

**T. C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA PROSPEKTİF VE
RETROSPEKTİF BELLEK, ÜST-BELLEK VE İŞLEVSEL
OLMAYAN İNANÇLARIN İLİŞKİSİ**

Fatma DERELİ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Belma Bekçi**

İSTANBUL, Kasım 2017

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA PROSPEKTİF VE
RETROSPEKTİF BELLEK, ÜST-BELLEK VE İŞLEVSEL
OLMAYAN İNANÇLARIN İLİŞKİSİ**

FATMA DERELİ

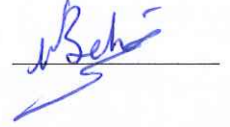
132005019

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih :

Tezin Savunulduğu Tarih :

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Belma BEKÇİ



Diğer Jüri Üyeleri :

Yrd. Doç. Dr. Zekeriya Deniz AKTAN

Prof. Dr. Dilek ŞİRVANLI ÖZEN



İSTANBUL, Kasım 2017

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgisine, karakterine hayran olduğum, kendime örnek aldığım, üzerinde çalışmayı istediğim konuyu kabul ederek tez sürecimde danışmanlık yapmayı kabul eden değerli hocam Doç. Dr. Belma Bekçi'ye yardımları, sağladığı motivasyonu, güler yüzü ve en önemlisi bana olan inancı için çok teşekkür ederim.

Tezi geliştirmemde değerli önerileri ile katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Dilek Şirvanlı'ya ve Doç. Dr. İrem Erdem Atak'a, ayrıca Pendik Şifa Hastanesi'nde araştırmamıza katılımın sağlanmasında önemli desteği olan Uzm. Dr. Fırat Atak'a teşekkür ederim. Tezimle ilgili olarak yardıma ihtiyaç duyduğum zamanlarda yaşadığım sorunları çözmemde yardımcı olan ve tez savunmamda jüri üyesi olmayı kabul eden değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Zekeriya Deniz Aktan'a kıymetli önerileri için teşekkür ederim.

Tez hazırlama sürecimde değerli fikirleriyle bana çok yardımcı olan, daha önce de kendisiyle çalışma imkânı bulduğum, yanında bulunduğum her dönemde insani değerlerin ne denli önemli olduğunu duruşuyla ve tavırlarıyla hatırlatan, motivasyonunu hiç eksik etmeyen çok kıymetli Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin'e bu süreçte bana kattığı güzellikler ve değerli bilgileri için teşekkür ederim.

Kısıtlı bir sürede araştırmam için gerekli hastalara ulaşabilmemde yardımcı olan başta Uzm. Dr. Yücel Yılmaz olmak üzere, Uzm. Dr. Pelin Öztürk'e, Uzm. Dr. Dicle Bilge Öğüt'e ve diğer Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi doktorlarına ve diğer tüm personele değerli yardımları için teşekkür ederim.

Araştırma sürecinde Sancaktepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde takip ettiğim hastalarım benim yokluğumu hissettirmeyerek gerekli olan danışmanlık hizmetini veren tüm ekip arkadaşlarıma bu süreçteki destekleri için teşekkür ederim.

Hastalara ulaşma konusunda benimle aynı kaderi paylaşan, o süreçte tanıştığım ve şuanda arkadaşlığına çok değer verdiğim, desteğini hep hissettiğim kıymetli arkadaşım Filiz Koçoğlu'na çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans programında tanıdığım değerli arkadaşlarıma ve özellikle dostluğuna çok önem verdiğim, yüksek lisans programı sürecinde hayatıma katılan iyikilerimden olan canım arkadaşım Nevcihan Sağlam’a en sıkıntılı dönemlerimde yanımda olduğu ve desteğini hiç eksik etmediği için çok teşekkür ederim.

Tez yazma sürecimin en sancılı ve sıkıntılı anlarında beni rahatlatan, her anlamda ve her anımda daima yanımda olduklarını hissettiğim canım aileme bana olan inançları, sevgileri ve destekleri için çok teşekkür ederim.

Kardeşim gibi gördüğüm çok kıymetli arkadaşım Ayşe Ayvazoğlu’na literatür taramasında kaynak bulmamda sağladığı destekleri için ve bitmek bilmeyen güzel enerjisiyle beni de canlandırdığı için çok teşekkür ederim. Her nefes almaya ihtiyaç duyduğumda hep yanımda olan canım arkadaşlarım Nurhan, Çisem ve Bahar’a güzel dostlukları için teşekkür ederim.

Bilgisayarımın bozulması nedeniyle araştırmamla ilgili çalışmalarımın aksadığı dönemde kendi bilgisayarını hiç düşünmeden bana veren, iş sonrası içtiğimiz kahveler ve güzel sohbetiyle çok keyifli zamanlar geçirdiğim canım arkadaşım Zuhal’e desteği için çok teşekkür ederim.

Bu tezi benim için manevi olarak çok büyük değeri olan sevgili hocam Nuri BİLGİN’e ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

<u>TEŞEKKÜR</u>	i
<u>İÇİNDEKİLER</u>	iii
<u>ÖZET</u>	vi
<u>ABSTRACT</u>	viii
<u>KISALTMALAR</u>	x
<u>ŞEKİL LİSTESİ</u>	xi
<u>TABLO LİSTESİ</u>	xii
<u>1. GİRİŞ VE AMAÇ</u>	1
<u>1.1. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ</u>	2
<u>1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI</u>	3
<u>1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ</u>	3
<u>BÖLÜM 2</u>	5
<u>2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB)</u>	5
<u>2.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanısı</u>	5
<u>2.1.2. Obsesyonlar ve Kompulsiyonlar</u>	6
<u>2.1.3. Epidemiyoloji</u>	9
<u>2.1.4. Eş Tanı</u>	10
<u>2.1.5. Etiyoloji</u>	11

<u>2.1.6. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Kuram</u>	11
<u>2.2. PANİK BOZUKLUK</u>	13
<u>2.3. RETROSPEKTİF VE PROSPEKTİF BELLEK SÜREÇLERİ</u>	14
<u>2.3.1. OKB ve Panik Bozuklukta Görülen Bellek Sorunları</u>	17
<u>2.3.1.1.OKB’de Görülen Bellek Sorunlarına Yönelik Araştırmalar</u>	17
2.3.1.2. Panik Bozuklukta Görülen Bellek Sorunlarına Yönelik Araştırmalar...	19
<u>2.3.2. OKB’de Görülen Üst-bellek Sorunlarına Yönelik Araştırmalar</u>	20
<u>2.3.3. OKB’de İleriye Yönelik Bellek (Prospektif Bellek) Sürecine Yönelik Araştırmalar</u>	23
<u>2.4. OKB VE PANİK BOZUKLUKTA İŞLEVSEL OLMAYAN İNANÇLAR</u>	2828
<u>3.YÖNTEM</u>	34
<u>3.1. ÖRNEKLEM</u>	34
<u>3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI</u>	35
<u>3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu</u>	35
<u>3.2.2. Demografik Bilgi Formu</u>	35
<u>3.2.3. Hastalık Öyküsü Bilgi Formu</u>	35
<u>3.2.4. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)</u>	36
<u>3.2.5. Bellek Testi</u>	36
<u>3.2.6. İleriye (Prospektif) ve Geriye (Retrospektif) Yönelik Bellek Ölçeği (İGYBÖ)</u>	37
<u>3.2.7. Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 (OİÖ-44)</u>	38
<u>3.2.8. Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri (SDKE)/ Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri (SSKE)</u>	38
<u>3.2.9. Beck Depresyon Envanteri (BDE)</u>	39

<u>3.2.10. Padua Envanteri (PE)</u>	40
<u>3.3. İŞLEM</u>	41
<u>3.4. VERİ ANALİZİ</u>	42
<u>4. BULGULAR</u>	43
<u>4.1. BETİMSSEL ANALİZ SONUÇLARI</u>	43
<u>4.2. OKB, PANİK VE KONTROL GRUBU KARŞILAŞTIRMALARINA İLİŞKİN ANOVA VE ANCOVA SONUÇLARI</u>	48
<u>5. TARTIŞMA</u>	58
<u>5.1. GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRMA SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ</u>	58
<u>5.1.1. Bellek Performansı Açısından Sonuçların Değerlendirilmesi</u>	58
<u>5.1.1.1. Prospektif ve Retrospektif Bellek Açısından Sonuçların Değerlendirilmesi</u>	60
<u>5.1.2. Belleğe Duyulan Güven Açısından Sonuçların Değerlendirilmesi</u>	62
<u>5.1.3. Obsesif İnançlar Açısından Sonuçların Değerlendirilmesi</u>	64
<u>5.1.4. Depresyon ve Kaygı Açısından Sonuçların Değerlendirilmesi</u>	68
<u>5.2. SONUÇ</u>	69
<u>5.2.1. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Klinik Açısından Önemi</u>	71
<u>5.2.2. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler</u>	72
<u>KAYNAKLAR</u>	75
<u>EKLER</u>	86

ÖZET

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA PROSPEKTİF VE RETROSPEKTİF BELLEK, ÜST-BELLEK VE İŞLEVSEL OLMAYAN İNANÇLARIN İLİŞKİSİ

Dereli, F. *Obsesif kompulsif bozuklukta prospektif ve retrospektif bellek, üst-bellek ve işlevsel olmayan inançların ilişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.

Bu araştırmada obsesif kompulsif bozuklukta bellek (retrospektif ve prospektif), üst-bellek ve işlevsel olmayan inançların ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca çıkan sonuçların sadece OKB'ye özgü olduğu çıkarımını yapabilmek için kontrol grubuna ek olarak kaygı bozuklukları grubundan panik bozukluk grubu da araştırmaya ikinci bir karşılaştırma grubu olarak dahil edilmiştir. Araştırma hipotezi, OKB tanısı alan kişilerin prospektif ve retrospektif bellek süreçlerinin bozulduğu, belleklerine duydukları güvenin düşük olduğu ve yüksek düzeyde işlevsel olmayan inançlara sahip oldukları yönündedir. Araştırma OKB grubu (n=29), Panik grubu (n=23) ve Kontrol grubu (n=30) olmak üzere üç grup üzerinde yürütülmüştür. Katılımcıların bellek süreçlerini objektif bir şekilde değerlendirebilmek için çeşitli görevlerden oluşan bellek testi uygulanmıştır. Araştırmada ayrıca Beck Depresyon Envanteri (BDE), Padua Envanteri (PE), Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri (SDKE) - Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri (SSKE), Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 (ÖİÖ-44), İleriye ve Geriye Yönelik Bellek Ölçeği (İGYBÖ) kullanılmıştır. Her bir bağımlı değişken için gruplar arasında anlamlı farklılık olup olmadığına ANOVA ile bakılmıştır. Analizler sonucunda, prospektif ve retrospektif bellek süreçleri açısından hem OKB ve hem de Panik grubunun Kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük performans sergilediği görülmüştür. Ayrıca, üst-bellek süreçleri açısından OKB grubunun kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bellek sorunları

bildirdikleri saptanmıştır. Ancak depresyon ve kaygı düzeylerinin kontrol edildiği ANCOVA’da bu farkın ortadan kalktığı görülmüştür. İşlevsel olmayan inançlar açısından ise “abartılmış sorumluluk ve tehdit” inanç alanı ile “mükemmelliyetçilik/kesinlik” inanç alanının OKB’de önemli olan inanç alanları olduğu görülürken, “düşüncelere aşırı önem verme ve düşünce kontrolü” inanç alanı bakımından OKB ile Kontrol grubu arasında görülen anlamlı farklılığın depresyon ve kaygı düzeylerinin kontrol edilmesiyle ortadan kalktığı gözlenmiştir. Sonuç olarak OKB tanısı alan kişilerin bellek sorunları yaşadıkları, belleklerine duydukları güvenin düşük olduğu ve yüksek düzeyde işlevsel olmayan inançlara sahip oldukları hipotezlerinin kısmen desteklendiği görülmüştür. Ayrıca OKB’de görülen bellek ve üst-bellek sorunlarının OKB’ye özgü olmadığını destekleyen bulgular elde edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, bellek, üst-bellek, prospektif bellek, retrospektif bellek, işlevsel olmayan inançlar

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN PROSPECTIVE AND RETROSPECTIVE MEMORY, METAMEMORY AND DYSFUNCTIONAL BELIEFS IN OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

Dereli, F. *The relationship between prospective and retrospective memory, metamemory and dysfunctional beliefs in obsessive compulsive disorder*, Masters Degree Dissertation, İstanbul, 2017.

This research study aims to investigate the relationship between memory (prospective and retrospective), metamemory and dysfunctional beliefs accompanying obsessive compulsive disorder (OCD). Three groups were included in the study: 29 participants diagnosed with OCD, 23 participants diagnosed with panic disorder and 30 healthy controls. In order to draw the conclusion that all results are valid only for OCD, we included the panic disorder group as a second comparison group. All the groups were similar with regards to age, sex and duration of education. We hypothesized that the OCD group has comparatively more memory deficits (prospective and retrospective), diminished confidence in memory and higher dysfunctional beliefs. A memory test with various subtests was administered to all the participants in order to obtain an objective evaluation of their memory processes. Other instruments used in the study were Beck Depression Inventory (BDI), Padua Inventory (PI), Spielberger State Anxiety Inventory (SSAI)- Spielberger Trait Anxiety Inventory (STAI), Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI), Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44), Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ). For the analysis of research data, ANOVA was administered to see the differences between groups. Results show that the OCD group and the Panic group got lower scores in the memory test than the Control group. In addition, the OCD group reported more memory problems than the Control group. ANCOVA was used to exclude the effects of depression and anxiety. When

depression and anxiety levels were controlled, the differences between groups disappeared. Another important result is that while “responsibility and threat overestimation”, “perfectionism and need for certainty” were found to be important obsessive beliefs for the maintenance of OCD; “control and importance of thoughts” disappeared when depression and anxiety levels were controlled. In summary, the results show that memory and metamemory deficits are not particular to OCD as they also accompany panic disorder. However, obsessive beliefs are found to have an important role in the maintenance of OCD.



Key words: Obsessive compulsive disorder, memory, metamemory, prospective memory, retrospective memory, dysfunctional/obsessive beliefs

KISALTMALAR

BDE	. Beck Depresyon Envanteri
İGYBÖ	. İleriye ve Geriye Yönelik Bellek Ölçeği
LOE	. Leyton Obsesyon Envanteri
MOKSL	. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
OİÖ-44	. Obsesif İnanışlar Ölçeği-44
OKB	. Obsesif Kompulsif Bozukluk
PE	. Padua Envanteri
PRMQ	. Prospective and Retrospective Memory Questionnaire
SDKE	. Spielberger Durumluluk Kaygı Envanteri
SSKE	. Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri
STAI	. State Trait Anxiety Inventory

ŞEKİL LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Şekil 1. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında Bellek testi toplam puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik	48
Şekil 2. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında Bellek testinin prospektif alt test toplam puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik	50
Şekil 3. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında Bellek testinin retrospektif alt test toplam puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik	51
Şekil 4. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında Bellek testinin prospektif üst-bellek toplam puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik.....	51
Şekil 5. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında Bellek testinin retrospektif üst-bellek toplam puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik.....	52
Şekil 6. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında İleriye ve Geriye Yönelik Bellek Ölçeği (İGYBÖ) toplam puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik	52
Şekil 7. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında İleriye ve Geriye Yönelik Bellek Ölçeği (İGYBÖ) prospektif puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik	53
Şekil 8. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında İleriye ve Geriye Yönelik Bellek Ölçeği (İGYBÖ) retrospektif puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik	54
Şekil 9. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 alt test puan ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik	55
Şekil 10. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında Beck Depresyon Envanteri (BDÖ) puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik	56
Şekil 11. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik	57
Şekil 12. OKB ve Panik Gruplarında Padua Envanteri (PE) puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik	57

TABLO LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 4.1 Demografik özelliklere ilişkin betimsel analiz değerleri ve gruplar arası karşılaştırma sonuçları	44
Tablo 4.2 Katılımcıların Tedavi Durumlarına İlişkin Sıklık ve Yüzde Değerleri	46
Tablo 4.3 Bağımlı değişken ölçümlerine ilişkin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri	47
Tablo 4.4 OKB, Panik ve Kontrol Gruplarının karşılaştırılmasına yönelik ANOVA ve ANCOVA sonuçları	49

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) obsesyon ve kompulsiyonlarla karakterize olan ve nüfusun yaklaşık %3'ünde görülen obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluktur (akt. Cuttler ve Graf, 2009). Obsesyonlar bireyin zihninden uzaklaştıramadığı, iradesi ve kontrolü dışında zihnine hücum eden, rahatsız edici, çoğu zaman tehdit edici, ısrarcı ve tekrarlayıcı düşünceler, imgeler veya dürtülerdir. Kompulsiyon ise, obsesyonel düşüncelerin ve ruminasyonların yarattığı sıkıntıyı azaltmak ya da felaketi önlemek için kişinin yapmaya zorunlu hissettiği tekrarlayıcı, istemli, stereotipik davranışlar veya zihinsel tepkilerdir (Davison ve Neale, 2004).

Yüksek düzeyde şüphe duyma, emin olamama, kontrol etme kompulsiyonları OKB'de bilişsel süreçlere ilişkin bozukluklar olabileceği sorusunu akla getirmiştir. Nöropsikolojik teoriler OKB'de gözlenen tekrarlı ve ısrarlı semptomların kişilerin yaptıkları eylemleri yeterince hatırlayamamaları, takip edememeleri ile ilişkili olabileceğini savunmaktadırlar (Nedeljkovic vd., 2009). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların kompulsiyonlarının altında yatan nedenin bellek süreçlerindeki bozulmayla ilgili olduğuna dair bu görüş OKB hastalarının bellek süreçlerine yönelik çeşitli araştırmalar yapılmasına yol açmıştır. Bu araştırmalardan elde edilen bulgular tutarsızlık göstermiştir. Bazı araştırmalar OKB tanısı alan hastalarda bellek süreçlerinin bozulduğunu desteklerken (örn., Rubenstein vd., 1993; Sher vd., 1989; Sher vd., 1983) diğer bazı araştırmalar ise bu bulguyu desteklememiştir (örn., Foa vd., 1997; Jelinek vd., 2006). Bunun üzerine asıl sorunun bellek süreçleriyle ilgili olmadığı, belleklerine ilişkin değerlendirmeleri ile ilgili olduğu görüşü hakim olmuştur (örn., Boschen ve Vuksanovic, 2007; Hermans vd., 2003; MacDonald vd., 1997; Tolin vd., 2001; Tuna vd., 2005). Üst-bellek süreçlerine ilişkin yapılan araştırmalarda yine tutarlı bir sonuca varılamamıştır (örn., Cuttler ve Graf, 2009; Harris vd., 2010; Moritz vd., 2006).

Normal insanlarda da bellek problemleri olmasına ve kendi belleklerine güvenmemelerine rağmen ne oluyor da OKB'deki temel karakteristik özellik olan obsesyon ve kompulsiyon gelişmiyor? OKB hastalarında hakim olan birtakım işlevsel olmayan inançlar (obsesif inançlar) vardır. İşlevsel olmayan inançlardan mükemmelliyetçilik, düşünceye aşırı önem verilmesi ve düşünceleri kontrol etme isteği ve ayrıca abartılmış tehdit algısı ve sorumluluk algısı OKB'de önemli inanç alanlarıdır (Tümek vd., 2015). Örneğin ocağı kapatıp kapatmadığına dair içine şüphe düşen biri “ocağı açık unutursam ev yanıp kül olur ve bunun tüm sorumlusu ben olurum” şeklinde düşünceye sahip ise ve ayrıca kendi belleğine de güvenmiyor ise kontrol etme davranışının ortaya çıkma olasılığının yüksek olacağı ileri sürülmektedir (Cuttler vd., 2013; Toffolo, 2015). Bu bilgilerden hareketle OKB'de önemli olduğu düşünülen işlevsel olmayan inançlar ile bellek ve üst-bellek sorunlarının bir arada incelenmesi planlanmıştır.

1.1. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Oldukça heterojen bir yapıya sahip olan OKB'nin nedenleri ile ilgili pek çok hipotez kurulmuştur. OKB'nin gelişimi ve sürdürülmesinde rol oynayan faktörlere bakıldığında işlevsel olmayan inançların önemli rolü olduğu bilgisi ile birlikte bellek süreçlerine yönelik değerlendirmeler ile de psikolojik temeli anlaşılmasına çalışılmıştır. Bu anlamda elde edilecek bulgular ile araştırmamızın OKB hakkında daha detaylı bilgi edinilmesinde ve klinik anlamda da vaka formülasyonunda yardımcı olacak bilgiler sunulmasında katkısı olacağı düşünülmektedir.

Daha önceki araştırmalar incelendiğinde bir takım yöntemsel sorunlar olduğu görülmüştür. OKB'de görülen bellek ve üst-bellek süreçlerine yönelik yapılan araştırmaların çoğu klinik altı yani tanı almamış ancak o yönde eğilimleri olan (subclinical) katılımcılar ile yapılmış olduğundan OKB tanılı hastalara genellenmesinde sınırlılıklar yaratmıştır (örn., Cuttler ve Graf, 2007,2008,2009; Rubenstein vd. 1993; Sher vd., 1984; Sher vd., 1989). Bulguların OKB'ye özgü olduğunu söyleyebilmek için kaygı bozukluklarının araştırma desenine dahil edildiği araştırma sayısı da oldukça azdır (örn., Hermans vd., 2008; Tolin vd., 2001). Bu yüzden mevcut araştırma deseni tasarlanırken OKB tanısı alanlar, panik bozukluk tanısı alanlar ve sağlıklı (psikiyatrik tanı almamış) kontrol grubu şeklinde gruplar oluşturularak karşılaştırmalı incelenmesi

planlanmıştır.

Türkiye'deki araştırmalar incelendiğinde OKB hastalarında prospektif bellek süreçlerini ele alan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan planlanan mevcut araştırma Türkiye'de bir ilk olacaktır. Bu konuda yapılan yurtdışı araştırmaları da sayıca oldukça azdır. Özellikle bellek süreçlerine yönelik değerlendirmeleri, prospektif bellek süreçleri ve işlevsel olmayan inançları entegratif bir şekilde ele alan sadece bir tane araştırma bulunmuştur. Bu çalışma Cuttler ve arkadaşları (2013) tarafından yapılmış olup yine tanı almamış ancak obsesif kompulsif belirtiler gösteren (subclinical) örneklem üzerinde yürütülmüştür ve sadece katılımcıların öznel bildirimlerine dayalı ölçekler kullanılmıştır.

Tüm bunlar doğrultusunda OKB tanısı almış klinik örneklem üzerinde hastanın kendisinin bildirimlerine dayalı ölçeklerin yanı sıra, objektif ölçüm aracı olan hem retrospektif hem de prospektif bellek süreçlerini inceleme imkanı tanıyan, günlük bellek problemlerinin tespit edilmesinde kullanılan uygulamaya dönük Rivermead Davranışsal Bellek Testinin alt testlerine benzer testlerden yararlanılarak çeşitli görevlerin uygulanması gerçekleştirilmiştir. Literatürdeki araştırmalarda görülen yöntemsel sorunları en aza indirebilecek bir araştırma planlanarak OKB gelişimine katkısı olduğu düşünülen süreçlerin tespit edilmesinin, hem literatürdeki tutarsız sonuçlara ilişkin önemli bir veri sağlayacağı, hem de elde edilecek bilgiler ışığında uygulama alanına da yenilikler getireceği düşünülmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış hastaların prospektif ve retrospektif bellek süreçleri, belleklerine ilişkin değerlendirmeleri ve işlevsel olmayan inançların ilişkisini incelemek amacıyla bu araştırma planlanmıştır.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

- OKB grubunun, panik grubuna göre prospektif bellek puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür.
- OKB grubunun, kontrol grubuna göre prospektif bellek puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür.

- OKB grubunun, panik grubuna göre retrospektif bellek puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür.
- OKB grubunun, kontrol grubuna göre retrospektif bellek puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür.
- OKB grubunun, panik grubuna göre bellek performanslarına güven puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür.
- OKB grubunun, kontrol grubuna göre bellek performanslarına güven puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür.
- OKB grubunun, panik grubuna göre işlevsel olmayan inanç puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olacaktır.
- OKB grubunun, kontrol grubuna göre işlevsel olmayan inanç puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olacaktır.

BÖLÜM 2

2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB)

Obsesif kompulsif bozukluk, kişinin zihnine istemsiz biçimde, yineleyici olarak gelen belirgin derecede kaygıya ve sıkıntıya neden olan düşünce, dürtü ve imgeler olarak tanımlanan obsesyonlar ve bu obsesyonlara tepki olarak kişinin katı bir biçimde uyguladığı ve bunları yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar ve zihinsel eylemlerle (kompulsiyonlar) belirgin psikiyatrik bozukluktur (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı: DSM-V-TR; Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), 2013). İzleyen bölümlerde OKB'nin tanısı, yaygınlığı, cinsiyet dağılımı, eştanılı bozukluklar, obsesyonlar ve kompulsiyonların içerikleri ve alt tipleri ele alınacaktır.

2.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanısı

DSM-V-TR'ye göre (APA, 2013) obsesyonlar kişinin zihnine istemsiz olarak gelen ve kişide belirgin sıkıntı ve kaygıya yol açan yineleyici dürtü, düşünce ve imgelerdir. Kişi bu düşünce, imge ve dürtüleri engellemeye çalışır. Kompulsiyonlar da obsesyonların yarattığı bu kaygıyı azaltmak amacıyla kişinin yapmaya başladığı ve bir noktadan sonra kompulsif eylemleri yapmayı durduramadığı tekrarlayıcı, zaman alıcı zihinsel ya da davranışsal eylemlerdir. Bu kompulsiyonlar etkisizleştirilmesi istenen şeylerle gerçekçi biçimde ilişkili değil ya da aşırıdır (APA, 2013). DSM-V-TR'ye göre kompulsiyonları diğer bozukluklarda görülen tekrarlı davranışlardan (örn., kleptomani, bağımlılıklar, patolojik kumar oynama) ayıran şey kompulsiyonların keyif verici olmamasıdır. Kişinin kendisi de bu davranışları yapıyor olmaktan şikâyetçidir.

OKB tanısının konulabilmesi için obsesyonların ve/veya kompulsiyonların varlığına ek olarak, kişinin bunların anlamsız olduğunu kabul etmesi, aşırı boyutta bulması,

kişinin zamanını boşa harcamasına neden olması (örn., günde 1 saatten daha fazla zaman alması) kişinin günlük, mesleki veya sosyal işlevselliğini önemli derecede bozması, obsesyonların ya da kompulsiyonların içeriğinin başka bir Eksen I bozukluğu ile sınırlı olmaması, bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun yarattığı fizyolojik etkilere bağlı olmaması gerekir. Obsesyonların ya da kompulsiyonların kişi tarafından aşırı ya da anlamsız olarak kabul edilmemesi DSM-V-TR’de “içgörüsü kötü” şeklinde alt tip olarak belirlenmiştir (APA, 2013).

Süreç içerisinde, OKB’nin kaygı bozuklukları içerisinde ele alınıp alınmaması gerektiğine dair tartışmalar ortaya çıkmış; OKB’nin kaygı bozukluklarından farklı olduğu, bu yüzden kaygı bozuklukları altında ele alınmaması gerektiği tartışmalarda yer almıştır. Bazı araştırmacılar OKB’de işlevselliğin daha çok bozulduğunu ve OKB’nin daha heterojen bir yapısı olduğunu ileri sürmüştür. DSM-V’te de bu tartışmalardan hareketle OKB’nin kaygı bozukluklarından çıkarılarak “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” adlı ayrı bir kategoride yer alması önerilmiştir. OKB tanısına ek olarak vücut dismorfik bozukluğu, trikotillomani, deri yolma bozukluğu, biriktiricilik gibi bozukluklar da bu kategori altında yer almaktadır (Toffolo, 2015).

2.1.2. Obsesyonlar ve Kompulsiyonlar

a. Obsesyonlar:

Obsesyonlar kişinin zihnine istemsiz olarak gelen, kişide ciddi rahatsızlık oluşturan, kişinin zihninden uzaklaştırmaya çalıştığı ancak tam tersi bir şekilde zihninde daha fazla yer alan, ısrarcı her türlü düşünce, dürtü veya düşlemlerdir (APA, 2013). Obsesyonlar hastalar tarafından “takıntı, evham, vesvese” olarak da adlandırılmaktadırlar. Obsesyonlar genellikle kişi bir düşünceye ya da bir aktiviteye odaklanmaya çalıştığı zaman ortaya çıkar. Kişi çoğu zaman bu düşüncelerin gerçeklikten uzak olduğunu fark eder, başka bir düşünce veya eylemle bu obsesyonları etkisizleştirmeye çalışır. Obsesyonları etkisiz hale getirmeye çalışmadaki amaç; obsesyonların neden olduğu suçluluk ve rahatsız edici duyguları veya obsesyonların beklenen olumsuz etkilerini ortadan kaldırmaya çalışmaktır (akt. Şimşek, 2011). OKB hastalarında görülen obsesyon çeşitleri şu başlıklar altında toparlanabilir:

- Bulaşma Obsesyonu: En sık rastlanan obsesyonlardan biridir. Kişi kirli olduğunu düşündüğü yerlerden mikrop bulaşma endişesi taşır. Bu obsesyon kir, mikrop veya

zararlı etkenlerle kişinin pisleneceği, hastalanacağı şeklindeki kaygılarla belirgindir (akt. Şimşek, 2011). Çeşitli çalışmalarda en sık karşılaşılan obsesyon türünün bulaşma obsesyonu olduğu ve yaklaşık % 45-50 oranında görüldüğü saptanmıştır (Eğrilmez vd., 1997, Sayar vd., 1999). Bu obsesyona sıklıkla yıkanma, temizlenme kompulsiyonları eşlik eder. Kaçınma davranışı çok belirgindir. Hastalar sıklıkla kirli olduğunu düşündüğü ya da iğrendiği nesne veya insanlarla olan en ufak bir temasla ya da temas olmadan da kirin kendisine bulaştığına dair hisse kapılırlar. Kaçınılan nesne karşısında verilen en tipik duygusal tepki kaygı olmakla birlikte utanç ve iğrenme de görülebilmektedir (akt. Şimşek, 2011).

- Kuşku Obsesyonları: Bir eylemin yapıldığından emin olamama ile karakterizedir. Kişi kapıyı kilitlediğinden, doğalgazı kapattığından, ocağın altını kapattığından vb. eylemlerinden emin olamaz. Bu obsesyon genellikle tehdit içerikli olduğundan kişi bu tehlikeyi önlemek için kontrol etme kompulsiyonlarını geliştirir. Kirilenmeden sonra en sık karşılaşılan obsesyon kuşku obsesyonudur (Karamustafalıoğlu, 2006).

- Saldırganlık obsesyonları: Kişide kendine ya da başkalarına zarar verme, öldürme, yaralama gibi düşünceler mevcuttur. Bu kişiler bıçaklardan, sivri uçlu nesnelerden ya da sevdikleri insanlardan uzak durmaya çalışırlar. Bazı hastalar ise daha çok kendine zarar vermekten korkarlar. Arabanın önüne atlama, kendini pencereden atma düşünceleri kişide ciddi endişe oluşturur. Saldırganlık obsesyonlarının yaygınlığı % 10-20 civarındadır (Eğrilmez vd., 1997).

- Cinsel obsesyonlar: Kabul edilemez, utanç verici olarak değerlendirilen cinsel temalı düşüncelerdir. Ensest ilişkiler, sapkın olarak bulduğu cinsel eylem içinde bulunma, eşcinsellik gibi düşünce, dürtü ve görüntülerle ilgilidir. Bu obsesyonlar çoğunlukla kendi çocuğuyla ya da hemcinsiyle ilişkiye girme şüpheleri şeklindedir ve genellikle yıkanma ve kontrol kompulsiyonları eşlik etmektedir. Görülme sıklığı yaklaşık olarak % 13-26 oranındadır (Eğrilmez vd., 1997).

- Dini obsesyon: Dini obsesyon günahla ilgili düşünceler ve benzeri dini temaları içermektedir. Ülkemizde batı toplumlarına kıyasla daha sık görülmektedir. Dini ve ahlaki değerlere küfür etme, doğru yanlış kavramları ile aşırı şekilde ilgilenme ile karakterizedir. Türk toplumunda sıklığı yaklaşık olarak % 11-42 oranındadır (Sayar vd., 2009). Arap ve Yahudi ırkından yaşayan insanların fazla olduğu ülkelerde bu oranın

%40-60 şeklinde olduğu bildirilmiştir (Shooka vd., 1997).

- Simetri ve düzen obsesyonları: Eşyaların tam bir simetri içinde bulunması ya da eylemlerin belirli bir düzen ve sıralama içinde yapılması ile ilgili obsesyonlardır. Bazen doğüstü düşünceler de eşlik etmektedir. Genellikle kontrol, sayma, sıralama, törensel hareketler, düzenleme şeklinde kompulsiyonlar ya da hareketlerde yavaşlama görülebilmektedir (Karamustafalıoğlu, 2006, akt. Şimşek, 2011).

- Somatik obsesyonlar: Sıklıkla yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanma korkusu ile ortaya çıkan obsesyonlardır. Bu obsesyonlar sıklıkla kanser, AIDS, cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgilidir. Bu obsesyonlar kişinin sağlığına ilişkin ciddi derecede kaygı duymasına yol açar. Bu korku ve endişelere hastalıkla ilişkili olduğu düşünülen bedeninin o bölgesini kontrol etmesi ve iyi olduğuna dair onay araması kompulsiyonları eşlik etmektedir (Karamustafalıoğlu, 2006).

b. Kompulsiyonlar:

Kompulsiyon kişinin obsesyonuna karşı ya da yapmaktan kendini alıkoyamadığı katı kurallarına göre gerçekleştirdiği, tekrarlayıcı davranış ya da zihinsel eylemlerdir. Kompulsiyonlar genellikle obsesyonun neden olduğu rahatsız edici duygulanımdan kurtulmak için ortaya çıkmaktadır. Ancak zamanla kompulsiyonun kendisi anksiyete kaynağı haline gelir. Öyle ki, kişi bu eylemleri yerine getirmek için çok zaman harcar. Yıkama, yıkanma, kontrol etme, dokunma, sıralama gibi dışarıdan fark edilebilir kompulsiyonlar olabileceği gibi sayı sayma, dua etme gibi zihinsel aktiviteler şeklinde de kompulsiyonlar olabilmektedir (Dürü ve Sayılğan, 2009).

OKB hastalarında görülen kompulsiyon çeşitleri şu başlıklar altında toparlanabilir:

- Temizlik kompulsiyonları: Temizlik takıntısı olarak da bilinen temizlik kompulsiyonlarında kişi mikrop bulaşma ya da kirlenme obsesyonuna karşı sıklıkla ve uzun süre ellerini yıkama, banyoda uzun süre kalma, banyo-tuvalet temizliğini tekrar tekrar yapma, her dışarı çıktığında kıyafetlerini yıkama, eve misafir geldiğinde misafirin girdiği her yeri silme, kitap sayfalarını silme gibi kompulsif davranışlar sergileyebilir. Bununla beraber kaçınmacı davranışlar gösterebilir umumi tuvaletleri kullanmama, misafirlğe gitmeme, misafir çağırmama gibi. Görölme sıklığı %45-52 aralığında değişebilmektedir (Karadağ vd., 2006; Sayar vd., 1999).

- Kontrol Kompulsiyonları: Yaptığı şeyden emin olamama ya da kontrol obsesyonları ile ilişkilidir. Kişi evden çıkacağı zaman tekrar tekrar ocağı kapatıp

kapatmadığını kontrol eder, kapıyı kapattığından emin olmak için tekrar tekrar kontrol eder ya da çevresindekilere sürekli aynı soruyu sorarak emin olmaya çalışır. Kontrolünü kaybetme ile ilgili kompulsiyonu olan kişiler de devamlı olarak birisine zarar verip vermediğini sorgular, bıçak gibi kesici aletlerle temastan kaçınmaya çalışır. OKB hastalarında görülme sıklığı %28-45 arasında değişebilmektedir (Sayar vd., 1999).

- Tekrar etme ve sayma kompulsiyonları: Belirli bir davranışı yapmadığında başına kötü bir şey geleceğine inanan biri sürekli olarak bunu engellemek için belli bir hareketi belirli sayıda tekrarlayabilir (elektrik düğmelerini açıp kapama, saç tarama gibi). Tüm bu eylemler kişinin saatlerini alır (akt. Şimşek, 2011).

- Sayma kompulsiyonları: Kişi bulunduğu ortamdaki belli nesneleri sayma eylemi gösterir. Kitaplıktaki kitapları sayma, restorandaki sandalyeleri sayma ya da belirli bir iş yaparken sayı sayma gibi davranışlar sergileyebilir. OKB sayma kompulsiyonlarının görülme sıklığı %8 olarak saptanmıştır (Juang ve Liu, 2001).

- Sıralama ve simetri kompulsiyonları: Saatlerce kitaplıktaki kitapları düzenleme, kalemleri düzenleme, dolaptaki eşyaları düzenleme gibi davranışlarla ilintilidir. Sıralama ve simetri kompulsiyonunun görülme sıklığı %13.5 olarak bulunmuştur (Juang ve Liu, 2001).

OKB tanıli hastaların büyük çoğunluğunda hem obsesyonlar hem de kompulsiyonlar vardır. Obsesyonların eşlik etmediği kompulsiyonlar ya da kompulsiyonların eşlik etmediği obsesyonlar daha nadirdir. Juang ve Liu (2001) tarafından OKB tanısı alan 200 hasta ile yapılan araştırmada hastaların yaklaşık %75'i hem obsesyon hem kompulsiyondan yakınırken sadece obsesyondan yakınanların oranı yaklaşık %14, sadece kompulsiyondan yakınanların oranı ise % 11 olarak bulunmuştur. En sık gözlenen obsesyonun bulaşma obsesyonu (%37) olduğu, en sık gözlenen kompulsiyonun ise kontrol etme kompulsiyonu (%50) olduğu görülmüştür.

2.1.3. Epidemiyoloji

OKB genel popülasyonda %2-3 oranında görülmektedir. OKB'nin ömür boyu prevalansı yaklaşık %1-2 civarındadır. Kadın ve erkeklerde görülme oranına bakıldığında ise kadınlarda daha sık görüldüğünü gösteren çalışmalar olduğu gibi kadın ve erkekte eşit oranda görüldüğünü bildiren çalışmalar da mevcuttur. Genellikle 20'li yaşların başlarında ortaya çıkmaktadır (akt. Karakuş ve Tamam, 2017).

OKB tanısı alan erişkin hastaların %30-50'si başlangıcın çocuklukta olduğunu, üçte ikisi ise belirtilerin 15 yaşından önce başladığını bildirmişlerdir. Birçok çalışma erkeklerde kadınlara göre hastalığın daha erken yaşlarda başladığını göstermiştir (akt. Karakuş ve Tamam, 2017).

2.1.4. Eş Tanı

Epidemiyolojik araştırmalar OKB tanısı alan kişilerin yaklaşık olarak %90'ına başka bir bozukluğun da eşlik ettiğini ortaya çıkarmıştır (Karamustafalıoğlu, 2006; Kılınç, 2010; Panayırıcı, 2012; Ruscio vd., 2010). OKB'ye en sık eşlik ettiği düşünülen bozukluk kaygı bozuklukları ile duygudurum bozukluklarıdır. Ruscio ve arkadaşlarının (2010) yaptığı araştırmada OKB hastalarının yaklaşık %75.8'ine kaygı bozukluklarının, %63.3'üne ise duygudurum bozukluklarının eşlik ettiği bulunmuştur. Duygudurum bozukluklarından majör depresyon OKB'ye en sık eşlik eden bozukluktur (Kılınç, 2010). Birlikte görülme sıklığı %30-50 arasındadır. Eş tanı olarak depresyonun eşlik ettiği durumlarda, OKB belirtilerinin daha şiddetli olduğu gözlenmiştir (Panayırıcı, 2012). Depresyon, OKB'nin yol açtığı işlevsellikteki bozulmayla ilişkili olarak ikincil olarak da gelişebilmektedir (Karamustafalıoğlu, 2006).

Kaygı bozukluklarından özgül fobi, sosyal fobi, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu da OKB'ye eşlik edebilmektedir (Ruscio vd., 2010). Epidemiyolojik araştırmalar OKB'nin majör depresyonla görülme sıklığının kaygı bozuklukları ile birlikte görülme sıklığından daha az olduğunu ortaya çıkarmıştır. OKB'nin anksiyete bozuklukları ile birlikte görülme sıklığı %25.4 ile %69.6 arasındayken majör depresyonla birlikte görülme sıklığı yaklaşık olarak % 12.4-60.3 arasındadır (akt. Bayar ve Yavuz, 2008).

OKB'nin bazı kişilik bozukluklarıyla da eş tanı olduğu gözlenmiştir. Okasha ve arkadaşlarının 1994 yılında, OKB ile komorbid olarak en sık görülen kişilik bozukluklarının “başka yerde sınıflandırılmayan kişilik bozukluğu” başta olmak üzere sırasıyla borderline kişilik bozukluğu, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, çekingen kişilik bozukluğu ve histrionik kişilik bozukluğunun görüldüğünü ileri sürmüşlerdir (Okasha vd., 1994).

2.1.5. Etiyoloji

- Genetik

OKB'nin gelişiminde genetiğin etkisini belirlemeye yönelik yaklaşım doğrultusunda, özellikle ikizler üzerine yapılan çalışmalar kalıtımın etkisini desteklemiştir. Monozigot ikizlerle yapılan çalışmalarda OKB'nin her iki kardeşte de görülme sıklığının dizigot ikizlere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aile çalışmalarında da OKB tanısı alan hastaların birinci derece akrabalarının yaklaşık %30'unda da OKB görüldüğü saptanmıştır (Davison ve Neale, 2004).

- Nörotransmitterler

Nörokimyasal etkenler üzerindeki araştırmalar serotonin üzerinde yoğunlaşmıştır. Serotonin geri alınımını ketleyen antidepresanlar OKB tedavisinde kullanılmaktadır. Bu ilaçlar serotonin nöronlarındaki sinaptik geçişi kolaylaştırdığından, OKB'nin ortaya çıkmasında düşük serotonin düzeyinin etkili olabileceği düşünülmektedir (Davison ve Neale, 2004). Bununla birlikte dopamin ve asetilkolinin de OKB'nin oluşumunda önemli rol oynadığı düşünülmektedir (Bayar ve Yavuz, 2008).

- Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Beyin görüntüleme çalışmaları OKB hastalarında orbitofrontal korteks, kaudat nükleus ve talamus arasındaki nöronal bağlantılarda aktivite değişiklikleri olduğunu göstermiştir; Pozityon Emisyon Tomografisi (PET) gibi çeşitli beyin görüntüleme çalışmaları OKB hastalarının frontal loblarında ve bazal ganglionlarında artmış metabolizma ve kan akımı olduğunu göstermiştir (Bayar ve Yavuz, 2008).

2.1.6. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı

Kuram

a. Davranışçı Kuramın Obsesif Kompulsif Bozukluğa Bakışı

Rachman'a (1971) göre obsesyonlar, diğer fobik uyaranlar gibi koşullanmış rahatsız edici uyaranlardır. Bu uyaranlar kaygıya yol açarlar. Kaygı ise kompulsif davranışlar ve kaçınmalarla azaltılmaya çalışılır. Obsesyonları fobik uyaranlardan ayıran, içsel olmaları ve depresyonla daha fazla ilişkili olmalarıdır. Obsesyonların ısrarcı olması ise kişinin bu girici düşünceleri bastırmakta başarısız olması ve böylece giderek bu

düşüncelere daha duyarlı hale gelmesi ile açıklanabilir. Obsesyonlara duyarlılık, depresif bir duygudurumun bulunması, çeşitli kişilik özellikleri (içe dönüklük, aşırı vicdanlılık, ahlaki katılık), stres düzeyinin dönemsel artışı ve kontrol kaybı gibi etkenlere bağlı olarak artabilmektedir (Clark, 2004).

Obsesyonların sönmesini engelleyen önemli mekanizmalardan birisi kaçınma davranışları ve kompulsiyonlardır. Bu yolla kişiler anksiyetelerini arttıran durumlarla yüzleşmemekte ve kaçınma davranışları ve kompulsiyonları artmaktadır. Mowrer'in (1960) iki bileşenli öğrenme modeline göre, obsesyonlar anksiyeteyi ortaya çıkaran koşullu uyaranlar olarak nitelendirilebilir. Kişiler koşullu uyarıcılarla karşılaşmaktan kompulsiyonlarla kaçmaktadırlar. Kaçınmalar ve kompulsiyonlar hem zihinsel hem davranışsal olabilir. Korkuyu ortadan kaldırdıkları için kaçınma ve kompulsiyonlar negatif pekiştirme yoluyla sürdürülmektedir. Bazen kompulsiyonlar da anksiyete yaratmakta ancak obsesyonların oluşturduğu anksiyeteye tercih edilmektedir. Örneğin ocağı açık bırakırsa evde yangın çıkacağına dair obsesyonu olan biri, defalarca ocağı kontrol etmeye başlayabilir. Bu kontrollerin kendisi de anksiyete kaynağı olabilir. Ancak önemli olan evin yanması ile ilgili anksiyetenin ortadan kaldırılmasıdır. Bu yüzden kontrol kompulsiyonları sürmektedir (Dürü ve Sayılğan, 2009).

b. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Bakış Açısı

Bilişsel kuramın temelinde, girici düşüncelerin aslında normal kişilerde de görüldüğü ve tek başlarına OKB'ye yol açmayacakları görüşü vardır. Rachman ve Silva (1978) ile Salkovskis ve Harrison'un (1984) yaptıkları araştırmalar, OKB tanısı olmayan kişilerin %90'ında biçim ve içerik olarak obsesyonlardan ayırt edilmeyen girici düşünceler olduğunu göstermiştir. Bilişsel modele göre girici düşüncelerin obsesyona dönüşüp dönüşmeyeceğinin temel belirleyicisi, kişinin bu düşünceleri nasıl değerlendirdiğidir (Dürü ve Sayılğan, 2009).

Bilişsel modeller OKB'nin anlaşılmasında ve tedavisinde uzun süredir yaygın olarak kullanılmaktadır. OKB'nin bilişsel-davranışçı bakış açısına göre girici düşünceler klinik obsesyonlardan içerik olarak farklı değildir ve toplumun çoğunda bulunur. Obsesyonlar ile normal kişilerde görülen girici düşünceler arasındaki temel fark, bu düşüncelerin kontrol edilebilirliğinde değil, obsesif hastaların bu zorlayıcı düşünceleri, olası zararın habercisi olarak yorumlaması ve önlemezse kendisini sorumlu hissetmesi ile ilgilidir. Kendi zihinsel etkinliğini kişisel sorumluluğunun göstergesi olarak yanlış yorumlama

eğiliminde olanlar, kaygı ve sıkıntıyı çok yoğun yaşamakta ve yansızlaştırma örüntüsü geliştirmektedirler (akt. Şimşek, 2011).

2.2. PANİK BOZUKLUK

Panik bozukluk, beklenmedik bir anda kendiliğinden meydana gelen yoğun kaygı ile birlikte bedensel ve bilişsel belirtilerden oluşan, günde birkaç nöbet ile yılda birkaç nöbet arasında değişen panik ataklar ile karakterize olan bir bozukluktur (Şahin, 2011). Yineleyici panik ataklarla seyreden kronik gidişli bir anksiyete bozukluğudur. Kişi sürekli olarak atak yaşayacağına dair kaygı duymakla birlikte belirgin davranış değişiklikleri gösterir. Panik atak tek başına bir bozukluk değildir. Ancak tekrarlayan ataklarla birlikte kişi bu atakların tekrar olacağına dair yoğun endişe yaşıyor ise, kalp krizi geçirme, delirme, kendini kaybetme gibi kötü şeyler olacağına dair kaygısı varsa panik bozukluk ihtimali değerlendirilmez. Hastanın genel görünümünde belirgin bir değişiklik olmaz ancak çok endişeli ve telaşlı halde olur. Bilişsel yetileri yerinde olmasına rağmen, zaman zaman etrafındakileri bilmiyormuş, tanımiyormuş, algısında bir sorun varmış gibi bir izlenim oluşturabilir. Hasta o dönemde zihinsel karışıklık ve şaşkınlık içerisinde olabilir (akt. Ekmen, 2015).

Panik bozukluk DSM-V tanı ölçütlerine göre, tekrarlayan beklenmedik panik atakların olması, ataklardan en az birini, bir ay veya daha uzun bir süreyle başka atakların da olacağına yönelik sürekli bir kaygı, atağın neden olduğu veya sonuçlarıyla ilgili olarak üzüntü duyma, ataklarla ilgili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme ve agorafobinin olması ya da olmaması belirtilerinden biri ya da daha fazlasının görülmesi ile karakterizedir (APA, 2013).

Panik atak: Genellikle bir saatten kısa süren çarpıntı gibi belirtilerin görüldüğü şiddetli bir anksiyete yaşama halidir. Panik atak yaşayan kişiler ölmekten, aklını kaybetmekten veya bayılmaktan korkarlar ve bu olasılıkların gerçekleşeceğine derinden inanırlar. Panik atak korku sistemlerinin anormal şekilde aktif olmasıyla açıklanırken, panik atak geçiriyor olmak demek tek başına panik bozukluk için yeterli değildir. Panik bozukluğun en önemli belirleyicisi, ne zaman ve nerede ortaya çıkacağı belli olmayan, tekrarlayıcı panik atakların görülmesidir. Panik nöbetleri esnasında yoğun anksiyete, çarpıntı, terleme, nefes almada güçlük, boğulma hissi gibi fiziksel belirtilerin yanı sıra kontrol kaybı, aklını kaybetme, bayılma ve ölüm korkuları vardır (Tükel, 2002).

Beklenti Anksiyetesi: Tekrar bir atak geçirme beklentisine ve korkusuna sahip olma durumudur. Kişi ilk atağından sonra ya da tekrarlı olan ataklarından sonra tekrar atak geçireceğine dair endişe taşır (Bayrak, 2013). Panik atak yatıştıktan sonra çoğu kez beklenti anksiyetesi ortaya çıkar. Hastalar yeniden atak geçirme korkusunun yanı sıra atak sonrası olabilecek sorunlara ilişkin de yoğun kaygı duyarlar.

Beklenti anksiyetesinin üç temel özelliği vardır:

- 1) Panik atak geçirecek olma endişesi ile huzursuz edici yoğun düşünsel uğraşlar
- 2) Tekrar panik atak geçirecek olma ve bunun sonucunda kötü şeyler olacağına dair duyulan inanç ve beklenti
- 3) Süreğen bir korku hali ve bununla birlikte görülen bedensel duyumlardan korkma. Beklenti anksiyetesi taşıyan kişiler sürekli olarak ne zaman panik atak geçireceğini önceden kestirebilmek amacıyla tüm çevresel ve bedensel ipuçlarını değerlendirmeye çalışırlar. Bundan dolayı belirgin bir uyarılmışlık ve tetikte olma durumundadırlar (Bayrak, 2013).

2.3. RETROSPEKTİF VE PROSPEKTİF BELLEK SÜREÇLERİ

Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluk hakkındaki genel bilgilerle birlikte obsesif kompulsif bozukluğun gelişimi ve sürdürülmesinde önemli olduğu düşünülen bellek ve üst-bellek süreçleri ile işlevsel olmayan inançların aktarılmasının OKB'nin anlaşılmasında yeni bir boyut kazandıracağı düşünülmektedir. Bellek ve üst-bellek süreçleri retrospektif (geriye yönelik) ve prospektif (ileriye yönelik) olarak ele alınacaktır. Aşağıda bu değişkenlere ilişkin kısa açıklamalar yer almaktadır. İlerleyen bölümlerde be değişkenlerin OKB ve Panik bozuklukta görülme şekilleri detaylı şekilde aktarılacaktır.

Retrospektif Bellek, Prospektif Bellek ve İşlevsel Olmayan İnançların Tanımı

Retrospektif bellek süreçleri geçmişte öğrendiklerimizi hatırlama becerisi ile ilgilidir. Yeni tanıştığımız kişilerin isimlerini hatırlama, telefon numaralarını hatırlama, bir eşyayı nereye koyduğumuzu hatırlama, konuşulan şeyleri ve önemli günleri hatırlama

gibi gündelik hayatımızda önemli olan çeşitli görevler retrospektif bellek süreçleri ile ilgilidir (Unsworth vd., 2013).

Prospektif bellek süreçleri ise hatırlamayı hatırlama becerisi ile ilgilidir. Niyetler, planlar ve verilen sözleri içermektedir. Uygun zaman ve bağlamda gerekli şeyleri hatırlayabilmek oldukça önemlidir. Bu anlamda prospektif bellek süreçlerinin hayati bir önemi vardır. İlacımızı saatinde içmeyi hatırlama, randevulara zamanında gidebilmeyi hatırlama, işle ilgili yapılması gerekenler listesini uygun zaman ve bağlamda hatırlayarak harekete geçebilme becerisi prospektif bellek süreçleri ile ilgilidir (Einstein ve McDaniel, 2005). Prospektif bellek süreçleri retrospektif bellek süreçlerini de içermektedir (Harris ve Cranney, 2012; Uttl, 2008). Örneğin doğum günü partisi için aldığı hediye partiye götürmeyi planlayan kişinin, partiye giderken bir şey alması gerektiğini hatırlaması prospektif bellek süreçleri ile ilgiliyken, almayı planladığı şeyin doğum günü hediyesi olduğunu hatırlaması retrospektif bellek süreçleri ile ilgilidir. Yani kişi partiye gitmeden önce “ben bir şey yapacaktım ama neydi?” sorusunu kendine yönlendirerek hatırlamayı hatırlama becerisinde sorun yaşamazken, yapmayı planladığı şeyin ne olduğunu hatırlayamadığı takdirde (doğumgünü hediyesini partiye götürmesi gerektiğini hatırlama) retrospektif bellek sorunu yaşadığını söylemek mümkündür.

Bellek ve üst-bellek süreçleri ile birlikte işlevsel olmayan inanç alanlarının da obsesif kompulsif bozuklukta önemli rolü olduğu düşünülmektedir (Konkan vd., 2012). OKB’nin gelişimini ele alan bilişsel yaklaşıma göre kişinin zihnine istemsiz ve yineleyici biçimde gelen düşünce, dürtü ve imgelere yönelik verdiği yanıtların, işlevsel olmayan inançlardan etkilendiği ileri sürülmektedir (OCCWG, 1997; Salkovskis, 1989). OKB’de kişide görüldüğü ileri sürülen obsesif inançlar “abartılı sorumluluk algısı”, “abartılmış tehdit algısı”, “düşüncelere aşırı önem verme, düşüncelerin kontrol edilmesi inancı”, “belirsizliğe tahammülsüzlük” ve “mükemmeliyetçilik” inanç alanlarıdır (OCCWG, 2005). OKB’nin bilişsel kuramlarında, obsesif inançların ana etken olabileceği görüşünden hareketle bu inanç alanlarını ölçülebilir ve değerlendirilebilir hale getirmek adına Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 formu geliştirilmiştir. Ölçekte bu inanç alanları “abartılmış sorumluluk/tehdit algısı”, “mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük”, “düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme” şeklinde üç alt boyut çerçevesinde ele alınmıştır. Araştırmamızda da bu doğrultuda veriler toplanmıştır.

Aşağıdaki bölümlerde araştırmamızın bağımlı değişkenleri olan bellek ve üst-bellek süreçleri OKB ve Panik bozukluk tanı grubu altında detaylandırılacaktır.

2.3.1. OKB ve Panik Bozuklukta Görülen Bellek Sorunları

Bellek üzerine yapılan araştırmalarda belleğin çeşitli boyutları (çalışma belleği, uzun süreli bellek, kısa süreli bellek, görsel ve sözel bellek gibi) ele alınmıştır. Panik bozuklukta görülen bellek sorunlarına yönelik araştırmaların daha çok bellek yanlılığına yönelik olduğu dikkati çekmekle birlikte (örn., Beck vd., 1992; Becker vd., 1994; Lundh vd., 1997; Pauli vd., 2005, Zlomuzica vd., 2014), bellek bozukluğu teorisini inceleyen araştırmaların sayıca oldukça az olması araştırmamızda bu konuyu ele almak açısından önemli bir gerekçe olmuştur.

Bellek sorunları ele alınırken sıklıkla ilgi gösterilen tanı grubunun OKB olduğu dikkati çekmiştir. Bu durumun OKB hastalarının bir eylemi yapmayı hatırlama becerilerinde ya da yaptıkları eylemi tam olarak hatırlamada yaşadıkları güçlük ile kompulsiyonları arasında bir ilişki olabileceği varsayımından kaynaklandığı düşünülmektedir (Muller ve Roberts, 2005; Tuna vd., 2005). Özellikle de kontrol kompulsiyonları ile bellek sorunları arasındaki ilişkiyi ele alan araştırma sayısı oldukça fazladır. Bu bakımdan ilerleyen bölümlerde OKB'deki bellek sorunları ele alınırken kontrol kompulsiyonları ile ilişkisini ele alan araştırmalara sıklıkla yer verilecektir. OKB'de bellek ve üst bellek bozukluğuna yönelik pek çok araştırma mevcutken, gözlenen bozukluğun OKB'ye özgü olup olmadığını söyleyebilmek açısından karşılaştırma grubu olarak kaygı bozukluklarını dahil eden araştırma sayısı da oldukça azdır (Muller ve Roberts, 2005). Bu anlamda OKB'de gözlenen bellek ve üst-bellek sorunları ele alınırken bu sorunların OKB'ye özgü olduğunu söyleyebilmek için araştırmamıza kaygı bozuklukları arasında yer alan panik bozukluk tanı grubu dâhil edilmiştir. Buradan hareketle araştırmamızda ilk olarak OKB'de görülen bellek ve üst-bellek sorunları ele alınacak daha sonra ise panik bozuklukta görülen bellek sorunları aktarılacaktır.

2.3.1.1. OKB’de Görülen Bellek Sorunlarına Yönelik Araştırmalar

Bellek süreçleri incelenirken üç temel bellek çeşidi ele alınmıştır: episodik bellek, semantik bellek ve prosedürel bellek. Episodik bellek kişinin geçmişteki yaşantıları ile ilgilidir. Semantik bellek ise genel bilgileri içerir: Başbakanın kim olduğu, Türkiye’nin başkentinin neresi olduğu gibi. Prosedürel bellek ise kişinin motor becerileri ile ilgilidir. Okuma yazmayı öğrenme, bisiklete binmeyi öğrenme becerileri prosedürel bellek sayesinde gerçekleşir. Bellek bozuklukları incelenirken hangi bellek türünde sorun yaşandığının anlaşılması önemlidir. OKB’de bellek süreçlerine yönelik yapılan araştırmalar sıklıkla episodik bellek süreçleri ile ilgili olmuştur (Cutler ve Graf, 2009; Deckersbach vd., 2000; Exner vd., 2009; Muller ve Roberts, 2005, Sher vd., 1984). Episodik bellek, gündelik hayattaki işlevselliğimizle yakından ilintilidir. Bu açıdan gündelik hayatlarında bellek sorunları yaşamalarından şikâyet eden kişilerin bellek süreçlerinin incelenmesinde episodik bellek süreçlerinin ele alınmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Episodik bellek süreçleri incelenirken iki şekilde ele alınmıştır: sözel bellek ve sözel olmayan bellek. Bu bellek süreçlerinin incelenmesinde ise iki görev esas alınmıştır: hatırlama ve tanıma. Hatırlama görevinde katılımcılardan herhangi bir ipucu olmadan verilen görevi hatırlamaları istenirken, tanıma görevinde daha önce çalışılan materyal çalışılmayan materyalle birlikte sunulur ve katılımcılardan hatırlamaları istenir (Muller ve Roberts, 2005).

Sözel ve Sözel Olmayan Bellek Sorunlarına Yönelik Araştırmalar

Bir eylemi yaptığının emin olamama, şüphe duyma ve bunlarla bağlantılı olarak gelişen obsesyonların yarattığı olumsuz etkiden kurtulmak için gelişen kompulsif davranışların ne kadarının bellek süreçlerindeki bozulmayla ilgili olduğunu anlamak üzere deneysel çalışmalar yürütülmüştür. Bu çalışmalarda sözel ve sözel olmayan bellek süreçleri ayrı olarak değerlendirilmiştir (Muller ve Roberts, 2005). Sher, Mann ve Frost (1984) tarafından yapılan araştırmada OKB kontrol kompulsiyonu olan kişilerin sözel bellek performanslarında bozulma olduğu saptanmıştır. Bu sonucu destekleyen birkaç araştırma daha yapılmıştır (örn., Deckersbach vd., 2000; Zitterl vd., 2001). Deckersbach ve arkadaşları (2000) tarafından OKB tanısı alan 17 kişi ile yapılan araştırma sonucuna göre bu kişilerin kelimeleri hatırlama sürecinde bozulma olduğu saptanırken, tanıma süreçlerinde herhangi bir bozulma olmadığı saptanmıştır. Bu bilgi, bilgilerin kodlanma

sürecinde bir sorun yaşanmadığını ancak bilgilerin geri getirilmesinde sorun yaşandığını göstermektedir.

Bunun yanı sıra bu bulguları desteklemeyen pek çok araştırma da mevcuttur (örn., Dirson vd., 1995; Zielinski vd., 1991). MacDonald, Antony, MacLeod ve Richter (1997) OKB kontrol kompulsiyonu olan hastaların hatırlama ve tanıma süreçlerine dair bir çalışma yapmışlardır. OKB kontrolcüler (n=10), kontrolcü olmayanlar (n=10), normal kontrol grubu (n=10) şeklinde oluşturulan örneklem üzerinde yaptıkları çalışmada bu grupların sözel bellek süreçlerine dair aralarında anlamlı bir farklılık saptamamışlardır.

OKB tanılı kişilerin bellek performansı ile sağlıklı grubun bellek performansı arasında fark olup olmadığına yönelik yapılan araştırma sonuçları tutarlılık göstermemektedir (akt. Kılınç, 2010). Cuttler ve Graf (2009) tarafından kontrol kompulsiyonunda görülen bellek ve üst-bellek sorunlarına dair yapılan literatür taramasında sözel bellek süreçlerini elen alan OKB ve sağlıklı kontrol grubun karşılaştırıldığı 114 araştırmadan sadece 29'unun anlamlı farklılık saptadığı bulunurken, OKB ve psikiyatrik tanı alan grubun karşılaştırıldığı 21 araştırmanın hiçbirinde ise gruplar arasında sözel bellek performanslarına ilişkin anlamlı bir farklılık saptamadıkları görülmüştür. Tekcan ve arkadaşlarına (2007) göre bulgulardaki tutarsızlıklar, kullanılan materyallerin farklı olmasından (kelimeler, resimler, görüntüler gibi) veya hedef grubun farklı olmasından (OKB tanılı gruplar ile 'klinik altı' tanı almayan grupların karşılaştırılması) ve diğer yöntemsel farklılıklardan kaynaklanmaktadır.

OKB'de sözel bellek süreçlerine ilişkin yapılan araştırma sonuçlarının tutarsız olduğunun gözlenmesiyle OKB'de sözel olmayan episodik bellek süreçleri ile ilgili araştırmalar yapılmıştır. Bu konu ile ilgili yapılan araştırmaların pek çoğunda OKB tanısı alan kişilerin sözel olmayan episodik bellek süreçlerinde bozulma olduğu bulgusu desteklenmiştir (Aronowitz vd., 1994; Christensen vd., 1992; Deckersbach vd., 2000; Dirson vd., 1995; Purcell vd., 1998; Savage vd., 1996; Zielinski vd., 1991). Tallis, Pratt ve Jamani (1999) tarafından OKB kontrolcüler (n=12) ile normal grup (n=12) arasında yapılan araştırmaya göre OKB kontrolcülerin hatırlama ve tanıma açısından episodik sözel olmayan bellek süreçlerinde bozulma olduğunu saptamışlardır.

Özetle OKB tanısı alan kişilerin sözel bellek süreçlerinde bozulma olduğuna dair bulgular tutarsızken sözel olmayan bellek süreçlerinde bozulma olduğunu gösteren araştırma bulgularının sayısı dikkati çekmektedir. Bu durumun sözel olmayan belleğin soyut ve organizasyon gerektiren doğasıyla bağlantılı olarak yürütücü işlevlerdeki bozulmadan daha çok etkilenmesiyle ilgili olduğu ileri sürülebilir (Muller ve Roberts, 2005). Cuttler ve Graf (2009) tarafından kontrol kompulsiyonunda görülen bellek ve üst-bellek sorunlarına dair yapılan literatür taramasında sözel olmayan bellek süreçlerini elen alan OKB ve sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı 116 araştırmadan sadece 53'ünün anlamlı farklılık gösterdiği bulunurken, OKB ve psikiyatrik tanı alan grubun karşılaştırıldığı 26 araştırmanın ikisinde gruplar arasında sözel bellek performanslarına ilişkin anlamlı bir farklılık saptadıkları görülmüştür.

2.3.1.2. Panik Bozuklukta Görülen Bellek Sorunlarına Yönelik Araştırmalar

Bellek bozukluğu teorisinin araştırıldığı panik bozukluk tanı grubunun dahil edildiği araştırmalar oldukça azdır. Prospektif bellek ve üst-bellek süreçlerinin araştırıldığı herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Yapılan literatür taramasında panik bozuklukta görülen bellek ile ilgili araştırmaların çoğunun bellek yanlılığı üzerine olduğu görülmüştür. Bu anlamda bu bölümde bellek bozukluğu ile ilgili panik bozuklukta yapılmış araştırmaların ele alınması planlanmıştır.

Panik bozuklukta görülen bellek sorunlarını ele alan Alves ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir literatür taramasında, 10 araştırmadan sadece 3'ünde panik bozukluk tanısı alan kişilerde bellek sorunlarının olmadığı sonucuna varılmıştır. Diğer araştırmalar ise çeşitli bellek alanlarında panik bozukluk tanısı alan kişilerin daha düşük performans sergilediklerini ortaya koymuştur. Bir araştırmada panik bozukluk (n=18) ve sosyal kaygısı tanısı alan kişilerin (n=18) serbest hatırlama görevinde kontrol grubuna (n=16) göre anlamlı şekilde düşük performans gösterdiklerini ortaya koymuştur (Asmundson vd., 1995). Lucas ve arkadaşları (1991) tarafından yapılan araştırmada da panik bozukluk tanısı alan hastaların (n=25) kontrol grubuna (n=25) göre görsel bellek görevlerinde anlamlı şekilde daha düşük performans sergiledikleri bulunmuştur. Bir araştırmada da yine panik bozukluk tanısı alan kişilerin (n=14), kontrol grubuna (n=7) göre çalışma belleği ve açık bellek görevlerinde daha düşük performans sergiledikleri

görülmüştür. Bu durumun panik bozukluk grubunda yer alan kişilerde görülen heyecan ve kaygının hedef bilginin alınması ve kodlanmasında önemli rolü olduğu düşünülen seçici dikkat üzerinde bozucu etki göstermesinden kaynaklanabileceği ileri sürülmüştür (Dratcu ve Bond., 1998). Boldrini ve arkadaşları (2005) da panik bozukluk tanısı alan (n=15) ve OKB tanısı alan (n=25) kişilerin kontrol grubuna kıyasla mekansal bellek sorunlarını daha fazla gösterdiklerini ortaya koymuştur. Gordeev (2008) tarafından yapılan kısa süreli bellek performanslarını ele alan bir araştırmada panik bozukluk tanısı alan kişilerin (n=93), sağlıklı kontrol grubuna (n=36) göre daha düşük performans sergiledikleri bulunmuştur. Panik bozuklukta gözlenen bellek sorunlarının anksiyetenin bir yansıması olabileceği düşünülmektedir. Kaygının kişinin verilen göreve dikkatini odaklayabilme, konsantrasyon, bilgileri organize edebilme gibi yürütücü işlevlerden sorumlu olan beynin frontal bölgesindeki sorunlardan kaynaklandığı düşünülmektedir (Alves vd., 2013).

Kaygının özellikle de prospektif bellek süreçleri üzerindeki etkisini açıklamada Eysenck ve Calvo (1992) tarafından geliştirilen *Bilgi İşleme Yeterliliği Kuramı*'nın önemli olduğu düşünülmektedir. Bu kurama göre kaygının bellek performansı üzerine iki önemli etkisi vardır. Bunlardan ilki *motivasyonel etkidir (motivational effect)*. Motivasyonel etkide kaygının bellek üzerindeki performansı arttırıcı etkisinden söz edilir. Diğer etkisi ise *dikkatsel etkidir (attentional effect)*. Dikkat etkisinde kaygının hedef görev için gerekli olan dikkat kaynaklarını azaltarak çalışma belleğinin depolama ve bilgi işleme süreçleri üzerinde bozucu etki göstermesine yol açtığı ileri sürülmektedir. Buradan hareketle kaygının hem bellek performansı üzerinde olumlu etkisi olabileceği hem de olumsuz etkisi olabileceği çıkarsanabilir (Kliegel ve Jäger, 2006).

2.3.2. OKB’de Görülen Üst-bellek Sorunlarına Yönelik

Araştırmalar

Obsesif kompulsif bozuklukta bellek süreçlerine ilişkin yapılan araştırmalarda OKB hastalarında bellek bozukluklarından çok kendi belleklerine güvenmeme durumunun belirgin olduğu dikkati çekmiştir. Bir çok araştırmada bu olgu gözlenmiştir (örn., Boschen ve Vuksanovic, 2007; Hermans vd., 2003; MacDonald vd., 1997; McNally ve

Kohlbeck, 1993; Sher vd.,1983; Tuna vd., 2005). Yine bu konu ile ilgili yapılan araştırmaların çoğunun OKB'nin kontrol kompulsiyonu alt tipi ile ilgili olduğu görülmüştür (Cuttler ve Graf, 2009).

McNally ve Kohlbeck (1993) OKB'nin belleğe duyulan düşük güvenle ilgili olduğu hipotezini ortaya atan ilk kişilerdir. MacDonald ve arkadaşları (1997) tarafından OKB kontrolcüler (n=10), OKB kontrolcü olmayanlar (n=10) ve normal örneklem (n=10) ile yapılan araştırma sonuçları bu üç grubun hatırlama ve tanıma becerileri açısından farklılaşmadıklarını ancak OKB kontrolcülerin doğru hatırladıklarına dair duydukları güvenin düşük olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar kontrol kompulsiyonunun episodik bellekteki bir bozulma ile ilgili olmadığını ancak belleğe duyulan güvenin düşük olması ile ilgili olabileceğini ortaya koymuştur. Tolin ve arkadaşları (2001) tarafından OKB hastaları, kaygılı kontrol grubu ve kaygısız kontrol grubu ile yapılan araştırmada güvenli, tehlikeli ve nötr nesnelerin hatırlanmasında anlamlı bir fark bulunmazken, özellikle tehlikeli nesnelerin hatırlanmasına yönelik duyulan güvenin OKB grubunda çok daha düşük olduğu ortaya konmuştur. Yani tehlike ile bağlantılı durumlarda belleğe duyulan güven düşmekte ve her tekrar edişte duyulan güven daha da düşmektedir. Foa, Amir, Gershuny, Molnar ve Kozak (1997) OKB hastalarının (n=15) kontrol grubu (n=15) ile bellek performansı açısından farklılık göstermediğini bulurken belleğe duyulan güvenin OKB hastalarında daha düşük olduğunu saptamıştır.

Obsesif kompulsif bozuklukta, hastaların kendi belleklerine az güven duymalarının altında yatan mekanizma nedir? İlk olarak OKB ile ilişkili uyaranların hatırlanmasına yönelik bazı bellek bozukluklarının olduğu söylenebilir. Ancak pek çok araştırmaya göre OKB hastalarında bellek bozuklukları görülmemektedir (Cuttler ve Garf, 2009; Foa vd., 1997; Jelinek vd., 2006; MacDonald vd., 1997; Van den Hout ve Kindt, 2003). Bu konudaki bulgular tartışmalıdır. Van den Hout ve Kindt (2003) tarafından öğrenciler ile yürütölen araştırmaya göre bellek süreçleri açısından kontrolcüler ile normal grupların karşılaştırılmasında bir farklılık gözlenmemiştir. Yirmi kez tekrarlanan kontrol etme görevinin (OKB ile ilişkili-ocağın söndürölmesi- ve ilişkisiz-ışıkların söndürölmesi) belleklerinde bozucu etki yapmadığı saptanmıştır. Fakat hatırlamanın daha az detaylı ve canlı olduğu ve en önemlisi belleklerine duydukları güvenin tekrarlı kontroller sonucu azaldığı bulunmuştur. Tekrarlarla birlikte kişinin hatırladıklarına daha çok güven duyması beklenirken tam tersi yönde giderek belleklerine duydukları

güvenin azaldığı ortaya çıkmıştır. Hatırlanan şeylerin tekrarla birlikte giderek daha az canlı ve detaylı hatırlanmasının, Van den Hout ve Kindt (2003) işleme sürecindeki değişimden kaynaklandığını ileri sürmektedir. İlk olarak uyaranlar fiziksel özelliklerine göre algılanarak algısal işleme yapılırken, tekrarlı kontroller nedeniyle algılanan pek çok uyaran tek bir prototiple bellekte temsil edilir hale gelmektedirler. Bu yüzden her bir uyarının ayrı ayrı işleme girmesi yerine algısal işlemeden kavramsal işlemeye atlanarak uyaranlar daha az canlı ve detaylı hatırlanmaktadır. Bu durum ise kişinin kendi hafızasına duyduğu güvenini olumsuz etkilemektedir (Boschen ve Vuksanovic, 2007).

Radomsky, Gilchrist ve Dussault (2006) da benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Van den Hout ve Kindt'in yaptığı bilgisayar temelindeki sanal uygulama yerine gerçek bir ortamda bu araştırma gerçekleştirilmiştir. Üniversite öğrencileri ile yürütülen çalışmada ocağın söndürülmesi (ilişkili kontrol etme) ve musluğun kapatılması (ilişkisiz kontrol etme) görevlerinin 19 kez tekrarlanması istenmiştir. Bulgulara göre tekrarlı olarak ocağın söndürülüp söndürülmediğini kontrol eden grupta belleklerine duydukları güvenin azaldığı gözlenirken, musluğun kapanması görevinde böyle bir azalma gözlenmemiştir. Aynı şekilde Boschen ve Vuksanovic (2007) tarafından OKB tanılı hastalar ile sağlıklı grubun ele alındığı çalışmada OKB tanılı hastaların abartılı sorumluluk algıları doğrultusunda tekrarlı olarak kontrol etme davranışı sergiledikleri ve yapılan tekrarlar sonucunda belleklerine duydukları güvenin azaldığı, hatırlamalarının daha az canlı ve detaylı olduğu bulunmuştur. 2010 yılında Dek ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada tehlikeyle ilişkili ve ilişkili olmayan görevler sağlıklı katılımcılardan oluşan 70 kişiye 20 kere tekrarlatılmıştır. Bulgulara göre tehlikeyle ilişkili görevlerde bellek performansları artarken belleğe duyulan güvenin, hatırlamanın canlılığının ve detaylarının azaldığı ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak bellek bozukluklarından bağımsız olarak abartılı sorumluluk algısı ve abartılı tehdit algısı nedeniyle kontrol etme sıklığının arttığı ve ters orantılı olarak belleğe duyulan güvenin azaldığı gözlenmiştir (Hermans vd., 2008).

Cuttler ve arkadaşlarının (2013) şüphe, işlevsel olmayan inançlar ve belleğe duyulan güven faktörlerinin kontrol kompulsiyonları üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada belleğe duyulan güven ve işlevsel olmayan inançların birlikte görüldüğü durumlarda kontrol kompulsiyonlarının öngörülebildiği bulunurken, belleğe duyulan

güven ve şüphe arasında bir ilişki görülmediği, kontrol kompulsiyonları üzerinde belleğe duyulan güvenin düşük olmasından öte, şüphe obsesyonlarının çok daha etkili olduğu sonucunu elde etmişlerdir. Sonuç olarak belleğe duyulan güvenin tek başına kontrol kompulsiyonlarını yordamadığı bulunmuştur. Belleğe duyulan güvenin düşük olması ile OKB arasındaki ilişkiyi ele alan OKB ve sağlıklı kontrol grubu karşılaştırmalarının 34'ü arasından sadece 7'sinde gruplar arasında belleğe duyulan güven açısından anlamlı farklılık olduğu saptanmışken, OKB ve psikiyatrik kontrol grubunun karşılaştırıldığı araştırmaların 21'i arasından sadece ikisinin anlamlı sonuçlar gösterdiği saptanmıştır (Cuttler ve Graf, 2009).

Belleğe duyulan güvene ilişkin yapılan araştırmaların çoğunun üst-bellek bozukluğu teorisini desteklediği görülmektedir (örn., Boschen ve Vuksanovic, 2007; Hermans vd., 2003; MacDonald vd., 1997; McNally ve Kohlbeck, 1993; Sher vd.,1983; Tuna vd., 2005). Ancak yine de araştırmaların bazılarında OKB'de üst-bellek sorunu görülmediği bulunmuştur. Bu açıdan sonuçların tutarsızlık gösterdiği söylenilebilir. Bu anlamda yapılacak araştırmanın bu konudaki tutarsızlıklara ışık tutacağı düşünülmektedir.

OKB'deki klinik gözlemler görülen bellek sorunlarının retrospektif bellek alanlarından öte prospektif bellek alanları ile ilgili olduğunu düşündürmektedir (Cuttler ve Graf, 2009). Buraya kadar aktarılan araştırma örnekleri retrospektif bellek süreçleri (geriye yönelik bellek süreçleri) ile ilgiliyken prospektif bellek süreçlerine yönelik araştırmalar bundan sonraki bölümde aktarılacaktır.

2.3.3. OKB'de İleriye Yönelik Bellek (Prospektif Bellek)

Sürecine Yönelik Araştırmalar

Yukarıdaki OKB'deki bellek bozukluklarına ilişkin literatürün, genel olarak geriye yönelik bellek süreçlerine yönelik olduğunu söyleyebiliriz. İleriye ve geriye yönelik bellek ayrımını vurgulamak açısından aşağıda kuramsal açıklamalar verilmiştir. Ardından da OKB'de ileriye yönelik bellek sürecine ilişkin literatür sunulmuştur.

İleriye-Geriye Yönelik Bellek (Prospektif-Retrospektif Bellek)

Bellek süreçleri kodlama, depolama ve geri getirme süreçlerini içeren sistemden oluşmaktadır. Bazı bilgileri belleğimizde tutarken bazı bilgileri unuturuz. Bu sistemde

gereksiz bilgiler filtrelenerek gerekli bilgilere yer verilir. Ancak hayati öneme de sahip olan bellek süreçlerinde zaman zaman bozulmalar görülebilir. Bu bozulmalar retrospektif bellek süreçleri ile ilgili olabileceği gibi daha nadir olarak araştırmalara dahil edilen prospektif bellek süreçleri ile de ilgili olabilmektedir. Retrospektif bellek süreçlerinde telefon numaralarını unutmak, tanışılan kişilerin isimlerini unutmak, eşyaların konulduğu yerleri unutmak, konuşulan şeyleri unutmak, e-mail şifresini unutmak, önemli günleri unutmak (doğum günleri, evlilik yıl dönümleri gibi), sınavlarda çalışılan konuyu unutmak gibi sorunlar olarak görülebilir (Unsworth vd., 2013). Prospektif bellek süreçleri ise daha çok niyetler, planlar ve verilen sözlerle ilgilidir. Bu planları, niyetleri formüle edebilme, zihinde tutma, uygun zaman ve bağlamda bilgiyi geri getirebilme potansiyeli ile ilişkilidir.

Doğru zamanda yapmamız gereken şeyleri hatırlayabilmek en az geçmişimizdeki bilgileri geri getirebilmek kadar önemlidir. İleriye yönelik bellekteki hatalar, örneğin randevuları unutmak, ilacını içmeyi unutmak gibi hayati öneme sahip birçok soruna yol açabilir. Ciddi sorunlar yaratabilme potansiyelinin yüksek olması ve sağlıklı insanlarda da çok sık görülebilmesine rağmen ileriye yönelik bellek hataları Alzheimer hastalığı dışında bilimsel literatürde dikkati yeterince çekmemiştir (akt. Doğan, 2015).

İleriye yönelik bellek, hatırlama için belirgin bir hatırlatıcı olmamasına rağmen kişinin doğru zamanda önceden geliştirilmiş bir planın veya niyetin farkında olma yetisine denir (Piaulino vd., 2010). Prospektif bellek gündelik hayatımızı sürdürebilmemiz için oldukça önemlidir. İş ile ilgili yapılması gerekenleri planladığımızda (örn., işe gittiğinde ilk olarak eksik evrakları tamamlamayı hatırlamak, randevu verilecek kişilere telefon etmeyi hatırlamak gibi), sosyal ilişkileri organize etmede (örn., çocukları parka götürmeyi hatırlamak gibi), sağlıkla ilgili ihtiyaçları gidermede (örn., ilaçları saatinde almayı hatırlamak gibi) ileriye yönelik bellek performansı önem arz etmektedir (Einstein ve McDaniel, 2005). Prospektif bellek süreçleri retrospektif bellek süreçlerini de kapsamaktadır. Örneğin günün sonunda ekmek almayı hatırlayabilmemiz için işten çıktığımızda bir şey yapmamız gerektiğini hatırlamamız gerekir (ileriye yönelik bellek) ve bundan sonra almamız gereken şeyin ekmek olduğunu (geriye yönelik bellek) zihnimizden çağırmamız gerekir. Yani ileriye yönelik bellek geriye yönelik bellek öğelerini içermektedir; bu da bu iki bellek arasında belirli bir duruma kadar ilişki olduğunu düşündürmektedir (Uttl, 2008).

Obsesif kompulsif bozukluktaki bellek sorunları ele alınırken daha çok retrospektif bellek sorunlarını değerlendiren araştırmaların yapıldığı dikkati çekmiştir. Halbuki bir eylemi yapmayı hatırlama becerisinin de oldukça önemli olduğu ve OKB’de görülen şikayetlerin önemli bir bölümünü oluşturduğu düşünülmektedir. Buradan hareketle OKB’de gözlenen prospektif bellek sorunlarının gerçekte olup olmadığına yönelik çeşitli araştırmalar yapılmıştır (Cuttler ve Graf, 2009).

Harris ve Cranney (2012) tarafından 124 üniversite öğrencisi ile yapılan ve katılımcıların prospektif bellek performansları açısından karşılaştırıldığı araştırmada, yüksek obsesyonları olan kişilerin prospektif bellek performanslarının daha düşük olduğu bulunurken, prospektif bellek süreçlerine yönelik öznel bildirimleri açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Harris ve Cranney (2012), bu bulguyu yüksek obsesyonların kısıtlı kapasitesi olan çalışma belleğini meşgul ettiği bu yüzden de ileriye yönelik bellek performansı üzerinde olumsuz etki oluşturduğu şeklinde yorumlamıştır.

Cuttler ve Graf (2007, 2008) kontrol kompulsiyonu olan üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada kontrol kompulsiyonu yüksek olan öğrencilerin olay temelli prospektif süreçleriyle ilgili daha düşük performans sergilediklerini ortaya koymuşlardır. Bu araştırma sonucu daha sonra OKB klinik örneklemini üzerinde yapılan bazı araştırmalarca da desteklenmiştir (Harris vd., 2010). Ancak yapılan araştırmalara bakıldığında sadece prospektif bellek süreçlerini içeren görevler sunulduğu, retrospektif bellek süreçlerinin ele alınmadığı dikkati çekmiştir. Oysaki prospektif bellek süreçleri retrospektif bellek süreçlerini de içermektedir. Bundan dolayı prospektif bellek süreçlerinde görülen bozulmaların retrospektif bellek süreçlerindeki bozuklukla ilgili olmadığını söyleyebilmek için geriye yönelik bellek süreçleri de araştırmaya dahil edilmelidir (Harris ve Cranney, 2012).

Kişilerin bellek sorunlarının ne kadar farkında oldukları da önemli bir diğer noktadır. Cuttler ve Graf (2008), kontrol davranışı yüksek olan öğrencilerin hem retrospektif hem de prospektif bellek süreçlerinden şikayetçi olduklarını bildirdiklerini saptamışlardır. Ancak bazı araştırma sonuçları da bu bulguyla tutarsızlık göstermektedir. OKB tanısı alan hastaların prospektif bellek süreçlerinden şikayetçi olmadıklarını ortaya koyan araştırmalar mevcuttur (Harris vd., 2010; Harris ve Cranney, 2012).

Prospektif bellek performansının OKB kontrolcülerde (Cuttler ve Graf, 2007, 2008; Harris vd., 2010) ve temizlik kompulsiyonu olanlarda (Marsh vd., 2009) zayıf olduğu görüşü ileri sürülmüştür. Harris ve Cranney (2012) tarafından yapılan araştırmada, obsesyonları açısından OKB klinik tabloyla benzerlik gösteren katılımcıların nötr ve tehlikeyle ilişkili uyaranların her ikisinde de prospektif hatırlama becerilerinde düşük performans sergilediklerini ortaya konmuştur. Tehlikeyle bağlantılı uyaranlar söz konusu olduğunda dikkat yanlılığı söz konusu olabileceğinden hareketle, OKB tanısı alan kişilerin daha yüksek performans sergilemesi beklenmiştir. Ancak OKB’de görülen dikkat yanlılığına ilişkin yapılan araştırma sonuçları da tutarsızlık göstermektedir (örn., Harkness vd., 2009; Moritz ve von Muhlenen, 2008).

Cuttler ve Graf (2008), OKB kontrol etme kompulsiyonu olan klinik altı (subclinical) örneklem üzerinde yaptıkları araştırmada kontrol kompulsiyonu yüksek olan katılımcıların hem prospektif hem retrospektif bellek sorunlarının daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca kontrol kompulsiyonu yüksek olan katılımcıların bildirdikleri prospektif ve retrospektif sorunların daha fazla olduğunu saptamışlardır. Ancak Harris ve arkadaşları (2010) OKB kontrol kompulsiyonu olan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında, bildirdikleri prospektif ve retrospektif sorunlar açısından anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur. Harris ve Cranney (2012) tarafından yapılan araştırma sonuçları da yüksek obsesyonu olan kişilerin daha zayıf prospektif bellek performansı göstermelerine rağmen kendi bildirimlerinde böyle bir sorun olmadığını ortaya koymuştur.

Cuttler ve arkadaşları (2005) tarafından yüksek kontrol kompulsiyonu olan ve düşük kontrol kompulsiyonu olan 100 öğrenciden oluşan iki grup üzerinde araştırma yapılmıştır. Katılımcılara iki görev verilmiştir. İlk olarak verdikleri eşyaları testin sonunda almayı hatırlatmaları, diğeri ise yarım saat dolduktan sonra testöre arama yapması gerektiğini söylemesi şeklindedir. Her bir görevden önce kendilerine ne kadar güvendikleri sorulmuştur. Anket sorularında bildirdikleri prospektif ve retrospektif bellek sorunlarına bakıldığında yüksek kontrol kompulsiyonu olan katılımcıların daha fazla prospektif bellek sorunu bildirdikleri ortaya konmuştur. Verilen görevi başarıyla gerçekleştireceklerine dair değerlendirmelerine bakıldığında yüksek kontrol kompulsiyonu olan katılımcıların düşük olanlara kıyasla kendi performanslarına ilişkin beklentilerinin daha düşük olduğu ortaya konmuştur.

OKB ile prospektif bellek süreçleri arasındaki ilişkiyi üç şekilde ele almak mümkün. İlk olarak OKB tanısı alan kişiler yapmayı planladıkları şeyi yaptıktan sonra bu görevle ilişkili uyanları, kaynakları inhibe etmekte güçlük yaşıyor olabilirler. Sağlıklı grup üzerinde bu konu ile ilgili yapılan araştırma sonucunda sağlıklı grubun eylemi gerçekleştirdikten sonra bu eylemle ilişkili uyanları inhibe edebildiklerini ortaya koymuştur (Marsh, Hicks ve Binks, 1998). Buradaki inhibisyon sisteminin kişiyi yaptığı bir eylemi tekrar yapmaktan alıkoyduğu ve işlevsel bir mekanizma olduğu söylenebilir (Marsh, Hicks ve Binks, 1998). Bu görüş doğrultusunda, inhibisyon mekanizmasındaki bozukluk, o görevin sürekli olarak yapılacaklar listesinde yer almasına yol açabilir.

Diğer bir açıklama ise kişinin bir eylemi yaptıktan sonra bu eylemi yapıp yapmadığından tam emin olamaması ile ilgilidir. Kişi bundan dolayı bir eylemi doğru şekilde yapıp yapmadığını kontrol etme ihtiyacı hisseder. Bu durumda da esas sorunun prospektif görevle ilişkili retrospektif bellek sorunu olduğu söylenilebilir (Cuttler ve Graf, 2007).

Son olarak ise OKB tanısı alan kişilerin prospektif bellek süreçlerinin bozuk olduğu, daha önce bu anlamda pek çok deneyimlerinin olması nedeniyle gelecekte de benzer sorunlar yaşayacaklarından endişe duydukları, bu endişeyi gidermek adına da kompulsyonlar geliştirdikleri söylenilebilir (Cuttler ve Graf, 2007).

Cuttler ve Graf (2007) tarafından yapılan çalışmada yüksek, orta ve düşük kontrol kompulsyonu olan üniversite öğrencilerinin kendilerine verilen görevlere ilişkin bellek değerlendirmeleri açısından aralarında anlamlı farklılık görülmezken prospektif ve retrospektif bellek anketlerindeki yanıtlarına bakıldığında ise yüksek kontrol etme kompulsyonu olanların daha fazla prospektif bellek sorunu bildirdiklerini ortaya konmuştur. Anketlerdeki bildirimleri ile verilen göreve ilişkin bellek değerlendirmeleri arasında böyle bir farkın oluşmasının altında anket sorularının yanıtlarında önceki deneyimleri göz önünde bulundurularak yanıt verilirken test görevinde ise sadece o test görevi temel alınarak yanıt verilmesi durumunun yattığı düşünülmektedir (Cuttler ve Graf, 2007).

Sonuç olarak görüldüğü gibi OKB ve prospektif bellek süreçleri arasındaki ilişkiye dair yapılan araştırma sonuçları tutarsızlık göstermektedir. Prospektif bellek süreçlerinin OKB tanısı alan kişilerde nasıl olduğuna dair klinik örneklem üzerinde yapılan çok

kısıtlı sayıda araştırma vardır. Cuttler ve Graf (2009) tarafından yapılan literatür taramasına göre prospektif bellek ve üst-bellek süreçleri açısından OKB ve sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı yalnızca bir araştırma olduğu saptanmıştır. Buna göre de prospektif üst-bellek süreçleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. OKB ve psikiyatrik bozukluk tanısı alan grupların karşılaştırıldığı bir araştırmaya ise rastlanılmamıştır. Yalnızca prospektif bellek süreçleri açısından OKB kontrolcü ve kontrolcü olmayan klinik altı (subclinical) örneklemelerin karşılaştırıldığı 3 araştırmaya rastlanılmış ve bu araştırmalardan ikisinin gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu gösterdiği bulunmuştur. Prospektif üst-bellek süreçlerinin karşılaştırıldığı ise 12 araştırmanın 10'unda kontrolcü klinik altı (subclinical) grubun anlamlı derecede yüksek prospektif bellek sorunu bildirdiği görülmüştür. Bellek ve üst-bellek süreçlerinin karşılaştırıldığı kısıtlı sayıda araştırma olması nedeniyle araştırmamızda prospektif bellek ve üst-bellek süreçlerinin de değerlendirilmesi planlanmıştır.

OKB'de gözlenen bellek ya da üst-bellek sorunlarına değinilirken bellek ya da üst-bellek sorunu yaşayan herkesin tekrarlı bir biçimde bir eylemi yapma durumunu ya da kontrol etme davranışını sergilememesi bir diğer araştırma sorusu haline gelmiştir. Bu durum kompulsiyonların gelişiminde ve sürdürülmesinde sadece bellek ya da üst-bellek sorunlarının etkisinin olmadığını ayrıca başka süreçlerinde etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Yapılan literatür taramaları özellikle işlevsel olmayan inançlar üzerinde durmaktadır. Bir sonraki bölümde panik bozukluk ve OKB'de gözlenen işlevsel olmayan inançlar aktarılacaktır.

2.4. OKB VE PANİK BOZUKLUKTA İŞLEVSEL OLMAYAN İNANÇLAR

Anksiyete bozuklukların bilişsel modelleri kişilerin sahip olduğu inançlara vurgu yapmaktadır. “Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (OCCWG)” altı obsesif inanç alanının OKB'nin gelişiminde önemli rolü olabileceğini bildirmiştir. Bunlar: abartılı sorumluluk algısı, düşüncenin önemsenmesi, düşüncelerin kontrolü, abartılı tehdit algısı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçiliktir (OCCWG, 2005).

- Abartılı Sorumluluk Algısı: Bir kişinin olumsuz sonuçları önleme veya neden olma gücüne sahip olduğuna ilişkin işlevsel olmayan inancıdır (Şenormancı, 2010).

OKB’de kişiler sadece yaptıklarından değil, yapmadıklarından da sorumlu hisseder. Kişi herhangi bir davranışı yapmazsa olumsuz sonucun ortaya çıkacağına inanır ve bundan kendini sorumlu tutar. Örneğin evden çıkarken muslukları kontrol etmemek, musluğu açık bırakmakla aynı değerlendirilmektedir. OKB tanısı alan kişilerin, sorumlu olduklarını düşündükleri durumlarda, olumsuz bir sonuçla karşılaşacaklarına dair inançları da kuvvetlidir. Bu da onları sürekli tedbir almaya iterek sorumluluklarını yerine getirmeye teşvik etmektedir. Çoğu zaman aldıkları sorumluluklar kendi gerçek kontrollerinin dışındadır. Örneğin hastalık bulaşma obsesyonu olan kişi, kimseye dokunmayarak hasta olmamaya çalışmaktadır. Halbuki pek çok hastalık farklı yollarla bulaşabilmektedir. Hastalıklar üzerinde tüm kontrol mümkün değildir (Dürü ve Sayılğan, 2009).

- Düşüncelere aşırı önem verme: OKB tanısı alan kişiler düşüncelerine aşırı önem vermektedirler. Bir düşünce aklına geldiği zaman hemen bu düşünceyi dikkate alır, sorgular, kendi gerçek istekleri olup olmadığını belirlemeye çalışır. Sadece düşünmekle bazı şeylerin gerçekleşeceğine inanır. Bu durum “düşünce-eylem” kaynaşması olarak da isimlendirilir. Düşünce eylem kaynaşması iki şekilde olur. Birincisi kötü bir düşünceye sahip olmanın kötü bir sonuca yol açacağına dair inançtır (örneğin bir kişinin partnerinin trafik kazası geçirdiğini düşünmesinin onun kaza geçirme ihtimalini arttıracığına inanmasıdır). Düşünme ve eyleme dökmek aynı şeyler olarak değerlendirilir. Bununla bağlantılı olarak kişiler kendilerini, suçlu, günahkar olarak hisseder. İkinci olarak ise bazı kötü eylemler hakkında ahlaken o olayı yapmaya eşit olarak değerlendirilen düşüncelere sahip olmadır. Sıklıkla o olayı yapmaya ilişkin gizli bir isteğin olması şeklinde değerlendirilir (Dürü ve Sayılğan, 2009; Şenormancı, 2010). Tipik düşünce şekilleri “ahlak dışı bir düşünceye sahip olmak bunu yapmakla aynı şeydir”, “eğer bunu düşünüyorsam istiyorum demektir”, “bir olay hakkında düşünmek bu olayın gerçekleşme olasılığını artırır” gibi düşünce içerikleri düşüncenin önemsenmesi kategorisinde yer almaktadır (akt. Şimşek, 2011).

- Düşüncelerin kontrol edilmesi inancı: OKB tanısı alan kişiler, kendi düşüncelerini “normal dışı” olarak yorumlamakta, başkalarının benzer girici düşüncelerinin olmadığına veya onların bu düşünceler üzerinde tam kontrol sağladıklarına inanmaktadırlar. Bu bakış açısıyla kişiler tüm düşünce akışını kontrol etmeye çalışmaktadırlar (Dürü ve Sayılğan, 2009).

- Abartılmış tehdit algısı: OKB tanısı alan kişiler olumsuz olayların gerçekleşme ihtimalini normal kişilere göre çok daha yüksek olasılıklı olarak değerlendirirler. Örneğin kişi kapıyı kilitlendiğinden emin olmadığı durumlarda evine hırsızının girme olasılığının mutlaka gerçekleşeceğine inanmakta ve geri dönerek kapıyı kilitleyip kilitlenmediğini kontrol etmektedir (Dürü ve Sayılğan, 2009). Abartılmış tehdit algısına sahip olan kişilerin tipik düşüncesi “kötü şeyler hep benim başıma gelir”, “kötü sonuçlar iyi olanlarından daha olasıdır” tarzındadır (akt. Şimşek, 2011).

- Belirsizliğe tahammülsüzlük: Tamamen emin olma ihtiyacı ile ilgilidir. Kişinin bir durumdan kesinlikle emin olmazsa çıkabilecek sorunla baş edemeyeceğine dair inancı vardır. Abartılmış sorumluluk ve tehdit algısıyla yakından ilişkilidir. Karar verme durumu anksiyetenin artmasına yol açar. Çünkü karar verilmesi gereken durumlar belirsizlikler içerir. OKB tanısı alan kişiler bu belirsizliklere ve bilinmezliklere tahammül edememekte, kesin sonuçlar bulmaya çalışmakta dolayısıyla karar verememektedirler (Dürü ve Sayılğan, 2009).

- Mükemmeliyetçilik: OKB’nin gelişimi ve sürdürülmesinde rol oynayan bir diğer önemli inanç alanı mükemmeliyetçiliktir. Mükemmeliyetçilik, her sorunun mükemmel bir çözümü olduğuna inanma eğilimidir. En küçük bir hatanın bile ciddi sonuçlara yol açacağına inanılır. Mükemmeliyetçilik “mükemmel bir durum bir kere var olduysa her zaman kişi buna ulaşmalıdır” düşüncesiyle desteklenir. Mükemmeliyetçiliğin bir boyutu olan “hatalara aşırı ilgi”nin aşırı sorumluluk ve düşüncenin önemsenmesi ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir (akt. Şimşek, 2011).

Kontrol etme, temizleme ve biriktirmenin mükemmeliyetçilikle ilişkili olduğuna inanılmaktadır. Hata yapmamaya çalışmak bu tür davranışları ortaya çıkarmaktadır. Kişiler her zaman her yerde “doğruyu” yapmaya çalışmaktadırlar (Dürü ve Sayılğan, 2009).

Bilişsel modeller OKB’deki kontrol ihtiyacını açıklarken “abartılmış sorumluluk” ve “belirsizliğe tahammülsüzlük” kavramları üzerinde durmaktadır (Eryılmaz ve Tosun, 2013). Bilişsel bakış açısına göre kompulsyonlar olumsuz olaylar üzerinde kontrol duygusunu kazanmak için gelişmektedir. Carr (1974) OKB tanısı alan kişilerin, zarara neden olabilecek her durumun abartılmış tehlikeyle sonuçlanacağını, kişinin bu istenmeyen sonucun ortaya çıkma olasılığını çok yüksek algıladığını öne sürmektedir.

Rachman (2002) kompulsif kontrol etmenin, kişilerin algıladıkları tehdit ortadan kaldırıldığından emin olamadıklarında ve zararı önleyebileceklerine dair özel bir sorumluluk hissettiklerinde ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Rheaume ve arkadaşları da (1995) abartılmış sorumluluk ve kontrol etme arasında anlamlı bir ilişki saptamıştır. Lopatka ve Rachman'ın (1995) çalışmasında, yüksek sorumluluk sözleşmesini imzalayan hastaların, düşük sorumluluk sözleşmesini imzalayanlara göre çok daha fazla kontrol etme davranışı sergiledikleri görülmüştür. Ladouceur'un (1995) çalışmasında yüksek sorumluluk durumundaki katılımcıların daha fazla kompulsif kontrol davranışı gösterdiklerini bulmuştur. Shafran'ın (1997) yaptığı bir çalışmada da abartılmış sorumluluk algısının kontrol kompulsiyonu gelişiminde kritik rol oynadığı gösterilmiştir. Yapılan araştırmalar sonucunda algılanan sorumluluk azaldığında, stres düzeyi ve kontrol etme davranışlarının da azaldığı ortaya çıkmıştır (Radomsky vd., 2001; Shafran, 1997). Ayrıca genel bellek bozukluğundan öte abartılı sorumluluk algısının belleğe duyulan güven üzerinde daha çok belirleyici etkisi olduğu saptanmıştır (Radomsky vd., 2001).

Belirsizliğe tahammülsüzlük kontrol kompulsiyonunu açıklamada bir diğer önemli inanç alanıdır. Tolin ve arkadaşları (2003) yaptıkları bir çalışmada, birincil olarak kontrol etme kompulsiyonu bildiren OKB hastalarının kontrol kompulsiyonu rapor etmeyenlere göre belirsizliğe daha fazla tahammülsüz oldukları sonucuna varmışlardır. Holaway (2006) bir çalışmasında kontrol etme kompulsiyonu ile şüphe etme kompulsiyonlarının diğer kompulsiyonlara göre belirsizliğe tahammülsüzlük ile daha yüksek ilişkili olduklarını saptamıştır. "Belirsizliğe tahammülsüzlüğün", kompulsif kontrol etmede önemli bir rol oynadığını ileri sürmüştür.

İşlevsel olmayan inançların yalnızca OKB'ye mi özgü olup olmadığına dair çeşitli araştırmalar yapılmıştır. OKB ve diğer anksiyete bozukluklarının birlikte görülme oranları yüksektir ve etiyolojik açıdan büyük benzerlikler göstermektedirler (Torres vd., 2004; Brakoulias vd., 2011). Bilişsel özellikler açısından OKB ve panik bozukluk birbirleri ile benzerlik göstermektedir. OKB ve diğer anksiyete bozukluklarının birbiriyle benzer oldukları düşünülerek obsesif inançlar açısından karşılaştırılmışlardır. OKB tanısı almış hastaların mükemmeliyetçilik inanç alanı açısından Panik Bozukluk tanısı alanlar ile benzerlik gösterdikleri bulunurken normal kontrollerden anlamlı

derecede obsesif inançlar bakımından yüksek puan aldıkları saptanmıştır (Frost vd., 1997).

Tolin ve arkadaşları (2006) yaptıkları araştırmada “mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük” ve “düşüncelere önem verme/ düşünceleri kontrol etme” obsesif inanç alanlarının OKB’ye özgü olduğunu bulurlarken, “abartılmış sorumluluk ve tehdit algısı” inanç alanının diğer anksiyete bozukluklarında da benzer oranda görüldüğünü saptamışlardır.

Obsesif inançlara ilişkin yapılan araştırmalarda OKB dışındaki diğer anksiyete bozukluklarında elde edilen bulguların çelişkili olduğu görülmüştür. Taylor ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan araştırmaya göre obsesif inanç alanları bakımından OKB ve diğer anksiyete grubu arasında anlamlı bir farklılık olmadığı, bu inanç alanlarının OKB’ye özgü olmayabileceği sonucu elde edilmiştir (Konkan vd., 2013). OCCWG (2005) kısa ölçek geliştirme çalışmalarında “mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük” inanç alanı açısından OKB ve diğer anksiyete grupları arasında anlamlı bir farklılık saptamamışlardır. Tolin ve arkadaşlarının (2006) OKB, kaygı grubu ve normal kontrolleri karşılaştırdıkları araştırmalarında hem OKB grubunun hem de anksiyete bozuklukları grubunun sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında “mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük”, “abartılmış tehdit ve sorumluluk algısı”, “düşüncelere önem verme ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı” inanç alanları açısından yüksek puan aldıklarını bildirmişlerdir.

Konkan ve arkadaşları (2013) tarafından panik bozukluk tanısı alan hastalar ile yapılan araştırmada obsesif inançların hastalığın aktif döneminde bulunduğu, remisyonda olduğu dönemde kaybolduğu saptanmıştır. Ayrıca sürekli kaygı ve depresyon düzeylerinin OİÖ-44 “düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme” alt ölçeği dışındaki tüm obsesif inançları etkilediği bulunmuştur. Depresyon ve sürekli kaygının panik bozukluk tanısı alan hastalarda obsesif inançlara katkıda bulunduğu düşünülmekte ve bu inanç alanının OKB ve panik bozukluk tanısı alan hastalar için ortak özellik olabileceği düşünülmektedir. Genel olarak obsesif inançların OKB’ye özgü olmadığı, panik bozuklukla birlikte diğer anksiyete bozuklukları ile depresyonun gelişimi ve sürmesinde ortak bir etken olabileceği düşünülmektedir (Konkan vd., 2013).

Yukarıda aktarılan bellek (prospektif ve retrospektif), üst-bellek ve işlevsel olmayan inançlara ilişkin bilgiler ışığında OKB ile bu değişkenlerin ilişkisinin panik bozukluk ve

sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmalı olarak incelenmesi planlanmıştır. Görüldüğü üzere literatürde bu üç değişkeni aynı araştırmada ele alan klinik örneklem üzerinde yürütülmüş bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Ayrıca kaygı bozuklukları tanı grubundan olan panik bozukluk tanı grubunun da araştırma desenine dahil edilmesiyle sonuçların OKB'ye özgü olup olmadığını söyleyebilmemiz mümkün olacaktır. Bunlarla birlikte araştırmamızda laboratuvar testlerinden farklı olarak gündelik hayatta görülen sorunları olabildiğince temsil edecek çeşitli görevler planlanarak hem objektif hem subjektif açıdan katılımcıların bellek süreçlerinin değerlendirilmesi planlanmıştır. Bu şekilde yöntemsel sorunlardan kaynaklı karıştırıcı değişkenleri en aza indirgeyerek daha güvenilir sonuçlar elde edileceği düşünülmüştür. Bu doğrultuda kurulan hipotezler OKB grubunun düşük bellek (retrospektif ve prospektif) performansı göstereceği, belleklerine duydukları güvenin düşük olacağı ve de yüksek düzeyde işlevsel olmayan inançlara sahip olacakları şeklindedir. Bir sonraki bölümde bu varsayımları test etmek üzere araştırmanın yöntem bölümüne değinilecektir.

3.YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Bu araştırmanın klinik örnekleme Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran DSM-V (Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı) tanı kriterlerine göre OKB ve panik bozukluk tanısı alan ve hastane psikiyatristleri tarafından yönlendirilen kişilerden oluşmaktadır. Araştırmaya toplam 82 kişi katılmıştır. OKB tanısı alan 29 kişi araştırma grubunda yer alırken karşılaştırma grubunda panik bozukluk tanısı alan 23 kişi ve sağlıklı (psikiyatrik tanı almamış kişiler) kontrol grubunda 30 kişi yer almıştır. OKB grubu (n=29), panik grubu (n=23) ve kontrol grubunda (n=30) yer alan katılımcıların seçiminde yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durum gibi demografik değişkenler açısından homojen dağılım göstermesine özen gösterilmiştir. Katılımcılar gönüllülük esasına göre araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada verilerin toplanması amacıyla katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formunu doldurmaları istenmiştir. Araştırmaya katılan klinik örnekleme de yer alan kişiler hastanenin psikiyatri polikliniğinden yönlendirilmişken, sağlıklı kontrol grubunda yer alan kişiler ağırlıklı olarak Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Pendik Şifa Hastanesi'nde çalışan personel olmak üzere herhangi bir tanı almayan kişilerden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan kişilerin seçiminde psikotik ve nörolojik bozuklukların eşlik etmemesi, madde bağımlılığı eş tanısının olmaması, işitme güçlüğü'nün olmaması, 18-45 yaş aralığında olmaları ve en az okuma yazma biliyor olmaları ölçütleri göz önünde bulundurulmuştur.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma kapsamında katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formu, Demografik Bilgi Formu, Hastalık Öyküsü Bilgi Formu, Padua Envanteri, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, Obsesif İnanışlar Ölçeği-44, Beck Depresyon Ölçeği, Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Prospektif ve Retrospektif Bellek Ölçeği (İleriye ve Geriye Yönelik Bellek Ölçeği) uygulanmıştır. Sağlıklı kontrol grubuna ise Padua Envanteri ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi dışındaki ölçeklerin hepsi uygulanmıştır. Katılımcıların tümüne, öznel bildirimlere dayalı ölçeklere ek olarak objektif değerlendirme imkânı sağlayacak çeşitli testlerden derlenmiş bir bellek testi de uygulanmıştır.

3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmaya başlamadan önce katılımcıların araştırma ile ilgili olarak bilgilendirildiği bir form hazırlanmıştır. Formun içeriğinde araştırmayı yapanın kimliği, araştırmanın amacı, tahmini uygulama süresi ve katılımcılardan beklentiler açıklanmıştır. Sonunda katılımcılardan katıldıklarına dair onay alınmıştır. Bilgilendirilmiş Onam Formu, EK A’da verilmiştir.

3.2.2. Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan demografik bilgi formu kullanılarak, katılımcılara ait temel demografik bilgiler elde edilmiştir. Bu formda katılımcının yaşı, cinsiyeti, eğitim bilgileri, medeni durumu ve kaçınıcı çocuk olduklarını belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. Demografik Bilgi Formu EK B’de yer almaktadır.

3.2.3. Hastalık Öyküsü Bilgi Formu

OKB ve kaygı bozukluğu tanıılı hastaların hastalık öyküleri demografik bilgi formu doldurulduktan sonra uygulama öncesinde katılımcılardan sözlü cevap alınarak araştırmacı tarafından kaydedilmiştir. Formda hastalık başlangıç yaşı, hastalığın süresi, kişinin tedaviye başlangıç yaşı, tedavi süresi, tedavi türü, kişinin tedaviye devam

durumu hakkında bilgi edinilmesini sağlayacak sorular bulunmaktadır. Hastalık Öyküsü Bilgi Formu EK B’de yer almaktadır.

3.2.4. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Kişilerin obsesif kompulsif belirtilerinin türünü ve yaygınlığını ölçmek üzere geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Hodgson ve Rachman (1977) tarafından geliştirilmiştir. Orijinal formu 30 maddeden oluşmaktadır ve form ‘doğru-yanlış’ şeklinde cevaplandırılacak ifadeleri içermektedir. Ölçek toplam 4 alt ölçek ve 37 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekler kontrol etme alt ölçeği 2, 6, 8, 14, 15, 20, 22, 26 ve 28. maddeleri; temizlik alt ölçeği 1, 4, 5, 9, 13, 17, 19, 21, 24, 26 ve 27. maddeleri; yavaşlık alt ölçeği 2, 4, 8, 16, 23 ve 29. maddeleri ve kuşku alt ölçeği 3, 7, 10, 11, 12, 18 ve 30. maddeleri içerir. Doğru yanıtı 1 puan, yanlış yanıtı 0 puandır. Toplam, her maddenin puanı toplanarak elde edilir. En yüksek puan 37’dir.

Ölçeğin Türkçe’ye uyarlaması Erol ve Savaşır (1988) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formuna ruminasyon alt ölçeği eklenmiştir ve 2, 8, 31-37. maddelerden oluşmaktadır. Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı tüm ölçekler için 0,86, alt ölçeklere göre 0,61-0,65 arasında bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliğinde tüm ölçek için $r=0,88$, alt ölçekler için $r=0,56-0,84$ arasında elde edilmiştir. MOKSL soru örnekleri EK C’de verilmiştir.

3.2.5. Bellek Testi

Katılımcılara Rivermead Davranışsal Bellek Testinin alt testlerinden yararlanılarak hazırlanan yaklaşık 25-30 dakika kadar süren çeşitli görevler verilmiştir. Bu görevler isim hafızası, yüz tanıma, resim tanıma, zaman ve oryantasyon, hikâye belleği, sayı dizisi olmak üzere geriye yönelik (retrospektif) bellek ölçümleri sağlayan alt testler ile alarm çaldığı zaman soracağı soruları hatırlama ve kişisel eşyalarını testin sonunda almayı hatırlama olmak üzere ileriye yönelik (prospektif) bellek ölçümleri sağlayan alt testler olarak yapılandırılmıştır. Bu görevler hatırlama ve tanıma testleriyle birlikte anlık ve gecikmeli belleği değerlendirmektedir. Her bir görevin başında katılımcılardan o görevi başarıyla gerçekleştireceğine dair kendilerine ne derece güvendikleri sorusu sorulmuştur. Bu soruyla katılımcıların prospektif üst-bellek süreçleri (performansı

sergilemeden önce o görevle ilgili olarak belleklerine duydukları güven) hakkında bilgi edinilmiştir. Beşli Likert tipi ölçek üzerinde derecelendirmeleri istenmiştir (1=hiç güvenmiyorum %0; 2= biraz güveniyorum %25; 3= orta derece güveniyorum %50; 4= oldukça güveniyorum %75; 5= tamamen güveniyorum %100).

Görevi gerçekleştirdikten sonra başarıyla gerçekleştirdiklerine dair kendilerine ne derece güvendikleri sorulmuştur. Bu soruyla ise katılımcıların retrospektif üst-bellek süreçleri (performansı sergiledikten sonra o görevle ilgili olarak belleklerine duydukları güven) hakkında bilgi edinilmiştir. Yine beşli Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmeleri istenmiştir (1=hiç güvenmiyorum %0; 2= biraz güveniyorum %25; 3= orta derece güveniyorum %50; 4= oldukça güveniyorum %75; 5= tamamen güveniyorum %100). Bu şekilde katılımcıların belleklerine ilişkin değerlendirmeleri (üst-bellek performansları) geriye (retrospektif) ve ileriye (prospektif) olarak incelenmiştir. Katılımcılardan alınan yanıtlar, kişinin gerçek bellek performansı ile kendi performansına olan güveni arasındaki ilişkinin derecesinin belirlenebilmesi için kullanılmıştır. Verilen bu görevler ile katılımcıların bellek performansları hem objektif hem de subjektif olarak değerlendirilebilmiştir. Bellek Testi Formu EK D’de verilmiştir.

3.2.6. İleriye (Prospektif) ve Geriye (Retrospektif) Yönelik Bellek Ölçeği (İGYBÖ)

Smith ve arkadaşlarının 2000 yılında geliştirdikleri PRMQ (Prospective and Retrospective Memory Questionnaire)’nın ölçek Cinan ve Doğan (2016-erişim tarihi) tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir. İGYBÖ, 8 tanesi ileriye yönelik diğer 8’i de geriye yönelik bellek hatalarını ölçmek üzere hazırlanmış toplam 16 cümleden oluşan bir ölçektir. Her alt ölçüm bellek hatalarının farklı bir yönünü yansıtmaktadır (çevresel ipuçlu, kendinden ipuçlu, uzun süreli ve kısa süreli bellek hatalarını yansıtan maddeler). Katılımcılar bu bellek hatalarına ne sıklıkla düştüklerini 5’li skala (1=asla ve 5= çok sık) üzerinden değerlendirmektedirler (http://www.ed.ac.uk/files/atoms/files/prmq_turkishnew.pdf). İleriye ve geriye yönelik bellek hataları için skorlar ilgili her 8 cümle için ayrı ayrı hesaplanmıştır. İGYBÖ soru örnekleri EK E’de verilmiştir.

3.2.7. Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 (OIÖ-44)

Obsesif kompulsif semptomlarla ilişkili inançları değerlendiren bir öz değerlendirme ölçeğidir. Bu çalışmada Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (2005) tarafından geliştirilen ölçeğin 44 maddelik formu kullanılmıştır. Ülkemizde bu formun geçerlilik ve güvenirlik çalışması Boysan ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek “kesinlikle katılmıyorum” ve “tamamen katılıyorum” uçları arasında 7’li likert tipi ölçüm yapmaktadır. Ölçeğin “sorumluluk ve tehlike”, “mükemmeliyetçilik ve kesinlik” ve “düşüncelerin kontrolünün önemsenmesi” olmak üzere 3 alt ölçeği mevcuttur. Sorumluluk/tehlike alt ölçeği için “her türlü günlük aktivitede, zarar vermeyi engellemede başarısız olmak kasten zarar vermek kadar kötüdür”, mükemmeliyetçilik ve kesinlik alt ölçeği için “bir şeyden tamamen emin değilsem kesin hata yaparım” ve düşüncelerin kontrolünün önemsenmesi alt ölçeği için “müstehtecen düşüncelerin aklımdan geçmesi çok kötü bir insan olduğum anlamına gelir” maddeleri örnek olarak verilebilir. Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 soru örnekleri EK F’de verilmiştir.

3.2.8. Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri (SDKE)/ Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri (SSKE)

Katılımcıların kaygı belirtilerini değerlendirmek amacıyla Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Inventory-STAI) uygulanmıştır. Orijinali Spielberger, Gorsuch, ve Lushere (1970) tarafından geliştirilmiş olan envanter ile normal ve normal olmayan bireylerdeki sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Envanter maddelerinin hazırlanmasında Cattell ve Scheier’in Kaygı Ölçeği (Anxiety Scale), Taylor’un Açık Kaygı Ölçeği (Manifest Anxiety Scale) ve Welsh’in Kaygı Ölçeği maddelerinden yararlanılmıştır. Envanterin her biri 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır.

1)Durumluk Kaygı Ölçeği: Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.

2)Sürekli Kaygı Ölçeği: Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler.

Envanterin test- tekrar test güvenirliği Sürekli Kaygı Ölçeği için .73 ile .86, Durumluk Kaygı Ölçeği için .16 ile .54 arasında bulunmuştur. Kuder Richardson 20

formülünün genelleştirilmiş bir formu olan alfa korelasyonları ile saptanan iç tutarlık ve test homojenliğini yansıtan katsayılar Durumluk Kaygı Ölçeği için .83 ile .92, Sürekli Kaygı Ölçeği için .86 ile .92 arasında bulunmuştur. Envanterin Türkçeye uyarlaması Öner ve Le Compte (1983) tarafından yapılmıştır. İç tutarlılığı .83 ile .87 arasında bulunmuştur. Yapı ve kriter geçerliği tatmin edici bulunmuştur. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39'dur. Puanlama yapılırken doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Ölçeği için bu değer 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35'dir. En son elde edilen puan bireyin kaygı puanıdır. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı seviyesini, düşük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Araştırmada envanterin bahsedilen uyarlaması kullanılmıştır. Soru örnekleri EK G'de verilmiştir.

3.2.9. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Depresyonun duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel belirtilerini ölçmeye yönelik olarak 21 maddeden oluşan Beck (1961) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Türkçe için geçerlik ve güvenirlik makalesinde kesme puanı 17 olarak belirtilmiştir. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur, yarıya bölme güvenirliğinde, $r=0,74$ olarak belirlenmiştir. Türkçe formunun geçerlik yönteminde, BDE ile birlikte MMPI ve depresyon alt ölçeği uygulanmıştır ve aralarındaki korelasyon $r=0,50$ olarak elde edilmiştir. Beck Depresyon Envanteri (BDE) soru örnekleri EK H'de verilmiştir.

3.2.10. Padua Envanteri (PE)

Padua Envanteri; obsesif kompulsif semptomların şiddetini ve dağılımını ölçmeye yönelik, pek çok ülkede yaygın olarak kullanılan bir öz-bildirim ölçeğidir. İlk kez Sanavio tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Ölçek obsesif kompulsif düşünceler, davranışlar ve tutumları kapsayan 60 ifadeden oluşmaktadır ve kişi bu ifadelerin kendisi için geçerliliğini 0-4 (0= hiç, 1= çok az, 2= çok, 3= epeyce çok, 4= aşırı) arasında puanlamaktadır. Faktör analizi sonucunda PE'nin dört faktör yapısında olduğu ortaya çıkmıştır (Goodarzi ve Firoozabadi, 2005; Mataix-Cols, 2002; Sanavio, 1980). Van Oppen tarafından düzenlenen kısa form ise 5 faktör yapısından oluşmaktadır. Çıkarılan 19 soru ve eklenen bir alt faktör dışında faktör yapısı büyük oranda özgün ölçeğe uygundur (Van Oppen, 1992). Özgün ölçekteki alt ölçekler; Zihinsel eylemler üzerinde bozulmuş kontrol, kirlenme/bulaşma, kontrol davranışları ve davranışlar üzerinde kontrol kaybı hakkında dürtü ve kaygılar şeklindedir. Testin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Beşiroğlu ve arkadaşları tarafından 2005 yılında gerçekleştirilmiştir. Çeşitli çalışmalarda dürtü ve kaygı alt ölçeği dışında toplam ölçek ve diğer alt ölçeklerin yüksek derecede iç tutarlılığa sahip olduğu bulunurken ($\alpha > 0.80$), dürtü ve kaygı alt ölçeğinin yapılan ayrı ayrı çalışmalarda değişken bir iç tutarlılığa sahip olduğu bulunmuştur (Goodarzi ve Firoozabadi 2005; Kyrios vd., 1996; Macdonald ve de Silva 1999; Sanavio 1988, Sternberger ve Burns 1990). Ölçeğin yüksek bir test-tekrar test güvenirliğine sahip olduğu bulunmuştur ($r=0.79-0.83$). Ölçeğin özgün formunun OKB tanısı alan hastaları OKB tanısı almayan nörotik hastalardan ve sağlıklı kişilerden ayırt edici bir geçerliliğe sahip olduğu ve obsesif kompulsif belirtileri değerlendiren diğer ölçeklerle (MOKE ve LOE) 0.65-0.75 arasında değişen bir bağıntı aralığı gösterdiği belirlenmiştir (Sanavio 1980, Sternberger ve Burns, 1990, Van Oppen 1992). Ayrıca Van Oppen ve arkadaşları (1992) tarafından 41 soruluk, Burns ve arkadaşları (1996) tarafından 39 soruluk versiyonlarının (Padua Inventory Washington State University Revision) da iyi derecede geçerlilik ve güvenirliğe sahip oldukları bulunmuştur. Padua Envanteri soru örnekleri EK I'da verilmiştir.

3.3. İŞLEM

Araştırma klinik örneklem ile yürütüleceğinden araştırmanın yapılabilmesi için Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin araştırma kurulundan onay alınmıştır. Ayrıca Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün etik kurulundan etik onay alınmıştır.

Bu araştırmaya ait uygulamalar Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi görüşme odalarında gerçekleştirilmiştir. Görüşme odasında bir masa ve karşılıklı şekilde oturulacak iki sandalye bulunmaktadır. Araştırmacı ve katılımcı masada karşılıklı olarak oturmuştur. Uygulamalar bireysel olarak ve iki oturum şeklinde yapılmıştır. İlk oturumda ölçekler doldurulmuş olup ikinci oturumda ise bellek testi uygulanmıştır. Ölçeklerin doldurulması yaklaşık bir buçuk saat, bellek testi ise yaklaşık yarım saat sürmüştür.

Psikiyatrist tarafından uygun görülen ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcıların yönlendirilmesi doğrultusunda, ilk olarak bireylere bilgilendirilmiş onam formu okutulmuştur. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişilerin imzalı onayları alınmış ve araştırmaya dahil edilmişlerdir.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişilerle ilk olarak demografik bilgi formu ve hastalık öyküsü bilgi formu doldurulmuştur. Ardından Beck Depresyon Envanteri, Spielberger Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, Padua Envanteri, Obsesif İnanışlar Ölçeği-44, Prospektif ve Retrospektif Bellek Ölçeği her katılımcıda farklı sırayla uygulanmıştır. Sağlıklı kontrol grubuna ise Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi ve Padua Envanteri uygulanmamıştır, Ölçekler uygulandıktan sonra belleği objektif değerlendirme imkanı sağlayacak bellek testi aşamasına geçilmiştir. Tanıma ve hatırlama, anlık ve gecikmeli bellek, sözel ve görsel bellek, çalışma belleği, performans öncesi ve sonrası belleğe duyulan güvene ilişkin değerlendirmeleri içeren çeşitli bellek görevlerinden oluşan bu test yaklaşık olarak yarım saat sürmüştür. Araştırmanın verileri Haziran 2016- Eylül 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4. VERİ ANALİZİ

Veriye ilişkin betimleyici istatistik analizler dışında OKB, Panik ve Kontrol grubu karşılaştırmalarına ilişkin ANOVA analizleri yürütülmüştür. Depresyon ve kaygı puanlarının kontrol değişkeni olarak analize dâhil edildiği ANCOVA analizleri de yürütülmüştür. Tüm analizler için yanılma düzeyi olarak 0.05 alınmıştır. Bu değerden büyük p değerleri istatistiksel olarak anlamsız (önemsiz), küçük ya da eşit p değerleri ise anlamlı (önemli) olarak alınmıştır.



4. BULGULAR

Bu bölümde OKB, Panik ve Kontrol gruplarının bellek süreçleri, bellek süreçlerine yönelik değerlendirmeleri ve işlevsel olmayan inançlarına ilişkin elde edilen veriler üzerinde yürütülen analiz sonuçları rapor edilmektedir.

İstatistik analiz sonuçlarına geçmeden önce, analizlere ilişkin bazı temel konulara değinilmesi gerekmektedir. Çalışmanın verilerinin, parametrik istatistiğin ‘normal dağılım’ temel sayıtlısının karşılanıp karşılanmadığı öncelikle Shapiro-Wilk analizi ile incelenmiştir. Birkaç bağımlı değişkenin normal dağılım göstermediği saptanmış; bu değişkenlerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin her birinin kendi standart hatalarına bölümü yoluyla elde edilen değerlerin kabul edilebilir sınırlar içinde olduğu görüldüğünden (Can, 2014, p. 85) parametrik istatistiksel analizlerin yürütülmesine karar verilmiştir. Tüm analizler için yanılma düzeyi olarak 0.05 alınmıştır. Bu değerden büyük p değerleri istatistiksel olarak anlamsız (önemsiz), küçük ya da eşit p değerleri ise anlamlı (önemli) olarak alınmıştır.

Bu bölümde ilk olarak betimleyici istatistik analiz sonuçları yer almaktadır. İkinci olarak OKB, Panik ve Kontrol grubu karşılaştırmalarına ilişkin ANOVA sonuçlarına yer verilmiştir. ANOVA sonuçlarının her biri rapor edilirken depresyon ve kaygı puanlarının kontrol değişkeni olarak analize dâhil edildiği ANCOVA sonuçları da karşılaştırmalı bir şekilde rapor edilmiştir.

4.1. BETİMSEL ANALİZ SONUÇLARI

Bu bölümde mevcut araştırmanın katılımcılarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve kaçınıcı çocuk olduklarına ilişkin olarak ortalama, standart sapma ve yüzdelik değerleri hesaplanmıştır. İlgili değerler ve gruplar arası karşılaştırmalara yönelik analiz sonuçları Tablo 4.1’de yer almaktadır. Betimsel istatistik analiz sonuçlarına göre yaş ortalaması OKB grubunda $\bar{X} = 29,72$ (Ss.= 6,91); panik grubunda $\bar{X} = 28,78$ (Ss.= 8,14); sağlıklı kontrol grubunda ise $\bar{X} = 33,10$

(Ss.=6,43) olduğu görülmektedir. Üç grubun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur [$F(2,79) = 2,818$; $p = 0,07$; $\eta_p^2 = 0,067$].

Araştırmaya toplam 82 kişi katılmıştır. Katılımcıların 27'si (32,9) erkek, 55'i (%67,1) kadındır. OKB grubunda 29 kişi, panik grubunda 23 kişi ve kontrol grubunda 30 kişi yer almaktadır. Kadın katılımcıların oranı OKB grubunda 20 (%69,0); panik grubunda 17 (%73,9); kontrol grubunda 18 (%60,0) olmuştur. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur [$\chi^2_{(2)} = 1,214$; $p = 0,545$].

Tablo 4.1 Demografik özelliklere ilişkin betimsel analiz değerleri ve gruplar arası karşılaştırma sonuçları.

	OKB Grubu (n=29)	Panik Grubu (n=23)	Kontrol Grubu (n=30)	F	p
	$\bar{X} \pm Ss.$	$\bar{X} \pm Ss.$	$\bar{X} \pm Ss.$		
Yaş	29,72± 6,91	28,78±8,14	33,10±6,43	2,818	0,066
	Sıklık (%)	Sıklık (%)	Sıklık (%)	χ^2	p
Cinsiyet					
Erkek	9 (%31,0)	6 (%26,1)	12 (%40,0)	$\chi^2_{(2)} = 1,214$	0,545
Kadın	20 (%69,0)	17 (%73,9)	18 (%60,0)		
Medeni Durum					
Evli	12 (%41,4)	9 (%39,1)	15 (%50,0)	$\chi^2_{(4)} = 3,758$	0,440
Bekâr	15 (%51,7)	14 (%60,9)	12 (%40,0)		
Diğer	2 (%6,9)	0 (%0,0)	9 (%10,0)		
Eğitim Düzeyi					
Okuryazar	1 (%3,4)	1 (%4,3)	0 (%0,0)	$\chi^2_{(10)} = 7,976$	0,631
İlkokul	2 (%6,9)	3 (%13,0)	3 (%10,0)		
Ortaokul	3 (%10,3)	3 (%13,0)	1 (%3,3)		
Lise	10 (%34,5)	4 (%17,4)	8 (%26,7)		
Lisans	13 (%44,8)	10 (%43,5)	17 (%56,7)		
Yüksek Lisans	0 (%0,0)	2 (%8,7)	1 (%3,3)		
İş Durumu					
Çalışıyor	11 (% 37,9)	9 (% 39,1)	27 (% 90,0)	$\chi^2_{(2)} = 20,663$	0,001
Çalışmıyor	18 (% 62,1)	14 (% 60,9)	3 (% 10,0)		
Kaçıncı Çocuk					
İlk Çocuk	4 (%16,7)	6 (%26,1)	10 (%33,3)	$\chi^2_{(6)} = 10,492$	0,105
Ortanca	6 (%25,0)	9 (%39,1)	15 (%50,0)		
En küçük	11 (%45,8)	7 (%30,4)	4 (%13,3)		
Diğer	3 (%12,5)	1 (%4,3)	1 (%3,3)		

OKB: $\bar{X}$: Aritmetik ortalama; Ss.: Standart sapma; Obsesif kompulsif bozukluk

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında OKB grubunda yer alan katılımcıların 12'sinin (%41,4) evli, 15'inin (%51,7) bekâr, 2'sinin (%6,9) boşanmış olduğu görülmektedir. Panik grubunda yer alan katılımcıların 9'unun (%39,1) evli, 14'ünün (%60,9) bekâr olduğu; kontrol grubunda yer alan katılımcıların 15'inin (%50,0) evli, 12'sinin (%40,0) bekâr, 9'unun (%10,0) boşanmış olduğu görülmektedir. Gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur [$\chi^2_{(4)}=3,758$; $p=0,440$].

Katılımcıların eğitim düzeylerine bakıldığında OKB grubunda yer alan katılımcıların 1'inin (%3,4) okuryazar, 2'sinin (%6,9) ilkokul mezunu, 3'ünün (%10,3) ortaokul mezunu, 10'unun (%34,5) lise mezunu, 13'ünün (%44,8) üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Panik grubunda yer alan katılımcıların 1'inin (%4,3) okuryazar, 3'ünün (%13,0) ilkokul mezunu, 3'ünün (%13,0) ortaokul mezunu, 4'ünün (%17,4) lise mezunu, 10'unun (%43,5) üniversite mezunu ve 2'sinin (%8,7) yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların 3'ünün (%10,0) ilkokul mezunu, 1'inin (%3,3) ortaokul mezunu, 8'inin (%26,7) lise mezunu, 17'sinin (%56,7) üniversite mezunu, 1'inin (%3,3) yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir. Gruplar arasında eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur [$\chi^2_{(10)}=7,976$; $p=0,631$].

Katılımcıların çalışma durumlarına bakıldığında OKB grubunda yer alan katılımcıların 11'i (%37,9) çalışırken 18'inin (%62,1) çalışmadığı; panik grubunda yer alan katılımcıların 9'u (%39,1) çalışırken, 14'ünün (%60,9) çalışmadığı; kontrol grubunda yer alan katılımcıların 27'si (%90,0) çalışırken 3'ünün (%10,0) çalışmadığı görülmektedir. Gruplar arasında çalışma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır [$\chi^2_{(2)}=20,663$; $p=0,001$]. Kontrol grubunda çalışan oranı klinik gruptakilerden anlamlı olarak yüksektir.

Katılımcıların kaçınıcı çocuk olduklarına bakıldığında OKB grubunda yer alan katılımcıların 4'ünün (%16,7) ilk çocuk, 6'sının (%25,0) ortanca çocuk, 11'inin (%45,8) en küçük çocuk, 3'ünün (%12,5) tek çocuk olduğu saptanmıştır. Panik grubunda yer alan katılımcıların 6'sının (%26,1) ilk çocuk, 9'unun (%39,1) ortanca çocuk, 7'sinin (%30,4) en küçük çocuk, 1'inin (%4,3) tek çocuk olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların 10'unun (%33,3) ilk çocuk, 15'inin (%50,0) ortanca çocuk, 4'ünün (%13,3) en küçük çocuk, 1'inin (%3,3) tek çocuk olduğu görülmektedir.

Gruplar arasında kardeş sıralaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur [$\chi^2_{(6)}=10,492$; $p=0,105$].

Tablo 4.2’de, klinik örneklem gruplarının geçmişteki ve halihazırdaki tedavileri ile ilgili durumları yer almaktadır. Tedavi geçmişlerine ilişkin olarak, OKB grubunda yer alan katılımcıların %6,9’u tedavi almamış, %69,0’u psikiyatrik ilaç tedavisi almış, %6,9’u psikoterapi almış, %17,2’si ise hem ilaç hem psikoterapi tedavisi almıştır. Panik grubunda yer alan katılımcıların %26,1’i tedavi görmemiş, %69,6’sı psikiyatrik ilaç tedavisi görmüş, %4,3’ü ilaç ve psikoterapi görmüştür. Gruplar arasında tedavi geçmişine dair anlamlı bir farklılaşma yoktur [$\chi^2_{(3)}=6,505$; $p=0,089$].

Tablo 4.2 Katılımcıların Tedavi Durumlarına İlişkin Sıklık ve Yüzde Değerleri.

		Grup		Toplam n (%)	χ^2	p
		OKB n (%)	Panik n (%)			
Tedavi Geçmişine İlişkin Durumları						
Tedavi almadım	Sıklık	2 (%6,9)	6 (%26,1)	8 (%15,4)	$\chi^2_{(3)}=6,505$	0,089
	Beklenen sıklık	4,5	3,5	8,0		
İlaç tedavisi	Sıklık	20 (%69,0)	16 (%69,6)	36 (%69,2)		
	Beklenen sıklık	20,1	15,9	36,0		
Psikoterapi	Sıklık	2 (%6,9)	0 (%0,0)	2 (%3,8)		
	Beklenen sıklık	1,1	,9	2,0		
İlaç tedavisi ve Psikoterapi	Sıklık	5 (%17,2)	1 (%4,3)	6 (%11,5)		
	Beklenen sıklık	3,3	2,7	6,0		
Toplam	Sıklık	29 (%100)	23 (%100)	52(%100)		
	Beklenen sıklık	29,0	23,0	52,0		
Şimdiki Tedavilerine İlişkin Durumları						
Tedavi almıyorum	Sıklık	3 (%10,3)	3 (%13,0)	6 (%11,5)	$\chi^2_{(3)}=1,548$	0,671
	Beklenen sıklık	3,3	2,7	6,0		
İlaç tedavisi	Sıklık	22 (%75,9)	19 (%82,6)	41 (%78,8)		
	Beklenen sıklık	22,9	18,1	41,0		
Psikoterapi	Sıklık	3 (%10,3)	1 (%4,3)	4 (%7,7)		
	Beklenen sıklık	2,2	1,8	4,0		
İlaç tedavisi ve Psikoterapi	Sıklık	1 (%3,4)	0 (%0,0)	1 (%1,9)		
	Beklenen sıklık	0,6	0,4	1,0		
Toplam	Sıklık	29 (%100)	23 (%100)	52 (%100)		
	Beklenen sıklık	29,0	23,0	52,0		

Katılımcıların halihazırdaki tedavi durumlarına göre dağılımları yine Tablo 4.2.'de gösterilmektedir. OKB grubunda yer alan katılımcıların %10,3'ü tedavi almıyor, %75,9'u psikiyatrik ilaç tedavisi görmekte, %10,3'ü psikoterapi, 3,4'ü ilaç ve psikoterapi tedavisi görmektedir. Panik grubunda yer alan katılımcıların %13,0'ü tedavi almazken, %82,6'sı psikiyatrik ilaç tedavisi, %4,3'ü psikoterapi tedavisi görmektedir. Gruplar arasında tedavi durumları açısından anlamlı bir farklılaşma yoktur [$\chi^2_{(3)}=1,548; p = 0,671$].

Tablo 4.3'te OKB, Panik ve Kontrol grupları için ayrı ayrı olmak üzere bağımlı değişken ölçümlerine ilişkin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Ortalamalara bakıldığında, bellek testi toplam puanı ve retrospektif alt test puanı açısından belirgin ortalama farkları gözlenmektedir. Yine İGYBÖ toplam ve alt test puanlarında, obsesif inançlar ölçeği puanlarında, depresyon ve kaygı puanlarında da belirgin ortalama farklar görülmektedir.

Tablo 4.3 Bağımlı değişken ölçümlerine ilişkin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri.

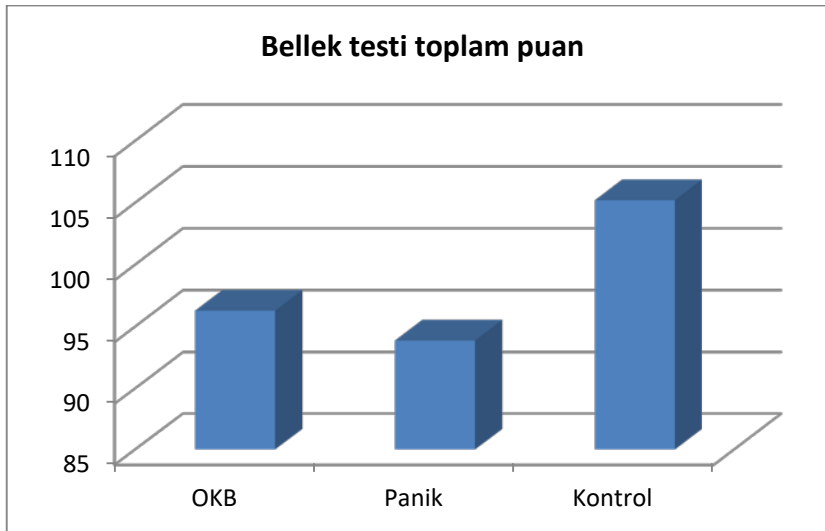
		OKB Grubu (n=29) $\bar{X} \pm Ss.$	Panik Grubu (n=23) $\bar{X} \pm Ss.$	Kontrol Grubu (n=30) $\bar{X} \pm Ss.$
Bellek ve Üst-Bellek	Bellek testi	96,28±11,20	93,87±10,27	105,20±10,46
	Bellek testi-Prospektif bellek	4,79±1,26	5,17±1,07	5,07±1,17
	Bellek testi-Retrospektif bellek	91,48±10,77	88,70±9,95	100,13±9,95
	Prospektif üst-bellek	22,90±4,65	24,39±4,75	25,47±5,10
	Retrospektif üst-bellek	34,31±4,74	33,17±3,45	35,70±3,87
	İGYBÖ Toplam	40,93±13,11	33,83±11,71	32,40±10,47
	Prospektifbellek şikâyetleri	21,79±6,85	18,91±8,03	17,20±5,59
	Retrospektifbellek şikâyetleri	19,21±6,69	15,57±5,19	15,33±5,33
Obsesif İnançlar	Sorumluluk/Tehdit	71,48±17,67	58,43±19,60	58,73±16,18
	Mükemmeliyetçilik/Kesinlik	82,55±16,46	68,04±15,54	61,20±18,60
	Düşünceleri Kontrol Etme/Önem verme	47,34±18,68	35,74±15,64	35,67±17,61
Depresyon	Beck Depresyon Envanteri	19,86±13,39	15,13±10,02	7,47±6,80
Kaygı	STAI-Durumluk	40,76±11,25	38,65±12,72	33,00±7,64
	STAI-Sürekli	51,38±12,13	49,43±11,08	40,03±7,48
	Padua-toplam	89,00±43,31	51,50±28,64	-

OKB: Obsesif kompulsif bozukluk; STAI-Durumluk kaygı toplam puanı; STAI-Sürekli kaygı toplam puanı;AD: Anlamlı değil; İGYBÖ: İleriye ve Geriye Yönelik Bellek Ölçeği.

4.2. OKB, PANİK VE KONTROL GRUBU KARŞILAŞTIRMALARINA İLİŞKİN ANOVA VE ANCOVA SONUÇLARI

OKB, Panik ve Kontrol gruplarından elde edilen bağımlı değişken ölçümlerine ilişkin gruplar arası farklar ANOVA; kaygı ve depresyon düzeyleri kontrol edildikten sonraki farklar ise ANCOVA ile analiz edilmiş; analiz sonuçları tablo 4.4'te özetlenmiştir.

Objektif ölçüm aracı olarak kullanılan bellek testi puanları açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir, $F_{(2,79)} = 8,649$; $p=0,001$; $\eta_p^2 = 0,180$. Hangi gruplar arasında fark olduğu ise çoklu karşılaştırma analizleri yani *post hoc* sonucunda belirlenmiştir. Buna göre kontrol grubunun OKB ve panik grubuna göre anlamlı derecede yüksek performans sergilediği görülmektedir. Durumluk [$F_{(2,78)} = 7,149$, $p=0,001$; $\eta_p^2 = 0,155$] ve sürekli kaygı [$F_{(2,78)}=5,971$, $p=0,004$; $\eta_p^2 = 0,133$] düzeyleri kontrol edildiğinde de sonucun değişmediği gözlenirken, depresyon [$F_{(2,78)} = 5,376$; $p=0,006$; $\eta_p^2 = 0,121$] düzeyi kontrol edildiğinde ise yalnızca kontrol grubu ile panik grubu arasındaki anlamlı farklılığın devam ettiği görülmektedir (bkz. Şekil 1).



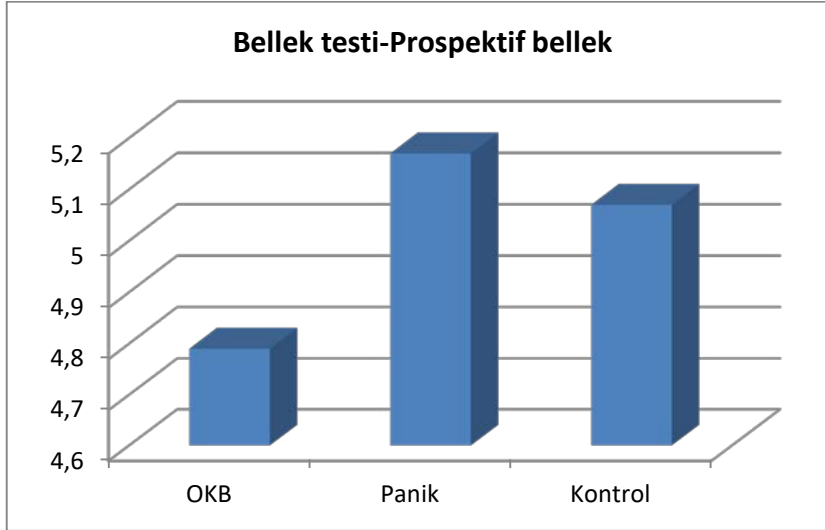
Şekil 1. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında Bellek testi toplam puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik.

Tablo 4.4 OKB, Panik ve Kontrol Gruplarının karşılaştırılmasına yönelik ANOVA ve ANCOVA sonuçları.

		ANOVA			ANCOVA								
					Ko-varyans değişkenleri								
					Beck Depresyon			STAI-Durumluk			STAI-Sürekli		
		F	p	Post hoc	F	p	Post hoc	F	p	Post hoc	F	p	Post hoc
Bellek ve Üst-Bellek	Bellek testi	8,649	0,001	K>OKB=P	5,376	0,006	K>P	7,149	0,001	K>OKB=P	5,971	0,004	K>OKB=P
	Prospektif bellek	0,744	0,479	AD	0,467	0,628	AD	1,043	0,357	AD	0,769	0,467	AD
	Retrospektif bellek	9,318	0,001	K>OKB=P	6,099	0,003	K>P	7,614	0,001	K>OKB=P	6,447	0,003	K>OKB=P
	Prospektif üst-bellek	2,084	0,131	AD	1,521	0,225	AD	1,133	0,327	AD	0,970	0,384	AD
	Retrospektif üst-bellek	2,523	0,087	AD	1,826	0,168	AD	1,936	0,151	AD	1,820	0,169	AD
	İGYBÖ	4,305	0,017	OKB>K	1,618	0,205	AD	2,541	0,085	AD	2,090	0,131	AD
	Prospektif bellek şikâyetleri	3,428	0,037	OKB>K	0,728	0,486	AD	1,522	0,225	AD	0,980	0,380	AD
	Retrospektif bellek şikâyetleri	3,956	0,023	OKB>K	1,765	0,178	AD	2,546	0,085	AD	2,269	0,110	AD
Obsesif İnançlar	Sorumluluk/Tehdit	4,957	0,009	OKB>P=K	2,592	0,081	AD	3,450	0,037	OKB>P	3,397	0,039	OKB>P
	Mükemmeliyetçilik/Kesinlik	11,959	0,001	OKB>P=K	7,394	0,001	OKB>P=K	9,167	0,001	OKB>P	7,190	0,001	OKB>P=K
	Düşünceleri Kontrol Etme / Önem Verme	4,161	0,019	OKB>K	2,010	0,141	AD	3,181	0,047	AD	2,575	0,083	AD
Depresyon	Beck Depresyon	10,629	0,001	OKB>P>K				6,118	0,003	OKB>K	2,234	0,114	AD
Kaygı	STAI-Durumluk	4,238	0,018	OKB>K	0,366	0,694	AD				0,164	0,849	AD
	STAI-Sürekli	10,013	0,001	OKB>P>K	1,727	0,184	AD	5,334	0,007	OKB>P>K			

OKB: Obsesif kompulsif bozukluk grubu; P: Panik grubu; K: Kontrol grubu; STAI-Durumluk kaygı toplam puanı; STAI-Sürekli kaygı toplam puanı; AD: Anlamlı değil; İGYBÖ: İleriye ve Geriye Yönelik Bellek Ölçeği.

Objektif bellek testinin prospektif bellek performansı açısından gruplar karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır, $F_{(2,79)}=0,744$, $p=0,479$; $\eta_p^2 = 0,018$. Bu durum depresyon [$F_{(2,78)}= 0,467$; $p=0,628$; $\eta_p^2 =0,012$] ve durumluk [$F_{(2,78)}=1,043$, $p=0,357$; $\eta_p^2 = 0,026$] ve sürekli kaygı [$F_{(2,78)}=0,769$; $p=0,467$; $\eta_p^2 = 0,019$] düzeyleri kontrol edildiğinde de değişmemiştir (bkz. Şekil 2).

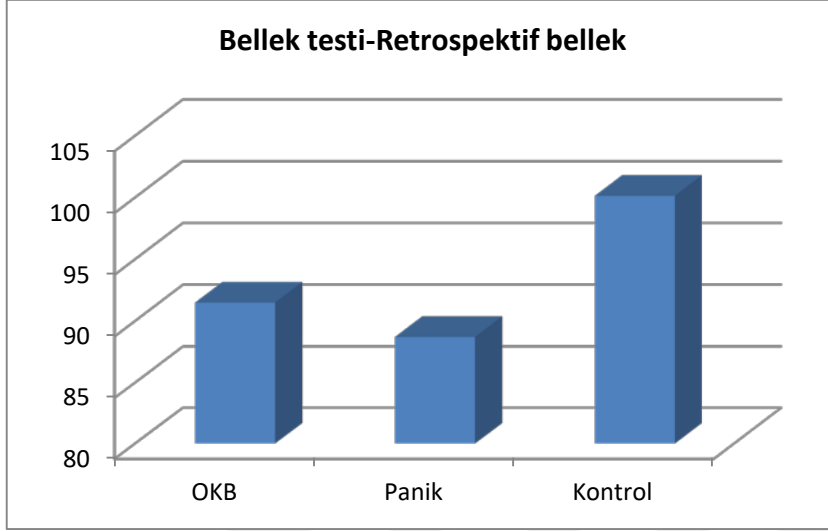


Şekil 2. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında Bellek testinin prospektif alt test toplam puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik.

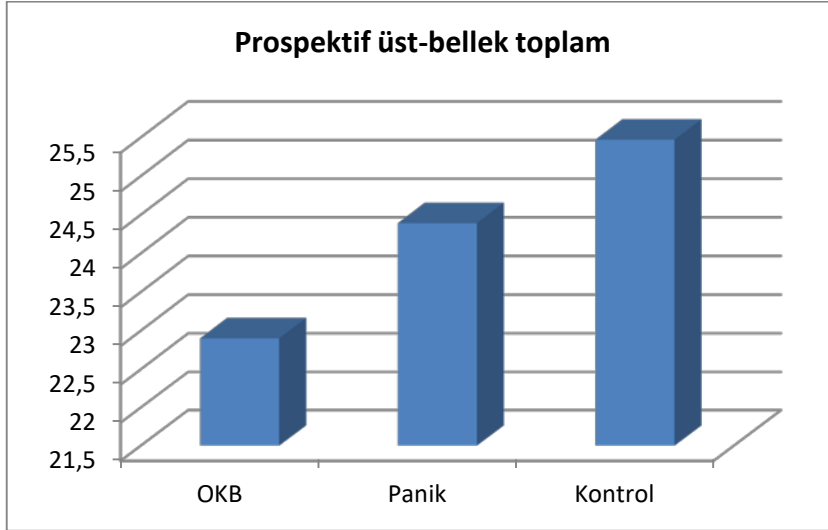
Objektif bellek testinin retrospektif bellek performansı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir, [$F_{(2,79)}=9,318$, $p=0,001$; $\eta_p^2 = 0,191$]. Kontrol grubunun OKB ve panik grubuna göre anlamlı derecede yüksek performans sergilediği görülmektedir. Durumluk kaygı [$F_{(2,78)}= 7,614$, $p=0,001$; $\eta_p^2 = 0,163$] ve sürekli kaygı [$F_{(2,78)}=6,447$, $p=0,003$; $\eta_p^2 =0,142$] düzeyleri kontrol edildiğinde de sonucun değişmediği gözlenirken; depresyon [$F_{(2,78)}=6,099$, $p=0,003$; $\eta_p^2 = 0,135$] düzeyi kontrol edildiğinde ise yalnızca kontrol grubu ile panik grubu arasındaki anlamlı farklılığın devam ettiği görülmektedir (bkz. Şekil 3).

Objektif ölçüm aracı olarak kullanılan bellek testindeki görevlere ilişkin prospektif üst-bellek ve retrospektif üst-bellek değerlendirmeleri açısından gruplar karşılaştırıldığında prospektif üst-bellek [$F_{(2,79)}=2,084$, $p=0,131$; $\eta_p^2 = 0,050$] ve retrospektif üst-bellek [$F_{(2,79)}=2,523$, $p=0,087$; $\eta_p^2 = 0,060$] değerlendirmeleri açısından

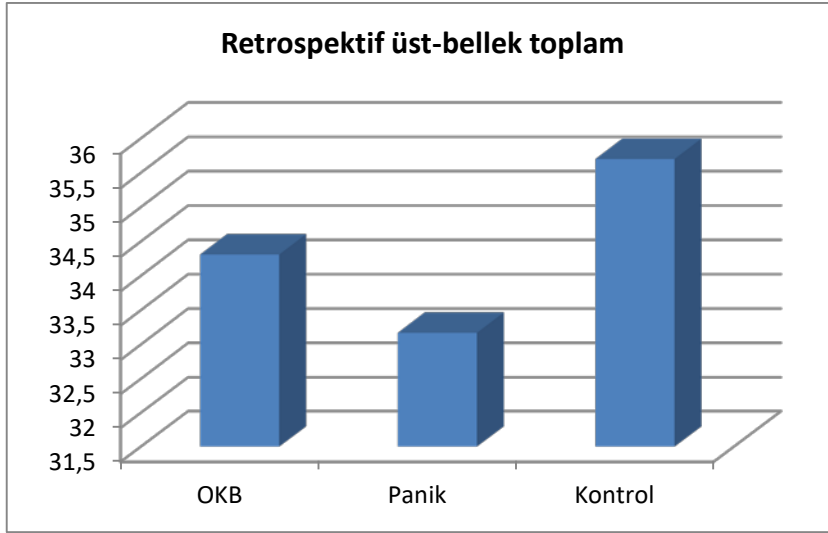
anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Durumluk kaygı, sürekli kaygı ve depresyon düzeyleri kontrol edildiğinde de sonucun değişmediği görülmektedir (bkz. Şekil 4 ve Şekil 5).



Şekil 3. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında Bellek testinin retrospektif alt test toplam puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik.

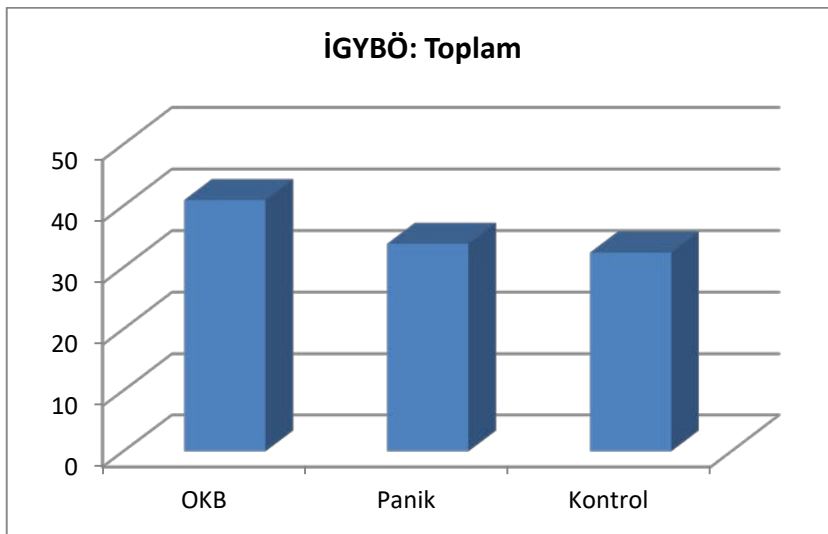


Şekil 4. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında Bellek testinin prospektif üst-bellek toplam puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik.



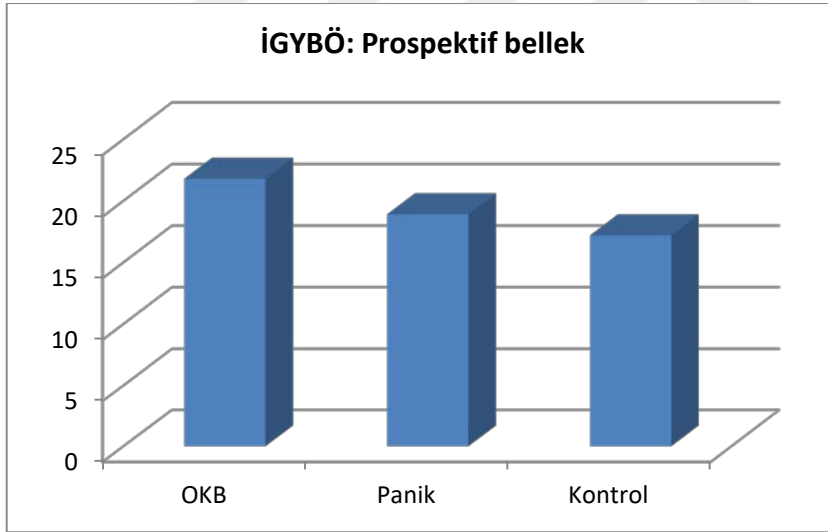
Şekil 5. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında Bellek testinin retrospektif üst-bellek toplam puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik.

İleriye ve Geriye Yönelik Bellek Ölçeği (İGYBÖ) toplam puanı açısından ise analiz sonuçlarına göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir, $F_{(2,79)} = 4,305$, $p = 0,017$; $\eta_p^2 = 0,098$. Hangi gruplar arasında fark olduğuna ilişkin yürütülen çoklu karşılaştırma analizleri sonuçlarına göre OKB grubu, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bellek sorunu bildirmiştir. Ancak depresyon ($F_{(2,78)} = 1,618$, $p = 0,205$; $\eta_p^2 = 0,040$) ve durumluk ($F_{(2,78)} = 2,541$, $p = 0,085$; $\eta_p^2 = 0,061$) ve sürekli kaygı ($F_{(2,78)} = 2,090$, $p = 0,131$; $\eta_p^2 = 0,051$) düzeyleri kontrol edildiğinde gruplar arasındaki anlamlı fark ortadan kalkmıştır (bkz. Şekil 6).

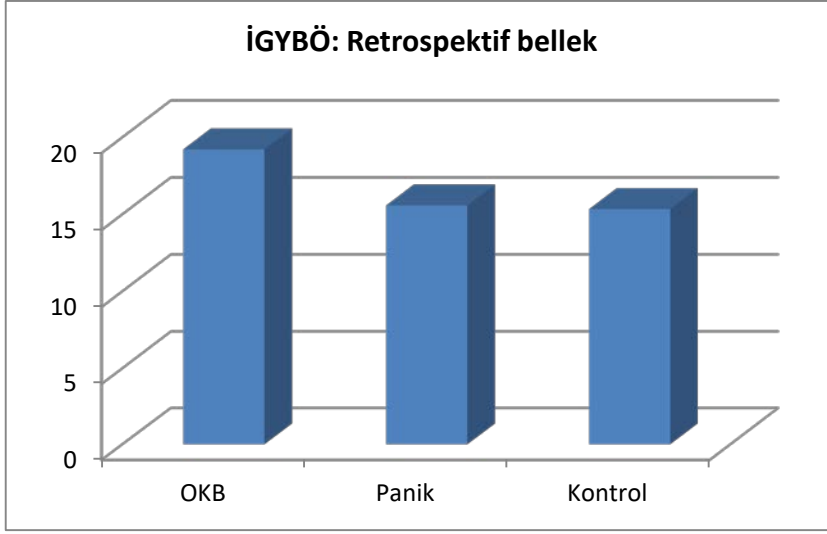


Şekil 6. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında İleriye ve Geriye Yönelik Bellek Ölçeği (İGYBÖ) toplam puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik.

İGYBÖ prospektif bellek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir, $F_{(2,79)}=3,428$, $p=0,037$; $\eta_p^2 = 0,080$. Çoklu karşılaştırma analizleri sonucuna göre OKB grubu, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek prospektif bellek sorunu bildirmiştir. Ancak depresyon ($F_{(2,78)}=0,728$, $p=0,486$; $\eta_p^2 = 0,018$) ve durumluluk ($F_{(2,78)}=1,522$, $p=0,225$; $\eta_p^2 = 0,038$) ve sürekli kaygı ($F_{(2,78)}=0,980$, $p=0,380$; $\eta_p^2 = 0,025$) düzeyleri kontrol edildiğinde gruplar arasındaki anlamlı fark ortadan kalkmıştır (bkz. Şekil 7). İGYBÖ retrospektif bellek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir, $F_{(2,79)}=3,956$, $p=0,023$; $\eta_p^2 = 0,091$. Tukey testi sonucuna göre OKB grubu, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek retrospektif bellek sorunu bildirmiştir. Ancak depresyon ($F_{(2,78)}=1,765$, $p=0,178$; $\eta_p^2 = 0,043$) ve durumluluk ($F_{(2,78)}=2,546$, $p=0,085$; $\eta_p^2 = 0,061$) ve sürekli kaygı ($F_{(2,78)}=2,269$, $p=0,110$; $\eta_p^2 = 0,055$) düzeyleri kontrol edildiğinde gruplar arasındaki anlamlı fark ortadan kalkmıştır (bkz. Şekil 8).



Şekil 7. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında İleriye ve Geriye Yönelik Bellek Ölçeği (İGYBÖ) prospektif puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik.

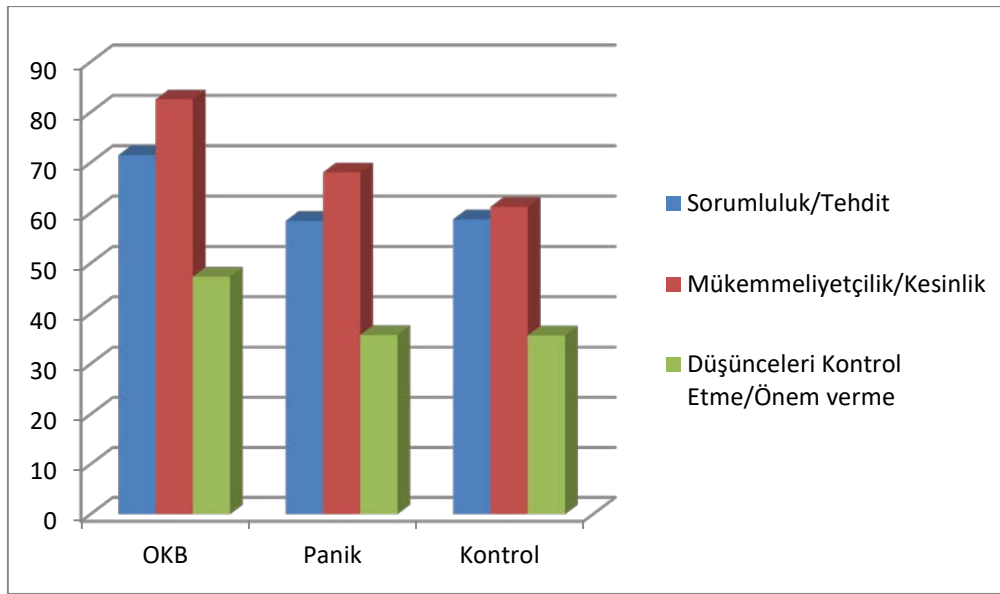


Şekil 8. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında İleriye ve Geriye Yönelik Bellek Ölçeği (İGYBÖ) retrospektif puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik.

Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 ölçeğindeki sorumluluk/tehdit algısı alt test toplam puanı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir, $F_{(2,79)}=4,957$, $p=0,009$; $\eta_p^2 = 0,111$. Çoklu karşılaştırma analizleri sonucuna göre, OKB grubunun panik ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek abartılı sorumluluk ve tehdit algısı bildirdiği görülmektedir. Ancak depresyon düzeyleri kontrol edildiğinde gruplar arasındaki anlamlı farklılığın ortadan kalktığı görülmektedir, $F_{(2,78)}=2,592$, $p=0,081$; $\eta_p^2 = 0,062$. Durumluk ($F_{(2,78)}=3,450$, $p=0,037$; $\eta_p^2 = 0,081$) ve sürekli ($F_{(2,78)}=3,397$, $p=0,039$; $\eta_p^2 = 0,080$) kaygı düzeyleri kontrol edildiğinde ise OKB grubunun yalnızca panik grubundan anlamlı derecede yüksek puan aldığı görülmektedir (bkz. Şekil 9).

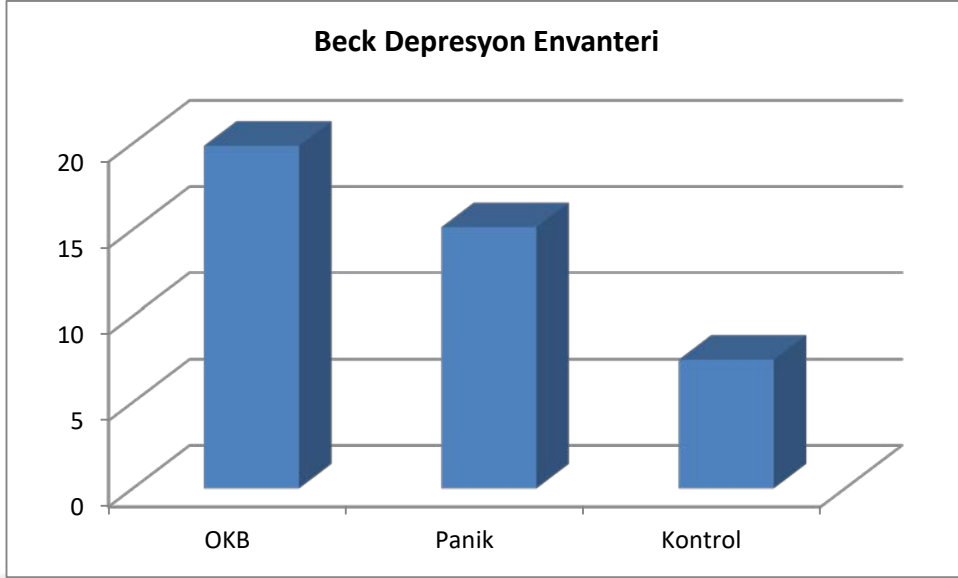
Obsesif İnançlar Ölçeği-44 ölçeğindeki mükemmeliyetçilik kesinlik algısı alt test toplam puanı açısından da gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir, $F_{(2,79)}=11,959$, $p=0,001$; $\eta_p^2 = 0,232$. Çoklu karşılaştırma analizleri sonucuna göre OKB grubunun panik ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek mükemmeliyetçilik ve kesinlik bildirdiği görülmektedir. Depresyon ($F_{(2,78)}=7,394$, $p=0,001$; $\eta_p^2 = 0,159$) ve sürekli kaygı ($F_{(2,78)}=7,190$, $p=0,001$; $\eta_p^2 = 0,156$) düzeyleri kontrol edildiğinde de bu sonucun değişmediği, durumluk kaygı ($F_{(2,78)}=9,167$, $p=0,001$; $\eta_p^2 = 0,190$) düzeyleri kontrol edildiğinde ise OKB grubunun yalnızca panik grubundan anlamlı derecede yüksek puan aldığı görülmektedir (bkz. Şekil 9).

Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 ölçeğindeki düşünceleri kontrol etme ve düşüncelere aşırı önem verme alt test toplam puanı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir, $F_{(2,79)}=4,161$, $p=0,019$; $\eta_p^2 = 0,095$ Çoklu karşılaştırma analizleri sonucuna göre OKB grubunun kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek puan aldığı görülmektedir. Ancak depresyon ($F_{(2,78)}=2,010$, $p=0,141$; $\eta_p^2 = 0,049$) ve durumluk ($F_{(2,78)}=3,181$, $p=0,047$; $\eta_p^2 = 0,075$) ve sürekli kaygı ($F_{(2,78)}=2,575$, $p=0,083$; $\eta_p^2 = 0,156$) düzeyleri kontrol edildiğinde ise gruplar arasındaki anlamlı farklılığın ortadan kalktığı görülmektedir (bkz. Şekil 9).



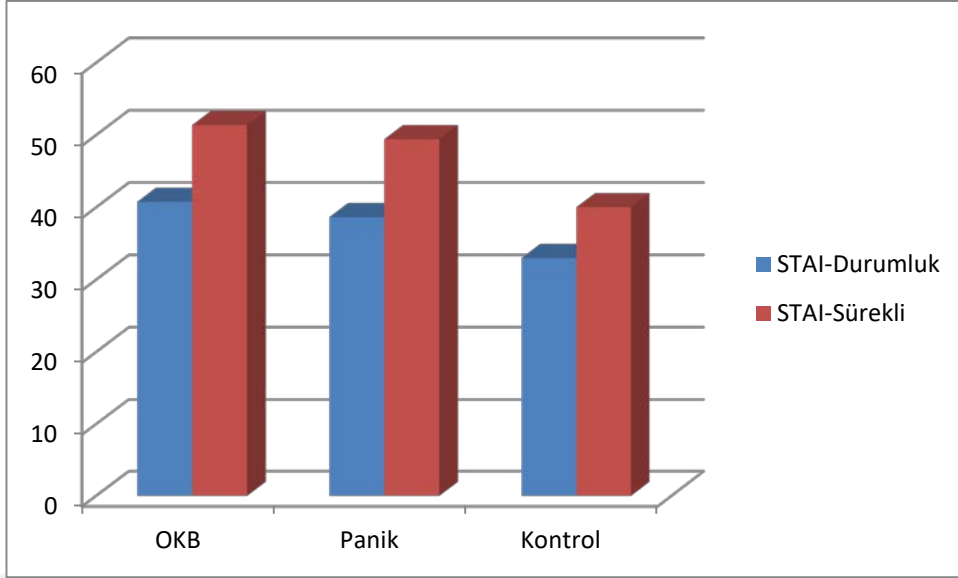
Şekil 9. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 alt test puan ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik.

Beck Depresyon Envanteri toplam puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir, $F_{(2,79)}=10,629$, $p=0,001$; $\eta_p^2 = 0,212$. Çoklu karşılaştırma analizleri sonucuna göre OKB ve panik grubu, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek depresyon düzeyi bildirmişlerdir. Ancak durumluk kaygısı kontrol edildiğinde yalnızca OKB grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı farklılık görülürken ($F_{(2,78)}=6,118$, $p=0,003$; $\eta_p^2 = 0,136$), sürekli kaygı düzeyleri kontrol edildiğinde gruplar arasındaki anlamlı farklılık ortadan kalkmıştır, ($F_{(2,78)}=2,234$, $p=0,114$; $\eta_p^2 = 0,054$) (bkz. Şekil 10).



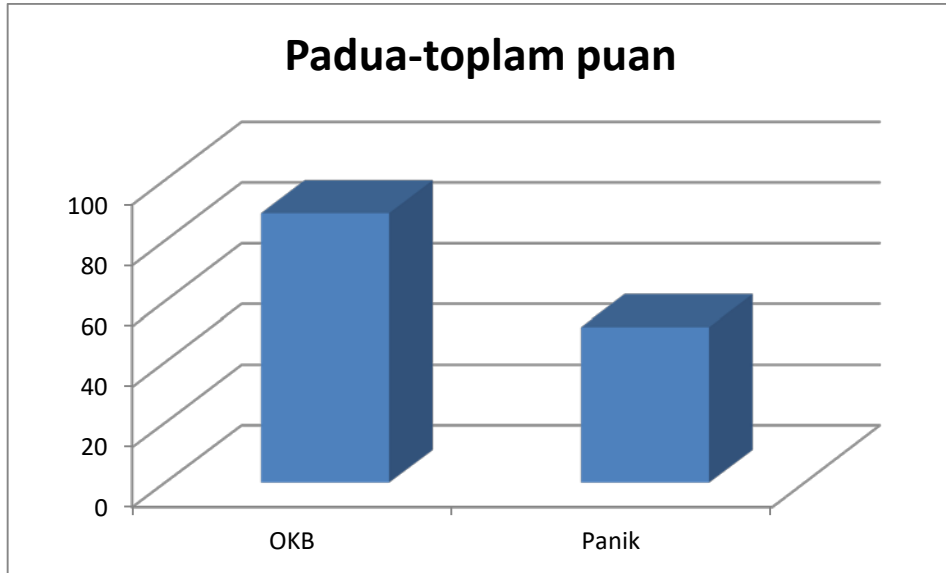
Şekil 10. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında Beck Depresyon Envanteri (BDÖ) puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik.

Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri toplam puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir, $F_{(2,79)}=4,238$, $p=0,018$; $\eta_p^2 = 0,097$ (bkz. Şekil 11). Çoklu karşılaştırma analizleri sonucuna göre OKB grubu kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek durumluk kaygı düzeyi bildirmiştir. Depresyon ($F_{(2,78)}=0,366$, $p=0,694$; $\eta_p^2 = 0,009$) ve sürekli kaygı düzeyleri ($F_{(2,78)}=0,164$, $p=0,849$; $\eta_p^2 = 0,004$) kontrol edildiğinde ise gruplar arasındaki anlamlı farklılık ortadan kalkmıştır. Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri toplam puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir, $F_{(2,79)}=10,013$, $p=0,001$; $\eta_p^2 = 0,202$. Çoklu karşılaştırma sonucuna göre OKB grubu ve panik grubu kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek sürekli kaygı düzeyi bildirmiştir. Depresyon düzeyi kontrol edildiğinde gruplar arasındaki anlamlı farklılık ortadan kalkarken, $F_{(2,78)}=1,727$, $p=0,184$; $\eta_p^2 = 0,042$, durumluk kaygı düzeyleri kontrol edildiğinde sonucun değişmediği görülmektedir, $F_{(2,78)}=5,334$, $p=0,007$; $\eta_p^2 = 0,120$.



Şekil 11. OKB, Panik ve Kontrol Gruplarında Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik.

Padua Envanteri puan ortalamaları açısından OKB ve panik grubu karşılaştırılmasında bağımsız örneklem için t-testi kullanılmıştır. Buna göre OKB grubu ile panik grubu arasında anlamlı bir farklılık vardır, $t_{(46)}=3,376$, $p=0,002$; $\eta_p^2 = 0,199$. OKB grubu panik grubuna göre envanterden anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır (bkz. Şekil 12).



Şekil 12. OKB ve Panik Gruplarında Padua Envanteri (PE) puanı ortalama değerlerine ilişkin çubuk grafik.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, OKB’de bellek ve üst-bellek sorunları ile işlevsel olmayan inançların ilişkililik durumunu ele almaktadır. Bu bölümde ilk olarak araştırmada yapılan analizlerden çıkarılan sonuçlar verilmiş, ardından bu sonuçlar literatür ışığında tartışılmıştır. Son bölümde ise araştırmanın güçlü yanları ve sınırlılıkları ele alınmış olup öneriler sunulmuştur.

5.1. GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRMA SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada katılımcı gruplar arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, tedavi geçmişi ve hali hazırdaki tedavi durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Klinik örneklemeler ile kontrol grubu arasında çalışma durumu açısından doğal olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu durum gruplar arasında elde edilen farklılıkların, bu değişkenlerden bağımsız olduğu bilgisini vermekte, sonuçların güvenilirliği açısından yöntemsel olarak istenilen bir duruma işaret etmektedir.

5.1.1. Bellek Performansı Açısından Sonuçların Değerlendirilmesi

Araştırmamızdaki hipotezlerden biri, OKB tanısı alan kişilerin prospektif (ileriye yönelik) ve retrospektif (geriye yönelik) bellek sorunları yaşayacakları yönündeydi. Literatürdeki araştırmalara baktığımızda bellek bozukluğu hipotezini destekleyen araştırmalar olduğu gibi (örn., Rubenstein vd., 1993; Sher vd., 1989; Sher vd., 1983) bellek bozukluğu hipotezini desteklemeyen araştırmalar da mevcuttur (örn., Foa vd., 1997; Jelinek vd., 2006; MacDonald vd., 1997; Tolin vd., 2001). Bu araştırma sonuçlarındaki tutarsızlıklar örneklem büyüklüğündeki farklılıklar, araştırmanın

yürütüldüğü örneklem açısından farklılıklar (klinik örneklem, klinik altı örneklem ya da üniversite öğrencileri), kullanılan materyaldeki farklılıklar (sözel, sözel olmayan materyaller, eylemlerin hatırlanmasına yönelik araştırma desenleri) gibi yöntemsel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Tolin ve arkadaşları (2001) tarafından OKB hastaları ile yürütülen çalışmada bellek bozukluğu hipotezi desteklenmemiştir. Bu durumun çalışmada kullanılan örneklemin gruplar arasındaki anlamlı farklılığı ortaya çıkaracak büyüklükte olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Tuna vd., 2005).

Araştırmamızda, Jelinek ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada olduğu gibi, katılımcıların objektif bellek performanslarını değerlendirmek için Rivermead Davranışsal Bellek Testinin alt ölçeklerinden yararlanılarak çeşitli görevler oluşturulmuştur. Amacımız katılımcıların tanıma ve hatırlama süreçlerini değerlendirmek, görsel ve sözel bellek performanslarını değerlendirmek ve gündelik hayata ilişkin görevlerin yerine getirilmesi sürecindeki bellek performansları ile üst-bellek süreçlerini değerlendirmektir.

Analiz sonuçlarına göre OKB grubu, Panik grubu ve Kontrol grubu arasında toplam bellek performansı açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. Kontrol grubu her iki gruba göre anlamlı derecede bellek testinden yüksek puan almıştır. Bu sonuç hipotezimizi kısmen desteklemektedir. OKB ve Panik grubu, Kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bellek performansı sergilemiştir. OKB’de bellek sorunları olduğunu gösteren pek çok araştırma mevcuttur (örn., Cuttler ve Graf, 2009; Deckersbach vd., 2000; Tuna vd., 2005; Zitterl vd., 2001). Bizim araştırmamızda da OKB’de genel bellek süreçlerinde bozulma olduğu hipotezi desteklenmiştir. Ancak Panik grubu ile aralarında fark bulunmaması bu bozukluğun OKB’ye özgü olmadığını, kaygı bozuklukları ile de ilgili olabileceğini düşündürmektedir. Depresyonun bellek performansı üzerinde karıştırıcı etkisi olduğu bilinmektedir (Jelinek vd., 2006; Muller ve Roberts, 2005). Çıkan sonuçların depresyon ve kaygının karıştırıcı etkisinden bağımsız olduğunu gösterebilmek için araştırmamızda depresyon ve kaygı düzeyleri kontrol edilmiştir. Buna göre kaygı düzeyleri kontrol edildiğinde sonuçlar değişmezken, depresyon düzeyi kontrol edildiğinde ise Kontrol grubu ile OKB grubu arasındaki anlamlı farklılığın ortadan kalktığı, Panik grubu ile anlamlı farklılığın ise devam ettiği görülmüştür. Bu durum OKB’de görülen düşük bellek performansının depresyon düzeyleri ile ilgili

olabileceği bilgisini vermektedir. Görülen bellek sorununun OKB'nin kendisine atfetmek doğru olmayacaktır.

5.1.1.1. Prospektif ve Retrospektif Bellek Açısından Sonuçların Değerlendirilmesi

Obsesif kompulsif bozuklukta görülen bellek sorunları ele alınırken daha çok retrospektif bellek süreçleri üzerinden değerlendirme yapıldığı dikkati çekmiştir. Ancak bir eylemi yapmayı hatırlama becerilerinin yani prospektif bellek süreçlerinin de obsesif kompulsif bozuklukta görülen şikayetler ile ilgili olduğu bilinmektedir (Cuttler ve Graf, 2009). Bunun üzerine retrospektif bellek süreçleri ile prospektif bellek süreçlerinin değerlendirilmesinin kontrol kompulsiyonunun dinamiğini anlamada daha geniş bakış açısı sunacağı düşünülmüştür. Konu ile ilgili yapılan literatürdeki araştırmalar incelendiğinde obsesif kompulsif bozuklukta kontrol kompulsiyonu olan kişilerin prospektif bellek süreçlerinin bozulduğunu ileri süren araştırmalar olduğu gibi (örn., Cuttler ve Graf, 2007, 2008; Harris vd., 2010; Harris ve Cranney, 2012) bunu desteklemeyen araştırmaların da mevcut olduğu görülmüştür (örn., Jelinek vd., 2006).

Araştırma sonuçlarındaki bu tutarsızlıkların kullanılan yöntem ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Harris ve Cranney (2012) araştırmasını üniversite öğrencileri ile yaparken, Jelinek ve arkadaşları (2006) OKB grubu ile sağlıklı kontrol grubunu prospektif bellek süreçleri açısından karşılaştırmışlardır. İki araştırmadaki tutarsız sonuçların Harris ve Cranney'in (2012) araştırmasında laboratuvar testi kullanmasına bağlı olarak verilen görevlerin çok daha zorluk içerirken, Jelinek ve arkadaşları'nın (2006) araştırmasında ise gündelik hayata ilişkin daha kolay görevlerin sunulmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Bizim araştırmamızda OKB grubu, Panik grubu ve Kontrol grubu arasında retrospektif ve prospektif bellek süreçleri açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığına bakılmıştır. Harris ve Cranney (2012) prospektif bellek süreçleri incelenirken, prospektif bellek süreçlerinin retrospektif bellek süreçlerini de içerdiği bilgisinden hareketle retrospektif bellek süreçlerinin de incelenmesi gerektiğine vurgu yapmışlardır. Bu doğrultuda araştırmamızda retrospektif bellek süreçleri de değerlendirilmiştir. Araştırmamıza göre gruplar arasında retrospektif bellek performansları açısından anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Kontrol grubu anlamlı şekilde OKB ve Panik

grubundan yüksek puan almıştır. OKB grubunun retrospektif bellek sorunları yaşadığı hipotezimizde belirtilmiştir. Hipotezimiz doğrultusunda OKB grubunun Kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük performans sergilediği bulunmuştur. Literatürde de araştırma sonuçlarımızı destekleyen pek çok araştırma mevcuttur (bkz. Cuttler ve Graf, 2009). Ancak OKB grubu ile Panik grubu arasında anlamlı farklılığın görülmemesi bu bozukluğun OKB'ye özgü olmadığını düşündürmektedir. Depresyon ve kaygı düzeylerinin bellek performansı üzerinde karıştırıcı etki yapabileceği bilgisinden hareketle, kaygı düzeyleri kontrol edildiğinde gruplar arasındaki anlamlı farklılığın devam ettiği görülürken, depresyon düzeyleri kontrol edildiğinde ise OKB ve kontrol grubu arasındaki anlamlı farklılığın ortadan kalktığı görülmüştür. Bu durum çıkan sonuçların depresyon düzeyleri açısından aralarında görülen farklılığa bağlı olarak çıktığını düşündürmektedir.

Cuttler ve Graf (2009), retrospektif bellek süreçlerine ek olarak prospektif bellek süreçlerinin OKB'nin gelişimi ve sürdürülmesinde önemli olduğunu ileri sürmüştür. Bu bilgiyi destekler şekilde Harris ve Cranney (2012) de, OKB tanısı alan kişilerin prospektif bellek süreçlerinde sorun yaşadıklarını ileri sürmüştür. Bu durumu, yüksek obsesyonların, kısıtlı kapasitesi olan çalışma belleğini meşgul ettiği bu yüzden de ileriye yönelik bellek performansı üzerinde olumsuz etki oluşturduğu şeklinde yorumlamıştır. Literatürde de bu yorumu destekleyen bazı araştırmalar mevcuttur (örn., Cuttler ve Graf, 2007,2008; Harris ve Cranney, 2012). Cuttler ve arkadaşları (2005) tarafından yüksek kontrol kompulsiyonu olan ve düşük kontrol kompulsiyonu olan 100 öğrenciden oluşan iki grup üzerinde araştırma yapılmıştır. Katılımcılara prospektif bellek süreçlerini değerlendirmek üzere iki görev verilmiştir. İlk olarak verdikleri eşyaları testin sonunda almayı hatırlatmaları, diğeri ise yarım saat dolduktan sonra testöre arama yapması gerektiğini söylemesi şeklindedir. Her bir görevden önce kendilerine ne kadar güvendikleri sorulmuştur. Anket sorularında bildirdikleri prospektif ve retrospektif bellek sorunlarına bakıldığında yüksek kontrol kompulsiyonu olan katılımcıların daha fazla prospektif bellek sorunu bildirdikleri ortaya konmuştur. Bizim araştırmamızda da katılımcılara Cuttler ve arkadaşlarının (2005) prospektif bellek süreçlerini değerlendirmede kullandıkları görevler verilmiştir. Literatürdeki bulgular ışığında araştırmamızda OKB grubunun, Panik ve Kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük prospektif bellek performansı sergilemesi beklenmekteydi. Ancak prospektif bellek

performansları açısından üç grup karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür. Jelinek ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan araştırmada da Rivermead Davranışsal Bellek Testi kullanılmıştır. Bu testte de prospektif bellek performansını değerlendirmek için katılımcılara bu iki görev verilmiştir. Çıkan sonuçlar bizim araştırmamızdaki bulguları destekleyici niteliktedir. Çıkan farkın anlamlı olmamasının, kişilerin test ortamında olmalarından kaynaklı olarak artmış dikkatlerinin olması ve bundan dolayı verilen görevleri hatırlamada güçlük yaşamamaları ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Klinik gözlemler doğrultusunda OKB’de daha sıklıkla prospektif bellek sorunlarının görüldüğü görüşü araştırmamızda desteklenmemiştir.

5.1.2. Belleğe Duyulan Güven Açısından Sonuçların Değerlendirilmesi

Obsesif kompulsif bozuklukta bellek süreçlerine ilişkin yapılan araştırmalarda OKB hastalarında bellek bozukluklarından çok kendi belleklerine güvenmeme durumunun belirgin olduğu dikkati çekmiştir. Bir çok araştırmada bu olgu gözlenmiştir (örn., Boschen ve Vuksanovic, 2007; Hermans vd., 2003; MacDonald vd., 1997; Sher vd., 1983; Tuna vd., 2005;). Buradan hareketle araştırmamızda katılımcıların her bir görev öncesinde görevle ilişkili olarak kendi belleğine ne kadar güven duyduklarını (prospektif üst-bellek) ve her bir görev sonrasında o görevle ilişkili olarak kendi belleklerine ne kadar güven duyduklarını (retrospektif üst-bellek) değerlendirmeleri istenmiştir. OKB’de üst-bellek sorunları olduğu görüşünden hareketle OKB grubunun testte kendilerine verilen görevleri yerine getirmeden önce ve yerine getirdikten sonra o görevle ilgili olarak belleklerine duydukları güveni daha düşük bildirmeleri beklenmekteydi. Ancak çıkan sonuçlar ne prospektif üst-bellek puanları açısından, ne de retrospektif üst-bellek puanları açısından bu üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı yönündedir. Bulgumuzu destekler şekilde literatüre baktığımızda bazı araştırmalarda, OKB kontrol kompulsiyonu olan klinik örneklem üzerinde yürüttükleri araştırma sonucunda, bu hastaların prospektif ve retrospektif bellek süreçlerinden şikayetçi olmadıkları saptanmıştır (Harris vd., 2010; Moritz vd., 2006). Harris ve arkadaşları (2010) da bizim bulgumuzla benzer olarak OKB kontrol

kompulsiyonu olan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında, bildirdikleri prospektif ve retrospektif sorunlar açısından anlamlı bir farklılık olmadığını ortaya koymuştur.

Gündelik hayatlarında şikayetçi oldukları bellek sorunlarını bildirmeleri için uygulanan İleriye ve Geriye Yönelik Bellek Ölçeği sonuçlarına bakıldığında ise OKB grubunun hipotezimizi destekler şekilde Kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bellek sorunu bildirdikleri bulunmuştur. Ölçeğin prospektif ve retrospektif üst-bellek süreçlerini içeren maddeleri ele alındığında OKB grubunun Kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek puan aldıkları yani daha fazla prospektif ve retrospektif bellek sorunu bildirdikleri görülmüştür. Ancak Panik grubu ile aralarında anlamlı farklılığın görülmemesi çıkan sonuçların yine OKB'ye özgü olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Cuttler ve Graf (2005) tarafından yapılan araştırmada yüksek, orta ve düşük kontrol kompulsiyonu olan üniversite öğrencilerinin prospektif bellek performansları açısından benzerlik gösterdikleri ancak prospektif ve retrospektif bellek anketlerindeki yanıtlara bakıldığında yüksek kontrol etme kompulsiyonu olanların daha fazla prospektif bellek sorunu bildirdiklerini ortaya koymuştur. Bu bulgu bizim araştırmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir. Benzer şekilde araştırmamızdaki katılımcılar da objektif bellek testinin prospektif bellek görevlerinde benzer performans sergilemiş olup testteki görevle ilgili olarak prospektif üst-bellek süreçlerinde aralarında anlamlı farklılık sergilememişlerdir.

Anketlerdeki bildirimleri ile verilen göreve ilişkin bellek değerlendirmeleri arasında böyle bir farkın oluşmasının altında anket sorularının yanıtlarında önceki deneyimleri göz önünde bulundurularak yanıt verilirken test görevinde ise sadece o test görevi temel alınarak yanıt verilmesi durumunun yattığı düşünülmektedir (Cuttler ve Graf, 2005). Yani kişi daha önce yapması gereken şeyleri zamanında ve uygun bağlamda yapmayı hatırlamakta güçlük yaşıyor ve bununla ilgili olarak birçok deneyimi olmuşsa, ayrıca yaptığı şeyleri hatırlamada da güçlük yaşıyorsa kişi ölçekteki soruları bunları referans alarak yanıtlamaktadır. Ancak testteki görevlere ilişkin olarak performanslarından önce ve sonra kendilerine duydukları güveni değerlendirmeleri istendiğinde ise sadece o görevi baz alarak yanıtladıkları düşünülmektedir. Bundan dolayı böyle bir farklılığın görüldüğü düşünülmektedir.

Depresyon ve kaygının karıştırıcı etkisini kontrol ettiğimizde ise gruplar arasındaki anlamlı farklılığın ortadan kalktığı görülmektedir. Yine çıkan sonuçların katılımcıların

depresyon ve kaygı düzeyleri ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Bu durumun depresyonda ve diğer psikolojik bozukluklarda görülen bilişsel çarpıtmaların etkisiyle kişilerin belleklerini olumsuz değerlendirmeye yatkın olmalarından kaynaklandığı söylenilebilir. Beck'in bilişsel kuramının dört temel ögesi konuyu açıklamada yardımcı olacaktır: *bilişsel üçleme* (kendini, dünyayı ve yaşantıları, geleceği olumsuz algılama), *olumsuz otomatik düşünceler* (olumsuz düşüncelerin otomatik olarak ortaya çıkması), *bilgi işleme ve algıda sistematik mantık hatalarının olması ve işlevsel olmayan sayıtlılar ve temel inançlar* şeklindedir. Bilişsel çarpıtmalar nedeniyle (aşırı genelleme, ya hep ya hiç tarzı düşünme, seçici algılama, sorunları abartma, olumlu gelişmeleri küçümseme gibi) (Dürü ve Sayılğan, 2009). OKB ve Panik Bozukluk tanısı alan kişilerin bellek sorunlarını çok daha aşırı görme eğiliminde oldukları çıkarımı yapılabilir. Bundan dolayı depresyon ve kaygı düzeyleri kontrol edildiğinde gruplar arasındaki anlamlı farklılık ortadan kalkmış olabilir.

5.1.3. İşlevsel Olmayan İnançlar Açısından Sonuçların Değerlendirilmesi

Obsesif kompulsif bozuklukta bellek süreçleri, üst-bellek süreçleri ve obsesif inançların (işlevsel olmayan inançlar) OKB ile ilişkisini ele almak için yapılan araştırmada, bellek performansı ve gündelik hayata ilişkin bellek sorunları açısından OKB ve Kontrol grubu arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Hipotezimiz doğrultusunda beklediğimiz bir sonuçtur. Gündelik hayata ilişkin bildirilen bellek sorunları açısından OKB ve kontrol grubu arasındaki farklılığın depresyon ve kaygının karıştırıcı etkisinden kaynaklandığı bulunmuş olsa da çıkan sonuçların OKB'ye özgü olmadığı ancak OKB'de etkili olan süreçler olduğu söylenilebilir. Ancak ne bellek sorunlarının ne de üst-bellek sorunlarının OKB'nin gelişimi ve sürdürümünde tek başına etkisinin olmadığı işlevsel olmayan inançlarla birlikte bu etkinin görüldüğü düşünülmektedir. Bu görüşü destekler şekilde Cuttler ve arkadaşları (2013) belleğe duyulan güven ile işlevsel olmayan inançların ayrı ayrı olarak görülmesinden önce birlikte görüldüğünde kontrol kompulsiyonları üzerinde daha etkili olduğunu saptamışlardır. Ayrıca belleğe duyulan güvenin tek başına kontrol kompulsiyonlarını yordayamayacağını ortaya koymuşlardır. Bu anlamda işlevsel olmayan inançların OKB

grubunda Panik ve Kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde görülüp görülmediğine bakılması planlanmıştır.

Her bir sonuç ele alınırken depresyon ve kaygının karıştırıcı etkisi dışlanmıştır. Obsesif inançlar ile depresyon ve kaygı arasındaki ilişkiyi ele alan çeşitli araştırmalar mevcuttur. Bu araştırmalardan bazılarında depresyon ve anksiyetenin karıştırıcı etkileri dışlandığında, OKB hastaları ile sağlıklı kişiler arasında işlevsel olmayan inançlar bakımından farklılık ortadan kalkarken, diğer çalışmalarda anksiyete ve depresyonun etkileri dışlandıktan sonra da OKB hastalarının sağlıklı kişilere göre daha şiddetli obsesif inançlar gösterdikleri bildirilmiştir (akt. Tümkeya vd., 2015). İşlevsel olmayan inançlar ile depresyon ve kaygı arasında ilişki olabileceği görüşünden hareketle sonuçlar paylaşılırken depresyon ve kaygı düzeyleri kontrol edildikten sonraki sonuçlar da paylaşılmıştır.

Literatüre bakıldığında da obsesif inançlar ile OKB arasındaki ilişkiyi destekleyen pek çok araştırma mevcuttur (Konkan vd., 2013; Holaway vd., 2006; Lopatka ve Rachman, 1995). Bilişsel modeller OKB'deki kontrol ihtiyacını açıklarken “abartılmış sorumluluk ve tehdit algısı” ile “belirsizliğe tahammülsüzlük ve kesinlik ihtiyacı” kavramları üzerinde durmaktadırlar. Carr (1974) OKB tanısı alan kişilerin zarara neden olabilecek her durumu artmış tehdit algısı içerisinde yorumladıklarını ve bu zararı önlemek için abartılmış sorumluluk algısı çerçevesinde kontrol ihtiyacı içerisinde olduklarını ileri sürmüştür. Rachman (2002) kompulsif kontrol etmenin, kişilerin algıladıkları tehdidin ortadan kaldırıldığından emin olamadıklarında ve zararı önleyebileceklerine dair özel bir sorumluluk hissettiklerinde ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Ladouceur'un (1995) çalışmasında yüksek sorumluluk durumundaki katılımcıların daha fazla kompulsif kontrol davranışı gösterdiklerini bulmuştur. Shafran'ın (1997) çalışmasında da abartılmış sorumluluk algısının kontrol kompulsiyonunun gelişiminde kritik rol oynadığı gösterilmektedir.

Bizim araştırmamızda da literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. OKB grubunun Panik ve Kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek “abartılmış sorumluluk ve tehdit algısı” bildirdikleri saptanmıştır. OKB tanısı alan kişilerin olumsuz olayların gerçekleşme ihtimalini normal kişilere göre çok daha yüksek olasılıklı olarak değerlendirdikleri literatürde belirtilmektedir (bkz. Dürü ve Sayılğan, 2009). Aynı şekilde bir kişinin olumsuz sonuçları önleme veya neden olma gücüne sahip olduğuna

ilişkin olan abartılı sorumluluk algısı da OKB hastalarında görülebilmektedir (Şenormancı, 2010). Örneğin, kişi herhangi bir davranışı yapmazsa olumsuz sonucun ortaya çıkacağına inanır ve bundan kendini sorumlu tutar. Tüm bu bilgiler doğrultusunda araştırmamızda OKB grubunun “abartılmış sorumluluk ve tehdit algısı” obsesif inanç alanı açısından yüksek bildirimde bulunmaları beklenen bir bulgudur. Bu sonuç, OKB ile işlevsel olmayan inançlar arasındaki ilişkinin önemini vurgulamaktadır. Ancak çıkan sonucun OKB grubunda yüksek olan depresyon ve kaygı düzeylerinden bağımsız olarak ortaya çıktığını söyleyebilmek mümkün değildir. Depresyon düzeyleri kontrol edildiğinde gruplar arasındaki anlamlı farklılığın ortadan kalkmış olması çıkan sonuçların depresyon düzeylerine bağlı olduğunu düşündürmektedir. Kaygı düzeyleri kontrol edildiğinde ise OKB ve Panik grubu arasındaki anlamlı farklılık devam ederken, Kontrol grubu ile arasındaki anlamlı farklılığın ortadan kalktığı görülmektedir. OKB ve Panik grubu arasındaki farkın devam etmiş olması ise çıkan sonucun kaygıdan bağımsız olarak görüldüğünü düşündürmektedir.

“Belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik”, OKB’de önemli olan bir diğer inanç alanıdır. Belirsizliğe tahammülsüzlük kişinin tamamen emin olma ihtiyacı ile ilgilidir. OKB tanısı alan kişiler bu belirsizliklere ve bilinmezliklere tahammül edememekte, kesin sonuçlar bulmaya çalışmakta dolayısıyla karar verememektedirler (Dürü ve Sayılğan, 2009). Mükemmeliyetçilik de benzer şekilde OKB’nin gelişimi ve sürdürülmesinde rol oynayan bir diğer önemli inanç alanıdır. En küçük bir hatanın bile ciddi sonuçlara yol açacağına inanılır. Mükemmeliyetçiliğin bir boyutu olan “hatalara aşırı ilgi”nin aşırı sorumluluk ve düşüncenin önemszenmesi ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir (akt. Şimşek, 2011).

Yukarıda aktarılan bilgileri destekler şekilde, Tolin ve arkadaşları (2003) yaptıkları bir çalışmada birincil olarak kontrol etme kompulsiyonu bildiren OKB hastalarının, kontrol kompulsiyonu rapor etmeyenlere göre belirsizliğe daha fazla tahammülsüz oldukları sonucuna varmışlardır. Holaway (2006) çalışmasında kontrol etme kompulsiyonu ile şüphe etme kompulsiyonlarının diğer kompulsiyonlara göre belirsizliğe tahammülsüzlük ile daha yüksek ilişkili olduğunu saptamıştır. Buradan hareketle, “belirsizliğe tahammülsüzlüğün”, kompulsif kontrol etmede önemli bir rol oynadığını ileri sürmüştür. Mükemmeliyetçilik ile OKB semptomları arasındaki ilişkiyi

ele alan araştırmalar da benzer sonuca varmışlardır (Frost vd., 1997; Frost vd., 1994; Rheaume vd., 1995).

Bizim araştırmamızda da elde ettiğimiz bulgular literatürdeki bulguları destekler niteliktedir. “Mükemmelliyetçilik ve kesinlik ihtiyacı” inanç alanı bakımından OKB grubunun Panik ve Kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek puan aldıkları görölmüştür. Panik grubu ile OKB grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunması da “mükemmelliyetçilik ve kesinlik ihtiyacı” inanç alanının OKB üzerinde belirleyici bir etkisi olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca depresyon ve kaygı düzeyleri kontrol edildiğinde dahi sonuçların değişmemesi bu görüşü daha da güçlendirmektedir.

“Düşüncelerin kontrolünün önemi” hakkındaki işlevsel olmayan inançların da OKB etiyolojisinde yer aldığı bilinmektedir. Myers, Fisher ve Wells OKB’nin gelişimi ve ilerlemesinde önemli olduğu düşünölen inanç alanlarını ölçmek için Obsesif İnanışlar Ölçeği’ni (OIÖ-44) kullanarak yaptıkları araştırmada çıkan faktörlerden birinin de “düşüncelerin kontrolünün önemi” olduğunu saptamışlardır. Bu faktör endişenin yanında obsesif kompulsif belirtiler ile ilişkili bulunmuştur (Myers vd., 2008). Çalışmalardan bazıları “düşüncelerin kontrolünün önemsenmesi” ile ilgili inançların obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olduğunu bildirirken, bu bulgu başka çalışmalar tarafından doğrulanmamıştır (Konkan vd., 2013).

Araştırmamızda “düşünceyi kontrol etme/düşünceye aşırı önem verme” inanç boyutu açısından üç grup arasında anlamlı farklılık olup olmadığına bakıldığında; OKB grubu ile Kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Ancak OKB grubu ile Panik Grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu durum OKB’de “düşünceyi kontrol etme/düşünceye aşırı önem verme” inanç boyutunun belirleyici bir etkisi olmadığını düşündürmektedir. Depresyon ve kaygı düzeyleri kontrol edildiğinde gruplar arasındaki anlamlı farklılığın ortadan kalkması da bu görüşü destekler niteliktedir.

Sonuç olarak bu çalışma literatürdeki bulgularla tutarlı olarak “sorumluluk ve tehlike”, “mükemmelliyetçilik ve kesinlik” ve “düşüncelerin kontrolünün önemsenmesi” ile ilgili işlevsel olmayan inanç alanlarının obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan kişilerde panik bozukluk tanısını alanlara ve sağlıklı gruba göre daha sık göröldüğu, özellikle “sorumluluk ve tehlike” ile “ mükemmelliyetçilik ve kesinlik” inanç alanlarının OKB ile yakından ilişkili olduğu görölmüştür. Literatürdeki bilgiler

ışığında da OKB tanısı alan kişilerin özellikle tehlike ile ilgili uyaranlar söz konusu olduğunda çok daha fazla sorumluluk algıladıkları, olası zararın boyutlarını felaketleştirici şekilde yorumladıkları ve bundan dolayı oluşan kaygıyı azaltmak ve olası zararın önüne geçmek için kompulsif davranışlar sergiledikleri söylenebilir.

Çıkan sonuçların OKB'ye özgü olduğunu gösterebilme adına araştırma desenine Panik grubu da dahil edilmiştir. Panik bozuklukta da işlevsel olmayan inançların hakim olduğu bilinmektedir. Frost ve arkadaşları (1997) panik bozukluk tanısı almış hastaların abartılmış sorumluluk ve tehdit algısı ile mükemmelliyetçilik inanç alanları açısından OKB ile benzerlik gösterdiklerini bulurken, obsesif inançlar bakımından normal gruptan anlamlı derecede yüksek puan aldıklarını saptamıştır. Bu bakımdan OKB grubu ve Panik grubu karşılaştırmalarının işlevsel olmayan inançların OKB'ye özgü olduğunu söyleyebilmek adına önemli olduğu düşünülmüştür. Konkan ve arkadaşları (2013) obsesif inançların OKB'ye özgü olmadığını, panik bozuklukla birlikte diğer anksiyete bozuklukları ile depresyonun gelişimi ve sürmesinde ortak bir etken olabileceğini ileri sürmüştür. Ancak bizim araştırmamızda “abartılmış sorumluluk ve tehdit” ile özellikle “mükemmelliyetçilik/kesinlik” inanç alanlarının OKB'ye özgü olduğu saptanırken, “düşüncelere aşırı önem verme/düşünce kontrolü” inanç alanının OKB'de Panik grubuna göre daha fazla görülmekle birlikte depresyon ve kaygı düzeyleri kontrol edildiğinde ise bu farkın kalktığı saptanmıştır. Bu bulgu bize “düşüncelere aşırı önem verme/düşünce kontrolü” inanç alanının OKB'ye özgü olmayabileceğini düşündürmektedir.

5.1.4. Depresyon ve Kaygı Açısından Sonuçların Değerlendirilmesi

Bellek, üst-bellek ve işlevsel olmayan inançlar ile depresyon ve kaygı durumları arasında ilişki olduğunu gösteren çeşitli araştırmalar mevcuttur. Çıkan sonuçların eşlik eden depresyon ya da kaygı durumu ile ilgili olabileceği görüşünden hareketle araştırmamızda her bir katılımcıya Beck Depresyon Envanteri ve Spielberger Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri uygulanmıştır.

Araştırmamızda Beck Depresyon Envanteri toplam puanları karşılaştırıldığında OKB ve Panik grubunun depresyon düzeyinin Kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum beklediğimiz bir sonuçtur. OKB ve Panik grubunda yer alan kişilerin yaşadıkları sorun nedeniyle yaşam kalitelerinin azaldığı, kendilerine ve dünyaya ilişkin beklentilerinin düştüğü ve olayları algılama ve yorumlama da olumsuzlukların ön plana çıkarıldığı bilinmektedir. OKB'ye en sık eşlik eden bozukluğun majör depresif bozukluk olduğu bulunmuştur. Eş tanı olarak depresyonun eşlik ettiği durumlarda, OKB belirtilerinin daha şiddetli olduğu gözlenmiştir (akt. Panayırıcı, 2012). Depresyon, OKB'nin yol açtığı işlevsellikteki bozulmayla ilişkili olarak ikincil olarak da gelişebilmektedir (Karamustafalıoğlu, 2006). Bu bakımdan OKB'de depresyon düzeylerinin yüksek olarak bildirilmesi beklenen bir sonuçtur. Panik bozukluğuna da en sık eşlik eden tanının depresyon olduğu bulunmuştur (Saygılı ve Karamustafalıoğlu, 2010). Panik grubunun da yüksek depresyon düzeyi bildirmesi beklenen bir sonuçtur.

Sürekli kaygı düzeyi de benzer şekilde OKB ve Panik grubunda Kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. OKB ve Panik bozukluğa en sık eşlik eden bozukluklarda ilk sırada depresyon yer alırken ikinci sırada anksiyete bozuklukları görülmektedir (Bayar ve Yavuz, 2008; Saygılı ve Karamustafalıoğlu, 2010). Bu bilgiden hareketle OKB ve Panik grubunun yüksek düzeyde sürekli kaygı düzeyi bildirmeleri beklenen bir sonuçtur. Durumluluk kaygı düzeyi açısından ise OKB ve Kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunurken, Panik grubu ile Kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu durumluluk kaygının panik bozukluktan öte OKB'de daha belirgin olduğunu düşündürmektedir.

Sonuç olarak OKB ve Panik Grubu Kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde depresyon ve kaygı bildirmişlerdir. Bu bakımdan araştırılan değişkenler açısından gruplar arasında görülen farklılıkların depresyon ve kaygı düzeylerindeki farklılıklardan kaynaklanabileceğini göz önünde bulundurmak ve bunu kontrol etmek araştırmamızın sonuçlarının güvenilirliği açısından önem teşkil etmiştir.

5.2. SONUÇ

Bellek konusu üzerine yapılan araştırmalarda özellikle odaklanılan psikiyatrik tanı grubunun OKB olduğu görülmüştür (bkz. Cuttler ve Graf, 2009). OKB tanısı alan

kişilerin bellek sorunları bildirdikleri bilinmektedir (Muller ve Roberts, 2005; Sher vd., 1983). Bu durum OKB’de bellek sorunları olabileceğini düşündürmüş ve bellek üzerine birçok araştırma yürütülmesine yol açmıştır. Ancak bellek sorunları OKB nedeniyle mi görülmekte yoksa bellek sorunları nedeniyle mi OKB gelişmekte sorusu hala tam olarak açıklığa kavuşmamış araştırma konusudur (Exner vd., 2009). Nörobiyolojik modeller frontostriatal yollardaki sorunların yol açtığı organizasyonel problemler nedeniyle bellek sorunlarının ortaya çıktığını ileri sürerken, bilişsel modeller de işlevsel olmayan inançların ve üst-bilişsel süreçlerin (düşünceleri aşırı izleme ve kontrol etmeye çalışma) OKB’de bellek sorunları görülmesine yol açtığını ileri sürmektedirler. Bu yaklaşımları göz önünde bulundurduğumuzda daha çok OKB’nin bellek sorunlarına yol açabileceği görüşünün hakim olduğu görülmektedir (Zlomuzica vd., 2014). Bu bakış açısının daha spesifik hali, kontrol kompulsiyonları ile bellek sorunları arasındaki ilişkinin ele alındığı çalışmalarda gözlenmektedir (bkz. Cuttler ve Graf, 2009). OKB tanısı alan kişilerde bellek sorunları görülebildiğini destekleyen araştırmalar olduğu gibi (örn., Cuttler ve Graf, 2009; Deckersbach vd., 2000; Tuna vd., 2005; Zitterl vd., 2001) herhangi bir ilişki bulmayan birçok araştırma olduğu da görülmektedir (örn., Cuttler ve Graf, 2009; Dirson vd., 1995; Zielinski vd., 1991).

Literatürdeki bu çelişkili bulgular OKB’de görülen tekrarlı davranışların bellek sorunlarından öte üst-bellek sorunlarından kaynaklandığı görüşüne yönelmeye yol açmıştır. Bu yönelmede, OKB tanısı alan kişilerin belleklerine ilişkin değerlendirmelerinin olumsuz olduğu görüşü hakim olmuştur. Ancak bu konuda da yapılan araştırma bulgularının çelişkili olduğu görülmüştür. Buradan hareketle bilişsel yaklaşımların da ele aldığı ve üzerinde durduğu işlevsel olmayan inançların OKB’nin gelişimi ve sürdürülmesindeki etkilerine bakılmıştır. Ancak ne bellek, ne üst-bellek ne de işlevsel olmayan inançların tek başına OKB’yi yordamadığı görülmüştür (Cuttler vd., 2013). Bu durum bu üç değişkenin birbiriyle olan ilişkisi çerçevesinde OKB’deki etkilerini araştırma yoluna gidilmesi fikrini ortaya çıkarmıştır. Kişinin belleğine güven duymadığı ve bununla birlikte işlevsel olmayan inançların bu güvensizliğe eşlik ettiği durumlarda, girici düşüncelerin de etkisiyle duyduğu kaygıdan kurtulmak için kompulsif davranışlar geliştireceği ileri sürülmüştür (Cuttler vd., 2013).

Özetle, bellek ve üst-bellek süreçleri ile işlevsel olmayan inançların OKB ile ilişkisini incelemek amacıyla bu araştırma planlanmıştır. Hipotezlerimiz ise OKB tanısı

alan kişilerin prospektif ve retrospektif bellek süreçlerinde bozulma olduğu, OKB tanısı alan kişilerin belleklerine duydukları güvenin düşük olduğu, OKB tanısı alan kişilerin yüksek düzeyde obsesif inançlar bildireceği yönündedir.

Karşılaştırma grubu olarak, kullanılan ilaçlar ve eşlik eden tanılar açısından OKB ile benzerlik göstermesinden dolayı panik bozukluk tanı grubu tercih edilmiştir. Kontrol grubu olarak da herhangi bir psikiyatrik tanı almamış kişiler tercih edilmiştir. Klinik örneklem üzerinde yürüttüğümüz araştırmadaki bulgularımıza göre, OKB grubunun kontrol grubuna göre daha düşük bellek performansı gösterdiği, gündelik hayatlarına ilişkin belleklerine duydukları güvenin daha düşük olduğu, işlevsel olmayan inançlar açısından daha yüksek bildirimde bulundukları saptanmıştır. Ancak bellek performansı ve üst-bellek süreçleri açısından panik grubu ile aralarında fark çıkmaması sonuçların OKB'ye özgü olmadığını düşündürmüştür. Yalnızca obsesif inanç alanları açısından OKB grubunun, hem panik hem kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bildirimde bulundukları gözlenmiş olup, obsesif inançların OKB'de oldukça önemli olduğu görüşü araştırmamızca da desteklenmiştir. Ancak OKB grubunun bellek ve üst-bellek sorunları açısından Panik grubu ile benzerlik göstermesi ise OKB'nin gelişimi ve sürdürülmesinde bu değişkenlerden öte işlevsel olmayan inançların daha belirgin etkisi olduğunu düşündürmüştür.

5.2.1. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Klinik Açıdan Önemi

Araştırma, klinik örneklem ile çalışılması, karşılaştırma grubu olarak kaygı bozuklukları arasında yer alan Panik Bozukluk tanı grubunun da dahil edilmesi ve böylece çıkan sonuçların OKB'ye atfedilebilmesi açısından güvenilir bilgiler sunmaktadır. Literatürdeki araştırmalara bakıldığında OKB ile kaygı grubu karşılaştırmalarının yapıldığı çok kısıtlı sayıda araştırma olduğu görülmüştür (Muller ve Roberts, 2005). Konu ile ilgili yapılan araştırmaların çoğunlukla klinik altı (subclinical) örneklemle yapıldığı ya da OKB ve sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı görülmüştür. Ancak bu durum OKB'de görülen beyin fonksiyonlarındaki sorunlar, eşlik eden depresyon ve kaygı, kullandıkları ilaçlar gibi karıştırıcı değişkenlerin sonuçlar üzerinde rol oynamasına yol açmıştır (Cuttler ve Graf, 2009). Bu bakımdan OKB ve Panik grubu karşılaştırmaları önem arz etmektedir. Bu anlamda literatürdeki boşluğu doldurmaktadır.

Araştırmada bellek sorunları incelenirken hem nesnel hem öznel değerlendirmelerin yapılmasına imkân tanıyan araçlar kullanılmıştır. Katılımcıların sadece öznel bildirimlerine dayanarak bir araştırma planlamak yerine gerçek performanslarının da değerlendirilebileceği bir bellek testi oluşturulmuştur. Böylelikle katılımcıların gerçek bellek performansları ile kendi algıladıkları bellek performansları değerlendirilebilmiştir.

Çoğu araştırmada klinik örneklem ile çalışılırken depresyon ve kaygının karıştırıcı etkisi kontrol edilmemiştir. Bu bakımdan araştırmada depresyon ve kaygı değişkenlerinin kontrol edildiği durumlardaki sonuçlar da paylaşılmıştır. Böylece elde edilen sonuçların depresyon ve kaygıdan bağımsız olduğu durumlar sunulabilmiştir.

Klinik açıdan ise OKB’de görülen bellek, üst-bellek sorunları ile işlevsel olmayan inançların OKB ile ilişkisinin anlaşılmasının, OKB hakkında daha detaylı bilgiye sahip olunmasına ve bununla birlikte daha etkili tedavilerin geliştirilmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Örneğin, episodik bellek sorunu yaşayan kişilerin problem çözme becerilerinin zayıf olduğu, bundan dolayı depresyon, travma gibi sorunlar yaşayabilecekleri görülmüştür. Kişi sorunlarla baş etmede güçlük yaşıyorsa bu durumun bellek sorunlarından kaynaklanabileceği bilgisi, hastaya yaklaşımımız ve hastanın formülasyonu konusunda daha geniş bir bakış açısı sunacaktır (Zlomuzica vd., 2014). Peki klinisyenler bellek sorunlarına nasıl yardımcı olabilirler? Yapılan çalışmalar bilişsel davranışçı terapilerin bellek sorunlarının azaltılmasında etkili olduğunu göstermiştir (Exner vd., 2009). Bilişsel davranışçı terapiler ile kişinin zihnini meşgul eden girici düşüncelerle birlikte düşüncelerini aşırı izleme ve içsel süreçlerine aşırı odaklanma sorunlarının azaltılmasının bir sonucu olarak daha etkili kodlama yapılmasının sağlandığı düşünülmektedir. Tüm bu bilgiler ışığında bellek, üst-bellek ve işlevsel olmayan inançların OKB ile ilişkisinin ele alınmasının OKB’nin anlaşılmasında daha geniş bir bakış açısı sunması bakımından klinik anlamda önemli katkılar sağladığı düşünülmektedir.

5.2.2. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Araştırmanın çeşitli sınırlılıkları vardır. Obsesif kompulsif bozukluğun heterojen yapısı nedeniyle elde edilen sonuçları, OKB’nin gelişimine etki eden faktörler olarak genellemek çok uygun olmayacaktır. OKB’nin çeşitli alt tipleri vardır. Bazı alt tiplerin

görülmesinde nöropsikolojik sorunlar etkili olurken, bazılarında ise işlevsel olmayan inançlar etkili olabilmektedir (Cuttler vd., 2013). Bu bakımdan gelecek araştırmalarda, OKB'nin alt tiplerinin her birinin ele alınarak bu değişkenlerin OKB ile ilişkisinin incelenmesinin daha uygun olacağı düşünülmektedir.

OKB'de görülen bellek sorunlarının yürütücü işlevlerden kaynaklı olarak ikincil biçimde ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (Zlomuzica vd., 2014). Bu bakımdan gelecek araştırmalarda dikkat gibi bellek süreçlerinde etkili olan diğer bilişsel fonksiyonlarının da incelenmesi gerekmektedir.

Araştırmada katılımcıların bellek performanslarını değerlendirmek için standardize edilmemiş bir test uygulanmıştır. Uygulanan testin bellek fonksiyonlarını yordayıcı olduğu bilinmemektedir. Bu bakımdan bir sınırlılık söz konusudur. Ayrıca gündelik hayata ilişkin görevlerin olduğu bir değerlendirme ölçütünün yapılandırılmasının, OKB hastalarının gündelik hayatlarında yaşadıklarını belirttikleri bellek sorunlarını anlamada daha çok yardımcı olacağı düşünülmektedir. Test ortamının yapılandırılmış bir ortam olmasından kaynaklı olarak katılımcıların daha artmış dikkat ve konsantrasyon ile görevlere adapte olduğu düşünülmektedir. Bu durum gündelik hayatlarında otomatikleşen, rutin haline gelen yaptıkları ya da yapacakları eylemi ya da uyarınları hatırlamadaki güçlükleri test ortamında görebilmeyi güçleştirmektedir. Bu yüzden katılımcıların bir hafta süresince günlük olarak hem retrospektif hem de prospektif bellek sorunu yaşadıkları durumları kaydetmeleri istenebilir. Unsworth ve arkadaşları (2013) katılımcıların bir hafta boyunca yapmayı unuttukları (prospektif) ya da yaptıklarını unuttukları (retrospektif) durumları kaydetmelerini istemiştir. Literatürde benzer çalışmaların yürütüldüğü görülmüştür (örn., Crovitz ve Daniel, 1984; Unsworth vd., 2013;). Bu şekilde gündelik hayata dair otomatikleşen durumların ne sıklıkla unutulduğu ve hangi alanlarda daha çok unutkanlık sorununun yaşandığı tespit edilebilir. Laboratuvar ortamında sunulan standardize edilmiş testler, gündelik hayatın karmaşıklığını içermediği için çok doğru sonuçlar vermeyecektir. Bu bakımdan gelecek araştırmalarda, katılımcıların gündelik hayatlarında yaşadıkları sorunları değerlendirme imkânı sunacak test ortamının oluşturulması önem arz etmektedir.

Son olarak ise araştırma örneklemimiz klinik örneklemden oluştuğu için kısıtlı sayıda katılımcıya ulaşılabilmiştir. Bir sonraki araştırmanın daha geniş klinik örneklem

üzerinde yürütülmesinin sonuçlarının genellenebilirliği açısından önemli olduğu düşünülmektedir.



KAYNAKLAR

- Alves, M. R. P., Pereira, V. M., Machado, S., Nardi, A. E., & Silva, A. C. O. (2013). Cognitive functions in patients with panic disorder: A literature review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 193-200.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V)* (2013). Köroğlu, E. (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Aronowitz, B. R., Hollander, E., DeCaria, C., Cohen, L., Saoud, J. B., Stein, D. et al. (1994). Neuropsychology of Obsessive–Compulsive Disorder. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 7, 81–86..
- Asmundson, G. J., Stein, M. B., Larsen, D. K., & Walker, J. R. (1995). Neurocognitive function in panic disorder and social phobia patients. *Anxiety*, 1, 201-207.
- Dürü, Ç., & Sayılğan, M. A. (2009). Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Yaklaşım. İçinde *Bilişsel Davranışçı Terapiler* (4. Baskı). Savaşır, I., Soygüt, G., & Barışkın, E. (Eds), Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Bayar, R. & Yavuz, M. (2008). Obsesif Kompulsif Bozukluk. *İ. Ü. Cerrahpaşaa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 62, 185-192.
- Bayrak, N. G. (2013). *Panik bozukluk tanısı konmuş hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi*, Haliç Ünivetrsitesi, İstanbul.
- Beck, J.G., Stanley, M. A., Averill, P. M., Baldwin, L.E., & Deagle, E. A. (1992). Attention and memory for therat in panic disorder. *Behavior Research and Therapy*, 30, 619-629.
- Becker, E., Rinck, M., & Margraf, J. (1994). Memory bias in panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 396-399.

- Beşiroğlu, L., Ağargün, M. Y., Boysan, M., Eryonucu, B., Güleç, M. & Selvi, Y. (2005). Obsesif –kompulsif belirtilerin değerlendirilmesi: Padua Envanteri'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(3), 179-189.
- Boldrini M, Del Pace L, Placidi GP, Keilp J, Ellis SP, Signori S, et al. (2005). Selective cognitive deficits in obsessive compulsive disorder compared to panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 150-8.
- Boschen, M. J., & Vuksanovic, D. (2007). Deteriorating memory confidence, responsibility perceptions and repeated checking: Comparisons in OCD and control samples. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2098-2109.
- Boysan, M., Beşiroğlu, L., Çetinkaya, N., Atlı, A. & Aydın, A. (2010). Obsesif İnanışlar Ölçeği-44'ün (ÖİÖ-44) Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 47, 216-222.
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Sammut, P., Berle, D., Milicevic, D., Moses, K., & Hannan, A. A. (2001). Obsessive-compulsive spectrum disorders: A comorbidity and family history perspective. *Australas Psychiatry*, 19, 151-155.
- Can, A. (2014). *SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi*, (3. Baskı), İstanbul: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis. A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81, 311-318.
- Christensen, K. J., Kim, S. W., Dyksen, M. W., & Hoover, K. M. (1992). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 31, 4-18.
- Cinan, S. & Doğan, A (2013).
http://www.ed.ac.uk/files/atoms/files/prmq_turkishnew.pdf.
- Clark, D.A. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. New York: The Guilford Press
- Crovitz, H. F. , & Daniel, W. F. (1984). Measurements of everyday memory toward the prevention of forgetting, *Bulletin of the Psychonomic Society*, 22 (5), 413-414.
- Cuttler, C., & Graf, P. (2007). Sub-clinical compulsive checkers' prospective memory is impaired. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 338-352.

- Cuttler, C., & Graf, P. (2008). Sub-clinical checking compulsions are related to impaired prospective memory independently of depression, anxiety and distractibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 642–654.
- Cuttler, C., & Graf, P. (2009). Checking-in on the memory deficit and meta-memory deficit theories of compulsive checking. *Clinical Psychology Review*, 29, 393–409
- Cuttler, C., Moritz, S., & Graf, P. (2005). Prospective memory and obsessive-compulsive disorder. *International Conference on Prospective Memory*, 25-17 July, 2005, Zurich, Switzerland.
- Cuttler, C., Alcolado, G. M., & Taylor, S. (2013). Mediation and interaction effects of doubt, dysfunctional beliefs and memory confidence on the compulsion to check. *Journal of Obsessive- Compulsive and Related Disorders*, 2, 157-166.
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (2004). *Anormal Psikolojisi* (7. Baskı) (Çev. Ed. İhsan Dağ). İstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Deckersbach, T., Otto, M. W., Savage, C. R., Baer, L., & Jenike, M. A. (2000). The relationship between semantic organization and memory in obsessive compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 101-107.
- Dek, E.C.P., Hout, M.A., Giele, C.L., & Engelhard, I.M. (2010). Repeated checking causes distrust in memory but not in attention and perception. *Behavior Research and Therapy*, 48, 580-587.
- Dirson, S., Bouvard, M., Cottraux, J., & Martin, R. (1995). Visual memory impairment in patients with obsessive-compulsive disorder: A controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 22–31.
- Doğan, A. (2015). *Kompleks çalışma belleği görevlerinde bireysel farklılıklar, sezgi, prospektif bellek ve zaman eğilimi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Dratcu, L., & Bond, A. (1998). Panic patients in the non-panic state: Physiological and cognitive dysfunction. *Euro Psychiatry*, 13, 18-25.
- Eğrilmez, A., Gülseren, L., Gülseren, S. & Kültür, S. (1997). Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients. *Psychopathology*, 30, 106-110.
- Einstein, G. O., McDaniel, M. A., Thomas, R., Mayfield, S., Shank, H., Morrisette, N., & Breneiser, J. (2005). Multiple processes in prospective memory retrieval:

- Factors determining monitoring and spontaneous retrieval. *Journal of Experimental Psychology: General*, 134, 327-342.
- Ekmen, P. (2015). *Panik bozukluğu teşhisi konmuş kişilerde depresyon görülme olasılığının çeşitli değişkenlere göre incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Erol, N., & Savaşır, I. (1988). *Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi*. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bildiri Kitabı, Ankara, GATA Basımevi, s. 107-114.
- Eryılmaz, T. E. E., & Tosun, A. (2013). Obsesif kompulsif bozuklukta kontrol ihtiyacı. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(1), 121-130.
- Exner, C., Kohl, A., Zaudig, M., Lango, G., Lincoln, T. M., & Rief, W. (2009). Metacognition and episodic memory in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 624-631.
- Eysenck, M. W., & Calvo, M. G. (1992). Anxiety and performance: The Processing Efficiency Theory. *Cognition and Emotion*, 6, 409-434.
- Foa, E. B., Amir, N., Gershuny, B., Molnar, C., & Kozak, M. J. (1997). Implicit and explicit memory in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 119-129.
- Frost, R. O., Steketee, G., Cohn, L., & Griess, K. (1994). Personality traits in sunclinical and non-obsessive compulsive volunteers and their parents. *Behavior, Research and Therapy*, 32(1), 47-56.
- Gordeev, S. A. (2008). Cognitive functions and the state of nonspecific brain systems in panic disorders. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 38, 707-714.
- Harkness, E., Harris, L. M., Jones, M. K., & Vaccaro, L. (2009). Noevidence of attentional bias in obsessive compulsive checking on the dot probe paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 437-443
- Harris, L., & Cranney, J. (2012). Event-based prospective memory and obsessive-compulsive disorder intrusive obsessional thoughts. *Australian Journal of Psychology*, 1-9.
- Harris, L. M., Vaccaro, L., Jones, M. K., & Boots, G. (2010). Prospective memory in obsessive compulsive checking. *Behaviour Change*, 27, 84-92.

- Hermans, D., Engelen, U., Grouwels, L., Joos, E., Lemmens, J., & Pieters, G.(2008). Cognitive confidence in obsessive compulsive disorder: Distrusting perception, attention and memory. *Behavior Research and Therapy*, 46, 98-113.
- Hermans, D., Martens, K., Cort, K.D., Pieters, G., & Eelen, P.(2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 41, 383-401.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma, *Psikoloji Dergisi*, 6, 118-126.
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 158-174.
- Janowitz, D., Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Ettelt, S., Buhtz, F., Hochrein, A., Schulze-Rauschenbach, S. Et al. (2009). Early onset of obsessive- compulsive disorder and associated comorbidity. *Depression and Anxiety*, 26, 1012-7.
- Jelinek, L., Moritz, S., Heeren, D., & Naber, D.(2006). Everyday memory functioning in obsessive compulsive disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12(5), 746-749.
- Juang, Y.Y., & Liu, C. Y.(2001). Phenomenology of obsessive compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 55(6), 623-627.
- Karadağ, F., Oğuzhanoglu, N. K., Özdel, O., Ateşçi, F. Ç. & Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: A phenomenological Picture. *Depression and Anxiety*, 23, 145-152.
- Kılınç, S.(2010). *Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireyler ile sağlıklı bireylerin bellek süreçlerinin bellek yanılgıları açısından karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kliegel, M., & Jäger, T. (2006). The influence of negative emotions on prospective memory: A review and new data. *International Journal of Computational Cognition*, 4 (1), 1-15.
- Konkan, R., Aydın, E., Güçlü, O., Şenormancı, Ö. & Sungur, M. Z. (2013). Panik bozukluğu olan hastalarda obsesif inançlar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 141-146.
- Ladouceur, R., Rheaume, J., Freeston, M. H., Aublet, F., Jean, K.,& Lechance, S. (1995). Experimental manipulations of responsibility: An analogue test for models

- of obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 33(8), 937-946.
- Lopatka, C. ,& Rachman, S. (1995). Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. *Behavior Research and Therapy*, 33(6), 673-684.
- Lucas, J. A., & Telch, M. T. (1991). Memory functioning in panic disorder: A neuropsychological perspective. *Anxiety Disorder*, 5, 1-20.
- Lundh, L. G., Czyzykow, S., & Öst, L. G. (1997) Expicit and implicit memory bias in panic disorder with agoraphobia. *Behavior Research and Therapy*, 35, 1003-1014.
- Karakuş, G., & Tamam, L. (2017). Yatarak tedavi gören obsesif kompulsif bozukluk hastalarının klinik özellikleri. *Çukurova Medical Journal*, 42 (1), 140-146.
- Karamustafalıoğlu, O. (2006). Obsesif kompulsif bozukluk. *The journal of Turkish Familiy Physician*, 1-10.
- MacDonald, P. A., Antony, M. M., MacLeod, C. M., & Richter, M. M. (1997). Memory and confidence in memory judgments among individuals with obsessive compulsive disorder and nonclinical controls. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 497–505.
- Marsh, R. L., Brewer, G. A., Jameson, J. P., Cook, G. I., Amir, N., & Hicks, J. L. (2009). Threat-related processing supports prospective memory retrieval for people with obsessive tendencies. *Memory*, 17, 679–686.
- Marsh, R. L., Hicks, J. L., & Bink, M. L. (1998). Activation of completed, uncompleted, and partially completed intentions. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 24 (2), 350-361.
- McNally, R.J., & Kohlbeck, P.A. (1993). Reality monitoring in obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 39, 249-253.
- Moritz, S., Kuelz, A., Jacobsen, D., Kloss, M., & Fricke, S. (2006). Severity of subjective cognitive impairment in patients with obsessive-compulsive disorder and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 427–443.
- Moritz, S., & von Muhlenen, A. (2008). Investigation of an attentional bias for fear-related material in obsessive-compulsive checkers. *Depression and Anxiety*, 25, 225–229.

- Muller, J., & Roberts, J. E. (2005). Memory and attention in obsessive compulsive disorder: A review. *Anxiety Disorders*, 19, 1-28.
- Myers, S. G, Fisher, P. L., & 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: 475-484.
- Nedeljkovic, M., Moulding, R., Kyrios, M., & Doron, G. (2009). The relationship of cognitive confidence to OCD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 463-468.
- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assesment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 35, 667-681.
- 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. *Behavioral Research Theapy*, 43, 1527-1542.
- Okasha, A., Saad, A., Khalil, A. H. (1994) Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: a transcultural study. *Comprehensive Psychiatry*, 35: 191-197.
- Öner, N. ve A. Le Compte. (1983). *Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul : Boğaziçi Üniversitesi Yayını.
- Panayırıcı, P. B. (2012). *Obsesif Kompulsif Belirtilerin Yordanmasında Algılanan Ebeveynlik Biçimleri, Üstbilişsel İnançlar, Obsesif İnançlar ve Düşünce Kontrol Yöntemlerinin Rolü: Üstbilişsel Model Çerçevesinde Bir İnceleme*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Pauli, P., Dengler, W., & Wiedemann, G. (2005). İmplicit and expilicıt memory processes in panic patients as reflected in behavioral and electrophysiolomeasures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 111-127.
- Piauilino, D. C., Bueno, O. F. A., Tufik, S., Bittencourt, L. R., Santos- Silva, R., Hachul, H., Gorenstein, C., & Pompéia, S. (2010). The Prospective and Retrospective Memory Questionnaire: A population-based random sampling study. *Memory*, 18, 413-426.
- Purcell, R., Maruff, P., Kyrios, M., & Pantelis, C. (1998). Neuropsychological deficits in obsessive– compulsive disorder: A comparison with unipolar depression, panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 415–423.

- Rachman, S. (1971). Obsessional ruminations. *Behavior Research and Therapy*, 9, 229-235.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive ve checking. *Behavior Research and Therapy*, 40, 625-639.
- Radomsky, A.S., Gilchrist, P.T., & Dussault, D.(2006).Repeated checking really does cause memory distrust. *Behavior Research and Therapy*, 44, 305-316.
- Radomsky, A. S., Rachman, S., & Hammond, D. (2001). Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 813-822.
- Rasmussen, S. A., & Eisen J. L. (1992) The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-758.
- Rheume, J., Freeston, M. H., Dugas, M., Letarte, H., & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 33, 785-794.
- Rubenstein, C. S., Peynircioğlu, Z. F., Chambless, D. L., & Pigott, T. (1993). Memory in sub-clinical obsessive compulsive checkers. *Behavior Research and Therapy*, 31, 759-765.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T. & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53-63.
- Savage, C. R., Keuthen, N. J., Jenike, M. A., Brown, H. D., Baer, L., Kendrick, A. D., Miguel, E. C., Rauch, S. L., & Albert, M. S.(1996). Recall and recognition memory in obsessive compulsive disorder. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 8(1), 99-103.
- Savaşır, I., Soygüt, G., & Barışkın, E. (Eds), (2009). *Bilişsel Davranışçı Terapiler* (4. Baskı). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Sayar, K. Uğurad, I. K. ve Acar, B. (1999). Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9, 142-147.
- Saygılı, S., & Karamustafalıoğlu, O. (2010). Panik bozukluğu hastalarında sosyodemografik özellikler ve komorbidite. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 32-37.

- Shafran, R. (1997). The manipulation of responsibility in obsessive compulsive disorder. *British Journal of Psychology*, 36, 397-408.
- Sher, K.J., Frost, R.O., & Otto, R.(1983). Cognitive deficit in compulsive checkers: An exploratory study. *Behavior Research and Therapy*, 21(4), 357-363.
- Sher, K. J., Mann, B., & Frost, R. O. (1984). Cognitive dysfunction in compulsive checkers: Further explorations. *Behavior Research and Therapy*, 22, 493-502.
- Sher, K. J., Frost, R. O., Kushner, M., Crews, T., & Alexander, J. (1989). Memory deficits in compulsive checkers: Replication and extension in a clinical sample. *Behavior Research and Therapy*, 27, 65-69.
- Shooka, A., Al-Haddad, M. K., & Raees, A. (1998). OCD in Bahrain: A phenomenological profile. *International Journal of Social Psychiatry*, 44, 147-154.
- Şahin, S. (2011). *Panik bozukluğunda çocukluk çağı travması ve aile ilişkilerinin hastaların yaşam kalitesi ve hastalığın fenomenolojisi üzerine etkilerinin değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Şenormancı, Ö. (2010). *Obsesif kompulsif bozuklukta obsesif inançlar ve semptom ölçümleriyle ilişkisi*, Tıpta uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Şimşek, N. G. (2011). *Obsesif kompulsif bozuklukta (OKB) otojen ve reaktif obsesyonlara sahip hastalarda bilişsel farklılıklar*, Tıpta uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Tallis, F., Pratt, P., & Jamani, N. (1999). Obsessive compulsive disorder, checking, and non-verbal memory: A neuropsychological investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 161–166.
- Tekcan, A. İ., Topçuoğlu, V., & Kaya, B. (2007). Memory and metamemory for semantic information in obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2164-2172.
- Toffolo, M. B. J. (2015). *Better super safe than slightly sorry? Reciprocal relationships between checking behavior and cognitive symptoms in obsessive-compulsive disorder*, Doktora tezi, Utrecht University, Netherlands.

- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Bartholomew, D. B., Amir, N., Street, G. P., & Foa, E. B. (2001). Memory and memory confidence in obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 913–927.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 233-242.
- Tolin, D. F., Worhunskya, P., & Maltby, N. (2006). Are obsessive beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 469-480.
- Torres, A. R., Dedomenico, A. M. Crepaldi, A. L., & Miguel, E. C. (2004). Obsessive-compulsive symptoms in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 219-224.
- Tükel, R. (2002). Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 3, 5-13.
- Tuna, S., Tekcan, A. L., & Topcuoğlu, V. (2005). Memory and metamemory in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 43, 15-27.
- Tümkeya, S., Karadağ, K., & Oğuzhanoglu, N. K. (2015). Obsesif kompulsif bozukluklu hastalarda obsesif inançların belirtilerle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 52, 1-6.
- Unsworth, N., McMillan, B. D., Brewer, G. A., & Spillers, G. J. (2013). Individual differences in everyday retrospective memory failures. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 2, 7-13.
- Uttl, B. (2008). Transparent meta-analysis of prospective memory and aging. *PLoS ONE*, 3/2, e1568.
- Van den Hout, M., & Kindt, M.(2003). Repeated checking causes memory distrust. *Behavior Research and Therapy*, 41, 301-316.
- Zielinski, C. M., Taylor, M. A., & Juzwin, K. R. (1991). Neuropsychological deficits in obsessive– compulsive disorder. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 4, 110–126.
- Zitterl, W., Urban, C., Linzmayer, L., Aigner, M., Demal, U. et al. (2001). Memory deficits in patients with DSM-IV obsessive–compulsive disorder. *Psychopathology*, 34, 113–117

Zlomuzica, A., Dere, D., Machulska, A., Adolph, D., Dere, E. & Margraf, J. (2014). Episodic memories in anxiety disorders: Clinical implications. *Behavioral Neuroscience*, 8(131), 1-19.



EKLER

EK A: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli katılımcı,

Bu araştırma Okan Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı kapsamında yürüttüğüm tez çalışmasının bir parçasıdır. Araştırmanın amacı OKB (Obsesif Kompulsif Bozukluk) ve panik bozukluk tanısı almış kişileri prospektif bellek süreçleri, belleklerine ilişkin değerlendirmeleri ve işlevsel olmayan inançları açısından karşılaştırmalı olarak incelemektir. Anketteki tüm soruların yanıtlanması yaklaşık 1 ile 1.5 saat sürmektedir. Bellek süreçlerine ilişkin yapacağımız uygulama da yaklaşık 30 dakika sürmektedir. Çalışmaya katılımınızın çalışma kapsamında incelenen konuya katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmaya katılımınız tamamen sizin gönüllülüğünüze bağlıdır. Vereceğiniz bilgiler tamamen gizli kalacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler grup olarak değerlendirilecek ve yalnızca bu çalışma kapsamında kullanılacaktır. Anketlerde yer alan sorular için doğru ya da yanlış cevap yoktur. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için soruları eksiksiz ve içtenlikle, sizi tam olarak yansıtacak şekilde cevaplamanız çok önemlidir.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

--/--/-----

Araştırmacının Adı Soyadı ve İmzası

Katılımcının Adı Soyadı ve İmzası

Psk. Fatma DERELİ

EK B: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz Kadın-----Erkek-----
2. Yaşınız -----
3. Medeni Haliniz Bekar-----Evli-----Diğer-----
4. Yaşamınızın çoğunu geçirdiğiniz yer:
Büyük şehir(İstanbul, İzmir, Ankara)----- İl-----İlçe/kasaba ----- Köy-----
5. Eğitim düzeyiniz:
Okur yazar değil----- Okur yazar----- İlkokul----- Ortaokul----- Lise----- Lisans-----
Yüksek Lisans-----
6. Aylık gelir düzeyiniz:
500-1000 () 1000-2000 () 2000-3000 () 3000-5000 () 5000 ve
üstü ()
7. Kaçınca çocuksunuz? () İlk çocuk () Ortanca çocuk () En küçük () Diğer
8. Çalışma durumunuz? () Çalışıyor () Çalışmıyor

HASTALIK ÖYKÜSÜ BİLGİ FORMU

1. Ne kadar süredir bu sorunları yaşıyorsunuz?
2. Ne kadar süredir düzenli olarak tedavi görmektesiniz?
3. Bugüne kadar Psikiyatrik ya da psikolojik bir tedavi aldınız mı?
Tedavi almadım () Psikiyatrik İlaç Tedavisi () Psikoterapi () İlaç tedavisi ve
Psikoterapi () Diğer ()
4. Şuanda psikiyatrik ve/veya psikolojik bir tedavi alıyor musunuz?
Tedavi almıyorum () Psikiyatrik ilaç tedavisi () Psikoterapi () İlaç tedavisi ve
psikoterapi () Diğer ()
5. Ailenizde psikiyatrik tanı alan biri var mı?
Evet () yakınlık derecenizi ve varsa aldığı tanıyı lütfen belirtiniz-----

EK C: MAUDSLEY OBSESYON KOMPULSİYON SORU ENVANTERİ SORU ÖRNEKLERİ

Aşağıda yazılmış olan cümlelerden sizde bulunanları “EVET”, bulunmayanları “HAYIR” biçiminde işaretleyin. Seçiminizi yapmadan önce cümleyi dikkatle okuyunuz ve her maddeyi işaretleyin. Kararsız kaldığınız durumlarda “EVET” yanıtını tercih edin.

1- Bir hastalık bulaşır korkusu ile herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.

- ☐ EVET
☐ HAYIR

2- Çoğunlukla hoşla gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.

- ☐ EVET
☐ HAYIR

3- Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm.

- ☐ EVET
☐ HAYIR

4- İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.

- ☐ EVET
☐ HAYIR

5- Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.

- ☐ EVET
☐ HAYIR

EK D: BELLEK TESTİ FORMU

14 alt testten oluşmakla birlikte uygulama süresi 30 dakikadır.

- 1) **Ad-soyad sunumu (Sözel Bellek- Retrospektif bellek):** İki kişinin biri kadın diğeri erkek olmak üzere sırayla resimleri gösterilir ve isimleri söylenir.

Yönerge: *“Size iki kişinin resmini göstereceğim. Sizden istediğim bu kişilerin ad ve soyadlarını unutmamaya çalışmanız çünkü testin sonunda sizlere bu kişilerin adlarını tekrar soracağım”*

Resimlerle birlikte ad-soyad sunumlarının yapılmasının ardından deneğe gelecekteki bellek performansına ilişkin duyduğu güven sorulur.

Bu görevi tam olarak başaracağınıza dair kendinize ne kadar güveniyorsunuz? (Prospektif üst-bellek sorusudur.)

- 1) Hiç güvenmiyorum %0
- 2) Biraz güveniyorum %25
- 3) Orta derece güveniyorum %50
- 4) Oldukça güveniyorum %75
- 5) Tamamen güveniyorum %100

2) Kişisel eşya (İleriye Yönelik Bellek)

Deneğe ait iki eşya istenir. Bu eşyalar değerli olmamalı tarak, kalem gibi eşyalar olmalıdır. Ödünç alınan eşyalar çekmeceye ve dolabın içine saklanır. Denekten test bittikten sonra eşyalarını geri istemesi söylenir. Ayrıca kendisinden alınan eşyaların nereye saklandığını hatırlaması istenir.

Yönerge: *“Sizden yapmanızı isteyeceğim şey sizden aldığım eşyaları testimiz bitti dediğimde benden geri istemeniz ve nereye koyduğumu hatırlamanız. Bana tarak, kalem gibi iki eşyanızı verebilir misiniz?”*

Bu eşyalardan biri masanın çekmecesine diğeri dolabın içine konmalı. Deneğin bu eşyaları nereye koyduğuna baktığından emin olunması önemlidir.

Eşyalar yerleştirildikten sonra deneğe gelecekteki bellek performansına ilişkin duyduğu güveni sorulur.

Bu görevi tam olarak başaracağınıza dair kendinize ne kadar güveniyorsunuz?
(Prospektif üst-bellek sorusudur.)

- 1) Hiç güvenmiyorum %0
- 2) Biraz güveniyorum %25
- 3) Orta derece güveniyorum %50
- 4) Oldukça güveniyorum %75
- 5) Tamamen güveniyorum %100

3) Zaman (İleriye Yönelik Bellek)

15 dakika sonra çalacak şekilde alarm kurulur. Alarm çaldığında denekten yakın gelecekle ilgili olarak iki soru sorması istenir.

Yönerge: ***“Bu alarmı 15 dakika sonra çalacak şekilde ayarladım.”*** Deneğe alarm kurulurken gösterilir. ***“Alarm çaldığında bana iki soru sormanızı istiyorum. Bu sorular; “Sizi bir daha ne zaman göreceğim” “Bu görüşme ne zaman bitecek?” Alarm çaldığı zaman bu soruları sormayı hatırlamaya çalışın.”***

Yönerge sunulduktan sonra deneğe gelecekteki bellek performansına ilişkin belleğine duyduğu güveni sorulur.

Bu görevi tam olarak başaracağınıza dair kendinize ne kadar güveniyorsunuz?
(Prospektif üst-bellek sorusudur.)

- 1) Hiç güvenmiyorum %0
- 2) Biraz güveniyorum %25
- 3) Orta derece güveniyorum %50
- 4) Oldukça güveniyorum %75
- 5) Tamamen güveniyorum %100

4) Resim tanıma- sunum (Görsel Bellek- Retrospektif Bellek)

15 adet resim sunulur. Her bir resim 3 saniye boyunca gösterilir. Deneğe 15 adet resim gösterildikten sonra 30 resim arasından kendisine gösterilen resimlerin hangileri olduğunu hatırlaması istenir.

Yönerge: *“Şimdi size hatırlamanızı isteyeceğim bazı resimler göstereceğim. Her resme dikkatlice bakmanızı ve bu resmin ne olduğunu bana söylemenizi istiyorum. Her resme bakmanız için 3 saniye süre vereceğim bu süre bu resimleri hafızanızda tutabilmeniz için yardımcı olacak daha sonra size daha fazla resim göstereceğim ve bunlar arasından daha önce size gösterdiğim resimleri bana söylemenizi isteyeceğim.”*

Resimlerin sunumunun ardından deneğe gelecekteki bellek performansına ilişkin duyduğu güveni sorulur.

Bu görevi tam olarak başaracağınıza dair kendinize ne kadar güveniyorsunuz?
(Prospektif üst-bellek sorusudur.)

- 1) Hiç güvenmiyorum %0
- 2) Biraz güveniyorum %25
- 3) Orta derece güveniyorum %50
- 4) Oldukça güveniyorum %75
- 5) Tamamen güveniyorum %100

5) Hikaye- anlık bellek (Sözel Bellek- Retrospektif Bellek)

Deneğin deneyci tarafından yüksek sesle okunan kısa hikâyeyi dikkatlice dinlemesi istenir ve daha sonra olabildiğince çok şey hatırlaması istenir. (Daha sonra ikinci kez okunmadan denekten bu hikâyeyi hatırlayabildiği kadarıyla tekrar anlatması istenir.)

Hikayeyi anlattırmadan önce deneğe gelecekteki bellek performansına ilişkin duyduğu güven sorulur?

Bu görevi tam olarak başaracağınıza dair kendinize ne kadar güveniyorsunuz?
(Prospektif üst-bellek sorusudur.)

- 1)hiç güvenmiyorum %0
- 2) Biraz güveniyorum %25
- 3)Orta derece güveniyorum %50
- 4) Oldukça güveniyorum %75
- 5)Tamamen güveniyorum %100

Kadıköy’de bir okulda hademe olarak çalışan bir kadın varmış; ismi Ayşe Öztürk. Bu kadın polis karakoluna başvurmuş ve demiş ki: “Dün akşam sokakta giderken, iki kişi yolumu kestiler, elimden para çantamı kapıp kaçtılar. İçinde 520 lira vardı” demiş. Bu kadının 4 çocuğu varmış. Ev kirasını ödemesi gerekiyormuş. İki gündür de, ailece doğru dürüst bir şey yememişler. Kadının haline acıyan polisler, kendisi için aralarında bağış toplamışlar.

Size okuduğum bu hikâyeden hatırlayabildiğiniz kadarını anlatın.

Deneği hatırlama noktasında destekleyici olun. Şu cümleleri kullanabilirsiniz: **“Başka neler anlatıyordu hikâyede”, “başka neleri hatırlayabilirsiniz?”**

Eğer denek hiçbir şey hatırlayamıyorsa ipucu verilebilir: **“Kadıköy’de bir okulda ile başlıyordu.”**

Deneğin hikayeyi anlatmasının ardından deneğe gerçekleştirdiği bellek performansına ilişkin duyduğu güveni sorulur. Bu soruyla deneğin retrospektif üst-bellek (geriye yönelik üst-bellek) süreçlerinin değerlendirilmesi planlanır.

Bu görevi tam olarak başarıyla gerçekleştirdiğinizden ne kadar eminsiniz?

- 1)Hiç emin değilim %0
- 2)Biraz eminim %25
- 3)Orta derecede eminim %50
- 4)Oldukça eminim %75
- 5)Kesinlikle eminim %100

Söylenilen altı çizili her bir kelime için 1 puan verilir. Alınabilecek maksimum puan 24’tür.

6)Resim hatırlama- gecikmeli hatırlama (Görsel Bellek-Retrospektif Bellek)

Resimler karıştırıcı diğer resimlerle birlikte sunulur. Sunulan 30 adet resim arasından daha önce gösterilen 15 adet resmi tanınması istenir.

Yönerge: **“Birkaç dakika önce size bazı resimler göstermiştim. Şimdi daha fazla resim göstereceğim. Gösterdiğim resim daha önce göstermiş olduğum resimse evet yanıtını göstermemişsem “hayır” yanıtını verin.” “Bu resmi daha önce gördünüz mü?”**

Evet	Hayır
1. Resim:	
2. Resim:	
3. Resim:	
4. Resim:	
5 Resim:	
6. Resim:	
7. Resim:	
8. Resim:	
9. Resim:	
10.Resim:	
11.Resim:	
12.Resim:	
13.Resim:	
14.Resim:	
15.Resim:	
16.Resim	
17.Resim	
18. Resim	
19. Resim	
20. Resim	
21. Resim	
22. Resim	
23. Resim	
24. Resim	

25. Resim
26. Resim
27. Resim
28. Resim
29. Resim
30. Resim

Deneğin performansının ardından gerçekleştirdiği bellek performansına ilişkin duyduğu güveni sorulur. Bu soruyla deneğin retrospektif üst-bellek (geriye yönelik üst-bellek) süreçlerinin değerlendirilmesi planlanır.

Bu görevi tam olarak başarıyla gerçekleştirdiğinizden ne kadar eminsiniz?

- 1)Hiç emin değilim %0
- 2)Biraz eminim %25
- 3)Orta derecede eminim %50
- 4)Oldukça eminim %75
- 5)Kesinlikle eminim %100

Her bir doğru yanıt için 1 puan verilir. Alınabilecek maksimum puan 30'dur.

7) Yüz tanıma (Görsel Bellek)

Deneğe 15 adet insan resmi gösterilir, her bir resim 3 saniye boyunca gösterilir. Daha sonra deneğe 30 adet yüz resmi gösterilecektir. Bu yüz resimleri arasından gösterilen 15 adet yüz resmini tanıması istenecektir. Bu aşamada yalnızca 15 adet yüz resminin sunumu yapılır.

Yönerge: *“Şimdi size bazı yüzler göstereceğim. Bunlara dikkatlice bakmanızı istiyorum çünkü daha sonra yine resimler göstereceğim ve bunlar arasından size şimdi gösterdiklerimi seçmenizi isteyeceğim.”*

Resimler sunulduktan sonra deneğe gelecekteki bellek performansına ilişkin duyduğu güveni sorulur.

Bu görevi tam olarak başaracağınıza dair kendinize ne kadar güveniyorsunuz?
(Prospektif üst-bellek sorusudur.)

- 1)hiç güvenmiyorum %0
- 2) Biraz güveniyorum %25
- 3)Orta derece güveniyorum %50
- 4) Oldukça güveniyorum %75
- 5)Tamamen güveniyorum %100

8) Sayı Dizisi (Dikkat ve Çalışma Belleği- Retrospektif Bellek): Deneğe Wechsler Bellek Ölçeğinin alt testi olan sayı dizisi alt testi sunulur. Düz ve ters sayı dizileri vardır.

Düz sayı dizisinden maksimum 8 puan, ters sayı dizisinden ise maksimum 7 puan alınır.

Düz sayı dizisi (dikkat)

Yönerge: *“Şimdi size bazı sayılar söyleyeceğim beni dikkatlice dinleyin ben söyledikten hemen sonra aynı şekilde benim söylediğim sayıları tekrar etmenizi isteyeceğim.”*

Performans sergilenmeden önce deneğe gelecekteki bellek performansına ilişkin duyduğu güveni sorulur. Daha sonra düz sayı dizisine geçilir.

Bu görevi tam olarak başaracağınıza dair kendinize ne kadar güveniyorsunuz?
(Prospektif üst-bellek sorusudur.)

- 1)hiç güvenmiyorum %0
- 2) Biraz güveniyorum %25
- 3)Orta derece güveniyorum %50
- 4) Oldukça güveniyorum %75
- 5)Tamamen güveniyorum %100

Şimdi başlıyorum hazır mısınız?

3	629	375
4	5417	8396
5	36925	69471
6	918427	635482

7 1285346 2814975
8 38295174 59182647

Deneğin performansının ardından gerçekleştirdiği bellek performansına ilişkin duyduğu güveni sorulur. Bu soruyla deneğin retrospektif üst-bellek (geriye yönelik üst-bellek) süreçlerinin değerlendirilmesi planlanır.

Bu görevi tam olarak başarıyla gerçekleştirdiğinizden ne kadar eminsiniz?

- 1)Hiç emin değilim %0
- 2)Biraz eminim %25
- 3)Orta derecede eminim %50
- 4)Oldukça eminim %75
- 5)Kesinlikle eminim %100

Ters sayı dizisi (çalışma belleği)

Yönerge: “Şimdi size bazı sayılar söyleyeceğim beni dikkatlice dinleyin. Bu sefer benim söylediğim sayıları sondan başa doğru olarak tekrar etmenizi isteyeceğim. Mesela ben 9-2-7 dersem siz 7-2-9 diyeceksiniz.”

Performans sergilenmeden önce deneğe gelecekteki bellek performansına ilişkin duyduğu güveni sorulur. Daha sonra ters sayı dizisine geçilir.

Bu görevi tam olarak başaracağınıza dair kendinize ne kadar güveniyorsunuz?
(Prospektif üst-bellek sorusudur.)

- 1) Hiç güvenmiyorum %0
- 2) Biraz güveniyorum %25
- 3) Orta derece güveniyorum %50
- 4) Oldukça güveniyorum %75
- 5) Tamamen güveniyorum %100

Şimdi başlıyorum. Hazır mısınız?

2	51	38
3	493	526
4	3814	1795
5	62973	48527
6	715286	831964
7	4739128	8129365

Deneğin performansının ardından deneğe gerçekleştirdiği bellek performansına ilişkin duyduğu güveni sorulur. Bu soruyla deneğin retrospektif üst-bellek (geriye yönelik üst-bellek) süreçlerinin değerlendirilmesi planlanır.

Bu görevi tam olarak başarıyla gerçekleştirdiğinizden ne kadar eminsiniz?

- 1)Hiç emin değilim %0
- 2)Biraz eminim %25
- 3)Orta derecede eminim %50
- 4)Oldukça eminim %75
- 5)Kesinlikle eminim %100

9) Yüz tanıma- gecikmeli hatırlama (Görsel Bellek- Retrospektif Bellek)

Daha önce gösterilmiş olan 15 yüz resmini 30 resim arasından bulması istenir.

Yönerge: ***“Şimdi size bazı resimler göstereceğim bu resimleri size daha önce gösterip göstermediğinizi soracağım. Daha önce gördüklerinize evet görmediklerinize ise hayır yanıtını vermenizi istiyorum.”***

Evet	Hayır
1. Yüz:	
2. Yüz:	
3. Yüz:	
4. Yüz:	
5 Yüz:	
6. Yüz:	
7. Yüz:	

8. Yüz:
9. Yüz:
10. Yüz
11. Yüz:
12. Yüz:
13. Yüz:
14. Yüz:
15. Yüz:
16. Yüz
17. Yüz
18. Yüz
19. Yüz
20. Yüz
21. Yüz
22. Yüz
23. Yüz
24. Yüz
25. Yüz
26. Yüz
27. Yüz
28. Yüz
29. Yüz
30. Yüz

Resimler sunulduktan sonra deneğe gerçekleştirdiği bellek performansına ilişkin duyduğu güveni sorulur. Bu soruyla deneğin retrospektif üst-bellek (geriye yönelik üst-bellek) süreçlerinin değerlendirilmesi planlanır.

Bu görevi tam olarak başarıyla gerçekleştirdiğinizden ne kadar eminsiniz?

- 1)Hiç emin değilim %0
- 2)Biraz eminim %25
- 3)Orta derecede eminim %50

- 4)Oldukça eminim %75
- 5)Kesinlikle eminim %100

Her bir doğru yanıtı 1 puan verilir. Alınabilecek maksimum puan 30'dur.

10) Oryantasyon ve Zaman: Deneğe aşağıdaki 12 soru sorulur

- Hangi yıldayız?
- Hangi aydayız?
- Haftanın hangi günündeyiz?
- Saatine bakmadan tahmini olarak şu anda saat kaç olabilir?
- Şu anda bulunduğumuz yer neresi?
- Hangi şehirdeyiz?
- Kaç yaşındasın?
- Hangi yılda doğdun?
- Cumhurbaşkanımızın adı nedir?
- Başbakanımızın adı nedir?
- Bir önceki cumhurbaşkanı kimdi?
- Bir önceki başbakan kimdi?

Her bir doğru yanıtı 1 puan verilir. Alınabilecek maksimum puan 12'dir.

Deneğin performansının deneğe gerçekleştirdiği bellek performansına ilişkin duyduğu güveni sorulur. Bu soruyla deneğin retrospektif üst-bellek (geriye yönelik üst-bellek) süreçlerinin değerlendirilmesi planlanır.

Bu görevi tam olarak başarıyla gerçekleştirdiğinizden ne kadar eminsiniz?

- 1)Hiç emin değilim %0
- 2)Biraz eminim %25
- 3)Orta derecede eminim %50
- 4)Oldukça eminim %75
- 5)Kesinlikle eminim %100

11)Hatırlatma- gecikmeli hatırlama (İleriye Yönelik Bellek)

Denekle alarm çalana kadar sohbet edilir. Alarm çaldığında denek daha önce kendisine söylenmiş olan iki soruyu testöre sormalıdır. Bu sorular **“Sizi bir daha ne zaman göreceğim”, “Bu görüşme ne zaman bitecek”**

Eğer denek bu soruları sormayı unutursa o zaman hatırlamasına yardımcı olunur. **“Alarm çaldığında ne yapacaktınız?”** Eğer denek sadece bir soruyu hatırlarsa o zaman **“başka hangi soruyu soracaktınız?”** sorusuyla hatırlamasına yardımcı olunur. Bazen denekler sorması gereken sorularla saklanan eşyaların testöre hatırlatılması görevini karıştırabilmekteler. Böyle bir durumda **“alarm çaldığında başka bir şey yapmanızı istemiştım. Hatırlayabilir misiniz?”** Eğer denek cevap verirse puanlarken o cevabın yanına ipucu doğrultusunda hatırladığı da kaydedilir.

Soruları doğru hatırlama 2 puan, alarm çaldığında soru sorması gerektiğini hatırlama 1 puan, alınabilecek maksimum puan 3’tür.

Deneğin performansının ardından deneğe, gerçekleştirdiği bellek performansına ilişkin duyduğu güveni sorulur. Bu soruyla deneğin retrospektif üst-bellek (geriye yönelik üst-bellek) süreçlerinin değerlendirilmesi planlanır.

Bu görevi tam olarak başarıyla gerçekleştirdiğinizden ne kadar eminsiniz?

- 1)Hiç emin değilim %0
- 2)Biraz eminim %25
- 3)Orta derecede eminim %50
- 4)Oldukça eminim %75
- 5)Kesinlikle eminim %100

12) Hikaye- gecikmeli hatırlama(Sözel Bellek- Retrospektif Bellek)

Deneğin daha önce kendisine okunulan hikâyeyi anlatması istenir. Yönerge:

“Daha önce size bir hikâye okumuştım hatırlıyor musunuz? Bu hikayeyi neler hatırlıyorsanız tekrar anlatmanızı istiyorum.” Eğer denek hikâyeyi hiç hatırlamazsa şu şekilde hatırlamasına yardımcı olunur; **“Kadıköy’de bir okulda.”**

Kadıköy’de bir okulda hademe olarak çalışan bir kadın varmış; ismi Ayşe Öztürk. Bu

kadın polis karakoluna başvurmuş ve demiş ki: “Dün akşam sokakta giderken, iki kişi yolumu kestiler, elimden para çantamı kapıp kaçtılar. İçinde 520 lira vardı” demiş. Bu kadının 4 çocuğu varmış. Ev kirasını ödemesi gerekiyormuş. İki gündür de, ailece doğru dürüst bir şey yememişler. Kadının haline acıyan polisler, kendisi için aralarında bağış toplamışlar.

Alınabilecek maksimum puan 24’tür.

Deneğin performansının ardından gerçekleştirdiği bellek performansına ilişkin duyduğu güveni sorulur. Bu soruyla deneğin retrospektif üst-bellek (geriye yönelik üst-bellek) süreçlerinin değerlendirilmesi planlanır.

Bu görevi tam olarak başarıyla gerçekleştirdiğinizden ne kadar eminsiniz?

- 1)Hiç emin değilim %0
- 2)Biraz eminim %25
- 3)Orta derecede eminim %50
- 4)Oldukça eminim %75
- 5)Kesinlikle eminim %100

13)Ad-soyad hatırlanması- gecikmeli hatırlama- Retrospektif Bellek

Daha önce gösterilen iki kişinin resmi yine aynı sırada gösterilir ve ad ve soyadlarının neler olduğunu denekten söylemesi istenir.

Yönerge: ***Testin başında gösterdiğim bu kişilerin ad ve soyadlarını söyler misiniz?***

Ad ve soyadların her birine 1’er puan verilir. Alınabilecek maksimum puan 4’tür.

Deneğin performansının ardından gerçekleştirdiği bellek performansına ilişkin duyduğu güveni sorulur. Bu soruyla deneğin retrospektif üst-bellek (geriye yönelik üst-bellek) süreçlerinin değerlendirilmesi planlanır.

Bu görevi tam olarak başarıyla gerçekleştirdiğinizden ne kadar eminsiniz?

- 1)Hiç emin değilim %0
- 2)Biraz eminim %25
- 3)Orta derecede eminim %50

- 4)Oldukça eminim %75
- 5)Kesinlikle eminim %100

14)Kişisel eşyalar- gecikmeli hatırlama (İleriye Yönelik Bellek)

Yönerge: **“Testimiz bitti.”**

5 saniye bekleyin. Böylece deneğin kişisel eşyalarını sorması için fırsat verilmiş olur. Denek kişisel eşyalarını geri istemeyi unutursa deneğe hatırlamasında yardımcı olunur:

“Test bittikten sonra eşyalarınızı vermememi isteyecektiniz. Neydi sizden aldığım eşyalar?” Eşyalarından sadece birini hatırladığı takdirde deneğe **“bir şeyinizi daha vermemi isteyecektin ne olduğunu hatırlıyor musunuz?”**

Deneğin eşyalarının neler olduğunu hatırlamasının yanı sıra bu eşyaların nereye saklanıldığını da doğru hatırlayıp hatırlamadığına dikkat edilir. Eğer denek spontan biçimde bu eşyaların nerelere konulduğunu söylemezse yöneltilen soruyla söylemesi sağlanır: **“bu eşyanızı nereye koyduğumu hatırlıyor musunuz?”**

Eşyalarını almayı hatırlama 1 puan, eşyaların yerlerini hatırlama 1 puan, eşyaların adlarını hatırlama 1 puan şeklinde alınabilecek maksimum puan 3’tür.

Deneğin performansının ardından gerçekleştirdiği bellek performansına ilişkin duyduğu güveni sorulur. Bu soruyla deneğin retrospektif üst-bellek (geriye yönelik üst-bellek) süreçlerinin değerlendirilmesi planlanır.

Bu görevi tam olarak başarıyla gerçekleştirdiğinizden ne kadar eminsiniz?

- 1)Hiç emin değilim %0
- 2)Biraz eminim %25
- 3)Orta derecede eminim %50
- 4)Oldukça eminim %75
- 5)Kesinlikle eminim %100

PUANLAR:***Objektif Bellek Değerlendirmesine Yönelik Puanlar:***

Testin sonunda maksimum 145 puan alınır.

Prospektif bellek (ileriye yönelik bellek) maksimum puanı= 6

Retrospektif bellek (geriye yönelik bellek) maksimum puanı= 139

Subjektif Bellek Değerlendirmesine Yönelik Puanlar:

Bellek testi prospektif üst-bellek maksimum puanı= 40

Bellek testi retrospektif üst-bellek maksimum puanı=50

EK E: İLERİYE VE GERİYE YÖNELİK BELLEK ÖLÇEĞİ SORU ÖRNEKLERİ

G. Smith, S. Della Sala, R. H. Logie, & E.A. Maylor

Çeviri: S. Cinan & A. Doğan

Uygulama Tarihi : ____/____/____

İsim : _____ Cinsiyet: K / E Yaş : ____ Doğum yeri:

Eğitim Düzeyi (toplam yıl): _____ () Kullandığı baskın el: Sağ / Sol Medeni hali: E / B

İnsanların bir şeyi hatırlamaya çalışırken yaptıkları hataları anlamak için günlük yaşamda ne tür hatalar yaptıklarını ve bu hataları ne kadar sıklıkla yaptıklarını tespit etmemiz gerekir. Aşağıdaki durumların ne sıklıkla sizin başınıza geldiğini bize söylemenizi istiyoruz. Lütfen uygun kutucuğu işaretleyerek cevabınızı belirtiniz. Sizin durumunuzu bütünüyle yansıtmasa da lütfen tüm soruları cevapladığınızdan emin olunuz.

Çok Sık = 5 Oldukça Sık = 4 Bazen = 3 Nadiren = 2 Asla = 1

1) Birkaç dakika içinde bir şey yapmaya karar verip sonra onu yapmayı unutur musunuz?

2) Daha önce ziyaret ettiğiniz bir yeri tanıyamadığınız olur mu?

3) Birkaç dakika sonra yapmak durumunda olduğunuz bir şeyi, ilaç almak ya da ısıtıcıyı kapatmak gibi, gözünüzün önünde olmasına rağmen yapmayı unutur musunuz?

4) Birkaç dakika önce size söylenmiş bir şeyi unutur musunuz?

5) Eğer biri tarafından hatırlatılmazsa ya da ajanda veya günlük gibi bir hatırlatıcıya kaydedilmemişse randevularınızı unutur musunuz?

EK F: OBSESİF İNANISLAR ÖLÇEĞİ (OİÖ-44) SORU ÖRNEKLERİ

Bu envanter insanların kapıldıkları farklı tutum ve inançları sıralamaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve ifadeye katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

Her bir ifade için sizin *düşüncenizi en iyi tanımlayan* rakamı işaretleyiniz. Soruların doğru ve yanlış cevabı yoktur.

Verilen ifadenin sizin genel bakış açınızı temsil edip etmediğine karar verirken *çoğu zaman* nasıl düşündüğünüzü gözünüzün önüne getiriniz.

Cevaplarken aşağıdaki ölçeği kullanınız:

(1)	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum	Orta düzeyde katılmıyorum	Çok az katılmıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum

Soruları puanlarken ölçekteki orta noktayı (4) işaretlemekten kaçınınız. Daha çok kendi inanç ve tutumlarınıza göre genellikle ifadelere katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

- | | | | | | | |
|----|--|--------|--------|---|---|---|
| 1. | Çevremdeki şeylerin genellikle tehlikeli olduklarını düşünürüm. | 1
6 | 2
7 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Bir şeyden tam olarak emin değilsem hata yapmam kaçınılmazdır. | 1
6 | 2
7 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Benim kendi ölçütlerime göre her şey mükemmel olmak zorundadır. | 1
6 | 2
7 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Değerli bir insan olabilmek için yaptığım her şeyde mükemmel olmak zorundayım. | 1
6 | 2
7 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Fırsatını bulduğum zaman kötü şeylerin olmasını engellemek için harekete geçmem gerekir. | 1
6 | 2
7 | 3 | 4 | 5 |

EK G: STAI- FORM TX-I SORU ÖRNEKLERİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1) Şu anda sakinim. | 1:Hiç 2: Biraz 3:Çok 4: Tamamiyle |
| 2) Kendimi emniyette hissediyorum. | 1:Hiç 2: Biraz 3:Çok 4: Tamamiyle |
| 3) Su anda sinirlerim gergin. | 1:Hiç 2: Biraz 3:Çok 4: Tamamiyle |
| 4) Şu anda huzur içindeyim | 1:Hiç 2: Biraz 3:Çok 4: Tamamiyle |
| 5) Başıma geleceklerden endişe ediyorum | 1:Hiç 2: Biraz 3:Çok 4: Tamamiyle |

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1) Genellikle keyfim yerindedir. | 1:Hiç 2: Biraz 3:Çok 4: Tamamiyle |
| 2) Genellikle kolay ağlarım. | 1:Hiç 2: Biraz 3:Çok 4: Tamamiyle |
| 3) Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim. | 1:Hiç 2: Biraz 3:Çok 4: Tamamiyle |
| 4) Genellikle mutluyum. | 1:Hiç 2: Biraz 3:Çok 4: Tamamiyle |
| 5) Genellikle kendimi hüzünlü hissederim. | 1:Hiç 2: Biraz 3:Çok 4: Tamamiyle |

EK H: BECK DEPRESYON ENVANTERİ SORU ÖRNEKLERİ

Bu form son bir hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 - (1) Kendimi sıkıntılı ve üzüntülü hissediyorum.
 - (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - (3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
-
- (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 - (1) Gelecek hakkında karamsarım.
 - (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - (3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
-
- (0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - (1) Eskiden olduğu gibi hiçbir şeyden hoşlanmıyorum.
 - (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - (3) Herşeyden sıkılıyorum.
-
- (0) Kendimden memnunum.
 - (1) Kendimden pek memnun değilim.
 - (2) Kendime çok kızıyorum.
 - (3) Kendimden nefret ediyorum.
-
- (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 - (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

EK I: PADUA ENVANTERİ (PE) SORU ÖRNEKLERİ

Aşağıdaki ifadeler hemen herkesin günlük yaşamında karşılaştığı düşünce ve davranışları tanımlamaktadır. Lütfen her bir ifade için size en uygun görünen ve bu tür davranış ya da düşüncelerin oluşturabileceği rahatsızlık derecesine en uygun olan tek bir seçeneği işaretleyiniz.

(0) Hiç (1) Çok az (2) Çok (3) Epeyce çok (4) Aşırı

- 1) Paraya dokunduğumda ellerimi kirlenmiş hissedirim.
- 2) Çöpe veya kirli şeylere dokunmakta zoralanırım.
- 3) Mikrop kapmaktan ve hastalıklardan korktuğum için umumi tuvaletleri kullanmaktan kaçınırım.
- 4) Bir şeyleri gereğinden daha sık kontrol etme eğilimindeyim.
- 5) Ocağı, muslukları ve elektrik düğmelerini kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Fatma Dereli
Doğum Yeri ve Tarihi : İstanbul, 09/02/1986
Adres : Hürriyet Mah. Abdi İpekci Cad. No: 100 Kartal/İST.
Telefon : 5077928226
E- posta : fat.mad@hotmail.com

EĞİTİM GEÇMİŞİ

Okan Üniversitesi Yetişkin Odaklı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı 2013- 2017
Ege Üniversitesi, İZMİR
Bölüm: Psikoloji, Haziran 2009 , GNO: 3.80/ 4.00
Türk Eğitim Vakfı İnaç Türkeş Özel Lisesi
Derece: Lise Diploması, Haziran 2004 , GNO: 4.84/ 5.00

AKADEMİK ONUR VE ÖDÜL BELGELERİ

- ✧ Türk Eğitim Vakfı Bursu, 2004-2009
- ✧ Türk Eğitim Vakfı Onur Belgesi, 2004-2009
- ✧ Psikoloji Bölüm Birinciliği Onur Belgesi, Ege Üniversitesi, 2009
- ✧ Milli Eğitim Bakanlığı Yurtdışı Yüksek Lisans Bursu, 2011

MESLEKİ DENEYİM

- ✧ **Psikolog**, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Sultanbeyli Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Sultanbeyli-İstanbul, Aralık 2012.

Görevi; Psikoz tanılı hastalarla bireysel görüşme, grup terapileri (etkileşim ve psikoeğitim) yapmak, ailelere psikoeğitim vermek ve etkileşim gruplarını yürütmek, depresyon ve kaygı bozuklukları gibi çeşitli yakınmalarla gelen yetişkin hastalarla bireysel görüşme yapmak.

- ▲ **Psikolog**, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği, Erenköy-İstanbul, Eylül- Aralık 2012. Görevi; 6-16 yaş aralığındaki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Öğrenme Güçlüğü, içe kapanıklık, davranım bozuklukları gibi yakınmalarla getirilen çocuklara psikiyatristlerin talebi üzerine WISC-R (Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği) uygulanması ve aile görüşmelerinin yapılması.
- ▲ **Psikolog**, Özel Ada Anaokulu, Maltepe-İstanbul, Eylül 2009- Şubat 2010. Görevi; 3-6 yaş aralığındaki çocukların gelişimsel açıdan gözlenmesi, Gardner Çoklu Zeka kuramı çerçevesinde öğretmenlerin gözlemleri hakkında bilgi alınması ve aileler ile görüşmeler yapılması.

ARAŞTIRMA DENEYİMİ

- ▲ Dereli, F., & Uslu, S. (2009, Temmuz). İşleme Düzeyinin Resim Tanıma Üzerindeki Etkisi. Ulusal Psikoloji Öğrenci Kongresi İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi'nde sunulmuştur.

STAJ BİLGİLERİ

- ▲ Psikoloji stajı, Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servisi, Temmuz, 2008. Psikoloji stajı, 7/24 Danışmanlık Merkezi, Haziran- Temmuz 2009.
- ▲ Psikoloji stajı, Algı Terapi Rehabilitasyon Merkezi, Şubat-Mayıs 2009. Otizm, Asperger sendromu, zeka geriliği olan çocukların gözlenmesi ve tedavi planının oluşturulması.

KATILDIĞI EĞİTİMLER

- » 14. Ulusal Psikoloji Kongresi, İstanbul Üniversitesi, 21.07.2009 - 24.07.2009 Bir sözlü bildiri (İşleme Düzeyinin Resim Tanıma Üzerindeki Etkisi) ile katılımda bulundum.
- » 12. Ulusal Psikoloji Kongresi, Yakındoğu Üniversitesi, 05.07.2007 - 08.07.2007
- » 11. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ege Üniversitesi, 05.07.2006 - 08.07.2006

- » Brain Workshop, Ege Üniversitesi, 27.10.2008 - 21.11.2008
- » 4. Işık Savaşır Klinik Psikoloji Sempozyumu, Türk Psikologlar Derneği, 22.05.2009 - 24.05.2009
- » Bir İletişim Aracı Olarak Çocuk Resmi ve Yorumlanması, Ekol Psikolojik Pedagojik Danışmanlık ve Eğitim Merkezi- Yrd. Doç. Dr. Armağan Yıldız, 19.12.2009.
- » Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R) Tanıtımı, Uygulanması ve Yorumlanması, Türk Psikologlar Derneği Bursa Şubesi, 9-15 Nisan 2011. (54 saat)
- » Kısa Süreli Çözüm Odaklı Terapi Eğitimi, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği İstanbul Şubesi İşbirliği ile, 14-16 Aralık 2011 (20 saat).
- » Bilişsel Terapide Temel İlkeler Programı, Türk Psikologlar Derneği, 17 Mart-12 Mayıs 2012 (84 saat).
- » Rorschach Testi Eğitimi (Yetişkin), Rorschach Derneği, Eylül 2012-Haziran 2014, 72 saat (2 yıl).
- » Cinsel Terapi Eğitimi, CİSED, Ocak- Mayıs 2016.

YABANCI DİL, BİLGİSAYAR, HOBİLER

Yabancı Dil : İngilizce (ileri)

Bilgisayar : MS Office (Word, Excel, PowerPoint), SPSS Programı

Hobiler : Müzik (Yan Flüt), Resim, Dans

