristics of mental rituals in a longitudinal clinical sample of obsessive–compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 28(10), 892-898.
- Sica, C., Coradeschi, D., Sanavio, E., Dorz, S., Manchisi, D., ve Novara, C. (2004). A study of the psychometric properties of the Obsessive Beliefs Inventory and Interpretations of Intrusions Inventory on clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(3), 291-307.

- Sinha, R., Mahour, P., Sharma, E., Mehta, U. M., ve Agarwal, M. (2021). Obsessive belief and emotional appraisal correlates of symptom dimensions and impairment in obsessive-compulsive disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 63(4), 348-354.
- Skoog, G., ve Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, 56(2), 121-127.
- Smith, A. H. (2010). *Predictors of severity in the obsessive-compulsive subtypes: The role of obsessional beliefs, beliefs about emotions, and religiosity*. University of Houston-Clear Lake.
- Smith, A. H., Wetterneck, C. T., Hart, J. M., Short, M. B., ve Björgvinsson, T. (2012). Differences in obsessional beliefs and emotion appraisal in obsessive compulsive symptom presentation. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 1(1), 54-61.
- Sookman, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Wilhelm, S., ve McKay, D. (2005). Subtypes of obsessivecompulsive disorder: Implications for specialized cognitive behavior therapy. *Behavior Therapy*, 36(4), 393-400.
- Starcevic, V., ve Brakoulias, V. (2008). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder: are they relevant for treatment?. *Australian ve New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(8), 651-661.
- Starcevic, V., Berle, D., Brakoulias, V., Sammut, P., Moses, K., Milicevic, D., ve Hannan, A. (2011). Functions of compulsions in obsessive-compulsive disorder. *Australian ve New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(6), 449-457.
- Stein, D. J., Goodman, W. K., ve Rauch, S. L. (2000). The cognitive-affective neuroscience of obsessive-compulsive disorder. *Current psychiatry reports*, 2(4), 341-346.
- Steketee, G. S., Grayson, J. B., ve Foa, E. B. (1985). Obsessive-compulsive disorder: Differences between washers and checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 23(2), 197-201.
- Steketee, G., Frost, R., ve Wilson, K. (2002). Studying cognition in obsessive compulsive disorder: Where to from here?. *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions* içinde (s. 465-473). Pergamon.

- Steketee, G., Quay, S., ve White, K. (1991). Religion and guilt in OCD patients. *Journal of anxiety disorders*, 5(4), 359-367.
- Stern, M. R., Nota, J. A., Heimberg, R. G., Holaway, R. M., ve Coles, M. E. (2014). An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 109-114.
- Stern, R. S., ve Cobb, J. P. (1978). Phenomenology of obsessive-compulsive neurosis. *The British Journal of Psychiatry*, 132(3), 233-239.
- Stewart, S. E., Geller, D. A., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., ve Faraone, S. V. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(1), 4-13.
- Subramaniam, M., Abidin, E., Vaingankar, J., Shafie, S., Chang, S., Seow, E., ... ve Chong, S. A. (2020). Obsessive-compulsive disorder in Singapore: prevalence, comorbidity, quality of life and social support. *Ann Acad Med Singapore*, 49(1), 15-25.
- Susskind, J. M., Lee, D. H., Cusi, A., Feiman, R., Grabski, W., ve Anderson, A. K. (2008). Expressing fear enhances sensory acquisition. *Nature neuroscience*, 11(7), 843-850.
- Szechtman, H., ve Woody, E. (2004). Obsessive-compulsive disorder as a disturbance of security motivation. *Psychological review*, 111(1), 111.
- Şafak, Y., Öcal, D. S., Özdel, K., Kuru, E., ve Örsel, S. (2018). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Boyutsal Yaklaşım: Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Türkçe'nin Psikometrik Özellikleri.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., ve Ullman, J. B. (2013). *Using multivariate statistics* (Vol. 6, s. 497-516). Boston, MA: pearson.
- Tamam, L., Saygılı, M., ve Ünal, M. (2003). Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 69-80.
- Tambs, K., Czajkowski, N., Neale, M. C., Reichborn-Kjennerud, T., Aggen, S. H., Harris, J. R., ve Kendler, K. S. (2009). Structure of genetic and environmental

- risk factors for dimensional representations of DSM–IV anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 195(4), 301-307.
- Tamres, L. K., Janicki, D., ve Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and social psychology review*, 6(1), 2-30.
- Taylor, S. (2002). Cognition in obsessive compulsive disorder: An overview. *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions*, 1-12.
- Taylor, S. (2011). Early versus late onset obsessive–compulsive disorder: evidence for distinct subtypes. *Clinical psychology review*, 31(7), 1083-1100.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., ve McKay, D. (2007). Cognitive-Behavioral Models of Obsessive-Compulsive Disorder.
- Taylor, S., McKay, D., ve Abramowitz, J. S. (2005). Is obsessive-compulsive disorder a disturbance of security motivation? Comment on Szechtman and Woody (2004).
- Tice, D. M., Bratslavsky, E., ve Baumeister, R. F. (2018). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it!. *Self-regulation and self-control* içinde (s. 267-298). Routledge.
- Timpano, K. R., Carbonella, J. Y., Zuckerman, S. E., ve Çek, D. (2016). Treatment of symmetry-obsessive-compulsive disorder. *Clinical handbook of obsessive-compulsive and related disorders: A case-based approach to treating pediatric and adult populations*, 69-83.
- Tolin, D. F., Woods, C. M., ve Abramowitz, J. S. (2003). Relationship between obsessive beliefs and obsessive–compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 657-669.
- Tolin, D. F., Woods, C. M., ve Abramowitz, J. S. (2006). Disgust sensitivity and obsessive–compulsive symptoms in a non-clinical sample. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 37(1), 30-40.
- Tolin, D. F., Worhunsky, P., ve Maltby, N. (2006). Are “obsessive” beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*, 44(4), 469-480.

- Tooby, J., ve Cosmides, L. (2008). The evolutionary psychology of the emotions and their relationship to internal regulatory variables.
- Torres, A. R., Fontenelle, L. F., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., Do Rosário, M. C., Storch, E. A., ve Miguel, E. C. (2016). Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *Journal of affective disorders*, 190, 508-516.
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., ... ve Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978-1985.
- Torresan, R. C., Ramos-Cerqueira, A. T. A., Shavitt, R. G., do Rosário, M. C., de Mathis, M. A., Miguel, E. C., ve Torres, A. R. (2013). Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 209(2), 186-195.
- Totan, T. (2015). Duygu düzenlenme anketi Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3, 153-161.
- Tsao, S. D., ve McKay, D. (2004). Behavioral avoidance tests and disgust in contamination fears: Distinctions from trait anxiety. *Behaviour research and therapy*, 42(2), 207-216.
- Tull, M. T., ve Roemer, L. (2007). Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior therapy*, 38(4), 378-391.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., ve Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 89-106.

- Tükel, R., Ertekin, E., Batmaz, S., Alyanak, F., Sözen, A., Aslantaş, B., ... ve Özyıldırım, İ. (2005). Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 21(3), 112-117.
- Tükel, R., Polat, A., Genç, A., Bozkurt, O., ve Atlı, H. (2004). Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 45(5), 362-366.
- Tükel, R., Polat, A., Özdemir, Ö., Aksüt, D., ve Türksoy, N. (2002). Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 43(3), 204-209.
- Valentiner, D. P., ve Smith, S. A. (2008). Believing that intrusive thoughts can be immoral moderates the relationship between obsessions and compulsions for shame-prone individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 714-720.
- Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Waller, J. L., Addy, C. L., McKeown, R. E., Jackson, K. L., ve Cuffe, S. P. (1996). Incidence of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, 35(7), 898-906.
- Van Grootheest, D. S., Cath, D. C., Beekman, A. T., ve Boomsma, D. I. (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics*, 8(5), 450-458.
- Vellozo, A. P., Fontenelle, L. F., Torresan, R. C., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., Rosário, M. C., ... ve Torres, A. R. (2021). Symmetry dimension in obsessive-compulsive disorder: Prevalence, severity and clinical correlates. *Journal of Clinical Medicine*, 10(2), 274.
- Viar, M. A., Bilsky, S. A., Armstrong, T., ve Olatunji, B. O. (2011). Obsessive beliefs and dimensions of obsessive-compulsive disorder: An examination of specific associations. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 108-117.
- Vivan, A. D. S., Rodrigues, L., Wendt, G., Bicca, M. G., Braga, D. T., ve Cordioli, A. V. (2013). Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(02), 111-118.

- Walton, D., ve Mather, M. D. (1964). The application of learning principles to the treatment of obsessive-compulsive states in the acute and chronic phases of illness. *Experiments in Behaviour Therapy: Readings in Modern Methods of Treatment of Mental Disorders Derived from Learning Theory*, 117.
- Wells, A. (2013). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. John Wiley ve Sons.
- Welner, A., Reich, T., Robins, E., Fishman, R., ve Van Doren, T. (1976). Obsessive-compulsive neurosis: record, follow-up, and family studies. I. Inpatient record study. *Comprehensive psychiatry*, 17(4), 527-539.
- Wenzlaff, R. M., ve Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual review of psychology*, 51(1), 59-91.
- Westenberg, H. G., Fineberg, N. A., ve Denys, D. (2007). Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: serotonin and beyond. *CNS spectrums*, 12(S3), 14-27.
- Wetterneck, C. T., Smith, A. H., Burgess, A. J., ve Hart, J. M. (2011). Distress from sexual thoughts: Do religiosity, emotions, and thought appraisal matter?. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(3).
- Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Riemann, B. C., ve Hale, L. R. (2010). The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 48(10), 949-954.
- Wheaton, M. G., Mahaffey, B., Timpano, K. R., Berman, N. C., ve Abramowitz, J. S. (2012). The relationship between anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(3), 891-896.
- Wheaton, M. G., Ward, H. E., Silber, A., McIngvale, E., ve Björgvinsson, T. (2021). How is the COVID-19 pandemic affecting individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD) symptoms?. *Journal of Anxiety Disorders*, 81, 102410.
- Whiteside, S. P., ve Abramowitz, J. S. (2005). The expression of anger and its relationship to symptoms and cognitions in obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 21(3), 106-111.

- Williams, M. T., ve Wetterneck, C. T. (2019). Sexual obsessions in obsessive-compulsive disorder: A step-by-step, definitive guide to understanding, diagnosis, and treatment. Oxford University Press.
- Woods, C. M., Tolin, D. F., ve Abramowitz, J. S. (2004). Dimensionality of the obsessive beliefs questionnaire (OBQ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 113-125.
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates.
- World Health Organization (2020). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Xu, C., Xu, Y., Xu, S., Zhang, Q., Liu, X., Shao, Y., ... ve Li, M. (2020). Cognitive reappraisal and the association between perceived stress and anxiety symptoms in COVID-19 isolated people. *Frontiers in psychiatry*, 11, 858.
- Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., Dowling, N., Blair-West, S., Gelgec, C., ve Moulding, R. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical psychology*, 74(4), 695-709.
- Yiğit, İ., ve Guzey Yiğit, M. (2019). Psychometric properties of Turkish version of difficulties in emotion regulation scale-brief form (DERS-16). *Current Psychology*, 38, 1503-1511.
- Yong, A. G., ve Pearce, S. (2013). A beginner's guide to factor analysis: Focusing on exploratory factor analysis. *Tutorials in quantitative methods for psychology*, 9(2), 79-94.
- Yorulmaz, O., Güngör Culha, D. ve Gokdag, C. (2019). The Obsessive Beliefs Questionnaire: Adaptation of its short forms to the Turkish and examination of their psychometric properties. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 30(3).
- Yorulmaz, O., Karancı, A. N., ve Tekok-Kılıç, A. (2006). What are the roles of perfectionism and responsibility in checking and cleaning compulsions?. *Journal of anxiety disorders*, 20(3), 312-327.
- Young, J. E., Klosko, J. S., ve Weishaar, M. E. (2003). Schema Therapy: A practitioner's guide. New York, London: The Guildford Press.

- Yurtsever, G. (2008). Negotiators' profit predicted by cognitive reappraisal, suppression of emotions, misrepresentation of information, and tolerance of ambiguity. *Perceptual and Motor Skills*, 106(2), 590-608.
- Zai, G., Barta, C., Cath, D., Eapen, V., Geller, D., ve Grünblatt, E. (2019). New insights and perspectives on the genetics of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric genetics*, 29(5), 142-151.
- Zigmond, A. S., ve Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.





EKLER

EK 1 – BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği (DTAÖ)'nin Türkçe'ye Uyarlanma Çalışması Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırma, Doç. Dr. Zümrüt Gedik danışmanlığında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Psikoloji Bölümü Genel Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisi Seher Gül tarafından yürütülen tez çalışmasıdır. Araştırmanın kapsamı ve amacı Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği'nin (The Perception of Threat from Emotions Questionnaire - McCubbin ve Sampson, 2006) Türkçe'ye uyarlanıp geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılmasıdır. Anketteki tüm soruların yanıtlanması yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgilerin geçerli sayılabilmesi için anket sorularına verdiğiniz yanıtların sizi en iyi yansıtacak şekilde olması önemlidir. Ölçeklerde yer alan soruların doğru ya da yanlış cevabı bulunmamaktadır. Bu nedenle lütfen soruları eksiksiz ve size en uygun olan şekilde yanıtlayınız.

Araştırma içerisinde kimliğinizi belirtecek herhangi bir kişisel bilgi istenmemektedir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar ise yalnızca bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak ve bireysel olarak değerlendirilmeyecektir. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılım için üniversite öğrencisi olmanız gerekmektedir. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çıkma hakkına sahipsiniz, ancak araştırmanın amacına ulaşması için katılımınız önemlidir.

Araştırmamıza ilginiz ve zaman ayırıp katıldığınız için teşekkür ederiz.

Bu araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki kutucuğu işaretleyiniz.

☐ "Yukarıda sunulan bilgileri okudum ve anladım. Bu araştırmaya gönüllü olarak katılmayı ve araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak şartıyla toplu olarak sunulmasını ve yayınlanmasını hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın kendi özgür irademle kabul ediyorum."

EK 2 – BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu araştırma, Doç. Dr. Zümrüt Gedik danışmanlığında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Psikoloji Bölümü Genel Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisi Seher Gül tarafından yürütülen tez çalışmasıdır. Araştırmanın amacı ve kapsamı kısaca kişilerin duygu düzenleme yöntemleri, duygu değerlendirmesi ile bazı düşünce, inanç ve davranışları arasındaki ilişkileri incelemektir. Anketteki tüm soruların yanıtlanması yaklaşık 15-20 dakika sürmektedir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgilerin geçerli sayılabilmesi için anket sorularına verdiğiniz yanıtların sizi en iyi yansıtacak şekilde olması önemlidir. Ölçeklerde yer alan soruların doğru ya da yanlış cevabı bulunmamaktadır. Bu nedenle lütfen soruları eksiksiz ve size en uygun olan şekilde yanıtlayınız.

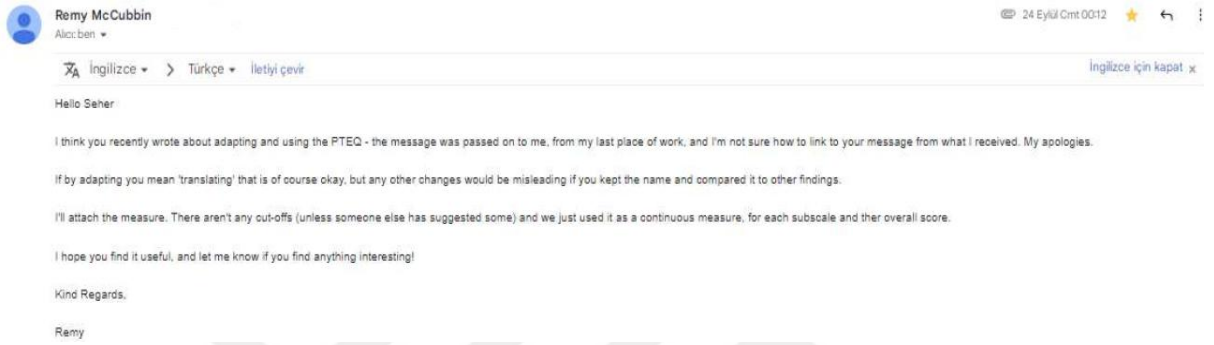
Araştırma içerisinde kimliğinizi belirtecek herhangi bir kişisel bilgi istenmemektedir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar ise yalnızca bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak ve bireysel olarak değerlendirilmeyecektir. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılım için 18 yaş ve üzerinde olmanız gerekmektedir. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çıkma hakkına sahipsiniz, ancak araştırmanın amacına ulaşması için katılımınız önemlidir.

Araştırmamıza ilginiz ve zaman ayırıp katıldığınız için teşekkür ederiz.

Bu araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki kutucuğu işaretleyiniz.

☐ "Yukarıda sunulan bilgileri okudum ve anladım. Bu araştırmaya gönüllü olarak katılmayı ve araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak şartıyla toplu olarak sunulmasını ve yayınlanmasını hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın kendi özgür irademle kabul ediyorum."

EK 3 – DUYGULARI TEHDİT OLARAK ALGILAMA ÖLÇEĞİ (DTAÖ) – ÖLÇEK İZNİ



EK 4 – DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

(D) Demografik Bilgi Formu

Aşağıdaki form sizi genel anlamda tanımamızı sağlayacak sorular içermektedir. Lütfen soruları dikkatli ve eksiz bir şekilde yanıtlayınız.

1-Biyolojik Cinsiyetiniz: Kadın _____ Erkek _____

2-Yaşınız: _____

3-Medeni Durumunuz: Bekar _____ Evli _____ Nişanlı _____ Beraber yaşıyor _____
Boşanmış _____ Eşi vefat etmiş _____

4-Eğitim Durumunuz (En son mezun olduğunuz okul):

İlkokul _____

Ortaokul _____

Lise _____

Üniversite _____

Yüksek lisans _____

Doktora _____

5-Yaşamınızın çoğunu geçirdiğiniz yer:

Büyükşehir (İstanbul, Ankara, İzmir)_____

Şehir_____

Köy_____

Kasaba/İlçe_____

6-Gelir düzeyiniz:

Çok Düşük_____ Düşük_____ Orta_____ Yüksek_____ Çok yüksek_____

7-Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

Hayır_____

Evet_____

Çalışıyorsanız ne iş yapıyorsunuz? Kamu_____ Özel sektör_____ Serbest meslek_____

8-Öğrenci misiniz?

Hayır_____ Evet_____ Kaçınıcı sınıftasınız? _____

Bölümünüz: _____

9-Şu anda yaşadığınız yer:

Yurtta___ Aileyle beraber evde___ Arkadaşlarla beraber evde___ Tek başına evde___

10-Bugüne kadar bir tıp hekimine (örn. psikiyatrist) giderek psikiyatrik bir tanı (ruhsal bozukluk tanısı) aldınız mı?

Evet_____ Hayır_____

*Cevabınız EVET ise 11.,12.,13.,14. ve 15. soruları yanıtlayınız. HAYIR ise 16. sorudan devam ediniz.

11-Hangi psikiyatrik tanıyı aldığınızı yazınız:_____

12-Psikiyatrik tanı kim tarafından konuldu?

Psikiyatrist_____

Psikolog_____

Diğer (belirtiniz)_____

13-Bugüne kadar psikiyatrik ve/veya psikolojik bir tedavi aldınız mı?

Psikiyatrik ilaç tedavisi _____

Psikoterapi _____

İlaç tedavisi ve psikoterapi _____

Diğer (belirtiniz) _____

Tedavi almadım _____

14-Şu anda psikiyatrik ve/veya psikolojik bir tedavi alıyor musunuz?

Psikiyatrik ilaç tedavisi _____

Psikoterapi _____

İlaç tedavisi ve psikoterapi _____

Diğer (belirtiniz) _____

Tedavi almıyorum _____

15-Şu anda reçete edilmiş psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz?

Evet (lütfen ilaç ismini belirtiniz) _____

Hayır _____

16-Ailenizde psikiyatrik tanı alan biri var mı?

Evet (yakınlık derecenizi ve aldığı tanıyı lütfen belirtiniz) _____

Hayır _____

EK 5 – DUYGULARI TEHDİT OLARAK ALGILAMA ÖLÇEĞİ (DTAÖ)

Duyguları Tehdit Olarak Algılama Ölçeği (DTAÖ)

Bu anket, insanların kendi duyguları hakkında sahip oldukları farklı inançları listelemektedir. Hayatın tüm yönlerini kapsayan ‘yedi farklı duygu’ ve genel ‘duygular’ hakkında aynı dokuz soru kullanılmıştır. Her duygu için, önce bu duyguyu yaşadığınız birkaç anı aklınıza getirmeye çalışın. Ardından, her soruyu okuyun ve çoğu zaman nasıl düşündüğünüzü en yakından tanımlayan kutuyu işaretleyin. Her ifade için sadece bir cevap seçtiğinizden emin olun. Her birey farklı olduğu için bu soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur.

İsim:

Cinsiyet:

Tarih:

Yaş:

ÜZÜNTÜ	Hiç öyle düşü	Çok az öyle düşünüy	Kısmen öyle düşün	Oldukça fazla öyle düşünüyoru	Kesinlikle öyle düşünüyoru
--------	---------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

	nmü yoru m	orum	üyoru m	m	m
1. Üzgün hissetmenin tehlikeli olduğunu düşünüyor musunuz?					
2. Üzüntü, kontrolünüzü kaybetmenize ve sonradan pişman olacağınız şeyler yapmanıza neden olabilir mi?					
3. Üzgün hissetmek 'kötü' müdür? (kötü olmanın veya başarısız olmanın bir işareti midir?)					
4. Kendinizi üzgün hissetmekten alıkoymak aşırı derecede önemli mi?					
5.Üzgün hissetmek korkutucu olabilir mi?					
6. Üzgün hissettiğinizde, bu duygu sonsuza kadar sürecek gibi geliyor mu?					
7. Üzüntü, sizi günlük işlerinizi yapamayacak kadar zorlar mı?					
	Hiç	Az bir miktar	Orta derecede	Çoğunlukla	Kesinlikle
8. 'Üzüntü' hissini açıkça tanımlayabilir misiniz?					
9. Çok sık üzgün hissediyor musunuz?					

Suçluluk	Hiç öyle düşü nmü yoru m	Çok az öyle düşü nüy oru m	Kısmen öyle düşünüyo rum	Oldukça fazla öyle düşünüyo rum	Kesinlikle öyle düşünüyo rum
1. Suçlu hissetmenin tehlikeli olduğunu düşünüyor musunuz?					
2. Suçluluk, kontrolünüzü kaybetmenize ve sonradan pişman olacağınız şeyler yapmanıza neden olabilir mi?					
3. Suçlu hissetmek 'kötü' müdür? (kötü olmanın veya başarısız olmanın bir işareti midir?)					

4. Kendinizi suçlu hissetmekten alıkoymak aşırı derecede önemli mi?					
5. Suçlu hissetmek korkutucu olabilir mi?					
6. Suçlu hissettiğinizde, bu duygu sonsuza kadar sürecektir gibi geliyor mu?					
7. Suçluluk, sizi günlük işlerinizi yapamayacak kadar zorlar mı?					
	Hiç	Az bir miktar	Orta derecede	Çoğunlukla	Kesinlikle
8. 'Suçluluk' hissini açıkça tanımlayabilir misiniz?					
9. Çok sık suçlu hissediyor musunuz?					

Mutluluk	Hiç öyle düşünmüyorum	Çok az öyle düşünüyorum	Kısmen öyle düşünüyorum	Oldukça fazla öyle düşünüyorum	Kesinlikle öyle düşünüyorum
1. Mutlu hissetmenin tehlikeli olduğunu düşünüyor musunuz?					
2. Mutluluk, kontrolünüzü kaybetmenize ve sonradan pişman olacağınız şeyler yapmanıza neden olabilir mi?					
3. Mutlu hissetmek 'kötü' müdür? (kötü olmanın veya başarısız olmanın bir işareti midir?)					
4. Kendinizi mutlu hissetmekten alıkoymak aşırı derecede önemli mi?					
5. Mutlu hissetmek korkutucu olabilir mi?					

6. Mutlu hissettiğinizde, bu duygu sonsuza kadar sürecek gibi geliyor mu?					
7. Mutluluk, sizi günlük işlerinizi yapamayacak kadar zorlar mı?					
	Hiç	Az bir miktar	Orta derecede	Çoğunlukla	Kesinlikle
8. 'Mutluluk' hissini açıkça tanımlayabilir misiniz?					
9. Çok sık mutlu hissediyor musunuz?					

Öfke	Hiç öyle düşünmüyorum	Çok az öyle düşünüyorum	Kısmen öyle düşünüyorum	Oldukça fazla öyle düşünüyorum	Kesinlikle öyle düşünüyorum
1. Öfkeli hissetmenin tehlikeli olduğunu düşünüyor musunuz?					
2. Öfke, kontrolünüzü kaybetmenize ve sonradan pişman olacağınız şeyler yapmanıza neden olabilir mi?					
3. Öfkeli hissetmek 'kötü' müdür? (kötü olmanın veya başarısız olmanın bir işareti midir?)					
4. Kendinizi öfkeli hissetmekten alıkoymak aşırı derecede önemli mi?					
5. Öfkeli hissetmek korkutucu olabilir mi?					
6. Öfkeli hissettiğinizde, bu duygu sonsuza kadar sürecek gibi geliyor mu?					
7. Öfke, sizi günlük işlerinizi yapamayacak kadar zorlar mı?					
	Hiç	Az bir miktar	Orta derecede	Çoğunlukla	Kesinlikle

8. 'Öfke' hissini açıkça tanımlayabilir misiniz?					
9. Çok sık öfkeli hissediyor musunuz?					

Kaygı (Korku)	Hiç öyle düşü nmu yoru m	Çok az öyle düşü nüy oru m	Kısmen öyle düşünüyo rum	Oldukça fazla öyle düşünüyoru m	Kesinlikle öyle düşünüyo rum
1. Kaygılı hissetmenin tehlikeli olduğunu düşünüyor musunuz?					
2. Kaygı, kontrolünüzü kaybetmenize ve sonradan pişman olacağınız şeyler yapmanıza neden olabilir mi?					
3. Kaygılı hissetmek 'kötü' müdür? (kötü olmanın veya başarısız olmanın bir işareti midir?)					
4. Kendinizi kaygılı hissetmekten alıkoymak aşırı derecede önemli mi?					
5. Kaygılı hissetmek korkutucu olabilir mi?					
6. Kaygılı hissettiğinizde, bu duygu sonsuza kadar sürecek gibi geliyor mu?					
7. Kaygı, sizi günlük işlerinizi yapamayacak kadar zorlar mı?					
	Hiç	Az bir mikt ar	Orta derecede	Çoğunluk la	Kesinlikle
8. 'Kaygı' hissini açıkça tanımlayabilir misiniz?					
9. Çok sık kaygılı hissediyor musunuz?					

Cinsel Arzu (Şehvet)	Hiç öyle düşü nmü yoru m	Çok az öyle düşü nüyo ru m	Kısmen öyle düşünüyo rum	Oldukça fazla öyle düşünüyo ru m	Kesinlikle öyle düşünüyo ru m
1. Şehvet hissetmenin tehlikeli olduğunu düşünüyor musunuz?					
2. Şehvet, kontrolünüzü kaybetmenize ve sonradan pişman olacağınız şeyler yapmanıza neden olabilir mi?					
3. Şehvet hissetmek 'kötü' müdür? (kötü olmanın veya başarısız olmanın bir işareti midir?)					
4. Kendinizi şehvetli hissetmekten alıkoymak aşırı derecede önemli mi?					
5. Şehvetli hissetmek korkutucu olabilir mi?					
6. Şehvetli hissettiğinizde, bu duygu sonsuza kadar sürecek gibi geliyor mu?					
7. Şehvet, sizi günlük işlerinizi yapamayacak kadar zorlar mı?					
	Hiç	Az bir mik tar	Orta derecede	Çoğunluk la	Kesinlikle
8. ‘Şehvet’ hissini açıkça tanımlayabilir misiniz?					
9. Çok sık şehvetli hissediyor musunuz?					

Tiksinti (kendinden tiksinti hissetme dahil, örneğin "kirli" hissetmek)	Hiç öyle düşü nmü yoru m	Çok az öyle düşü nü yoru m	Kısmen öyle düşünüyo rum	Oldukça fazla öyle düşünüyo rum	Kesinlikle öyle düşünüyo rum
1. Tiksinti hissetmenin tehlikeli olduğunu düşünüyor musunuz?					
2. Tiksinti, kontrolünüzü kaybetmenize ve sonradan pişman olacağınız şeyler yapmanıza neden olabilir mi?					
3. Tiksinti hissetmek 'kötü' müdür? (kötü olmanın veya başarısız olmanın bir işareti midir?)					
4. Kendinizi tiksinti hissetmekten alıkoymak aşırı derecede önemli mi?					
5. Tiksinti hissetmek korkutucu olabilir mi?					
6. Tiksinti hissettiğinizde, bu duygu sonsuza kadar sürecek gibi geliyor mu?					
7. Tiksinti, sizi günlük işlerinizi yapamayacak kadar zorlar mı?					
	Hiç	Az bir mikt ar	Orta derecede	Çoğunluk la	Kesinlikle
8. 'Tiksinti' hissini açıkça tanımlayabilir misiniz?					
9. Çok sık tiksinti hissediyor musunuz?					

Genel Olarak	Hiç öyle düşü	Çok az öyle	Kısmen öyle düşünüyo rum	Oldukça fazla öyle düşünüyo rum	Kesinlikle öyle
---------------------	---------------------	-------------------	--------------------------------	--	--------------------

“Güçlü Duygular”	nmü yoru m	düşü nüy oru m		m	düşünüyö rum
1. Güçlü duygular hissetmenin tehlikeli olduğunu düşünüyor musunuz?					
2. Güçlü duygular, kontrolünüzü kaybetmenize ve sonradan pişman olacağınız şeyler yapmanıza neden olabilir mi?					
3. Güçlü duygular hissetmek 'kötü' müdür? (kötü olmanın veya başarısız olmanın bir işareti midir?)					
4. Kendinizi güçlü duygular hissetmekten alıkoymak aşırı derecede önemli mi?					
5. Güçlü duygular hissetmek korkutucu olabilir mi?					
6. Güçlü duygular hissettiğinizde, bu duygular sonsuza kadar sürecektir gibi geliyor mu?					
7. Güçlü duygular, sizi günlük işlerinizi yapamayacak kadar zorlar mı?					
	Hiç	Az bir mikt ar	Orta derecede	Çoğunluk la	Kesinlikle
8. 'Güçlü duyguları' açıkça tanımlayabilir misiniz?					
9. Çok sık güçlü duygular hissediyor musunuz?					

EK 6 – DUYGUDURUM FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katlıyorum	Kesinlikle Katlıyorum
1. Duygular hayatı yönlendirir.	1	2	3	4	5
2. Ne kadar kötü hissedersenem edeyim iyi şeyler düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
3. Genellikle ne hissettiğim konusunda karar veremem.	1	2	3	4	5
4. İnsanlar daha çok düşünüp daha az hissetseler onlar için daha iyi olur.	1	2	3	4	5
5. Üzgün olduğumda kendime hayattaki güzellikleri hatırlatırım.	1	2	3	4	5
6. Asla neler hissettiğimi söyleyemem.	1	2	3	4	5
7. Bazen neler hissettiğimi ifade edemem.	1	2	3	4	5
8. Hemen hemen her zaman ne hissettiğimi tam olarak bilirim.	1	2	3	4	5
9. Bazen mutlu olmama rağmen çoğunlukla dışardan kötümsermişim gibi görünürüm.	1	2	3	4	5
10. Çoğunlukla ne hissettiğimi çok iyi bilirim.	1	2	3	4	5
11. Kendimi ne kadar kötü hissedersenem edeyim, güzel şeyler düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
12. Ne hissettiğim konusunda karar veremediğim anlar çok nadirdir.	1	2	3	4	5
13. Duygularıma bir anlam veremem.	1	2	3	4	5
14. Bazen üzgün olmama rağmen, çoğunlukla dışardan iyimser görünürüm.	1	2	3	4	5
15. Duygular hakkında düşünmek genellikle zaman kaybıdır.	1	2	3	4	5
16. Üzgün olduğumda, hayattaki güzel şeylerin bir yalan olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
17. Duygular insanların zayıf yönleridir.	1	2	3	4	5
18. Sık sık duygularım hakkında düşünürüm.	1	2	3	4	5
19. Genellikle olaylar hakkındaki duygularımın farkındayım.	1	2	3	4	5
20. Neler hissettiğimi genellikle umursamam.	1	2	3	4	5
21. Benim için duygularım ile başa çıkmanın en kolay yolu onları dolu dolu yaşamaktır.	1	2	3	4	5
22. O an neler hissettiğime bağlı olarak inanç ve düşüncelerim değişir.	1	2	3	4	5
23. Duygularım konusunda rahatımdır.	1	2	3	4	5
24. Asla duygularımın esiri olmam.	1	2	3	4	5
25. Genellikle herhangi bir konu hakkındaki duygularımı bilirim.	1	2	3	4	5
26. Duygular insanları yönlendirmemeli.	1	2	3	4	5
27. Nasıl hissettiğime çok önem veririm.	1	2	3	4	5
28. Duygularıma pek dikkat etmem.	1	2	3	4	5
29. İnsanların kalplerinden geçtiği gibi davranmaları gerektiğine inanırım.	1	2	3	4	5
30. Bence duygularına ya da içinde bulunduğu ruh haline kafa yormaya değmez.	1	2	3	4	5

Duygulara Dikkat (Attention to feelings): 1, 4(r), 15(r), 17(r), 18, 20(r), 21, 24(r), 26(r), 27, 28(r), 29, 30(r)

Duygularda Berraklık (Clarity of feelings): 3(r), 6(r), 7(r), 8, 10, 12, 13(r), 19, 22(r), 23, 25

Duygularda İyileştirme (Repair of mood): 2, 5, 9(r), 11, 14, 16(r)

EK 7 – DUYGU GEREKSİNİMİ ÖLÇEĞİ

Duygu Gereksinimi Ölçeği

Maddeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım ama katılmıyorum	Kararsızım	Kararsızım ama katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	1	2	3	4	5	6	7
1. Geçmişime baktığımda duygularımı hissetmekten korkma eğiliminde olduğumu görürüm.	()	()	()	()	()	()	()
2. Bana yakın olan insanlara, onları sevdiğimi söylemekte sıkıntı çekerim.	()	()	()	()	()	()	()
3. Düzenli olarak güçlü duygular yaşamaya ihtiyacımın olduğunu hissedirim.	()	()	()	()	()	()	()
4. Duygular, insanların hayata ayak uydurmasına yardım eder.	()	()	()	()	()	()	()
5. Çok duygusal bir insanım.	()	()	()	()	()	()	()
6. Duygularımı keşfetmenin önemli olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()	()	()	()
7. Güçlü duygular yaşamayı umduğum durumlara yakın dururum.	()	()	()	()	()	()	()
8. Güçlü duyguları üstesinden gelinmez bulurum, bu nedenle deonlardan kaçınmaya çalışırım.	()	()	()	()	()	()	()
9. Duyguların inişlerini de çıkışlarını da yaşamayı tercih etmem.	()	()	()	()	()	()	()
10. Duygularımla nasıl başa çıkacağımı bilmiyorum, bu nedenle de duygularımdan kaçarım.	()	()	()	()	()	()	()
11. Duygular tehlikelidir – beni uzak durmak isteyeceğim durumlarasokma eğilimindedirler.	()	()	()	()	()	()	()
12. Kişinin duygularına göre hareket etmesi her zaman bir hatadır.	()	()	()	()	()	()	()
13. Duygularımıza hoşgörü göstermeliyiz.	()	()	()	()	()	()	()
14. Kişinin duygularını belli etmesi utanç vericidir.	()	()	()	()	()	()	()
15. Güçlü duygular genellikle yararlıdır.	()	()	()	()	()	()	()
16. İnsanlar güçlü duygular yaşamadıkları zaman daha etkili işlev görürler.	()	()	()	()	()	()	()
17. Duyguların yaşanması, insanların yaşamına katkıda bulunur.	()	()	()	()	()	()	()
18. Duygularımın farkında olmak benim için önemlidir.	()	()	()	()	()	()	()
19. Diğerlerinin ne hissettiğini bilmek benim için önemlidir	()	()	()	()	()	()	()
20. Duygularımı kurcalamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()	()	()
21. Keşke duyguları daha az hissedebilsem.	()	()	()	()	()	()	()
22. Duygusal olaylardan uzak durmak, geceleri daha rahat uyumama yardımcı olur.	()	()	()	()	()	()	()
23. Güçlü duygular yaşadığımda, yapabileceğimden bazen korkarım.	()	()	()	()	()	()	()
24. Zaman zaman doyasya ağlamaya ihtiyacım olduğunu hissedirim.	()	()	()	()	()	()	()
25. Tamamen mantığıyla hareket eden ve çok az duygu hisseden bir kişiolmayı isterdim.	()	()	()	()	()	()	()
26. Yatak odamı benim için duygusal önemi olan resim ve posterlerle donatmayı severim.	()	()	()	()	()	()	()

EK 8 – BOYUTSAL OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ

Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

Bu anket sizin 4 farklı konudaki (sizin yaşadığınız veya yaşamadığınız) endişelerinizle ilgili sorular sormaktadır. Her bir tip için; o tipe özgü düşüncelerin (bazen obsesyon olarak adlandırılır) ve davranışların (bazen ritüel ya da kompulsiyon olarak adlandırılır) tanımı vardır. Tanımların ardından bu düşünce ve davranışlarla ilgili sizin yaşadıklarınız hakkında 5 soru gelmektedir. Lütfen her açıklamayı dikkatlice okuyun ve her kategorideki sorulara son bir ay içerisindeki yaşantılarınıza dayanarak cevap verin.

Kategori 1: Mikroplar ve kirlenme (bulaşma) hakkındaki endişeler

Örnekler...

- ☐ Belirli bir nesne ya da kişi ile temas ettiğiniz (ya da yakın olduğunuz) zaman kirlendiğiniz şeklindeki düşünce veya hisleriniz.
- ☐ Belirli bir yerde (banyo gibi) bulunduğunuzdaki kirlenme hissiniz.
- ☐ Mikropların, hastalığın ya da kirliliğin yayılma olasılığı hakkındaki düşünceleriniz.
- ☐ Kirlenme ile ilgili endişelerinizden dolayı el yıkama, el dezenfektanı kullanma, banyo yapm kıyafetlerinizi değiştirme ya da nesneleri yıkama gibi davranışlarınız.
- ☐ Kirlenme nedeniyle belli bir düzeni takip etmeniz (ör.; banyoda, giyinirken).
- ☐ Kirlenme nedeniyle belli insanlardan, nesnelerden ya da yerlerden kaçınmanız.

Bundan sonra gelecek sorular son bir ay içinde kirlilikle ilişkili düşünce ve davranışlarınız hakkındadır. Yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın:

1. Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını kirlenme hakkında düşünerek ve kirlilikten dolayı yıkama veya temizleme davranışları ile meşgul olarak geçirirsiniz?
 - 0 Hiç
 - 1 Her gün bir saatten az
 - 2 Her gün 1 ila 3 saat arasında
 - 3 Her gün 3 ila 8 saat arasında
 - 4 Her gün için 8 saat ya da daha fazla
2. Kirlenme hakkındaki endişelerinizi önlemek için ya da yıkama, temizleme veya duş almaya zaman harcamak zorunda kalmamak için bu durumlardan ne ölçüde kaçınırsınız?
 - 0 Hiç kaçınmam
 - 1 Biraz kaçınırım
 - 2 Orta derecede kaçınırım
 - 3 Çok kaçınırım
 - 4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçınırım
3. Kirlenme hakkında düşünceleriniz olsaydı ama yıkama, temizleme veya duş alma (veya başka şekilde kirleri temizleme) davranışlarını yapmasaydınız, ne kadar sıkıntılı veya kaygılı-endişeli olurduunuz?
 - 0 Hiç sıkıntılı/endişeli olmam
 - 1 Hafif sıkıntılı/endişeli olurum
 - 2 Orta derecede sıkıntılı/endişeli olurum
 - 3 Çok sıkıntılı/endişeli olurum
 - 4 İleri derecede sıkıntılı/endişeli olurum
4. Kirlenme kaygıları ve aşırı derecede temizleme, yıkama, duş alma ya da kaçınma davranışları nedeniyle günlük işleriniz (iş, okul, öz bakım, sosyal yaşam) ne ölçüde bozulmuştur?
 - 0 Hiç bozulmadı.
 - 1 Biraz bozuldu fakat çoğunlukla işlevselliğim iyi.
 - 2 Birçok şey bozuldu fakat hala idare edebiliyorum.
 - 3 Hayatım birçok yönden bozuldu ve güçlükle idare ediyorum.
 - 4 Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevsel değilim.
5. Sizin için kirlenme ile ilgili düşüncelere aldırış etmemek ve yıkama, duş alma, temizleme ve diğer arınma davranışlarını yapmayı bırakmak ne kadar zordur?
 - 0 Hiç zor değil
 - 1 Biraz zor
 - 2 Orta derecede zor
 - 3 Çok zor
 - 4 Aşırı derecede zor

Kategori 2: Zarardan, Yaralanmadan veya Talihsizlikten Sorumlu Olma Konusundaki Endişeler

Örnekler...

Zararlı ya da korkunç bir şeyin olmasına neden olabilecek bir hata yapmış olma şüphesi.

Korkunç bir kaza, felaket, yaralanma veya başka bir talihsiz olayın meydana gelebileceği ve sizin bunu önlemek için yeterince dikkatli olmadığınız düşüncesi.

Bir şeyleri belli bir düzende yaparak, belirli sayıları sayarak ya da uğursuz sayı ve kelimelerden kaçınarak tehlike veya talihsizliği engelleyebileceğiniz düşüncesi.

Kaybedilmesi pek muhtemel olmayan önemli şeyleri kaybetme düşüncesi (ör; cüzdan, kimlik kartı, evraklar). Elektrik düğmeleri, kilit ve cüzdan gibi eşyaları gereğinden fazla kontrol etmek.

Kötü bir şey olmadığı (veya olmayacağı) konusunda güvence almak için bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek ya da tekrar tekrar sormak.

Bundan sonraki sorular son bir ay içinde felaket ve zararlar ilgili düşünce ve davranışlarınız hakkındadır. Sizin yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın.

1. Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını zarar ya da felaketlerin meydana gelme olasılığı hakkında düşünerek ve böyle şeylerin meydana gelip gelmediği ile ilgili güvence için efor sarf ederek veya kontrol ederek geçirirsiniz?
 - 0 Hiç
 - 1 Her gün bir saatten az
 - 2 Her gün 1 ile 3 saat arasında
 - 3 Her gün 3 ile 8 saat arasında
 - 4 Her gün 8 saat ya da daha fazla
2. Olası zarar veya felaketler hakkında endişelenmenize ya da tehlikeyi kontrol etmenize gerek kalmaması için bu durumlardan ne ölçüde kaçınırsınız?
 - 0 Hiç kaçınmam
 - 1 Biraz kaçınırım
 - 2 Orta derecede kaçınırım
 - 3 Çok kaçınırım
 - 4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçınırım
3. Zarar veya felaketlerin olma olasılığı hakkında düşündüğünüz zaman veya eğer bu konular hakkında güvence alamıyor veya kontrol edemiyorsanız ne kadar sıkıntılı veya kaygılı-endişeli olursunuz?
 - 0 Hiç sıkıntılı/ endişeli olmam
 - 1 Biraz sıkıntılı/ endişeli olurum
 - 2 Orta derecede sıkıntılı/ endişeli olurum
 - 3 Çok sıkıntılı/ endişeli olurum
 - 4 Aşırı sıkıntılı/ endişeli olurum
4. Zarar ve ya felaketleri düşünmekten, güvence almaktan veya aşırı kontrol etmekten dolayı günlük rutin işleriniz (iş, okul, öz bakım, sosyal yaşam) ne derecede bozulmuştur?
 - 0 Hiç bozulmadı.
 - 1 Biraz bozuldu fakat çoğunlukla işlevselliğim iyi.
 - 2 Birçok şey bozuldu fakat hala idare edebiliyorum.
 - 3 Hayatım birçok yönden bozuldu ve güçlükle idare ediyorum.
 - 4 Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevsel değilim.
5. Olası zarar ve felaketle ilgili düşüncelere aldırış etmemek ve güvence arama davranışlarından veya kontrol etmekten vazgeçmek sizin için ne kadar zordur?
 - 0 Hiç zor değil
 - 1 Biraz zor
 - 2 Orta derecede zor
 - 3 Çok zor
 - 4 Aşırı derecede zor

Kategori 3: Kabul Edilemez Düşünceler

Örnekler...

- Cinsellik, ahlaksızlık veya şiddetle ilgili isteğiniz dışında zihninize gelen rahatsız edici düşünceler.
- Gerçekte yapmak istemediğiniz çirkin, uygunsuz veya utandırıcı şeylerle ilgili düşünceler.
- Kötü bir düşünceden dolayı özel bir rutini uygulamak veya bir eylemi tekrar etmek.
- İstenmeyen veya rahatsız edici bir düşünceden kurtulmak için zihinsel olarak belli işlemleri gerçekleştirmek veya dua etmek.
- İstenmeyen veya rahatsız edici düşünceleri tetikleyen belli kişilerden, yerlerden veya durumlardan kaçınmak.

Bundan sonraki sorular son bir ay içinde aklınıza istemeden gelen düşünceleri ve bu düşüncelerle başa çıkmak için yaptığınız davranışları değerlendirir. Sizin yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın.

1. Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını istenmeyen, rahatsız edici düşüncelerle ve bu düşüncelerle başa çıkmak için yaptığınız davranışsal veya zihinsel eylemlerle geçirirsiniz?
0 Hiç
1 Her gün bir saatten az
2 Her gün 1 ile 3 saat arasında
3 Her gün 3 ile 8 saat arasında
4 Her gün 8 saat ya da daha fazla
2. İstenmeyen ve rahatsız edici düşünceleri tetikleyen durumlar, yerler, nesneler ve diğer hatırlatıcılardan (sayılar, kişi) ne ölçüde kaçınırsınız?
0 Hiç kaçınmam
1 Biraz kaçınırım
2 Orta derecede kaçınırım
3 Çok kaçınırım
4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçınırım
3. İradeniz dışında aklınıza istenmeyen ve rahatsız edici düşünceler geldiğinde ne kadar sıkıntı ya da kaygı-endişe yaşarsınız?
0 Hiç sıkıntı / endişe yaşamam
1 Biraz sıkıntı / endişe yaşarım
2 Orta derecede sıkıntı / endişe yaşarım
3 Çok sıkıntı / endişe yaşarım
4 Aşırı sıkıntı / endişe yaşarım
4. İstenmeyen rahatsız edici düşünceler ve bu düşüncelerle başa çıkma, kaçınma çabaları yüzünden günlük rutin işleriniz (iş, okul, öz bakım, sosyal yaşam) ne derecede bozulmuştur?
0 Hiç bozulmadı.
1 Biraz bozuldu fakat çoğunlukla işlevselliğim iyi.
2 Birçok şey bozuldu fakat hala idare edebiliyorum.
3 Hayatım birçok yönden bozuldu ve güçlüklerle idare ediyorum.
4 Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevsel değilim.
5. İstenmeyen rahatsız edici düşüncelere aldırış etmemek veya bu düşüncelerle başa çıkmak için yaptığınız davranış ya da zihinsel eylemleri kullanmaktan vazgeçmek sizin için ne kadar zordur?
0 Hiç zor değil
1 Biraz zor
2 Orta derecede zor
3 Çok zor
4 Aşırı derecede zor

Kategori 4: Simetri, eksiksizlik ve Bir Şeylerin “Tam Olması” Gereksinimiyle İlgili Endişeler

Örnekler...

- Simetri, düzgünlük, eşitlik veya kesinlik ihtiyacı.
- Bir şeylerin “tam” olmadığı hissi.
- “Tam” veya “eşit” olduğunu hissedene kadar belli bir eylemi tekrarlamak.
- Anlamsız şeyleri saymak (örn., tavan panelleri, bir cümledeki kelimeler).
- Gereksiz yere eşyaları “düzenlemek”.

Bundan sonraki sorular son bir ay içinde bir şeylerin tam olmadığı ile ilgili hisleriniz ve simetri, düzen ve eşitlik sağlamak üzere yaptığınız davranışlarınız hakkındadır. Sizin yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın.

1. Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını simetri, düzen veya eşitlik ile ilgili istenmeyen düşüncelerle ve simetri, düzen, eşitlik sağlamak amacıyla yaptığınız davranışlarla geçirirsiniz?
0 Hiç
1 Her gün bir saatten az
2 Her gün 1 ila 3 saat arasında
3 Her gün 3 ila 8 saat arasında
4 Her gün 8 saat ya da daha fazla
2. Bazı şeylerin simetrik veya tam doğru olmadığını hissettiren nesne, durum ve yerlerden ne derecede kaçınırsınız?
0 Hiç kaçınmam
1 Biraz kaçınırım
2 Orta derecede kaçınırım
3 Çok kaçınırım
4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçınırım
3. Bazı şeylerin “tam doğru” olmadığı ile ilgili hisleriniz olduğu zaman ne kadar sıkıntılı ve kaygılı-endişeli olursunuz?
0 Hiç sıkıntılı/ endişeli olmam
1 Biraz sıkıntılı/ endişeli olurum
2 Orta derecede sıkıntılı/ endişeli olurum
3 Çok sıkıntılı/ endişeli olurum
4 Aşırı sıkıntılı/ endişeli olurum
4. Bir şeylerin “tam doğru” olmadığı hissi nedeniyle ve tam olarak doğru olması için düzeltme ve sıraya koyma çabaları nedeniyle günlük rutin işleriniz (iş, okul, özbakım, sosyal yaşam) ne derecede bozulmuştur?
0 Hiç bozulmamıştır
1 Biraz bozulmuştur fakat çoğunlukla işlevselliğim iyidir.
2 Birçok şey bozulmuştur fakat hala idare edebilirim.
3 Hayatım birçok yönden bozuldu ve çok sıkıntılı idare ediyorum.
4 Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevsel değilim.
5. Simetri ve düzenin olmadığıyla ilgili düşüncelere aldırış etmemek ve düzenlemekten veya belli davranışları tekrarlamaktan vazgeçmek sizin için ne kadar zordur?
0 Hiç zor değil
1 Biraz zor
2 Orta derecede zor
3 Çok zor
4 Aşırı derecede zor

EK 9 – OBSESİF İNANISLAR ANKETİ-20

Bu envanterde, insanların zaman zaman takındıkları bir dizi tutum ve inanış sıralanmıştır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve ifadeye ne kadar katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

Her bir ifade için, *nasıl düşündüğünüzü en iyi tanımlayan* cevaba karşılık gelen rakamı seçiniz. İnsanlar birbirinden farklı olduğu için envanterde doğru veya yanlış cevap yoktur.

Sunulan ifadenin, tipik olarak yaşama bakış açınızı yansıtır yansıtmadığına karar vermek için sadece çoğu zaman nasıl olduğunuzu göz önünde bulundurunuz.

Derecelendirme için aşağıdaki ölçeği kullanınız:

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle Tamamen katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	

Derecelendirme yaparken, ölçekteki orta değeri işaretlemekten (4) kaçınmaya çalışınız; bunun yerine, inanış ve tutumlarınızla ilgili ifadeye genellikle katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

1. Bir şeyden tamamıyla emin değilsem, kesin hata yaparım	
2. Değerli biri olmam için yaptığım her şeyde mükemmel olmalıyım	
3. Zarar verme/görme olasılığı çok az olsa bile, ne yapıp edip onu engellemeliyim	
4. Bana göre, kötü/uygunsuz dürtülere sahip olmak aslında onları gerçekleştirmek kadar kötüdür	
5. Bir tehlikeyi önceden görmeme karşın bir harekette bulunmazsam, herhangi bir sonuç için suçlanacak kişi konumuna ben düşerim	
6. Her türlü günlük aktivitede, zarar vermeyi engellemede başarısız olmak kasten zarar vermek kadar kötüdür	
7. Benim için, zararı önlememek zarar vermek kadar kötüdür	

8. Bir hata yaparsam üzüntülü olmalıyım	
9. Benim için, her şey mükemmel olmazsa işler yolunda sayılmaz	
10. Müstehcen düşüncelerin aklımdan geçmesi çok kötü bir insan olduğum anlamına gelir	
11. İlave önlemler almazsam, ciddi bir felaket yaşama veya felakete neden olma ihtimalim, diğer insanlara kıyasla daha fazladır	
12. Diğer insanlara kıyasla, kendime veya başkalarına kazara zarar vermem daha muhtemeldir	
13. Kötü düşüncelere sahip olmak tuhaf veya anormal biri olduğum anlamına gelir	
14. Dikkatli olsam da kötü şeylerin olabileceğini sıklıkla düşünürüm	
15. İstenmeyen biçimde zihnimde beliren düşünceler, kontrolü kaybettiğim anlamına gelir	
16. Dikkatli olmadığım takdirde zarar verici hadiseler yaşanabilir	
17. Bir şey tam anlamıyla doğru yapıncaya kadar üzerinde çalışmaya devam etmeliyim	
18. Benim için bir felaketi önlemekte başarısız olmak ona sebep olmak kadar kötüdür	
19. Kötü bir düşünceye sahip olmak, ahlaki açıdan kötü bir şekilde davranmaktan çok da farklı değildir	
20. Ne yaparsam yapayım, yaptığım iş yeterince iyi olmayacaktır	

EK 10 - DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ÖLÇEĞİ-KISA FORM (DDGÖ-16)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hemen hemen hiç (% 0-% 10	Bazen (% 11- % 35)	Yaklaşık Yarı yarıya (% 36- % 65)	Çoğu zaman (% 66- % 90)	Hemen hemen her zaman (% 91- % 100)
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.					
5. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.					
6. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
7. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
8. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım korkusu yaşarım.					
9. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
10. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
12. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					

15. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

EK 11 – DUYGU DÜZENLEME ANKETİ

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

- _____ Daha fazla olumlu duygu hissetmek istediğimde (sevinç veya eğlence gibi) düşündüğüm şeyi değiştiririm.
- _____ Duygularımı kendime saklarım.
- _____ Daha az olumsuz duygu hissetmek istediğimde (üzüntü veya öfke gibi) düşündüğüm şeyi değiştiririm.
- _____ Olumlu duygular hissettiğimde onları belli etmemeye dikkat ederim.
- _____ Stresli bir durumla karşılaştığımda, sakin kalmama yardım edecek şekilde düşünmeye çalışırım.
- _____ Duygularımı belli etmeyerek onları kontrol ederim.
- _____ Daha fazla olumlu duygu hissetmek istediğimde o durumla ilgili düşünce şeklimi değiştiririm.
- _____ İçinde bulunduğum duruma göre düşünce şeklimi değiştirerek duygularımı kontrol ederim.
- _____ Olumsuz duygular hissettiğimde onları belli etmediğimden emin olmak isterim.
- _____ Daha az olumsuz duygu hissetmek istediğimde o durumla ilgili düşünce şeklimi değiştiririm.

PUANLAMA

Bilişsel yeniden değerlendirme maddeleri: 1, 3, 5, 7, 8, 10

Bastırma maddeleri: 2, 4, 6, 9

Her boyut kendi içinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin kuramsal temelinden dolayı iki boyutun toplamı alınmamaktadır.

Aslında bu bir ölçektir. Ancak özgün isminde anket başlığı kullanılması sebebiyle aslına sadık kalınmıştır.

EK 12 – HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

HAD ÖLÇEĞİ

Hasta adı soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
☐ Birçok zaman
☐ Zaman zaman, bazen

☐ Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
- ☐ Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum .

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen

- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek