



**T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE MAJÖR
DEPRESYON BOZUKLUĞU ARASINDAKİ
İLİŞKİDE SIKINTI TOLERANSININ, KAYGI
DUYARLILIĞININ VE ANHEDONİNİN
ROLLERİ: TANILAR ÜSTÜ YAKLAŞIM
ÇERÇEVESİNDE KESİTSEL BİR İNCELEME**

Yüksek Lisans Tezi

FATMA TUĞÇE YALÇINKAYA

İZMİR-2024

T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE MAJÖR
DEPRESYON BOZUKLUĞU ARASINDAKİ
İLİŞKİDE SIKINTI TOLERANSININ, KAYGI
DUYARLILIĞININ VE ANHEDONİNİN
ROLLERİ: TANILAR ÜSTÜ YAKLAŞIM
ÇERÇEVESİNDE KESİTSEL BİR İNCELEME**

Yüksek Lisans Tezi

FATMA TUĞÇE YALÇINKAYA

DANIŞMAN: DOÇ. DR. ZÜMRÜT GEDİK

İZMİR-2024

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Majör Depresyon Bozukluğu Arasındaki İlişkide Sıkıntı Toleransının, Kaygı Duyarlılığının ve Anhedoninin Rollerini: Tanılar Üstü Yaklaşım Çerçevesinde Kesitsel Bir İnceleme” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

07/08/2024

Fatma Tuğçe YALÇINKAYA

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE MAJÖR DEPRESYON
BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİDE SIKINTI TOLERANSININ, KAYGI
DUYARLILIĞININ VE ANHEDONİNİN ROLLERİ: TANILAR ÜSTÜ
YAKLAŞIM ÇERÇEVESİNDE KESİTSEL BİR İNCELEME**

Fatma Tuğçe YALÇINKAYA

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Ana Bilim Dalı

Bu çalışmanın temel amacı, tanılar üstü duygusal kırılganlık faktörleri olarak ele alınan sıkıntı toleransı, kaygı duyarlılığı ve anhedoninin obsesif-kompulsif bozukluk ve majör depresif bozukluk belirtileri ile ilişkisini incelemektir. Bu bağlamda tüm değişkenlerin birbiri ile olan ilişkisi incelenmiştir. Bunun yanı sıra sıkıntı toleransı, kaygı duyarlılığı ve anhedoni düzeylerinin OKB, MDB ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kontrol grubu açısından farklılaşıp farklılaşmadığı değerlendirilmiştir.

Araştırmanın örneklemini OKB tanılı hastalar (n = 37), MDB tanılı hastalar (n = 47) ve herhangi bir tanısı olmayan bireyler (n = 70) olmak üzere üç gruptan oluşmaktadır. Araştırmada Demografik Bilgi Formu, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Ölçeği-Öz Bildirim Formu, Beck Depresyon Envanteri, Sıkıntıya Dayanma Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 ve Snaith-Hamilton Keyif Alma Ölçeği'dir. Veriler SPSS 27 paket programı ile analiz edilmiş olup değişkenler arasındaki ilişkiyi açıklamak için kolerasyon analizi yapılmış; sıkıntı toleransı, kaygı duyarlılığı ve anhedoni düzeylerinin üç katılımcı grup açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

Yapılan analizler sonucunda OKB ve MDB'nin sıkıntı toleransı ile negatif, kaygı duyarlılığı ve anhedoni ile pozitif yönde ve anlamlı şekilde ilişkili olduğu

bulunmuştur. Bunun yanı sıra sıkıntı toleransı, kaygı duyarlılığı ve anhedoni düzeylerinin OKB, MDB ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kontrol grubu açısından farklılaşıp farklılaşmadığı değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre üç değişkenin OKB ve MDB grupları arasında farklılık göstermediği; kontrol grubu ile herhangi bir psikiyatrik tanı alan grup arasında ise anlamlı bir farklılaşma olduğu bulunmuştur. Bu bulgular alanyazındaki bilgiler ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Majör Depresif Bozukluk, Sıkıntıya Tolerans, Anhedoni, Kaygı Duyarlılığı.



ABSTRACT

Master's Thesis

The Roles of Distress Tolerance, Anxiety Sensitivity, and Anhedonia in the Relationship Between Obsessive Compulsive Disorder and Major Depressive Disorder: A Cross-Sectional Analysis within the Framework of a Transdiagnostic Approach

Fatma Tuğçe YALÇINKAYA

İzmir Kâtip Çelebi University

Graduate School of Social Sciences

Department of Psychology

The primary objective of this study is to examine the relationship between distress tolerance, anxiety sensitivity, and anhedonia—considered as transdiagnostic factors of emotional vulnerability—and the symptoms of obsessive-compulsive disorder and major depressive disorder. In this context, the relationships among all variables were analyzed. Additionally, it was assessed whether the levels of distress tolerance, anxiety sensitivity, and anhedonia differ among groups of individuals with OCD, MDD, and a control group with no psychiatric diagnosis.

The sample of the study consisted of three groups: patients diagnosed with OCD (n = 37), patients diagnosed with MDD (n = 47), and individuals without any diagnosis (n = 70). The study utilized the Demographic Information Form, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Self Report, Beck Depression Inventory, Distress Tolerance Scale, Anxiety Sensitivity Index-3, and Snaith-Hamilton Pleasure Scale. Data were analyzed using SPSS 27, and correlation analysis was performed to explain the relationships between variables; a one-way ANOVA was conducted to test whether distress tolerance, anxiety sensitivity, and anhedonia levels differ significantly among the three groups.

The analyses revealed that both OCD and MDD are significantly and negatively associated with distress tolerance, and positively with anxiety sensitivity and anhedonia. Furthermore, the levels of distress tolerance, anxiety sensitivity, and

anhedonia were assessed to see if they differ among the OCD, MDD, and the control group without any psychiatric diagnosis. According to the study results, significant differences were observed between the control group and both the MDD and OCD groups, while no significant differences were found between MDD and OCD. These findings have been discussed in light of the existing literature.

Key Words: Obsessive-Compulsive Disorder, Major Depressive Disorder, Distress Tolerance, Anhedonia, Anxiety Sensitivity.



İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ.....	ii
ÖZET.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR.....	x
ÖNSÖZ.....	xi
GİRİŞ.....	1
1. LİTERATÜR VE AMAÇ.....	5
1.1. OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK.....	5
1.1.1. Tanım.....	5
1.1.2. Epidemiyoloji.....	7
1.1.3. Etiyoloji.....	9
1.2. MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK.....	10
1.2.1. Tanım.....	10
1.2.2. Epidemiyoloji.....	13
1.2.3. Etiyoloji.....	14
1.3. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK EŞ TANISI	16
1.4. PSİKİYATRİK TANI SİSTEMLERİ VE BU SİSTEMLERE GETİRİLEN ELEŞTİRİLER.....	19
1.5. TANILAR ÜSTÜ YAKLAŞIM VE FAKTÖRLER.....	21
1.5.1. Sıkıntı Toleransı.....	24
1.5.1.1. Sıkıntı Toleransı ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk.....	25
1.5.1.2. Sıkıntı Toleransı ve Majör Depresif Bozukluk	25
1.5.2. Kaygı Duyarlılığı	26
1.5.2.1. Kaygı Duyarlılığı ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk	27
1.5.2.2. Kaygı Duyarlılığı ve Majör Depresif Bozukluk.....	27
1.5.3. Anhedoni.....	28
1.5.3.1. Anhedoni ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk	30
1.5.3.2. Anhedoni ve Majör Depresif Bozukluk	31
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ.....	31
2. YÖNTEM.....	34
2.1. ÖRNEKLEM	34

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	36
2.2.1. Demografik Bilgi Formu.....	37
2.2.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği-Öz Bildirim Formu (YBOKÖ-Öz Bildirim Formu)	37
2.2.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	37
2.2.4. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ).....	38
2.2.5. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3).....	39
2.2.6. Snaith-Hamilton Keyif Alma Ölçeği	39
2.3. İŞLEM.....	39
2.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	40
3. BULGULAR.....	42
3.1. Grupların Demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Betimleyici İstatistikler	42
3.2. Ölçek Puanlarına İlişkin Betimleyici İstatistikler	43
3.3. Değişkenler Arası Korelasyon Analizi Sonuçları	44
3.4. Gruplararası Farklılıklar: Tek Yönlü Varyans Analizi	47
4. TARTIŞMA.....	50
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
KAYNAKÇA	67
EKLER.....	95
Ek 1. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Etik Kurul Onay Belgesi.....	96
Ek 2 – BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	97
Ek 3- DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU.....	98
Ek 4 - YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ-TÜRKÇE ÖZ BİLDİRİM FORMU.....	100
Ek 5 – BECK DEPRESYON ENVANTERİ.....	103
Ek 6 - SIKINTIYA DAYANMA ÖLÇEĞİ.....	106
Ek 7- ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3.....	108
Ek 8 - SNAİTH-HAMİLTON KEYİF ALMA ÖLÇEĞİ	110

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 2. Örneklemin Psikiyatrik Özellikleri

Tablo 3. Örneklemin Grup Bazında Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 4. Örneklemin Grup Bazında Psikiyatrik Özellikleri

Tablo 5. Ölçek Puanlarına İlişkin Betimleyici İstatistikler

Tablo 6. Ölçümler Arası Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 7. Gruplararası Karşılaştırmalara İlişkin Değerler



KISALTMALAR

ADİ : Anksiyete Duyarlılığı İndeksi

ANH : Anhedoni

APA : Amerikan Psikiyatri Birliği

BDE : Beck Depresyon Envanteri

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD : International Classification of Disease

KD : Kaygı Duyarlılığı

MDB : Majör depresif bozukluk

OKB : Obsesif-kompulsif bozukluk

Örn. : Örneğin

SDÖ : Sıkıntıya Dayanma Ölçeği

SHO : Snaith-Hamilton Keyif Alma Ölçeği

SS : Standart Sapma

ST : Sıkıntı Toleransı

WHO : World Health Organization

YBKÖ : Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

ÖNSÖZ

Öncelikle, yüksek lisansın hem ders hem de tez döneminde desteğini ve yardımlarını hep hissettiğim, karşılaştığım güçlüklerle adapte olmam ve regüle olup hızlıca baş etme mekanizmaları geliştirmem için daima beni motive eden ve yüreklendiren, akademik bilgi birikimini klinik uygulamalara dökme konusundaki becerisini mesleki hayatımda örnek aldığım, mesleki rollerinin içerisindeyken dahi spontanlığını yitirmeyen, hayatımdaki mesleki katkının yanı sıra beni psikodrama ile tanıştıran ve bana bir başka sahnenin daha var olduğunu gösteren çok sevgili tez danışmanım Doç. Dr. Zümrüt GEDİK'e hem meslek hem de kişisel hayatıma kattıkları için minnettarım. Yüksek lisans sürecinde yolum kendisiyle kesiştiği için kendimi çok şanslı hissediyorum.

Tez jürimde yer alan ve katkıları ile beni destekleyen sevgili Doç. Dr. Emine Sevinç TOK ve Doç. Dr. Cennet ŞAFAK ÖZTÜRK'e teşekkürlerimi sunarım.

Sevgili iş arkadaşlarım Uzm. Psk. Nilda DURAN GÖKÇE, Uzm. Psk. Seda SÖNMEZ, Uzm. Psk. Emel ALKAN YASA ve SHU Elif IRKIL'a destekleyici ve kolaylaştırıcı tutumları ve yardımları için çok teşekkür ederim. Bu süreci en başından sonuna dek benimle birlikte yaşadığınız, motivasyonumu kaybettiğimde ve kendime güvenim kırıldığında her zaman elimden tuttuğunuz için hepinize minnettarım.

Değerli arkadaşım Uzm. Dr. Furkan ERKEK başta olmak üzere tüm psikiyatrist arkadaşlarıma bu süreçte destek ve yardımlarını esirgemedikleri için teşekkürlerimi sunarım.

Sevgili lisans arkadaşlarım Psk. Zeynep COŞTUR, Psk. Simge AYDIN, Psk. Gülşen ÇİLİNDİR ve Öğr. Neslihan HANCI'ya bu süreçteki destekleri, ümitsizliğe kapıldığımda gösterdikleri yüreklendirici tutumları ve güvenleri için teşekkür ederim. Canım arkadaşım Ayşegül AYDIN'a tez sürecimdeki destek ve yardımları için sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu çalışmada yer almayı kabul eden tüm katılımcılara değerli katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Tüm yaşamım boyunca koşulsuz ve sonsuz olarak destek, sevgi, şefkat ve güvenlerini omuzlarımda hissettiğim kıymetli babam Mehmet EKER, sevgili annem Medine EKER ve canım kardeşim Neşe Nehir EKER'e teşekkürlerin en büyüğünü borçluyum. Sizin kanatlarınız altında uçmayı öğrendiğim için kendimi çok şanslı hissediyorum. Hayatımdaki tüm başarılarım sizin sayenizde. İyi ki varsınız.

Ve son olarak sevgilim, hayat arkadaşım Erkan YALÇINKAYA'ya tüm akademik yaşamım boyunca gösterdiği sonsuz destek, sabır, güven ve anlayış için, bu yolda devamlı elimi tuttuğu ve yorulduğumda beni motive ettiği, hep daha yükseğe uçmam için beni yüreklendirdiği, bana hep yolun daha da ilerisini gösterdiği ve yolumu açtığı için minnettarım. Bu yolu seninle yürümek hayatımdaki en büyük şanslarımdan birisi, iyi ki varsın.

Fatma Tuğçe YALÇINKAYA

İzmir -2024

GİRİŞ

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) belirgin bir sıkıntıya neden olan, istenmeyen, girici düşünceler, imgeler (yani obsesyonlar) veya itkiler ile sıkıntıyı nötralize etmeyi ve/veya olumsuz sonuçları önlemeyi amaçlayan tekrarlayıcı, törensel davranışlar veya zihinsel eylemlerle (yani kompulsiyonlar) karakterize kronik bir psikiyatrik bozukluktur. Obsesif-kompulsif bozukluk tanısının konabilmesi için obsesyon veya kompulsiyonlar zaman alıcı, sıkıntı verici ve/veya günlük işlevselliği önemli ölçüde bozucu nitelikte olmalıdır. Aynı zamanda bu belirtiler fiziksel sağlık durumunun veya psikotrop ilaçların bir sonucu olmamalı veya diğer sağlık durumlarıyla daha iyi açıklanamamalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], 2013). OKB'nin genel olarak toplumda yaşam boyu görülme sıklığı %2 olarak belirtilmektedir (Ruscio, Stein, Chiu ve Kessler, 2010).

Majör depresif bozukluk (MDB) veya majör depresyonun ana belirtileri arasında depresif (çökkün) ruh hali, aktivitelere ilgi kaybı veya bunlardan zevk alamama, yorgunluk, değersizlik veya suçluluk duyguları, konsantrasyon güçlüğü, intihar düşüncesi, yavaşlayan düşünceler ve/veya hareketler ve iştah ve kiloda değişiklikler yer alır. Majör depresif bozukluk tanısının konulabilmesi için çökkün duygudurum ya da ilgi veya zevk kaybı da dahil olmak üzere bu belirtilerden en az beşinin en az iki hafta süreyle mevcut olması gerekir (APA, 2013). MDB'nin genel olarak toplumda yaşam boyu görülme sıklığı %9.5'tir (Berto, D'llario, Ruffo, Virgilio ve Rizzo, 2000).

Obsesif-kompulsif bozukluk hastalarında sıklıkla majör depresif bozukluk gibi duygudurum bozuklukları klinik tabloya eşlik eder. Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar, OKB'li bireylerin %13 ila %75'inde aynı zamanda MDB tanısının bulunduğunu ve MDB'yi OKB'nin en yaygın Eksen I psikiyatrik komorbiditesi haline getirdiğini göstermektedir (Rosenberg, 1968; Torres ve ark., 2006).

Tanımlar üstü (transdiagnostik) bir duygusal kırılganlıklar çerçevesi, OKB belirtileri ile MDB belirtileri arasındaki yüksek derecede örtüşmeyi kavramsallaştırmak için faydalı olabilir (Watson, 2009). Bu amaçla, mevcut tanımlar üstü modellerin bir parçası olarak vurgulanan üç olası kırılganlık faktörünün (örneğin, Leventhal ve Zvolensky, 2015), bu tez çalışmasında OKB ve MDB arasındaki örtüşmeyi açıklayan mekanizmalar olarak test edilmesi hedeflenmektedir. Bahsi geçen üç olası kırılganlık faktörü sıkıntı toleransı (sıkıntı veren durumlara dayanma), kaygı duyarlılığı (kaygıyla ilgili duyumlardan korkma) ve anhedonidir (yani, zevk alamama).

Sıkıntı toleransı, olumsuz psikolojik durumları deneyimleme ve bunlara dayanma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Simon ve Gaher, 2005). Çeşitli klinik ve klinik olmayan örneklemelerden elde edilen veriler, sıkıntı toleransının hem OKB (Cogle, Timpano, Fitch ve Hawkins, 2011; Laposa, Collimore, Hawley ve Rector, 2015) hem de MDB (Ellis, Vanderlind ve Beevers, 2013; Buckner, Keough ve Schmidt, 2007) ile negatif yönde anlamlı bir ilişki içerisinde olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada ele alınan bir diğer kırılganlık faktörü kaygı duyarlılığıdır. "Korku korkusu" olarak da bilinen kaygı duyarlılığı, endişeli uyarılma ile ilişkili bedensel duyumlardan korkma eğilimini yansıtır. Kaygı duyarlılığı yüksek olan kişiler, bu belirtilerle ilişkili olumsuz bir fiziksel, bilişsel ve/veya sosyal sonuç olacağına inandıkları için endişeli uyarılmadan korkarlar (Reiss, Peterson, Gursky ve McNally, 1986). Kaygı duyarlılığı üzerine klinik ve klinik olmayan örneklemelerde yapılan çalışmalarda; kaygı duyarlılığı yüksek olan kişilerin OKB (Calamari, Rector, Woodard, Cohen ve Chik, 2008; Raines, Capron, Bontempo, Dane ve Schmidt, 2014) ve MDB (Otto, Pollack, Fava, Uccello ve Rosenbaum, 1995; Zavos, Rijsdijk ve Eley, 2012) belirtileri şiddetinin de anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada ele alınan üçüncü duygusal kırılganlık faktörü olan anhedoni, majör depresif bozukluğun temel bir belirtisidir (APA, 2013). Anhedoni günlük yaşam aktivitelerinden daha az zevk alma, ödüllendirici deneyimler için motivasyon ve duyarlılığın azalması olarak tanımlanır ve MDB için bir endofenotiptir (Pizzagalli, 2014). Anhedoni ve OKB arasındaki ilişkiye yönelik yapılmış çalışmaların sınırlı

olmasına rağmen, anhedoninin OKB'nin patofizyolojisindeki ventral striatum ve insuladaki anormal aktivasyon örüntüleri (örn., Figeo, Vink, de Geus, Vulink, Veltman, Westenberg ve Denys, 2011) gibi ödül yolları ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde, anhedoni OKB için önemli bir kırılganlığı temsil edebilir (Abramovitch, Pizzagalli, Reuman ve Wilhelm, 2014). Yapılan bir çalışmada, kişilerin OKB belirti şiddetinin anhedoni ile anlamlı ve pozitif bir ilişki içinde olduğu gösterilmiştir (Abramovitch, Pizzagalli, Reuman ve Wilhelm, 2014).

Psikopatolojilerin etiyolojilerinde etkili olan ortak faktörlerin olduğunu savunan tanılar üstü yaklaşım, bozukluklar arasındaki yüksek eş tanı oranının farklılıklardan ziyade ortak faktörlerden kaynaklandığını vurgulamaktadır (Harvey, Watkins, Mansell ve Shafran, 2004; Nolen-Hoeksema ve Watkins, 2011). Bunun yanı sıra psikopatolojilere yönelik tanılar üstü yaklaşım, farklı psikopatolojilerin altında yatan ortak yatkinlik faktörlerinin de önemine değinmektedir. İncelenen çalışmalar doğrultusunda sıkıntı toleransı, kaygı duyarlılığı ve anhedoninin majör depresif bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluk ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu tanılar üstü duygusal kırılganlık faktörlerinin psikopatolojiler ile olan ilişkisinin incelenmesi ve psikopatolojilerin oluşumuna olan katkılarının belirlenmesi psikopatolojilerin altında yatan ortak yatkinlik faktörlerini belirleyebilmeye, buna uygun önleyici müdahalelerde bulunabilmeye ve uygun tedavi planları geliştirebilmeye yardımcı olabilir.

İlgili literatür incelendiğinde, duygusal kırılganlık faktörlerinin tanılar üstü mekanizmalarını inceleyen çalışma sayısının yetersiz olduğu görülmektedir. Türkiye örneklemi ile yapılan çalışmalar incelendiğinde, OKB ve MDB belirtileri arasındaki ilişkiyi açıklayan tanılar üstü mekanizmalardan anhedoni, sıkıntı toleransı ve kaygı duyarlılığının bir arada ele alındığı bir çalışma olmadığı tespit edilmiştir. Bu doğrultuda bu çalışmanın temel amacı tanılar üstü duygusal kırılganlık faktörleri olarak ele alınan sıkıntı toleransı, kaygı duyarlılığı ve anhedoninin OKB ve MDB belirtileri ile ilişkisini incelemektir. Bu iki psikiyatrik bozukluğun altında yatan ortak mekanizmaları incelemenin, psikopatolojiler ortaya çıkmadan önleyici müdahalelerde bulunmak ve psikopatolojiler ortaya çıktıktan sonra problem odaklı

ve daha etkili tedavi yöntemleri geliştirmek adına literatüre katkı sağlayacağı düşünölmektedir.



1. LİTERATÜR VE AMAÇ

1.1.OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK

1.1.1. Tanım

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) belirgin bir sıkıntıya neden olan, istenmeyen, girici düşünceler, imgeler (yani obsesyonlar) veya itkiler ile sıkıntıyı nötralize etmeyi ve/veya olumsuz sonuçları önlemeyi amaçlayan tekrarlayıcı, törensel davranışlar veya zihinsel eylemlerle (yani kompulsiyonlar) karakterize kronik bir psikiyatrik bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], 2013).

1978’de yayınlanmış olan DSM-III’de ilk defa obsesyon ve kompulsiyon ayrımı yapılmıştır (APA, 1980). DSM-III’te sadece davranışsal olarak tanımlanan kompulsiyonlara DSM-IV’te zihinsel uğraşlar da eklenmiş, tablo “obsesif-kompulsif bozukluk” olarak tanımlanmış ve el kitabının “kaygı bozuklukları” kategorisinde yer almıştır (APA, 1994). Günümüzde OKB’nin tanımlanmasında 2013 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM-5 ve Dünya Sağlık Örgütü’nün (World Health Organization [WHO]) Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD-11) kullanılmaktadır (APA, 2013; WHO, 2011). DSM-5 ve ICD-11 sınıflamalarında OKB, kaygı bozuklukları tanı kategorisinden çıkartılmış ve “obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar” isminde ayrı bir tanı kategorisi oluşturulmuştur.

DSM-5’te takıntı-zorlantı bozukluğu (obsesif-kompulsif bozukluk) ve ilişkili bozukluklar kategorisinde yer alan OKB’nin tanı kriterleri şu şekilde belirtilmiştir (APA, 2013):

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

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

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

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

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

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

- B. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide [saç yolma bozukluğu] olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini

yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığının olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

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

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

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

Varsa belirtiniz:

Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır (APA,2013).

1.1.2. Epidemiyoloji

Yapılan çalışmalar OKB'nin en yaygın ruhsal bozukluklardan birisi olduğunu göstermektedir. Uluslararası veriler kullanılarak yapılan bir çalışmada OKB'nin yaşam boyu prevalansının %2,3; 12 aylık yaygınlığının %1,2 olduğu bulunmuştur (Weissman ve ark., 1994). Buna göre OKB duygudurum bozuklukları, fobiler, madde kullanım bozukluğundan sonra ruhsal bozukluklar içerisinde en yaygın dördüncü ruhsal bozukluk olup yaygınlığı şizofreni ve panik bozukluğa göre iki kat

daha fazladır (Rasmussen ve Eisen, 1992). DSM-5'te OKB'nin 12 aylık prevelansının %1,1-1,8 olduğu belirtilmiştir (APA, 2013). Yapılan çalışmalardan bazılarında OKB'nin görölme sıklığının cinsiyete göre bir değişiklik göstermediği belirtilirken (Rasmussen ve Eisen, 1992; Kolada, Bland ve Newman, 1994); bazı çalışmalarda ise kadınlarda görölme sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur (Weissman ve ark., 1994; Noshirvani, Kasvikis, Marks, Tsakiris ve Monteiro, 1991). DSM-5'te ise kadınlarda görölme sıklığının erkeklerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir (APA, 2013).

Ülkemizde 1998 yılında gerçekleştirilen “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” araştırmasına göre OKB'nin yaşam boyu prevelansı %2,5 ile %6,2 arasında olup bir yıllık yaygınlığı %0,5 olarak raporlanmıştır. Cinsiyete göre OKB'nin bir yıllık yaygınlığına bakıldığına ise kadınlarda (%0,6) erkeklere (%0,2) oranla üç kat daha sık göröldüğü bulunmuştur (Erol, Kılıç, Ulusoy ve Keçeci, 1998).

OKB'nin diğer psikiyatrik bozukluklarla eştanı oranı yüksektir. Bu durumun nedeni ile ilgili klinik OKB örneklemlerindeki eş tanı durumu üzerine yapılan önceki çalışmalardan elde edilen sonuçlar tutarsızdır. 'Saf' OKB ile karşılaştırıldığında, eş tanı durumunun daha zayıf genel işlevsellik (Denys, Tenney, van Megen, de Geus ve Westenberg, 2004), daha zayıf tedavi sonuçları (Jakubovski ve ark., 2012), artan kroniklik (Jakubovski ve ark., 2012), artan OKB belirti şiddeti (Tükel, Polat, Özdemir, Aksüt ve Türksoy, 2002) ve OKB'deki biriktirme alt tipi (Frost, Steketee ve Williams, 2000) ile ilişkili olduğuna dair bazı kanıtlar vardır. Ancak, diğer çalışmalar bu bulguları desteklememektedir (Denys ve ark., 2004; Başoğlu, Lax ve Kasvikis, 1988; Zitterl ve ark., 2000; Eisen ve ark., 1999; Rasmussen ve Eisen, 1988). Yapılan çalışmalara göre OKB ile eş tanı oranı en yüksek olan psikiyatrik bozukluklar duygudurum bozuklukları ve kaygı bozukluklarıdır (Denys ve ark., 2004; Bienveu ve ark., 2012). OKB tanısı alan kişilerin hayat boyu ek psikiyatrik bozukluk tanısı alma oranları %57-86 olarak bulunmuştur. Çalışmalarda majör depresyon için eş tanı oranı %31-67, yaygın kaygı bozukluğunda %12, panik bozuklukta %13, madde bağımlılığında %9-24 olduğu bulunmuştur (Rasmussen ve Eisen, 1992; Brown, Campbell, Lehman, Grisham ve Mancill, 2001; Karno, Golding, Sorenson ve Burnam, 1988).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise OKB tanısına sahip hastaların %68,7'sinde en az bir tane eksen I bozukluk eş tanısı olduğu; OKB ile eş tanı oranı en yüksek olan bozuklukların sırasıyla majör depresyon (%39,5), distimi (%20,4), sosyal fobi (15,6), yaygın kaygı bozukluğu (%12,2) ve panik bozukluk (%9,5) olduğu bulgulanmıştır (Tükel ve ark., 2017).

1.1.3. Etiyoloji

Yapılan bilimsel çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda OKB'nin etiyolojisinde nörobiyolojik ve psikososyal faktörlerin etkili olduğu görülmektedir. Buna göre OKB'nin ortaya çıkışında beyin kimyasındaki bozuklukların etkili olabileceği (Zohar ve Insel, 1987); bunun yanı sıra OKB tanısı almış çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda katılımcıların %20-25'inin birinci dereceden akrabalarında OKB tanısı almış en az bir kişinin olduğu görülmüştür (Lenane, Swedo, Leonard, Pauls, Sceery ve Rapoport, 1990). Dolayısıyla yapılan çalışmalar sonucunda erken başlangıçlı OKB vakalarında genetik yükün daha fazla olabileceği belirtilmiştir (Nestadt ve ark., 2000). OKB'de genetiğin etkisini açıklamak için yapılan ikiz çalışmalarında genetik etkinin %47 olduğu bulunmuştur (Bolton, Rijdsdijk, O'Connor, Perrin, ve Eley 2007).

OKB'nin etiyolojisine yönelik psikolojik açıklamalarda sıklıkla psikanalitik kuram ve bilişsel-davranışçı kuram kullanılmaktadır. Psikanalitik kurama göre obsesif düşünceler bazen bastırılmış dürtülerin bir türevidir, bazen ise savunma mekanizmalarının temsilleridir. OKB'nin oluşumunda regresyonun etkili olduğu görüşü ortaya konmuştur. Buna göre obsesif nevrozlarda, bastırılan dürtülerin yarattığı kaygı ile birlikte yoğun çift değerli (ambivalent) duyguların ortaya çıkmasıyla, libido anal döneme regrese olur. Bu regresyonla birlikte anal dönemdeki üç temel savunma mekanizması devreye girer: yapma-bozma, izolasyon ve karşıt tepki oluşturma. OKB belirtilerinin oluşumunda patolojik hale gelmiş bu üç savunma mekanizması etkilidir (Freud, 1923).

OKB'ye ilişkin çağdaş psikolojik modellerden en fazla ampirik kanıta sahip olanı, obsesyonlar ve kompulsyonların belirli türdeki işlevsiz inançlardan kaynaklandığını ve bu inançların gücünün, kişinin hastalanma riskini etkilediğini öne

süren bilişsel-davranışsal yaklaşımdır (Abramowitz, Lackey ve Wheaton, 2009). Bu yaklaşıma göre temelde OKB'nin altında yatan sebep hatalı inançlar ve değerlendirmelerdir. Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (OCCWG, 1997, 2003) obsesyonların ortaya çıkmasında etkili olabilecek altı adet yanlış ve çarpıtılmış inanç tanımlamışlardır: abartılmış sorumluluk algısı, abartılmış tehlike algısı, mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük, düşüncelerin abartılı önemi ve düşünceleri kontrol etmenin önemi. Obsesif inanışların, OKB'nin başlangıcında ve gelişimindeki temel sebep olduğu düşünülmektedir. Bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre obsesyonlar, aşırı değerlendirme, belirsizliğe tahammülsüzlük, abartılmış tehlike algısı, müdahaleci düşüncelerin kontrol edilmesinin önemi ve ihtiyacı ve mükemmeliyetçilik gibi uyumsuz işlevsel olmayan inançlardan kaynaklanmaktadır. Bu inançlar, müdahaleci düşüncelerin yanlış yorumlanmasına, kaygı azaltıcı davranışların ortaya çıkmasına ve dolayısıyla sorunun devam etmesine yol açmaktadır (Rachman, 1998; Salkovskis, 1985).

1.2.MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK

1.2.1. Tanım

Majör Depresif Bozukluk (MDB), en az iki hafta süren ve ruh hali, ilgi ve zevklerde belirgin değişiklikler, biliş ve düşünce içeriğinde değişiklikler ile karakterize psikiyatrik bir bozukluktur (APA, 2013). Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre MDB küresel nüfusun yaklaşık %3,8'ini etkilemekte olup; çökkün duygulanım, düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama ve düşünce içeriğinde olumsuz atıflar ile karakterize yaygın bir zihinsel sağlık sorunudur (WHO, 2021).

Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5), "Depresif Bozukluklar" bölümü kapsamında MDB'yi kapsamlı bir şekilde ele almaktadır (APA, 2013). DSM-5'te tanımlandığı şekliyle depresif bozukluklar, bireyin işlevsel kapasitesini önemli ölçüde engelleyen somatik ve bilişsel değişikliklerle birlikte kalıcı üzgün, boş veya huzursuz bir ruh halini içerir (APA, 2013). Hafif depresyon ilaçsız da tedavi edilebilse de, orta ve şiddetli depresyon acil tıbbi bakım gerektirir; çünkü özellikle şiddetli depresyon kolaylıkla intihar girişimlerine yol açabilir (aan het Rot, Mathew ve Charney, 2009). Majör depresyonun özellikleri anormal depresif

ruh hali, umutsuz, değersiz ve suçlu hissetme, ilgi kaybı veya anormal sinirliliktir (çocuklar ve ergenler için) ve bunların hepsi en az iki hafta devam eder. Çoğunlukla psikolojik olan bu semptomlara genellikle anormal iştah (çok fazla yeme veya hiç yememe), anormal uyku (uykusuzluk veya aşırı uyku), yorgunluk, enerji kaybı, konuşma, hareket ve düşünmede yavaşlama veya ajitasyon gibi fiziksel belirtiler de eşlik eder. Ayrıca hastaların özgüvenleri çok azalmakta ve bunu aşırı bir karamsarlık izlemektedir, bu da genellikle ölümle ilgili düşüncelere yol açmakta ve sonunda onları ciddi şekilde intihara sürüklemektedir (APA, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan Uluslararası Hastalık Sınıflamasında (International Classification of Disease (ICD-11))’de MDB, “Duygudurum Bozuklukları” kategorisinde sınıflandırılmış olup 6A71 kodu ile “Yineleyici Depresif Bozukluk” olarak belirtilmiştir. ICD-11’de belirtildiğine göre yineleyici depresif bozukluk, birbirinden ayrılan en az iki depresif dönem ile karakterizedir. Depresif dönemler en az iki hafta sürer, kişi ruh halinde bozulma, enerji azalması ve aktivitede azalmadan yakındır. Zevk alma, ilgi ve konsantrasyon kapasitesinde azalma meydana gelir ve yoğun derecede yorgunluk hissi hakimdir. Uykuda bozulma ve iştah azalması mevcuttur. Benlik saygısında azalma vardır. Değersizlik ve suçluluk hisleri baskındır. Düşük duygudurum modu günden güne çok az değişiklik gösterir. Çoğunlukla psikolojik olan bu belirtilere genellikle anormal iştah (çok fazla yeme veya hiç yememe), anormal uyku (uykusuzluk veya aşırı uyku), yorgunluk, enerji kaybı, konuşma, hareket ve düşünmede yavaşlama veya ajitasyon gibi somatik semptomlar da eşlik edebilir (WHO, 2022).

MDB’nin tanılanmasında 2013 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM-5 ve Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD-11) kullanılmaktadır (APA, 2013; WHO, 2022). 2013 yılında revize edilen DSM-5’te depresyon bozuklukları tanı kategorisi altında yer alan Majör (Yeğin) Depresyon Bozukluğu tanı kriterleri şu şekilde belirtilmiştir (APA, 2013):

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.

(Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşın ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batıklık [parasal çöküntü], doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir.

Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz (APA, 2013).

1.2.2. Epidemiyoloji

Yapılan çalışmalar MDB'nin en yaygın görülen ruhsal bozukluklardan birisi olduğunu göstermektedir. Kessler ve arkadaşları (2015) tarafından Amerika'da gerçekleştirilen bir çalışmada majör depresif bozukluğun yaşam boyu prevelansı %16 bulunmuş olup; en yaygın ruhsal bozukluk olduğu belirtilmiştir. DSM-5'te MDB'nin 12 aylık prevelansının %7 olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmalar

MDB'nin görülme sıklığının kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha yaygın olduğunu göstermektedir (Kessler ve Bromet, 2013).

Ülkemizde 1998 yılında gerçekleştirilen “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” araştırmasına göre MDB'nin 12 aylık prevelansı %4 olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre MDB'nin 12 aylık prevelansına bakıldığında ise kadınlarda (%5.4) erkeklere (%2.3) oranla iki kat daha fazla görüldüğü bulunmuştur (Erol ve ark.,1998).

Yapılan çalışmalar MDB ile eş tanı oranı en yüksek ruhsal bozukluğun kaygı bozuklukları olduğunu göstermektedir (Strakowski ve Nelson, 2015). Yapılan uluslararası bir çalışma (24 ülke, $n = 74,045$), MDB hastalarının yaşam boyu en az bir kez kaygı bozukluğu tanısı alma oranının %45.7 olduğunu göstermektedir (Kessler, 2015). Amerika'da gerçekleştirilen Ulusal Eş Tanı Araştırmasında (NCS) MDB'nin eştanı oranı herhangi bir kaygı bozukluğu ile %59.2, madde bağımlılığı ile %24, dürtü kontrol bozukluğu ile %30, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu %18.6 olarak bulunmuştur (Kessler ve ark., 2013). Klinik örnekleme yapılan çalışmalar MDB ile OKB eş tanı oranının %31-67 olduğunu göstermektedir (Rasmussen ve Eisen, 1992). Ülkemizde yapılan bir çalışmada katılımcıların %19.3'ünün MDB'ye eşlik eden psikiyatrik bir tanısı olduğu; MDB ile OKB eş tanı oranının ise %5.5 olduğu belirtilmiştir (Buturak, Başterzi, Yazıcı, Yazıcı ve Acar, 2011).

1.2.3. Etiyoloji

MDB'nin etiyojisi ile ilgili açıklamalara bakıldığında, biyolojik faktörler ve psikolojik faktörlerin MDB'nin oluşumunda etkili olduğu görülmektedir. Tek yumurta ve çift yumurta ikizleri üzerine yapılan bir çalışmada soya çekimin MDB üzerindeki etkisinin %37 bulunmasının yanı sıra (Sullivan, Neale ve Kendler, 2000); evlatlık verilen çocuklar ile yürütülen bir çalışmada MDB'nin üzerindeki genetik yükün daha düşük olduğu bulgulanmıştır (Wender, Kety, Rosenthal, Schulsinger, Ortmann ve Lunde 1986). Beyin kimyasındaki bozulmaların MDB oluşumunda rol oynayabileceğine dair yapılan çalışmalar mevcuttur. Araştırmalar dopamin sistemindeki fonksiyon bozulmasının ve dolayısıyla düşük dopamin düzeyinin, MDB'nin anhedoni, motivasyonda azalma gibi belirtilerinde rol oynuyor

olabileceğini göstermektedir (Treadway ve Zald, 2011). Bunun yanı sıra MDB oluşumunda serotonin reseptörlerinin duyarlılığının etkisi araştırılmıştır. Buna göre serotonin düzeyindeki azalma, depresif belirtilerin ortaya çıkmasında etkili olabilir (Neumeister ve ark., 2002). MDB'nin açıklanmasında kullanılan beyin görüntüleme çalışmaları sonucunda, beyinde MDB ile ilişkili dört yapı olduğu görülmüştür: amigdala, subgenual anterior singulat, hipokampus ve dorsolateral prefrontal korteks. Yapılan çalışmalar MDB'nin oluşumunda bu dört alandaki aktivite artış veya azalışlarının etkili olabileceğini göstermektedir (Bremner, Narayan, Anderson, Staib, Miller ve Charney 2000).

MDB'nin etiyolojisindeki psikolojik faktörler temelde psikanalitik, davranışçı ve bilişsel kuram olmak üzere üç farklı yaklaşım üzerinden açıklanabilir. Depresyonun kökeni ve mekanizmasına ilişkin psikanalitik kuramlar Freud'un Yas ve Melankoli isimli yayını ile başlamıştır (Freud, 1912). Buna göre kişi ölüm ya da ayrılık gibi sebeplerle kaybettiği birisi için yas tutabilir ve ortada gerçek bir kayıp vardır. Depresyonda ise kayıp gerçek olmayabilir, bir nesne kaybı olabilir veyahut yalnızca bir fantezi kaybı olabilir. Hasta herhangi bir kayıp hissinin farkında bile olmayabilir. Kişi bu yitime karşı benlik değerinde azalma veya çöküş yaşar; kendini korumak için kaybettiği nesne ile birleşir ve yansımanın tersine işleyen bir savunma mekanizması gelişir. Böylelikle kişi kendini cezalandırır ve ego ile süperegö arasında çatışma başlar. Depresyonda meydana gelen bu çatışma ile birlikte genellikle ego bastırılır ve boyun eğer; bu durumda benlik değeri tamamen yitirilir (Brenner, 1991). Abraham (1924) buna ek olarak kişide ortaya çıkan depresyonun, yaşamın ilk 18 ayını kapsayan oral dönemdeki temel bakım veren ilişkisinden etkilendiğini, bu dönemdeki temel bakım veren kaybının oral fiksasyona sebep olabileceğini ve bu durumun da depresyonu yordadığını belirtmiştir.

Davranışçı bakış açısı, depresyonu öğrenilmiş çaresizlik kuramı ile açıklamaktadır. Buna göre tekrarlı bir şekilde çaresizlik yaşayan kişiler, bu durumla baş etmek için uygunsuz stratejiler ve davranışlar geliştirirler. Çocukluklarından beri çaresizlik yaşayan, bu durumu kontrol edemeyen ve çabaları karşılıksız kalan kişiler, bir problem ile karşılaştıklarında bir süre sonra çabalamayı bırakırlar ve depresyon ortaya çıkar (Abramson, Seligman ve Teasdale, 1978).

1960'lardan sonra literatürde baskın hale gelen bilişsel kurama göre depresyonun en belirgin sebebi olumsuz düşünceler ve inançlardır. Olumsuz inançlar ile birlikte kişinin kendisine karşı yıkıcı düşünceleri ortaya çıkar. Bu durumun bir sonucu olarak ortaya çıkan olumsuz duygular depresyon tablosunun ilerlemesine sebep olmaktadır. MDB'nin etiyolojisindeki bilişsel faktörleri açıklayan kuramlardan en önemlisi Aaron T. Beck'e aittir (Beck, 1967). Buna göre depresyonda olan kişi çocukluğunda yaşadığı olumsuz yaşam olayları dolayısıyla olumsuz şemalar oluşturur. Bu kişiler negatif üçlü olarak adlandırılan benliğine, geleceğe ve dünyaya negatif bakma eğilimindedirler. Oluşan şemalar bilişsel önyargılara sebep olur; kişi daha çok negatif durumlara odaklanır, olumsuz bilgilere takılı kalır ve bunun sonucunda kişide negatif üçlü aktive olarak depresyonun yoğunlaşmasına sebep olur (Kendall ve Ingram, 1987).

1.3.OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK EŞ TANISI

Birincil tanısı OKB olan bireylerde diğer psikiyatrik bozuklukların birlikte görülebileceği, aynı zamanda diğer psikiyatrik bozukluklara da OKB'nin eşlik edebileceği uzun zamandır bilinmektedir (Perugi ve ark., 1997). Yapılan çalışmalar obsesif-kompulsif bozukluğun en yaygın ruhsal bozukluklardan biri olduğunu ve yaşam boyu görülme sıklığının %2 civarında olduğunu (Weissman ve ark., 1994) ve bunun yanı sıra diğer ruhsal bozukluklarla olan eştanı oranının da yüksek olduğu göstermektedir (örn., Torresan ve ark., 2013; Ruscio, Stein, Chiu ve Kessler, 2010). Denys ve arkadaşları (2004) tarafından 420 yetişkin OKB'li hasta ile yürütülen çalışma sonuçlarına göre katılımcıların %63'ünde OKB'ye eşlik eden bir başka psikiyatrik bozukluk olduğu gösterilmiştir.

OKB ile eş tanı oranı en yüksek psikiyatrik bozukluklardan birisi majör depresif bozukluktur (Bienvenu ve ark., 2012; Denys ve ark., 2004; Lochner ve ark., 2014). Brakoulis ve arkadaşları (2017) tarafından, yedi ülkeden 3711 yetişkin OKB tanılı hasta ile yürütülen bir çalışmanın sonuçlarına göre, mevcut literatürle uyumlu olarak OKB'nin özellikle majör depresif bozuklukla birlikte yüksek oranda eş tanı durumuna sahip olduğu görülmüştür. Buna göre OKB tanısı olan kişilerde MDB'nin

yaşam boyu prevelansının %50.5 olduğu bulunmuştur. Denys ve arkadaşları (2004) tarafından 420 kişilik klinik örneklem ile yapılan çalışma sonucunda OKB'nin en yüksek eş tanı oranının MDB (%20.7) ile olduğu bulunmuştur.

Hofmeijer-Sevink ve arkadaşları (2013) tarafından 382 yetişkin OKB tanılı hasta ile yürütülen bir çalışmada OKB hastalarının %55'inin ek bir psikopatolojisi olduğu ve yaşam boyu ek bir psikopatoloji gelişmesi oranının %78 olduğu bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada OKB hastalarında yaşam boyu MDB görülme sıklığının %56.5 olduğu ve katılımcıların %18.3'ünün halihazırda MDB eş tanısına sahip olduğu bulunmuştur. Lochner ve arkadaşları (2014) tarafından 457 yetişkin OKB tanılı hasta ile yürütülen çalışma sonucunda katılımcıların %15'inde MDB eş tanısı görüldüğü bulunmuştur. Quarantini ve arkadaşları (2011) tarafından 815 yetişkin OKB tanılı hasta ile gerçekleştirilen geniş kapsamlı bir çalışma sonucunda katılımcıların %32'sinde MDB eş tanısı olduğu ve yaşam boyu MDB eş tanısının yaygınlık oranının %67.5 olduğu bulunmuştur. Bunun yanı sıra bu çalışma sonucunda OKB'ye ek MDB eş tanısı olan katılımcıların OKB belirtilerinin daha şiddetli olduğu görülmüştür.

Epidemiyoloji üzerine farklı ülkelerde geniş klinik örneklemelerde gerçekleştirilen araştırmalar incelendiğinde, Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen Epidemiyolojik Veri Toplama Çalışmasında 468 OKB tanılı yetişkin hastada MDB eş tanı oranının %31.7 olduğu görülmüştür (Karno, Golding, Sorenson ve Burnam, 1988). Torres ve arkadaşları (2006) tarafından gerçekleştirilen İngiliz Ulusal Psikiyatrik Hastalık Anketi sonuçlarına göre 114 OKB tanılı yetişkin hastada MDB eş tanı oranının %36.8 olduğu; İran'da gerçekleştirilen 444 kişilik klinik örneklemde MDB eş tanı oranının %17 olduğu (Mohammadi, Ghanizadeh ve Moini, 2007); Singapur Psikolojik Sağlık Çalışması sonucunda ise 230 katılımcılı yetişkin klinik örneklemde MDB eş tanı oranının %26.8 olduğu bulunmuştur (Subramaniam ve ark., 2020).

Ülkemizde 147 OKB tanılı yetişkin hasta ile gerçekleştirilen bir eş tanı araştırması sonucunda OKB tanısı almış kişilerden %68.7'sinin OKB'nin yanı sıra başka bir psikiyatrik bozukluk tanısının olduğu; OKB ile eş tanı oranı en yüksek

bozukluğun ise %39.5 ile MDB olduğu bulunmuştur (Tükel, Polat, Özdemir, Aksüt ve Türksoy, 2002).

Yapılan bazı çalışmalar OKB'nin erken başlangıcı ve şiddetinin, MDB eş tanısı oranıyla ilişkili olabileceğini gösterirken (Hong ve ark., 2004); OKB'nin erken başlangıç yaşının majör depresif bozukluk eş tanısı olan ve olmayan hastalar arasında hiçbir fark göstermediğini belirten çalışmalar da mevcuttur (Bellodi, Sciuto, Diaferia, Ronchi ve Smeraldi, 1991; Perugi ve ark., 1997). Bunun yanı sıra yapılan çalışmalar göstermektedir ki OKB'ye ek olarak MDB tanısı olan hastalarda obsesif-kompulsif bozukluk belirtileri daha şiddetli görülmektedir (Hong ve ark., 2004; Perugi ve ark., 1997). Dolayısıyla OKB'nin psikopatolojik sürecinin beyni, eş zamanlı durumda kendini gösteren ek psikopatolojinin gelişimine karşı savunmasız hale getirebileceği düşünülmektedir (Nestadt ve ark., 2001).

Psikiyatrik hastalıklarda eş tanı görülme oranı yüksektir ve bu yüksek düzeydeki eş tanıları açıklamak için farklı modeller öne sürülmüştür. Birtakım araştırmacılar OKB'deki eşlik eden depresyonu açıklamak için nedensel bir model öne sürmüştür. Bu modele göre, eşlik eden hastalık, bir bozukluğun (yani OKB) diğeri (yani depresyon) için bir risk faktörü olması nedeniyle ortaya çıkar (Klein ve Riso, 1993). Nedensel model, vakaların çoğunda depresyonun başlangıcının OKB'yi takip ettiğini gösteren araştırmalarla tutarlıdır (Bellodi, Sciuto, Diageria, Ronchi ve Smeraldi, 1992; Demal, Lenz, Mayrhofer, Zapotoczky ve Zitterl, 1993). Bununla birlikte, bazı araştırmacılar depresyonun OKB'de daha sık görüldüğünü, çünkü belirli OKB tiplerinde sıklıkla görülen özelliklerin etiyolojik olarak depresyonla bağlantılı olduğunu ve bu nedenle bireyleri depresif epizotlar geliştirmeye yatkın hale getirdiğini öne sürmüşlerdir (örn. Beşiroğlu, Uguz, Sağlam, Ağargün ve Çilli, 2007; Lee ve Kwon, 2003).

OKB'ye komorbid depresyon, obsesif-kompulsif bozukluğun tedavisi için zorlu bir sorun teşkil eder. OKB hastalarında majör depresif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %50 olarak bulunmuştur (Crino ve Andrews, 1996). Yapılan çalışmalar OKB'ye eşlik eden depresyon varlığının, psikolojik tedavilere karşı zayıf tedavi yanıtını tutarlı şekilde öngördüğünü göstermiştir (Yap, Mogan ve Kyrios, 2012). Dolayısıyla OKB ve MDB arasındaki ilişkiyi anlamak ve bu iki bozukluktaki ortak

faktörleri ortaya koymak daha etkili tedavi yöntemleri oluşturmak için önemli gözükmetedir.

1.4. PSİKİYATRİK TANI SİSTEMLERİ VE BU SİSTEMLERE GETİRİLEN ELEŞTİRİLER

Ortak noktaları ve bir popülasyondaki soyutlamaları yansıtan sınıflandırma ve kategorizasyon, bilimsel araştırmalarda önemli bir araçtır. Bir örneklemede önemli sınırlamalar yapılmasını sağlar, bir alanı düzenler, genel prensipleri belirler ve bireyler arasında verileri toplayarak daha kolay işlenebilir hale getirir. Klinik popülasyonlarda tanı, farklı araştırmacılar ve klinisyenler tarafından tutarlı bir şekilde uygulanan, ortak bir belirti kümesine sahip makul düzeyde homojen grupların sınıflandırılması yoluyla bulguların geçerliliğini ve güvenilirliğini arttırmayı amaçlar (Watkins, 2015).

Psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılmasında kullanılan en yaygın iki sınıflandırma sistemi vardır: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM; Amerikan Psikiyatri Birliği) ve Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD-Dünya Sağlık Örgütü). Bu sınıflama sistemleri klinisyenler için ortak bir dil oluşmasına yardımcı olup araştırmacılar için ise önemli bir araç olmakla birlikte bozukluğa odaklı kategorik bir tanı yaklaşımını belirler (Harvey, Watkins, Mansell ve Shafran, 2004).

Tanısal sistem, hastalıkların varlığını tanımlamak için işaret grupları (klinisyenin gördüğü) ve belirtiler (hastanın bildirdiği) kullanılan bir "sendrom yaklaşımı" benimser. Psikiyatride sınıflandırma, her biri DSM ve ICD sistemleri tarafından örneklendirildiği gibi kesin bir dizi ateoretik kritere göre tanımlanmış farklı tanı kategorileri (örneğin majör depresyon, yaygın kaygı bozukluğu) etrafında oluşturulmuştur (Watkins, 2015).

Ancak, tanısal yaklaşımın pratikteki faydalarının yanı sıra özellikle psikiyatrik bozukluklar için birçok dezavantajı da vardır. Bireyleri belirli bir tanı kategorisine koymak bireyin biricikliğini ve önemli kişisel ve bağlamsal bilgileri kaybettirebilir. Bunun yanı sıra kategorik sistem, sınırlı ampirik kanıtlara dayalı olarak, örneğin majör depresyon tanısı için iki haftalık belirti şartı gibi genellikle

keyfi olarak tanımlanmış sınırlandırmalar içerir (Frances ve Widiger, 2012; Harvey ve ark., 2004; Watkins, 2015).

DSM ve ICD sistemlerinde tanı koymanın temel bir faydası, belirtilerin ayrıntılı olarak işlevselleştirilmesinin tanının güvenilirliğini önemli ölçüde artırmış olmasıdır. Ancak, bu tanı sınıflandırmalarının geçerliliği ve faydası hakkında sorular devam etmektedir (Harvey ve ark., 2004; Horwitz ve Wakefield, 2007; Insel, 2009). Özellikle psikiyatrik bozukluklarda yüksek oranda eş tanı olması, teşhis sınıflandırmaları içindeki heterojenlik ve müdahalelerin nispeten zayıf etkinliği ile ilgilidir. Yapılan araştırmalarda 12 aylık eşlik eden kaygı ve depresyon eş tanı oranlarının %40-80 olduğu bulunmuştur (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas ve Walters, 2005). Psikiyatrik bozukluklarda eş tanı oranlarının yüksek olması da herhangi bir belirli psikiyatrik tanının temel belirtilerini belirlemek ve farklı bozukluklar arasında ayırım yapmak noktasında sorunlar ortaya çıkarmaktadır.

Bunun yanı sıra homojen grupları belirlemeye çalışılmasına rağmen, tanılar içindeki heterojenlik yüksektir. Örneğin majör depresyon tanısında, iki kişi majör depresyon kriterlerini karşılayabilir ancak yalnızca tek bir ortak belirtiyi paylaşabilir ve bu belirtinin klinik görünümü her iki kişide de çok farklı olabilir (Watkins, 2015).

Tanısal yaklaşıma getirilen bir diğer eleştiri ise belirti kümelerine odaklanmak yerine altta yatan mekanizmalara odaklanmanın yarattığı problemidir. Örneğin depresyon için en iyi psikolojik ve biyolojik tedavilerimiz bile yüksek oranda (%20-60) beklenenin altında veya hatta önemli olmayan ölçüde düşük yanıtlara sahiptir ve başarılı akut tedavi için bile nüks ve tekrarlama oranları (%50-80) yüksektir (Judd, 1997). Gözlemlenen belirti kümelerine odaklanmak yerine, altta yatan potansiyel mekanizmalara odaklanmak tedavi etkinliğini arttırabilir (Harvey ve ark., 2004; Insel, 2009).

Tanı sistemleri ve psikiyatrik bozuklukların tanı kategorilerine getirilen bu eleştiriler, araştırmacıları eş tanı oranının yüksekliğini anlamak ve psikiyatrik bozukluklara yaklaşımı kategorize etmekten çıkarmak için yeni ve farklı araştırma alanlarına itmiştir. Bu araştırma alanlarından birisi de tanılar üstü (transdiagnostik) yaklaşım olmuştur.

1.5. TANILAR ÜSTÜ YAKLAŞIM VE FAKTÖRLER

Psikiyatrik bozuklukların kategorik sınıflandırılma sistemleri ile tanılanmasına getirilen eleştiriler sonucunda psikoloji araştırmaları (a) birden fazla bozuklukta paylaşılan ve (b) bozuklukların başlangıcına, sürdürülmesine, tekrarlamasına veya iyileşmesine nedensel olarak katkıda bulunan bilişsel-davranışsal, kişilerarası ve biyolojik süreçler olduğu hipotezini sınamıştır. Bu kesişen faktörler “tanılar üstü (transdiagnostik) faktörler” olarak belirtilmiştir (Harvey ve ark., 2004).

Deneyssel psikopatoloji literatürü incelendiğinde, birkaç psikolojik sürecin tanılar üstü faktörler olmaya güçlü adaylar olduğu görülmüştür. Çünkü bu süreçlerdeki seçici önyargılar birden fazla psikiyatrik bozuklukta bulunmaktadır ve deneyssel ve prospektif kanıtlar, bunların belirtilerin başlangıcına ve sürdürülmesine katkıda bulunuyor olabileceğini göstermektedir (Ehring ve Watkins, 2008; Harvey ve ark., 2004; Nolen-Hoeksema ve Watkins, 2011; Watkins, 2008). Duygusal bozukluklar genelindeki varsayılan tanılar üstü mekanizmalar arasında iç ve dış uyaranlara seçici dikkat, kaçınma, tekrarlayan olumsuz düşünme, seçici bellek ve önyargılı akıl yürütme süreçleri yer alır (Watkins, 2015).

Bu mekanizmalar tüm bozukluklarda vardır, çünkü sağlıklı bireylerde de mevcuttur; yani evrensel ve normal insan mekanizmalarıdır. Örneğin, yeni, korkulan veya kişisel olarak belirgin uyaranlara dikkatin seçici olarak yönlendirilmesi, sağlıklı kontrollerde bulunan normal ve uyarlanabilir bir süreçtir (Harvey ve ark., 2004). Bu türden seçici dikkat, tehditleri belirlemede ve bunlara etkili bir şekilde yanıt vermede işlevsel ve uyarlanabilir olabilir. Ancak, kaygı bozuklukları arasında, dikkatin seçici önyargısı, söz konusu bozukluğun belirli olumsuz endişelerine yöneliktir; örneğin, panik bozukluğunda kalp atım hızı gibi içsel duyumlara; örümcek fobisi olanlarda örümceklere yöneliktir. Olumsuz bilgilere yönelik bu tür yüksek dikkat önyargısı, kaygı belirtilerinin artmasına katkıda bulunur (Hertel ve Mathews, 2011). Bununla birlikte, bu mekanizma, kaygı bozukluğu olmayan bireylerde bulunana benzer şekilde, dikkatin belirgin kişisel endişelere yönlendirilmesinin normal sürecini yansıtır. Psikopatoloji, bu nedenle aşağıdakilerden bir veya birkaçının sonucu olarak gelişebilir: (a) bir mekanizmanın

işlevsiz hale gelmesi; aşırı duyarlı olması veya yetersiz düzenlenmesinden dolayı (örn. abartılı dikkat duyarlılığı) (Wakefield, 1992); (b) önceki öğrenmenin veya aşırı kişisel kaygıların sonucu olarak normal şekilde işleyen ancak uygunsuz uyarılara veya bağlamlara uygulanan bir mekanizma haline gelmesinin (örn. artan kalp atış hızının tehlike sinyali vermesi) bir sonucu olarak; (c) stres veya travma gibi aşırı durumlara maruz kalma sonucunda (Nolen-Hoeksema ve Watkins, 2011). Özetle, yapılan psikolojik araştırmalar sonucunda görülmüştür ki, kategorik bir yaklaşımdan ziyade sürekli boyutlu bir yaklaşımla bozuklukların kavramsallaştırılması daha olasıdır. Bu çalışmalar psikiyatrik bozukluklarda yalnızca bozukluk odaklı bir tanı yaklaşımının geçerliliğini ve faydasını sorgular ve alternatif yaklaşımlara ihtiyaç olduğunu gösterir. Bir alternatif de, temel mekanizmalara, süreçlere veya işlevlere odaklanan, sınıflandırmaya yönelik mekanizma odaklı bir yaklaşımdır (Watkins, 2015).

Tanılar üstü yaklaşım, psikiyatrik sınıflandırmanın tanılar üstü süreçlerin varlığı, yokluğu veya göreceli gücüne dayalı olabileceğini öne sürer. Buna göre belirli mekanizmaların varlığı veya yokluğu, prognozun bir öngörücüsü ve uygun tedavinin bir göstergesi olarak test edilmelidir. Örneğin, olumsuz ruminatif düşünme özelliğini güçlü bir şekilde gösteren bir hastanın tedavisi için bir ruminasyon modülü seçilebilir. Bu yaklaşımda, farklı geleneksel tanıları olan hastalar, ortak bilişsel-davranışsal mekanizmalara sahip oldukları için örtüşen tedaviler alabilirken, aynı geleneksel tanıya sahip hastalar (örneğin, majör depresyon) farklı mekanizmalar gösterdikleri için farklı müdahaleler alabilirler (Watkins, 2015).

Psikoloji bilimdeki son bakış açıları, çeşitli psikiyatrik bozuklukların tanılanması ve eş tanılanmasının altında yatan ve bunları açıklayan çapraz boyutların ve biyolojik yolların olduğunu ileri sürmektedir (Cuthbert ve Insel, 2013; Dozois, Seeds ve Collins, 2009; Sauer-Zavala ve ark., 2012). Leventhal ve Zvolesnky (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, çeşitli duygusal belirtilerin ve bozuklukların ortaya çıkışında ve başka bozukluklarla eş tanı oluşturmalarının altında, duyarlı tanımlar üstü kırılganlık faktörlerinin (yani, duygusal uyarılara ve durumlara karşı uyumsuz tepkilerin karakteristik kalıpları) olabileceği fikri desteklenmiştir. Bu yaklaşım, ortak kesişen boyutların, özelliklerin, sinir devrelerinin ve biyolojik yolların çeşitli ruhsal bozukluk teşhislerinin oluşmasını desteklediğini ve açıkladığını ileri süren Ulusal

Ruh Sağığı Enstitüsü'nün Araştırma Alanı Kriterleri ile iyi bir şekilde bütünleşmektedir (Cuthbert ve Insel, 2013).

Tanılar üstü kırılğanlık faktörleri, duyguya verilen tepkiyi normatif işleyişin ötesinde artırarak veya azaltarak, çeşitli şekillerde ortaya çıkan duygusal rahatsızlıkların (örn. üzüntü, korku, geri çekilme, iğrenme) riskini arttırabilir. Böylelikle kırılğanlık faktörleri, MDB ve OKB dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere çeşitli psikopatolojilerin oluşması ve eş tanılanması için risk oluşturabilir ve bu nedenle psikopatolojilerdeki eş tanı durumunun temel nedeni olabilir. Tanılar üstü duygusal kırılğanlık çerçevesi, OKB belirtileri ile MDB belirtileri arasındaki yüksek düzeydeki örtüşmeyi kavramsallaştırmak için yararlı olabilir (Watson, 2009).

Bu çalışma alanı, duygu uyaranlarına ve durumlarına karşı karakteristik uyumsuz tepkileri belirten "reaktif" tanılar üstü kırılğanlıklara odaklanmaktadır. Bu tür kırılğanlıklar, duygu deneyimlemede önemli bir açıklayıcı rol oynarlar. Şöyle ki: (a) duygu uyaranlarına ve durumlarına yönelik kişinin verdiği tepkiyi artırarak veya azaltarak, tipik duygusal işleyişin ötesinde bir fazlalık veya eksiklikle sonuçlanmasına sebep olabilirler veya (b) duygu uyaranlarına ve durumlarına verilen tepkinin türünü değıştirirler. Her iki durumda da, bu tepkisel süreçler uyumsuz olabilir çünkü bu kırılğanlık faktörleri, gelecekteki belirgin duygusal belirtilerin yoğunluğunu ve sıklığını güçlendirmeye hizmet ederler. Örneğin, olumsuz duygudurumlarıyla karşı karşıya kaldıklarında, sıkıntıyla başa çıkma kapasitelerini sınırlayan duygusal bir kırılğanlık faktörüne sahip kişiler, olumsuz duygulara alışmayı engelleyen kaçınma davranışları sergilemeye daha yatkın olabilir. Bu da nihayetinde gelecekteki olumsuz bir duygunun etkisini ve yoğunluğunu arttırabilir, sıkıntıya uygun şekilde yanıt verme ve baş etme kapasitesini düşüren inançları ve öğrenilmiş davranışları pekiştirebilir (Leyro, Zvolensky ve Bernstein, 2010).

İlgili literatür incelendiğinde, görece yeni bir çalışma alanı olan tanılar üstü yaklaşımın psikopatolojiler ile ilişkisini inceleyen yeterli miktarda ve nitelikli görgül çalışma bulunmadığı dikkati çekmektedir. Bu amaçla, mevcut tanılar üstü duygu modellerinin bir parçası olarak vurgulanan üç olası kırılğanlık faktörü (örn. Leventhal ve Zvolensky, 2015), mevcut çalışmada OKB ve MDB arasındaki örtüşmeyi açıklayan mekanizmalar olarak değerlendirilmiştir: sıkıntı toleransı (sıkıntı

verici durumlara dayanma yeteneği), kaygı duyarlılığı (kaygıyla ilişkili duyumlardan korkma) ve anhedoni (haz alamama).

1.5.1. Sıkıntı Toleransı

Bu çalışmada ele alınan duygusal kırılganlık faktörlerinden birincisi sıkıntı toleransıdır (distress tolerance - ST). ST, olumsuz psikolojik durumları deneyimleme ve bunlara dayanma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu psikolojik sıkıntı, bilişsel veya fiziksel süreçlerin sonucu olabilse de, genellikle duygusal deneyimi hafifletmeye yönelik eyleme geçme eğilimleriyle karakterize edilen duygusal bir durumda kendini gösterir (Simons ve Gaher, 2005).

Yapılan çalışmalar sonucunda ST'si düşük olan bireylerin, sıkıntı verici durumlara maruz kalmayı en aza indirmeye çalışacağı, sıklıkla kaçınmacı davranışlarda bulunacağı (McHugh ve Otto, 2011) veya duygu ve duygusal ifadelerini kısıtlayacağı veya sınırlayacağı (Leyro, Zvolensky ve Bernstein, 2010) öne sürülmüştür. Sıkıntının hızla hafifletilmesi ve olumsuz duygulanım deneyiminin azalması, olumsuz pekiştirmeye ve bu tür davranışları devam ettirmeye yol açar. Sıkıntıdan kurtulmanın yolları hem davranışsal hem de bilişsel veya deneyimsel kaçınma biçiminde olabilir. Deneyimsel kaçınma, en yaygın olarak istenmeyen içsel deneyimlerin sıklığını, süresini veya biçimini değiştiren davranışlarda bulunma eğilimi olarak tanımlanır; bu deneyimler fizyolojik duyuları, düşünceleri, hisleri ve anıları kapsar (Hayes, Wilson, Gifford, Follette ve Strosahl, 1996).

ST'si düşük bir bireyin klinik tablosunda kişi, sıkıntı deneyiminin dayanılmaz, utanç verici veya kabul edilemez olduğunu; başa çıkma konusunda zayıf algılanan bir yeteneğe sahip olduğunu bildirebilir. Bunun yanı sıra kişi olumsuz duygular yaşamaktan kaçınmak için veya ortaya çıktıklarında olumsuz duyguları hızla hafifletmek için çaba sarf edebilir ve işlevselliğine zarar verecek ölçüde olumsuz deneyimlere kapılabilir (Simons ve Gaher, 2005).

ST'nin çok çeşitli psikopatolojik belirtiler ve bozukluklarda rol oynayan tanılar üstü bir risk faktörü olduğu öne sürülmektedir (Leyro, Zvolensky ve Bernstein, 2010; Williams, Thompson ve Andrews, 2013). Yapılan çalışmalarda düşük ST ile depresif belirtiler arasında tutarlı bir ampirik ilişki olduğu görülmüştür

(Buckner, Keough ve Schmidt, 2007; Dennhardt ve Murphy, 2011; Gorka, Ali ve Daughters, 2012). Ayrıca zayıf ST ile kaygı belirtileri arasında tutarlı bir ilişki vardır (Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell ve Schmidt, 2010). Duygusal patolojideki rolüne ek olarak ST madde bağımlılığı, madde yoksunluğu süresi ve madde kullanım tedavisinin sürdürülmesiyle ters orantılıdır (Quinn, Brandon ve Copeland, 1996). Bu nedenle, ST'nin çeşitli duygusal bozukluklar ve duygusal rahatsızlığı içeren diğer psikopatolojik durumlar için tanılar üstü bir öneme sahip olduğu düşünülmektedir (Leventhal ve Zvolensky, 2015).

1.5.1.1. Sıkıntı Toleransı ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk

ST ve OKB arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar sınırlıdır. Yapılan çalışmalar daha düşük ST'nin hem klinik hem de klinik olmayan örneklerde OKB belirtilerinin daha şiddetli olmasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (Cougles, Timpano ve Goetz, 2012; Cougles, Timpano, Fitch ve Hawkins, 2011; Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell ve Schmidt, 2010).

Hezel, Riemann ve McNally (2012) yaptıkları çalışmada, OKB'li katılımcıların sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha düşük ST'ye sahip olduğunu bulmuşlardır. Düşük ST'nin sıkıntı bağlamında hedef odaklı davranışa müdahale edebileceği ve ST'nin uyumsuz davranışların sürdürülmesi ve geliştirilmesi için olası bir risk faktörü olabileceği düşünülmektedir (McHugh, Kertz, Weiss, Baskin-Sommers, Hearon ve Björgvinsson, 2014). Bu tür ilişkiler göz önüne alındığında, ST'nin OKB belirtilerinin sürdürülmesinde önemli bir rol oynayabileceği ve ek araştırmalara ihtiyaç duyulduğu ortaya çıkmaktadır.

1.5.1.2. Sıkıntı Toleransı ve Majör Depresif Bozukluk

MDB'nin ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülen tanılar üstü faktörlerden birisi sıkıntı toleransıdır. Bu ilişkinin altında yatan mekanizmaları inceleyen çalışmalar, ST ile sıkıntı deneyimi arasında önemli bir etkileşim olduğunu ve kişinin stresörlerle etkili bir şekilde başa çıkma yeteneğinin sıkıntıya tahammül etme yeteneğine bağlı olduğunu belirtmektedir. Sıkıntıya tahammül etmekte zorluk çeken kişiler, uyumsuz başa çıkma biçimleri geliştirebilir ve bu da nihayetinde depresyon belirtilerinin artmasına neden olabilir (Felton, Collado, Havewala, Shadur,

MacPherson ve Lejuez, 2018; Macatee, Albanese, Allan, Schmidt ve Cogle, 2016; O'Cleirigh, Ironson ve Smits, 2007). Klinik ve klinik olmayan örneklemeler ile gerçekleřtirilen çalıřmalar sonucunda dūřuk ST'nin depresyon belirtilerinin daha řiddetli olması ile iliřkili olduėu bulunmuřtur (Ali, Seitz-Brown ve Daughters, 2015; Brandt, Zvolensky ve Bonn-Miller, 2013; Ellis, Vanderlind ve Beevers, 2013; Gorka, Ali ve Daughters, 2012).

1.5.2. Kaygı Duyarlılığı

Bu alışma kapsamında ele alınacak ikinci tanılar űstü kırılğanlık faktörü olan kaygı duyarlılığı (anxiety sensitivity – KD), örneğin, hızlı atan bir kalbin kalp krizini haber verdiğine inanmak gibi, algılanan fiziksel, psikolojik veya sosyal sonuçlar nedeniyle kaygılı uyarılma ile ilişkili bedensel duyumlardan korkma eğilimini ifade eder (Reiss ve McNally, 1985). İlgili literatüre göre KD, fiziksel, psikolojik veya sosyal olarak gözlemlenebilir deneyimlere ilişkin dūřuk düzeyli korkuları kapsar (Zinbarg, Barlow ve Brown, 1997). Yüksek KD'ye sahip bireyler, uyarılma veya diğer kaygı belirtilerini gösteren içsel duyumları deneyimlemekten korkarlar çünkü bu deneyimlerin kalp durması veya diğer korkulan sonuçlara işaret ettiğine veya yol aacağına inanırlar. Dūřuk KD'ye sahip bireyler ise bu tür duyumların zararsız olduğuna inanırlar. Bir kiři kaygıyla ilişkili deneyimleri bir tehlike işareti olarak algılasa, bu tür bilişlere yanıt olarak kaygı ve uyarılma yaşayabilir; bu da fizyolojik uyarılma tepkilerini ve daha fazla kaygı duyumunu tetikleyebilir ve buna bağlı olarak panik riskini artıran bir kısır dōėü oluşturabilir (Reiss ve McNally, 1985).

Yapılan alıřmalar KD'nin kaygı bozuklukları űzerindeki gűlü etkisine ek olarak (McNally, 2002), ayrıca travma sonrası stres bozukluėu (TSSB) (Fedoroff, Taylor, Asmundson ve Koch, 2000), majör depresif bozukluk (Taylor, Koch, Woody ve McLean, 1996), sosyal kaygı bozukluėu (Scott, Heimberg ve Jack, 2000), hipokondriya (Eifert ve Zvolensky, 2005), kronik aėrı (Asmundson, Wright ve Hadjistavropoulos, 2000) ve OKB (Naragon-Gainey, 2010) gibi psikopatolojilerin etiyolojisindeki rolünü de ortaya koymaktadır.

1.5.2.1. Kaygı Duyarlılığı ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Kaygı duyarlılığı ile obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) arasındaki ilişkiye değinen çok az araştırma vardır. İlgili literatür incelendiğinde kaygı duyarlılığının OKB'nin gelişiminde ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynayabileceği görülmektedir. Bilindiği gibi OKB, kaygıyı tetikleyen tekrarlayan istenmeyen düşünceler, imgeler veya itkiler (obsesyonlar) ve kaçınma davranışı ve kasıtlı açık veya örtük eylemler (yani, kompulsiyonlar; APA, 2002) yoluyla bu takıntılı kaygıya direnme veya onu etkisiz hale getirme çabalarıyla karakterize bir bozukluktur. Freeston, Rhéaume ve Ladouceur (1996), müdahaleci düşüncelerin neden olduğu kaygının kabul edilemez veya tehlikeli olduğuna dair inancın OKB'de önemli rol oynayan inanç alanlarından biri olduğunu öne sürmüşlerdir. Ayrıca kaygı duyarlılığının OKB'nin gelişiminde muhtemelen ilgili mekanizmalar olan korku koşullandırmasını ve kaçınmayı artırabileceği öne sürülmektedir (Reiss, 1991; Abramowitz ve Arch, 2014). Bunun yanı sıra kaygı duyarlılığı yüksek olan bireyler normal müdahaleci düşünceleri tehdit edici olarak yorumlamaya yatkın olabilir (Calamari, Rector, Woodard, Cohen ve Chik, 2008; Robinson ve Freeston, 2014), ki bu OKB'nin temel bir özelliğidir (Abramowitz ve Arch, 2014).

Yapılan çalışmalar, OKB hastalarının sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek KD seviyeleri bildirdiğini göstermiştir (örn. Wheaton, Deacon, McGrath, Berman ve Abramowitz, 2012). Benzer şekilde, kaygı duyarlılığı klinik (örn. Raines, Oglesby, Capron ve Schmidt, 2014) ve klinik olmayan örneklemelerde (Wheaton, Mahaffey, Timpano, Berman ve Abramowitz, 2012) OKB ile ilişkili bulunmuştur.

1.5.2.2. Kaygı Duyarlılığı ve Majör Depresif Bozukluk

Yapılan çalışmalar incelendiğinde kaygı duyarlılığı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (Otto, Pollack, Fava, Uccello ve Rosenbaum, 1995; Taylor, Koch, Woody ve McLean, 1996). Taylor ve arkadaşları (1996), majör depresyonlu hastalarda kaygı duyarlılığı puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Otto ve arkadaşları (1995) tarafından klinik örneklemde yapılan bir çalışma sonucunda görülmüştür ki majör depresif

bozukluk tanılı hastaların kaygı duyarlılığı seviyeleri, panik bozukluk tanılı gruba göre daha düşük ancak diğer kaygı bozuklukları ile benzer düzeyde bulunmuştur.

İlgili literatürde, majör depresyon veya depresif belirtilerin şiddeti ile KD'nin yalnızca bir bileşeni arasında belirli bir ilişki olduğu öne sürülmektedir. Bu bileşen bilişsel kontrolü kaybetme korkusu, bilişsel kontrolsüzlük korkusu, zihinsel yetersizlik endişeleri veya "frenofobi" olarak adlandırılır. Başlangıçta konsantre olma ve/veya görevleri yerine getirememe korkusuyla ilgili olan KD'nin bu yönü daha sonra derealizasyon/duyarsızlaşma belirtileri korkusu ve genel olarak duygular üzerindeki kontrolü kaybetme korkusunu da içerecek şekilde genişletilmiştir (Cox, Taylor ve Enns, 1999; Taylor ve ark., 1996; Zinbarg, Brown, Barlow ve Rapee, 2001).

1.5.3. Anhedoni

Anhedoni (anhedonia-Anh), günlük yaşam aktivitelerinden daha az zevk alma, ödüllendirici deneyimler için motivasyon ve duyarlılığın azalması olarak tanımlanmaktadır (Hatzigiakoumis, Martinotti, Giannantonio ve Janiri, 2011). Anhedoni, majör depresif bozukluğun temel bir belirtisi olarak belirtilmiş olup; depresif bir epizodun başlangıcıyla birlikte başlayan ve remisyon döneminde ortadan kalkan kategorik bir belirti ve akut bir durum olarak kabul edilir (APA, 2013). Genellikle majör depresyonda belirti olarak mevcut olmasına rağmen, anhedoninin psikiyatrik hastalar arasında yaygın olarak görüldüğü bulunmuştur (Zimmerman, McGlinchey, Young ve Chelminski, 2006a, 2006b).

Kişilik ve psikopatoloji literatürü anhedoniye popülasyonda normal olarak dağılmış, özellik benzeri, sürekli bir boyut olarak kavramsallaştırmıştır (Fawcett, Clark, Scheftner ve Gibbons, 1983). Anhedoni spektrumunun alt ucundaki bireyler daha yüksek seviyelerde keyif alıp ödüllere güçlü tepki verirlerken; bu spektrumun üst ucundakiler keyif alma deneyiminde belirgin eksiklikler gösterir (Fawcett ve ark., 1983; Meehl, 1975).

Yapılan çalışmalar anhedoninin bireylerde zaman içinde genellikle sabit olduğunu (Lyons, Toomey, Faraone, Kremen, Yeung ve Tsuang, 1995; Meehl, 2001) ancak strese sonra artabileceğini (Berenbaum ve Connelly, 1993) ve klinik

müdahaleden sonra azalabileceğini (Stein, 2008) göstermektedir. Bu nedenle, ilgili literatürde araştırmacılar anhedoninin istikrarlı ancak esnek bir "özellik benzeri" boyut olduğunu varsaymaktadırlar (Loas, 1996).

Anhedoninin birkaç farklı şekilde alt boyutlarına ayrılmasına rağmen, literatürde en yaygın kabul gören alt boyutları fiziksel ve sosyal anhedonidir. Fiziksel anhedoni, fiziksel uyarıların (örneğin yiyecek, cinsel aktivite, dans, koku) neden olduğu hazzı deneyimleme kapasitesinin azalmasıdır. Sosyal anhedoni ise normalde keyifli olan sosyal etkileşimlerde (örneğin arkadaşlarla vakit geçirmek, bir partnerle duygusal bağ kurmak) haz deneyimleyememe durumudur (Chapman, Chapman ve Raulin, 1976). İlgili literatür incelendiğinde hem fiziksel hem de sosyal anhedoninin psikopatolojiler için tanımlar üstü bir risk faktörü olabileceği gösterilmektedir (Barkus ve Badcock, 2019; Rey, Jouvent ve Dubal, 2009).

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki daha yüksek anhedoni düzeylerine sahip olanlar tipik ödüllere daha az tepki verseler de, tamamen zevk hissetme yeteneğinden ve zevk alma arzusundan yoksun değildirler (Gard, Gard, Kring ve John, 2006). Aksine, anhedonik bireylerin zevk almak için daha yüksek bir ödül uyarımı eşiğine ve daha güçlü pekiştiricilere ihtiyaçları vardır (Schlaepfer ve ark., 2008; Wise, 2008). Çoğu birey için hoş veya ilgi çekici olabilecek düşük ila orta etkili ödüllendirici uyarılar, anhedonik bireylerde sınırlı duygusal ve motivasyonel etkilere sahip olabilirken; yüksek etkili ödüller yine de duygusal etkiler ortaya çıkarabilir (Franken, Zijlstra ve Muris, 2006).

Yapılan çalışmalarda anhedoni her ne kadar en sık depresyonla ilişkilendirilse de psikoz (Cohen, Najolia, Brown ve Minor, 2011), borderline kişilik bozukluğu (Bandelow, Schmahl, Falkai ve Wedekind, 2010; Marissen, Arnold ve Franken, 2012), sosyal kaygı bozukluğu (Watson ve Naragon-Gainey, 2010), dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (Meinzer, Pettit, Leventhal ve Hill, 2012), travma sonrası stres bozukluğu (Kashdan, Elhai ve Frueh, 2006) ve obsesif-kompulsif bozukluk (Abramovitch, Pizzagalli, Reuman ve Wilhelm, 2014) dahil olmak üzere birçok psikopatolojide yüksek düzeyde bulunmuştur. Dolayısıyla anhedoni, psikopatolojiler için tanımlar üstü bir kırılma faktörü olarak ele alınmaktadır (Leventhal, 2015).

1.5.3.1. Anhedoni ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Anhedoni ve OKB arasındaki ilişkiye yönelik yapılmış çalışmaların sınırlı olmasına rağmen klinisyenlerce OKB hastalarının önemli bir yüzdesinin anhedoni ile karakterize olabileceği belirtilmektedir (Abramovitch, Pizzagalli, Reuman ve Wilhelm, 2014). Anhedoninin OKB'nin patofizyolojisindeki ventral striatum ve insuladaki anormal aktivasyon örüntüleri (örn., Figuee, Vink, de Geus, Vulink, Veltman, Westenberg ve Denys, 2011) gibi ödül yolları ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde, anhedoni OKB için önemli bir kırılganlığı temsil edebilir (Abramovitch, Pizzagalli, Reuman ve Wilhelm, 2014).

Yapılan çalışmalarda anhedoninin OKB ve MDB belirtileri arasındaki ilişkiyi açıklayan bir duygusal kırılganlık faktörü olduğu bulunmuştur. Buna göre anhedoninin OKB ve MDB arasındaki eş tanı oranının yüksek olmasını açıklayan tanımlar üstü bir mekanizma olabileceği belirtilmiştir (Chasson, Bello, Luxon, Graham ve Leventhal, 2017). Dolayısıyla anhedoninin varlığı, her iki bozukluğun da ortaya çıkması için bir risk faktörü olabilir.

Abramovitch ve arkadaşları (2014) tarafından OKB tanılı 113 yetişkin ile yürütülen ve anhedoni ile OKB arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, eşlik eden depresyon kontrol edildikten sonra, katılımcıların anhedoni puanları OKB belirtilerinin şiddeti ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular Pushkarskaya ve arkadaşları (2019) tarafından da replike edilmiştir. Bir diğer deyişle, anhedoninin depresyon eş tanısından bağımsız olarak OKB'de gözlemlendiğini bildiren araştırmalar mevcuttur. Klinik örneklem ile gerçekleştirilen bir çalışmada, OKB tanılı bireylerin %28'inin anhedoni belirtilerine sahip olduğu bulunmuş olup (Abramovitch ve ark., 2014); klinik olmayan örneklemde gerçekleştirilen bir çalışmada ise anhedoni oranının %2 olduğu bulunmuştur (Franken, Rassin ve Muris, 2007).

Anhedoninin alt kategorileri ile OKB arasındaki ilişkileri inceleyen çok az araştırma olduğu görülmektedir. Yalnızca bir çalışmada fiziksel anhedoninin, OKB tanısına sahip kadınlarda daha yaygın olabileceğini belirtmektedir (Vulink, Denys, Bus ve Westenberg, 2006). Ancak bilindiği kadarıyla anhedoninin diğer alt türlerinin OKB ile ilişkisini inceleyen çalışmalar mevcut değildir.

1.5.3.2. Anhedoni ve Majör Depresif Bozukluk

Psikiyatri biliminde en yaygın kullanılan iki tanı sistemi olan ICD-11 (WHO, 2022) ve DSM-5 (APA, 2013) üzüntü, çökkünlük ve anhedoniye MDB'nin temel belirtileri olarak tanımlamaktadır. Ancak yalnızca anhedoninin belirti olarak varlığı, tanı için hem gerekli hem de yeterli olabilir (APA, 1994; Snaith, 1993).

İlgili literatür incelendiğinde anhedoninin, depresyon başlangıcı ve depresyonun kronikleşmesi açısından önemli bir risk faktörü olarak kabul edildiği görülmektedir (Lewinsohn, 1974; Loas, 1996). Özellikle, çoğu kişi için keyifli olan aktivitelere yanıt olarak tekrarlanan azalmış haz deneyimi, birçok aktivitenin keyifsiz olduğuna dair bilişsel beklentileri teşvik etme olasılığını artırır, bu da anhedoninin şiddetinin artmasına katkıda bulunabilir. Sonuç olarak anhedoninin şiddetindeki artış, ödül arama davranışı ve haz uyandıran uyaranlara maruz kalmayı azaltabilir. Ödüle maruz kalmanın ve bundan alınan hazzın azalması, olumlu duygularda ileri derecede azalmaya neden olabilir ve potansiyel olarak daha fazla anhedonik biliş ve deneyimin ortaya çıkmasına sebep olabilir. Bu süreçler, tek başlarına veya diğer tanımlar üstü kırılganlık faktörleriyle birlikte, davranışsal geri çekilme, motivasyon azalması, yorgunluk ve diğer depresyon özellikleri (Loas, 1996) örüntüsüne dönüşebilir. Bunlar ise depresyonun melankolik alt tiplerinde görülme eğilimindedir (Leventhal ve Rehm, 2005).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ

Tanımlar üstü kırılganlık faktörleri, duygulara verilen tepkiyi arttırarak veya azaltarak, çeşitli şekillerde ortaya çıkan duygusal rahatsızlıkların riskini yükseltebilir. Dolayısıyla bu tanımlar üstü kırılganlık faktörleri psikopatolojilerin oluşması ve eş tanımlanması açısından risk oluşturabildiği gibi, psikopatolojilerdeki eş tanımlar durumunun temel nedeni olarak da düşünülebilir.

Tanımlar üstü duygusal kırılganlık çerçevesi, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) belirtileri ile majör depresif bozukluk (MDB) belirtileri arasındaki yüksek düzeydeki örtüşmeyi kavramsallaştırmak için yararlı olabilir (Watson, 2009). Bu amaçla, mevcut tanımlar üstü duygu modellerinin bir parçası olarak vurgulanan üç kırılganlık faktörü (örn. Leventhal ve Zvolensky, 2015), mevcut çalışmada OKB ile

MDB arasındaki örtüşmeyi açıklayan mekanizmalar olarak değerlendirilmiştir: sıkıntı toleransı (sıkıntı verici durumlara dayanma yeteneği), kaygı duyarlılığı (kaygıyla ilişkili duyumlardan korkma) ve anhedoni (haz deneyimleyememe).

Çeşitli klinik ve klinik olmayan katılımcı gruplarından elde edilen kanıtlar, zayıf sıkıntı toleransını hem OKB (Cougles, Timpano ve Goetz, 2012; Cougle, Timpano, Fitch ve Hawkins, 2011; Cougle, Timpano, Sarawgi, Smith ve Fitch, 2013; Macatee, Capron, Schmidt ve Cougle, 2013) hem de MDB (Ali, Seitz-Brown ve Daughters, 2015; Brandt, Zvolensky ve Bonn-Miller, 2013; O’Cleirigh ve Ironson 2007; Buckner, Keough ve Schmidt, 2007; Ellis, Vanderlind ve Beevers, 2013; Gorka, Ali ve Daughters, 2012; Magidson ve ark., 2013, Tull ve Gratz, 2013, McHugh ve ark., 2014) belirtileri ile anlamlı negatif ilişkilere sahip olduğunu göstermektedir.

Sıkıntı toleransına benzer şekilde, kaygı duyarlılığı klinik ve klinik olmayan örneklerde hem OKB ile (Calamari, Rector, Woodard, Cohen ve Chik, 2008; Olatunji ve Wolitzky-Taylor 2009; Raines, Capron, Bontempo, Dane ve Schmidt, 2014; Storch ve ark., 2014; Wheaton, Mahaffey, Timpano, Berman ve Abramowitz, 2012) hem de MDB ile (Otto, Pollack, Fava, Uccello ve Rosenbaum, 1995; Rector, Szacun-Shimizu ve Leybman, 2007; Taylor, Koch, Woody ve McLean, 1996; Tull ve Gratz 2008; Zavos, Rijsdijk ve Eley, 2012) anlamlı ve pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Anhedoni depresyon ve OKB ile benzer bir ilişki göstermektedir. Anhedoninin varlığı, MDB için bir tanı ölçütüdür (APA, 2013). Bunun yanı sıra son yıllarda yapılan çalışmalarda anhedoninin OKB şiddeti ile pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (Abramovitch, Pizzagalli, Reuman ve Wilhelm, 2014).

İlgili literatür incelendiğinde, duygusal kırılganlık faktörlerinin eş tanılabilir tanılar üstü mekanizmaları olup olmadığını deneysel olarak test eden sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir (bk. Wolitzky-Taylor ve ark., 2015, 2016; Zvolensky, Farris, Leventhal ve Schmidt, 2014). Buna paralel olarak, hiçbir mevcut çalışma, OKB ve MDB belirtileri arasındaki ilişkiyi açıklayan mekanizmalar olarak anhedoni, sıkıntı toleransı ve kaygı duyarlılığını birlikte ele almamıştır. Bundan dolayı bu klinik çalışmanın temel amacı, tanılar üstü duygusal kırılganlık faktörleri olarak ele

alınan sıkıntı toleransı, kaygı duyarlılığı ve anhedoninin OKB ve MDB belirtileri ile ilişkisini incelemektir. Bu doğrultuda araştırma hipotezleri şu şekildedir:

H1: Herhangi bir tanı almış (MDB veya OKB) kişilerin anhedoni düzeyi, tanı almamış sağlıklı yetişkin bireylerden daha yüksektir.

H2: Herhangi bir tanı almış kişilerin sıkıntıya toleransı, tanı almamış sağlıklı yetişkin bireylerden daha düşüktür.

H3: Herhangi bir tanı almış kişilerin kaygı duyarlılığı, tanı almamış sağlıklı yetişkin bireylerden daha yüksektir.

H4: Sıkıntı toleransı ortalama puanı ile depresyon ve OKB şiddeti arasında negatif ve anlamlı bir ilişki vardır.

H5: Kaygı duyarlılığı ortalama puanı ile depresyon ve OKB şiddeti arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır.

H6: Anhedoni ortalama puanı ile depresyon ve OKB şiddeti arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır.

H7: ST, KD ve Anh ortalama puanları OKB ve depresyon grubuna göre anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.

Bu çalışmada bu hipotezleri test ederek, iki zayıflatıcı psikiyatrik bozukluğun birlikte ortaya çıkmasının olası mekanizmalarına dair kanıt sağlamak hedeflenmektedir. Bu da bu eş tanı durumunun etiyolojisinin kuramsal modellerine katkı sağlayarak, OKB ve MDB için daha etkili tedavi yöntemleri geliştirilmesine yardımcı olabilir.

2. YÖNTEM

2.1. ÖRNEKLEM

Bu çalışmaya başlamadan önce, İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi Başhekimliği'nden alınan ön izin formu ile İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı AR-GE ve Sağlık İnovasyonu Birimi'ne başvurulmuş ve 07.11.2023 tarihli ve 2023/83 karar numarası ile çalışma için onay alınmıştır (Ek-1).

Araştırmanın örnekleme OKB tanılı hastalar, MDB tanılı hastalar ve herhangi bir tanısı olmayan bireyler olmak üzere üç gruptan oluşmaktadır. Örneklem, ikinci basamak tedavi hizmeti veren İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi'nin psikiyatri polikliniğine ayaktan başvurmuş klinisyenler tarafından DSM-5 tanı kriterlerine göre yalnızca OKB tanısı alan 37 hasta ve yalnızca MDB tanısı alan 47 hastadan oluşmaktadır. Kontrol grubu için kolayda örnekleme yöntemi ile ulaşılan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 70 sağlıklı birey çalışmaya alınmıştır. Örneklem sayısı için ilgili psikiyatri polikliniğinde görev yapan uzman hekimler ile ön çalışma gerçekleştirilmiş ve polikliniğe başvuran ortalama hasta sayısı analiz edilerek sayı belirlenmiştir. Dolayısıyla üç gruptan oluşan örneklem toplam olarak 154 kişiden oluşmaktadır. Sağlıklı kontrol grubu için aktif olarak herhangi bir psikiyatrik tanı ve/veya tedavi almıyor olmak araştırmaya dahil olma ölçütü olarak belirlenmiştir. OKB ve MDB tanılı katılımcılar için ise araştırmaya dahil olma ölçütleri şu şekilde belirlenmiştir:

1. Psikiyatrist değerlendirme ve DSM-5 tanı kriterlerine göre yalnızca OKB veya yalnızca MDB tanısı almış olmak
2. 18-65 yaş aralığında olmak
3. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak
4. Okuryazar olmak

OKB ve MDB tanılı katılımcılar için araştırmadan dışlanma ölçütleri şu şekildedir:

1. Belirtilen tanılara ek herhangi bir tanıya sahip olmak

Tüm örnekleimde katılımcıların yaş aralığı 18-64 ve yaş ortalaması 33.57'dir (SS=0.99). Katılımcıların 112'si kadın (%72.7), 42'si erkektir (%27.3). Kadın katılımcıların yaş ortalaması 32.96 (SS=1.15), erkek katılımcıların yaş ortalaması ise 35.21'dir (SS=1.94). Katılımcıların 77'si bekar (%50.5), 62'si evli (%40.3), bir kişinin eşi vefat etmiş (%0.6) ve 12 kişi boşanmıştır (%7.8). Katılımcılardan 88 kişi (%57.1) üniversite mezunu, 28 kişi (%18.2) lise mezunu, 13 kişi (%8.4) ortaokul mezunu, 13 kişi (%8.4) yüksek lisans veya doktora mezunu, 11 kişi (%7.1) ilkokul mezunu iken 1 kişi (%0.6) okuma yazma bildiğini belirtmiştir. Algılanan gelir düzeyine bakıldığında 97 kişi (%63) orta, 32 kişi (%20.8) iyi, 17 kişi (%11) düşük, 5 kişi (%3.2) çok iyi, 3 kişi (%1.9) çok düşük gelir grubundadır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri (N=154)

	Sıklık	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	112	72.7
Erkek	42	27.3
Medeni Durum		
Bekar	77	50
Evli	62	40.3
Dul	1	0.6
Boşanmış	12	7.8
Eğitim		
Okuryazar	1	0.6
İlkokul	11	7.1
Ortaokul	13	8.4
Lise	28	18.2
Üniversite	88	57.1
Yüksek lisans veya doktora	13	8.4
Algılanan Gelir Düzeyi		
Çok düşük	3	1.9
Düşük	17	11
Orta	97	63
İyi	32	20.8
Çok iyi	5	3.2

Örnekleme 37 kişi OKB tanısına (%24), 47 kişi MDB tanısına (%30.5) sahipken; 70 kişi (%45.5) herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip değildir. Katılımcılardan 138'i (%89.6) geçmişte intihar girişimi olmadığını belirtirken, 16 kişi (%10.4) geçmişte intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. Örnekleme 121 kişi (%78.6) ailesinde hiç psikiyatrik tanı alan kişi olmadığını belirtirken, ailesinde tanı almış en az bir kişi olan katılımcı sayısı 33'tür (%21.4). Katılımcıların psikiyatrik tanı varlığı, intihar geçmişi ve ailelerindeki psikiyatrik tanı varlığına ilişkin bilgiler Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Örneklemin Psikiyatrik Özellikleri (N=154)

Psikiyatrik Tanı	Sıklık	Yüzde
OKB tanılı	37	24.0
MDB tanılı	47	30.5
Psikiyatrik tanısı yok	70	45.5
İntihar Girişimi		
Yok	138	89.6
Var	16	10.4
Ailede Psikiyatrik Tanı		
Yok	121	78.6
Var	33	21.4

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu çalışmada araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılar öncelikle sözel ve yazılı olarak bilgilendirilmiş ve kendilerine gönüllü onam formu imzalatılmıştır (Ek-2). Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ilgili bilgi edinmek için uygulanan Demografik Bilgi Formunun yanı sıra, beş adet öz bildirim ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçekler Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Ölçeği-Öz Bildirim Formu (The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Self Report), Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory), Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (The Distress Tolerance Scale), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (Anxiety Sensitivity Index-3) ve Snaith-Hamilton Keyif Alma Ölçeği'dir (Snaith-Hamilton Pleasure Scale).

2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Bu form, katılımcılara ilişkin kişisel bilgi edinmek için tez yazarı tarafından hazırlanmıştır. Bu formda kişilere cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, algılanan gelir düzeyi, psikiyatrik tanı alıp almadığı, geçmişte intihar davranışının olup olmadığı ve ailelerinde psikiyatrik tanı almış en az bir kişinin olup olmadığı sorulmuştur.

2.2.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği-Öz Bildirim Formu

(YBOKÖ-Öz Bildirim Formu)

Obsesyon ve kompulsiyonların şiddetini ölçmek amacıyla Baer (1992) tarafından geliştirilmiş olan ölçek on maddeden oluşmakta ve harcanan zaman, yaşamı etkilemesi, rahatsızlık hissi, direnç gösterme ve kontrol derecesi olmak üzere beş boyutta belirtileri değerlendirmektedir. Bu formda öncelikle obsesyon ve kompulsiyonların tanımı yapılmaktadır. Devamında kişiden beş soruda obsesyon ve kompulsiyonların şiddetini 0 puan (Hiç) ve 4 puan (çok ağır) arasında derecelendirmesi istenmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-40 arasında olup 16 ve üzeri puanlar şiddetli belirti düzeyine işaret eder (Baer, 1992; Steketee, Frost ve Bogart, 1996). Steketee, Frost ve Bogart (1996) tarafından yapılan bir çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayı klinik örneklem için .79; klinik olmayan örneklem için .91 olarak hesaplanmıştır.

YBOKÖ-Öz Bildirim Formunun Türkçe'ye çevirisi Türkçapar (2005) tarafından yapılmış olup gözden geçirilmesi ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi Koçoğlu ve Bahtiyar (2021) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yapılan Türkçe uyarlama çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .94 olarak bulunmuştur.

2.2.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Depresif belirtilerin şiddetini ölçmek amacıyla Beck, Ward, Mendelson, Mock ve Erbaugh (1961) tarafından geliştirilen ve sonraki yıllarda güncellenen (Beck, Rusch,

Shaw ve Emery, 1979) envanter toplam 21 maddeden oluşmaktadır. 4'lü Likert tipinde bir öz bildirim ölçeği olan envanter, 0-3 arasında puanlanır ve ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişir. Toplam puandaki artış, depresif belirtilerin şiddetli olduğuna işaret eder.

Envanterin 1961 yılında geliştirilen formu için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .88 (Beck, Ward, Mendelson, Mock ve Erbaugh, 1961); 1979 yılında güncellenen versiyonu için ise Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .86 olarak rapor edilmiştir (Beck, Rusch, Shaw ve Emery, 1979).

Envanterin 1979 yılında geliştirilen formunun Türkçe uyarlama çalışması Hisli (1988, 1989) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin kesme puanı 17; Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .80 ve test-tekrar test güvenilirliği .73 olarak bulunmuştur.

2.2.4. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ)

Simon ve Gaher (2005) tarafından geliştirilen bu ölçeğin temel amacı sıkıntıya dayanma kapasitesini ölçmektir. Bu ölçek sıkıntıyı tolere etme, sıkıntıyı öznel olarak değerlendirme, dikkatin sıkıntılı duygular tarafından absorbe edilmesi ve sıkıntıyı azaltmak için gösterilen çaba (regülasyon) olmak üzere dört alt ölçekten oluşmaktadır. Toplam 15 sorudan oluşan ve bir öz bildirim ölçeği olan SDÖ 5'li Likert tipinde yanıtlanmaktadır ve puanlama 1 (tamamen katılıyorum) ile 5 (hiç katılmıyorum) arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 5-75 arasındadır. Bir kesme noktası belirtilmemekle birlikte alınan puanın yükselmesi sıkıntıya dayanma kapasitesinin de yükselmesi anlamına gelmektedir. Yapılan çalışma sonucunda tüm ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .89 olarak bulunmuştur (Simon ve Gaher, 2005).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Sargın ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. Yapılan çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .89 olarak bulunmuştur. Bu uyarlama çalışmasında, ölçeğin özgün biçiminden farklı olarak tolerans, regülasyon ve öz yeterlilik olmak üzere üç faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları incelendiğinde birinci alt boyut olan toleransın

.90, regülasyonun .80 ve üçüncü alt boyut olan öz yeterliliğin ise .64 olduğu görülmüştür (Sargın ve ark., 2012).

2.2.5. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3)

Kaygı duyarlılığını etkin ve çok boyutlu şekilde değerlendirebilmek için Taylor ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilen ölçek Mantar, Yemez ve Alkın (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek fiziksel, toplumsal ve bilişsel olmak üzere üç alt boyuttan oluşmakta ve her alt boyutta altışar madde olmak üzere toplam 18 madde içermektedir. 5'li Likert tipi ölçüm sağlayan ölçeğin puanlaması 0 (çok az) ile 4 (çok fazla) arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 0-72 arasında olup kişinin ölçekten aldığı puan ne kadar yüksek ise, kaygı duyarlılığının da o ölçüde yüksek olacağı belirtilmiştir. Türkçe uyarlama çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık değeri .93, test-tekrar test katsayısı ise .64 olarak bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda alt ölçekler için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış olup fiziksel belirtiler için .89, bilişsel belirtiler için .88 ve sosyal belirtiler için .82 olarak bulunmuştur (Mantar, Yemez ve Alkın, 2010).

2.2.6. Snaith-Hamilton Keyif Alma Ölçeği

Snaith, Hamilton, Morley, Humayan, Hargreaves ve Trigwell (1995) tarafından geliştirilmiş olan ölçek, 14 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeği olup bireylerin anhedoni düzeyini ölçmeyi hedeflemektedir. Ölçeğe verilen cevaplar “kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum” şeklinde olup 4'lü Likert tipi ölçüm yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-14 arasında olup, üç veya daha yüksek puan alan bireylerin anhedonik grup olarak kategorize edilebileceği belirlenmiştir (Snaith ve ark., 1995). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Yapıcı Eser ve ark. (2020) tarafından gerçekleştirilmiş olup Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .87 olarak bulunmuştur.

2.3.İŞLEM

Bu araştırma için öncelikle İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sosyal Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın örneklemini İzmir Bornova

Türkan Özilhan Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvurmuş OKB ve MDB tanılı hastalar oluşturduğundan, akabinde İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi Başhekimliği'nden ön izin alınmış, sonrasında İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı AR-GE ve Sağlık İnovasyonu Birimi'nden gerekli izin alınmıştır (Etik Kurul Karar Numarası: 2023/83).

Psikiyatri polikliniğinde görev yapan uzman hekimler araştırmaya dahil olma ve araştırmadan dışlanma ölçütleri hakkında bilgilendirilmiştir. Psikiyatri hekimi tarafınca OKB veya MDB tanısı almış ve araştırmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan kişiler ile 15-20 dakika süren kısa bir değerlendirme görüşmesi yapılmış ve sonrasında çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişiler anketler hakkında bilgilendirilerek test odasında, kontrollü ortamda anketleri doldurmuşlardır.

2.4.İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada elde edilen verilerin işlenmesi ve analiz edilmesi için SPSS 27 paket programı kullanılmıştır. Öncelikler veriler eksik değerler açısından analiz edilmiş ve eksik değerler için ortalama puanlar atanmıştır.

Bu çalışmada parametrik testlerin uygulanması planlandığı için öncelikle normal dağılım varsayımı basıklık (skewness) – çarpıklık (kurtosis) değerleri hesaplanarak test edilmiş ve verilerin basıklık ve çarpıklık katsayılarının normal aralıkta yer aldığı bulunmuştur. Böylelikle normallik varsayımı sağlanmıştır. Normal dağılım varsayımı sağlandığı için değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyonu ile incelenmiştir. Hesaplanan korelasyon katsayıları Cohen'in (1988) önerdiği çerçevede yorumlanmış olup, buna göre 0.10-0.29 aralığındaki değerler zayıf ilişkiyi; 0.30-0.49 aralığındaki değerler orta düzey ilişkiyi; 0.50-1.00 aralığındaki değerler ise güçlü ilişkiyi belirtmektedir.

Parametrik test analizleri için bir diğer ön koşul olan varyansların homojenliği, Levene's test istatistikleri hesaplanarak araştırılmıştır. Buna göre homojenlik varsayımını karşılayan değişkenlerle tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmış olup; gruplar arasındaki farklılıkları saptayabilmek için homojen gruplara uygulanabilen Bonferroni post-hoc testi yapılmıştır. Varyansların homojen dağılması varsayımını karşılamayan değişkenlerde ise güvenilirliği arttırmak için ANOVA

Welch testi yapılmış, değişkenlerin gruplar açısından farklılaşma durumlarını incelemek için ise homojen dağılmayan gruplara uygulanan Games-Howell post-hoc testi yapılmıştır.



3. BULGULAR

3.1. Grupların Demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Betimleyici İstatistikler

Bu çalışmanın örneklemini OKB tanılı bireyler ($n=37$), MDB tanılı bireyler ($n=47$) ve sağlıklı kontrol grubu ($n=70$) olmak üzere üç farklı gruptan oluşmaktadır. Bu grupların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve algılanan gelir düzeylerine ilişkin bilgiler Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. Örneklemin Grup Bazında Sosyodemografik Özellikleri

		OKB (n = 37)		MDB (n = 47)		KONTROL (n = 70)	
Yaş	Ort. SS	30.16		38.83		31.84	
		11.36		14.29		10.28	
Cinsiyet		n	%	n	%	n	%
		25	67.6	36	76.6	51	72.9
Medeni Durum		12	32.4	11	23.4	19	27.1
		23	62.2	14	29.8	40	57.1
Eğitim Düzeyi		12	32.4	25	53.2	25	35.7
		0	0	1	2.1	0	0
Algılanan Gelir Düzeyi		2	5.4	6	12.8	4	5.7
		0	0	0	0	1	1.4
		3	8.1	8	17	0	0
		3	8.1	8	17	2	2.9
		9	24.3	10	21.3	9	12.9
		21	56.8	18	38.3	49	70
		1	2.7	3	6.4	9	12.9
		1	2.7	1	2.1	1	1.4
		3	8.1	8	17	6	8.6
		25	67.6	28	59.6	44	62.9
		7	18.9	9	19.1	16	22.9
		1	2.7	1	2.1	3	4.3

OKB = Obsesif Kompulsif Bozukluk, MDB = Majör Depresif Bozukluk

Çalışmada örneklemin geçmişte intihar davranışının olup olmadığı ve ailelerinde en az bir psikiyatrik tanı almış birey olup olmadığına dair klinik bilgiler sorgulanmış olup bu verilere ilişkin bilgiler Tablo 4’te yer almaktadır.

Tablo 4. Örneklemin Grup Bazında Psikiyatrik Özellikleri

		OKB (n = 37)		MDB (n = 47)		Kontrol (n = 70)	
		n	%	n	%	n	%
İntihar Girişimi	Yok	31	83.8	38	80.9	69	98.6
	Var	6	16.2	9	19.1	1	1.4
Ailede Psikiyatrik Tanı Öyküsü	Yok	26	70.3	35	74.5	60	85.7
	Var	11	29.7	12	25.5	10	14.3

OKB = Obsesif Kompulsif Bozukluk, MDB = Majör Depresif Bozukluk

3.2. Ölçek Puanlarına İlişkin Betimleyici İstatistikler

Çalışmada ele alınan üç farklı grubun ayrı ayrı ve tüm katılımcıların toplam ölçek puanları ve ölçeklerin alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 5’te sunulmuştur.

Tablo 5. Ölçek Puanlarına İlişkin Betimleyici İstatistikler

	OKB		MDB		KONTROL		TOPLAM	
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort	SS	Ort.	SS
YBOKÖ	27,16	6,75	14,93	8,03	4,82	6,28	13,28	11,31
YBOKÖ Obsesyon	13,72	3,48	10	4,81	2,8	3,55	7,62	6,07
YBKOÖ Kompulsiyon	13,43	3,71	4,93	4,66	2,02	3,12	5,65	5,91
BDE	33,42	13,84	47,75	13,26	8,04	8,02	26,26	20,81
SDO	36,97	12,23	36,32	10,88	54,74	12,69	44,85	15,02
SDO Tolerans	21,59	8,24	20,84	7,03	33,82	8,26	26,92	10,08
SDO Regülasyon	6,4	3,35	7,34	3,22	9,42	3,66	8,06	3,67
SDO Özyeterlilik	8,97	2,85	8,14	2,41	11,5	2,33	9,86	2,9
ADİ	38,48	18,58	35,79	15,34	16,16	12,65	27,59	18,3
ADİ Fiziksel	13,27	7,79	12,91	6,9	5,8	4,69	9,76	7,41
ADİ Bilişsel	15,62	8	13,99	6,55	5,86	4,69	10,69	7,6
ADİ Sosyal	9,89	5,58	8,88	5,36	4,5	4,1	7,13	5,43
SHO	4,81	4,65	4,63	3,72	0,3	1,06	2,73	3,8
SHO Fiziksel	1	1,33	0,63	1	0,08	0,37	0,47	0,96
SHO Sosyal	3,81	3,44	4	3,01	0,27	0,83	2,26	3,02

Not 1. YBOKÖ = Yale-Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği, SDO = Sıkıntıya Dayanıklılık Ölçeği, ADİ = Anksiyete Duyarlılığı İndeksi, SHO = Snaith-Hamilton Keyif Alma Ölçeği

Not 2. OKB grubu için $n = 37$, MDB grubu için $n = 47$, Kontrol grubu için $n = 70$, $N = 154$

3.3. Değişkenler Arası Korelasyon Analizi Sonuçları

Araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyutları arasındaki ilişkileri belirlemek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Veriler normal dağılım gösterdiği için Pearson korelasyon analizi yapılmış olup analize dair sonuçlar Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6'da görüldüğü üzere YBOKÖ toplam puanı ile BDE toplam puanı arasında güçlü ($r = .53, p < .01$), YBOKÖ toplam puanı ile ADİ toplam puanı arasında güçlü ($r = .59, p < .01$), YBOKÖ toplam puanı ile SHO toplam puanı arasında orta düzeyde ($r = .46, p < .01$), anlamlı ve pozitif ilişkiler bulgulanmıştır.

SDÖ toplam puanının; YBOKÖ toplam puanı ile arasında güçlü ($r = -.54, p < .01$), BDE toplam puanı ile arasında güçlü ($r = -.64, p < .01$), ADİ toplam puanı ile arasında güçlü ($r = -.64, p < .01$), SHO toplam puanı ile arasında orta düzeyde ($r = -.55, p < .01$), anlamlı ve negatif ilişkiler bulunmuştur.

BDE toplam puanının ADİ toplam puanı ($r = .56, p < .01$) ve SHO toplam puanı ($r = .53, p < .01$) ile arasında güçlü, anlamlı ve pozitif ilişkilere rastlanırken; ADİ toplam puanının SHO toplam puanı ile arasında yine güçlü ($r = .51, p < .01$), anlamlı ve pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur.

Ölçeklerin alt boyutlarının birbiri ile olan ilişkisi incelendiğinde YBOKÖ toplam puanı ile SDÖ'nün tolerans alt boyutu arasında güçlü ($r = -.55, p < .01$) korelasyon varken; regülasyon ($r = -.37, p < .01$) ve özyeterlilik ($r = -.43, p < .01$) alt boyutları ile YBOKÖ arasında orta güçte, anlamlı ve negatif ilişkiler olduğu görülmüştür. YBOKÖ ile ADİ'nin fiziksel alt boyutu ile orta ($r = .47, p < .01$); bilişsel ($r = .61, p < .01$) ve sosyal ($r = .50, p < .01$) alt boyutları ile arasında güçlü, pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. YBOKÖ ile SHO ölçeğinin fiziksel alt boyutu ($r = .37, p < .01$) ve sosyal alt boyutu ($r = .46, p < .01$) arasında pozitif yönde orta düzeyde ve anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.

Depresyon toplam puanı YBOKÖ'nün obsesyon alt ölçeği ($r = .64, p < .01$) ile güçlü bir korelasyon içinde iken, kompulsiyon alt ölçeği ile ($r = .36, p < .01$) orta düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki içindedir. Yine depresyon toplam puanının SDÖ'nün alt ölçekleri olan tolerans ($r = -.67, p < .01$) ve özyeterlilik ($r = -.59, p < .01$) ile güçlü; regülasyon ($r = -.32, p < .01$) alt boyutu ile orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı ilişkileri olduğu bulgulanmıştır. BDE kaygı duyarlılığının bilişsel alt boyutu ile güçlü ($r = .55, p < .01$); fiziksel ($r = .45, p < .01$) ve sosyal ($r = .49, p < .01$) alt boyutları ile pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı ilişkilere sahiptir. BDE'nin fiziksel anhedoni ile orta düzeyde ($r = .32, p < .01$), sosyal anhedoni ile ise ($r = .56, p < .01$) güçlü, pozitif yönde ve anlamlı ilişkileri olduğu görülmüştür.

Sıkıntıya dayanıklılık ile YBOKÖ alt ölçeği obsesyon arasında güçlü ($r = -.57, p < .01$); kompulsiyon alt ölçeği ile ise ($r = -.45, p < .01$) orta düzeyde, negatif ve anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Sıkıntıya dayanıklılık ile ADİ'nin fiziksel ($r = -.53, p < .01$), bilişsel ($r = -.64, p < .01$) ve sosyal ($r = -.54, p < .01$) alt boyutları arasında güçlü, negatif ve anlamlı korelasyonlar bulgulanmıştır. Sıkıntıya dayanıklılığın fiziksel anhedoni ile orta güçte bir ilişkisi olduğu saptanırken ($r = -.33, p < .01$), sosyal anhedoni ile güçlü, negatif ve anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmüştür ($r = -.58, p < .01$).

Kaygı duyarlılığı ile diğer ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde YBOKÖ alt ölçekleri olan obsesyon ($r = .57, p < .01$) ve kompulsiyon ($r = .54, p < .01$) ile pozitif yönde, güçlü ve anlamlı; SDÖ'nün tolerans ($r = -.64, p < .01$) ve özyeterlilik ($r = -.51, p < .01$) alt boyutları ile güçlü, regülasyon ($r = -.44, p < .01$) alt boyutu ile orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı; SHO ölçeğinin fiziksel alt boyutu ($r = .34, p < .01$) ile orta güçte ve sosyal alt boyutu ($r = .53, p < .01$) ile güçlü, pozitif yönde ve anlamlı ilişkileri olduğu görülmüştür.

Son olarak anhedoninin diğer ölçeklerin alt boyutları ile olan ilişkileri incelendiğinde YBOKÖ alt ölçekleri olan obsesyon ($r = .48, p < .01$) ve kompulsiyon ($r = .39, p < .01$) ile pozitif yönde, orta güçte ve anlamlı; SDÖ'nün tolerans ($r = -.56, p < .01$) alt boyutu ile güçlü, regülasyon ($r = -.32, p < .01$) ve özyeterlilik ($r = -.48, p < .01$) alt boyutları ile orta güçte, negatif yönde ve anlamlı; ADİ ölçeğinin fiziksel ($r = .49, p < .01$) ve sosyal ($r = .34, p < .01$) alt boyutları ile orta güçte, bilişsel ($r = .50, p < .01$) alt boyutu ile ise güçlü, pozitif yönde ve anlamlı ilişkileri vardır.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1.YBOKÖ Obsesyon	1	.782**	.945**	.643**	-.592**	-.370**	-.473**	-.579**	.457**	.604**	.470**	.576**	.353**	.492**	.480**
2.YBOKÖ_Kompulsiyon		1	.942**	.367**	-.455**	-.345**	-.341**	-.456**	.445**	.547**	.479**	.549**	.351**	.386**	.395**
3.YBOKÖ Toplam			1	.537**	-.556**	-.379**	-.432**	-.549**	.478**	.610**	.502**	.596**	.373**	.466**	.464**
4. BDE				1	-.676**	-.329**	-.594**	-.649**	.458**	.558**	.490**	.563**	.323**	.569**	.534**
5.SDÖ Tolerans					1	.650**	.749**	.975**	-.529**	-.660**	-.540**	-.649**	-.354**	-.593**	-.561**
6.SDÖ Regülasyon						1	.466**	.771**	-.362**	-.439**	-.405**	-.449**	-.191**	-.349**	-.326**
7.SDÖ Özyeterlilik							1	.810**	-.452**	-.500**	-.412**	-.513**	-.275**	-.521**	-.483**
8.SDÖ Toplam								1	-.531**	-.647**	-.541**	-.645**	-.338**	-.584**	-.550**
9.ADİ Fiziksel									1	.711**	.642**	.891**	.353**	.510**	.495**
10.ADİ Bilişsel										1	.734**	.921**	.330**	.526**	.502**
11.ADİ Sosyal											1	.862**	.211**	.371**	.348**
12.ADİ Toplam												1	.343**	.536**	.512**
13.SHO Fiziksel													1	.759**	.856**
14.SHO_Sosyal														1	.986**
15.SHO Toplam															1

Tablo 6. Ölçümler Arası Korelasyon Analizi Sonuçları

Not 1. YBOKÖ = Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği, BDE = Beck Depresyon Envanteri, SDÖ = Sıkıntıya Dayanıklılık Ölçeği, ADİ = Anksiyete Duyarlılığı İndeksi, SHO = Snaith-Hamilton Haz Alma Ölçeği

Not 2. N=154

Not 3. ** p<.01

3.4. Gruplararası Farklılıklar: Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışmada ele alınan sıkıntıya dayanıklılık, kaygı duyarlılığı ve anhedoni bağımlı değişkenlerinin üç grup açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla uygulanması planlanan tek yönlü varyans analizinin (ANOVA) ön koşullarının sağlanıp sağlanmadığını test etmek amacıyla uygunluk testleri yapılmıştır. Öncelikle verilerin normal dağılımı önkoşulunu test etmek amacıyla basıklık ve çarpıklık değerleri incelenmiştir. Yapılan çalışmalarda, basıklık ve çarpıklık değerlerinin +2 ve -2 arasında yer aldığı verilerin, normal dağılım gösteren veriler olduğu kabul edilmektedir (George ve Mallery, 2010). Yapılan analiz sonucunda verilerin basıklık ve çarpıklık katsayılarının bu aralıkta yer aldığı bulunmuş olup normallik varsayımı sağlanmıştır.

ANOVA testinin uygulanabilmesi için bir diğer önkoşul farklı gruplar arasındaki varyansın eşit olmasıdır. Bunu analiz etmek için Levene's testi uygulanmıştır. Levene's testi sonucunda homojenlik varsayımının karşılanması için her bir değişkenin anlamlılık düzeyinin $p > .05$ olması beklenmektedir (Field, 2024). Bu çalışmada yapılan analizler sonucunda SDÖ için homojenlik varsayımının karşılandığı ($p > .05$); ADİ ve SHO için karşılanmadığı ($p < .05$) bulunmuştur. Bundan dolayı tek yönlü varyans analizi sonuçları yorumlanırken, gruplar arasındaki değişkenler açısından farklılıkları değerlendirmek üzere post-hoc testleri yapılmış ve SDÖ için homojenlik varsayımını karşılayan gruplara uygulanabilen Bonferroni post-hoc testi uygulanmıştır. Homojenlik varsayımını karşılamayan ADİ ve SHO değişkenleri için ise güvenilirliği arttırmak için Welch testi yapılmış olup bu değişkenler için Welch F değeri değerlendirilmiştir. Gruplar arasındaki değişkenler açısından farklılaşmayı değerlendirmek için ise Games-Howell post-hoc testi uygulanmıştır (Field, 2024). Her bir bağımlı değişken için yapılan üç ayrı ANOVA analizinin sonucu Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. Gruplar arası karşılaştırmalara ilişkin değerler

	OKB	MDB	Kontrol		
	$\bar{x}$ (SS)	$\bar{x}$ (SS)	$\bar{x}$ (SS)	<i>F</i>	<i>p</i>
SDÖ	36,97(12,23)	36,32(10,88)	54,75(12,69)	43,23	,00
ADİ	38,78(18,58)	35,79(15,34)	16,16(12,65)	38,48	,00
SHO	4,81(4,65)	4,63(3,72)	0,36(1,06)	43,78	,00

Not 1. OKB = Obsesif Kompulsif Bozukluk, MDB = Majör Depresif Bozukluk, SDÖ = Sıkıntıya Dayanıklılık Ölçeği, ADİ = Anksiyete Duyarlılığı İndeksi, SHO = Snaith Hamilton Ölçeği.

Not 2. ADİ ve SHO için varyans homojenliği varsayımı karşılanmadığı için *F* değeri için *Welch* düzeltmesi yapılmış ve *Games-Howell* post-hoc testi kullanılmıştır. SDÖ için *Bonferroni* post-hoc testi kullanılmıştır.

Not 3. $p < .01$

Uygulanan ANOVA sonuçlarına göre SDÖ değişkeninin OKB, MDB ve kontrol grupları arasında anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür ($F(2, 151)=43.23$, $p < .01$). Farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu incelemek için yapılan Bonferroni post-hoc testi sonucunda kontrol grubu ile OKB ve MDB grubu arasında anlamlı bir farklılaşma varken; OKB ile MDB arasında SDÖ puanları açısından anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır.

ADİ ölçeğinde varyansların homojenliğini incelemek için yapılan Levene's testi sonucunda varyansların homojenliği varsayımını karşılamadığından ($p > .05$) dolayı Welch testi yapılmış, gruplararası karşılaştırmaları yapmak için post-hoc analizi olarak homojen olmayan gruplara uygulanabilen Games-Howell düzeltme testi yapılmıştır. Welch testi sonuçlarına göre OKB, MDB ve kontrol grubu arasında ADİ değişkeni açısından anlamlı farklılaşma görülmüştür (Welch $F(2, 151)=38.48$, $p < .01$). Farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu incelemek için yapılan Games-Howell testi sonucunda kontrol grubunun OKB ve MDB'den anlamlı şekilde farklılaştığı; OKB ve MDB arasında ise ADİ puanı açısından anlamlı bir farklılaşma olmadığı bulunmuştur.

SHO ölçeğinde yapılan Levene's testi sonucunda varyansların homojen dağılmadığı ($p > .05$) bulunmuştur. Dolayısıyla homojenlik varsayımını karşılamadığı için Games-Howell düzeltmesi yapılmıştır. Yapılan ANOVA sonucunda OKB, MDB ve kontrol grubunun ADİ puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur (Welch $F(2, 151)=43.78$, $p < .01$). Gruplar arasındaki farklılaşmayı incelemek için yapılan post-hoc analizi sonucunda kontrol grubunun OKB ve MDB'den anlamlı

şekilde farklılaştığı; MDB ve OKB arasında ise SHO değişkeni için anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.



4. TARTIŞMA

Psikoloji biliminde son yıllarda yapılan çalışmalar, bozukluklar arasındaki yüksek eş tanı oranının farklılıklardan ziyade ortak faktörlerden kaynaklandığını vurgulamaktadır (Harvey, Watkins, Mansell ve Shafran, 2004; Nolen-Hoeksema ve Watkins, 2011). Psikopatolojilerin etiyolojilerinde etkili olan ortak faktörler “tanılar üstü (transdiagnostik) faktörler” olarak belirtilmiştir (Harvey ve ark., 2004).

Bu çalışmanın temel amacı, ilgili alanyazında tanılar üstü duygusal kırılganlık faktörleri olarak belirtilen sıkıntı toleransı (ST), kaygı duyarlılığı (KD) ve anhedoninin (Anh) OKB ve MDB ile ilişkisini incelemektir. Bu bağlamda bu araştırmada üç katılımcı grup yer almaktadır: OKB tanılı bireyler, MDB tanılı bireyler ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan bireyler. Bu üç grubun ST, KD ve Anh açısından anlamlı açıdan farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için tek yönlü varyans analizi uygulanmış; değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için ise kolerasyon analizi uygulanmıştır.

Bu bölümde ilk olarak gruplar arasındaki demografik ve klinik özelliklerin karşılaştırmaları ele alınacak, sonrasında değişkenler arasındaki ilişkiler incelenecek ve alanyazındaki bilgiler ışığında tartışılacaktır. Devamında ise katılımcı gruplardaki ST, KD ve Anh açısından farklılaşmalar ele alınacak ve çalışmanın hipotezleri ilgili alanyazındaki bilgiler doğrultusunda tartışılacaktır.

Araştırma sonuçları incelendiğinde, OKB grubundaki kadın katılımcı oranının, erkek katılımcı oranına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. İlgili alanyazın incelendiğinde DSM-5’te OKB’nin kadınlarda görülme sıklığının erkeklerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir (APA, 2013). Yapılan çalışmalardan bazılarında OKB’nin görülme sıklığının cinsiyete göre bir değişiklik göstermediği belirtilirken (Rasmussen ve Eisen, 1992; Kolada, Bland ve Newman, 1994); bazı

Çalışmalarda ise kadınlarda grlme sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur (Weissman ve ark., 1994; Noshirvani, Kasvikis, Marks, Tsakiris ve Monteiro, 1991).

MDB grubundaki katılımcıların cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde ise kadın katılımcı oranının erkek katılımcı oranına göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan alışmalar, bu çalışmanın bulgularıyla uyumlu olarak, MDB'nin grlme sıklığının kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha yaygın olduğunu göstermektedir (Kessler ve Bromet, 2013). Ülkemizde gerçekleştiren bir çalışmada ise MDB'nin 12 aylık prevelansına bakıldığında ise kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla grldğ bulunmuştur (Erol ve ark.,1998).

Katılımcı grupların klinik bulguları değerlendirildiğinde MDB grubunun intihar girişimi oranının, OKB grubuna göre daha yüksek olduğu; kontrol grubunun intihar girişim oranının ise diğer iki gruba göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur.

İlgili alanyazın incelendiğinde, bu çalışmadan elde edilen sonuçlara paralel olarak, intihar girişimi oranlarının, sağlıklı bireylere göre, en az bir psikiyatrik hastalığı olan kişilerde daha yaygın olduğu belirtilmektedir (nc, 2017). Yapılan alışmalar MDB tanısı almış kişilerde intihar girişimi riskinin, bir başka psikiyatrik bozukluk tanısı alan kişilere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (Khan, Leventhal, Khan ve Brown, 2002; Weissman, Fendrich, Warner ve Wickramaratne, 1992).

Çalışmada katılımcı grupların ailelerinde psikiyatrik tanı ykws sorgulandığında OKB grubunun, MDB ve kontrol grubuna göre daha yüksek oranda ailede en az bir kişide psikiyatrik tanı ykws olduğunu bildirdiği görülmüştür.

Alanyazın incelendiğinde, çalışma sonuçlarıyla benzer doğrultuda, OKB tanısı almış ocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda katılımcıların %20-25'inin birinci dereceden akrabalarında OKB tanısı almış en az bir kişinin olduğu görülmüş olup (Lenane, Swedo, Leonard, Pauls, Sceery ve Rapoport, 1990); yapılan çalışmalar sonucunda özellikle erken başlangıçlı OKB vakalarında genetik ykwn daha fazla olabileceği belirtilmiştir (Nestadt ve ark., 2000). OKB'de genetiğin etkisini açıklamak için yapılan ikiz çalışmalarında genetik etkinin %47 olduğu bulunmuştur (Bolton, Rijdsdijk, O'Connor, Perrin, ve Eley 2007).

MDB'nin gelişiminde genetik faktörler incelendiğinde ise tek yumurta ve çift yumurta ikizleri üzerine yapılan bir çalışmada soya çekimin MDB üzerindeki etkisinin %37 bulunmasının yanı sıra (Sullivan, Neale ve Kendler, 2000); evlatlık verilen çocuklar ile yürütülen bir çalışmada MDB'nin üzerindeki genetik yükün daha düşük olduğu bulunmuştur (Wender, Kety, Rosenthal, Schulsinger, Ortmann ve Lunde 1986).

Ölçek toplam puanlarına ilişkin betimleyici istatistikler incelendiğinde ise; YBOKÖ ve alt ölçekleri olan obsesyon ve kompulsiyonda OKB grubunun ortalama puanı, MDB ve kontrol grubundan anlamlı şekilde daha yüksektir. BDE ölçeğinde ise MDB grubu, diğer gruplara göre anlamlı ölçüde daha yüksek puan almıştır. Bu sonuçlar, ölçeklerin geçerliliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

SDO ölçeği toplam puanlarına bakıldığında kontrol grubunun ölçekten aldığı ortalama puanın OKB ve MDB grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Alt ölçekler incelendiğinde ise SDO'nun tolerans alt ölçeğinde kontrol grubu ile OKB ve MDB grupları arasında anlamlı farklılaşma olduğu ve kontrol grubunun ölçekten aldığı ortalama puanın daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bu çalışmanın hipotezlerinden birisi, herhangi bir tanı almış kişilerin sıkıntı toleransının, tanı almamış sağlıklı yetişkin bireylerden daha düşük olacağı yönündeydi. Yapılan analiz sonuçlarına göre bu hipotezin doğrulandığı görülmektedir. ST, olumsuz psikolojik durumları deneyimleme ve bunlara dayanma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Simons ve Gaher, 2005). İlgili alanyazın incelendiğinde ST'nin çeşitli psikopatolojilerde rol oynayan tanılar üstü bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Leyro, Zvolensky ve Bernstein, 2010; Williams, Thompson ve Andrews, 2013).

OKB ve ST arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara göre, hem klinik hem de klinik olmayan örneklemelerde ST ile OKB belirtileri arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Cougles, Timpano ve Goetz, 2012; Cougles, Timpano, Fitch ve Hawkins, 2011; Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell ve Schmidt, 2010). Bunun yanı sıra OKB'li katılımcılar ile sağlıklı katılımcı grup arasındaki ST puanlarındaki değişimi inceleyen bir çalışma sonuçları, OKB'li

katılımcıların sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha düşük ST'ye sahip olduğunu bulgulamıştır (Hezel, Riemann ve McNally, 2012).

MDB ile ST arasında klinik ve klinik olmayan örneklemeler ile yapılan çalışma sonuçlarına göre ise düşük ST'nin depresyon belirtilerinin daha şiddetli olması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Ali, Seitz-Brown ve Daughters, 2015; Brandt, Zvolensky ve Bonn-Miller, 2013; Ellis, Vanderlind ve Beevers, 2013; Gorka, Ali ve Daughters, 2012).

ADİ ölçeği toplam puanlarına bakıldığında; OKB ve MDB gruplarının toplam puanının, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. ADİ'nin alt ölçekleri (fiziksel, bilişsel, sosyal) incelendiğinde ise benzer şekilde OKB ve MDB gruplarının kontrol grubuna göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Bu çalışmada herhangi bir tanı almış kişilerin kaygı duyarlılığı, tanı almamış sağlıklı yetişkin bireylerden daha yüksek olacağı hipotezi varsayılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre bu hipotez doğrulanmıştır. Kaygı duyarlılığı (KD) algılanan fiziksel, psikolojik veya sosyal sonuçlar nedeniyle kaygılı uyarılmayla ilişkili bedensel duyumlardan korkma eğilimini ifade eder (Reiss ve McNally, 1985). Alanyazın incelendiğinde KD'nin pek çok psikopatolojinin etiyolojisinde rol oynadığı ortaya konulmuştur (örn. TSSB (Fedoroff, Taylor, Asmundson ve Koch, 2000), MDB (Taylor, Koch, Woody ve McLean, 1996), sosyal kaygı bozukluğu (Scott, Heimberg ve Jack, 2000), hipokondriya (Eifert ve Zvolensky, 2005), kronik ağrı (Asmundson, Wright ve Hadjistavropoulos, 2000), OKB (Naragon-Gainey, 2010)).

Yapılan çalışmalar, bu çalışma sonuçlarına paralel olarak, OKB hastalarının sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek KD seviyeleri bildirdiğini göstermiştir (örn. Wheaton, Deacon, McGrath, Berman ve Abramowitz, 2012). Benzer şekilde, kaygı duyarlılığı klinik (örn. Raines, Oglesby, Capron ve Schmidt, 2014) ve klinik olmayan örneklemelerde (Wheaton, Mahaffey, Timpano, Berman ve Abramowitz, 2012) OKB ile ilişkili bulunmuştur. Alanyazın incelendiğinde kaygı duyarlılığı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (Otto, Pollack, Fava, Uccello ve Rosenbaum, 1995; Taylor, Koch, Woody ve McLean, 1996). Yapılan

alışmalar MDB tanılı hastalarda kaygı duyarlılığı puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Taylor ve ark., 1996).

SHO leğinin puanlarının araştırmaya dahil olan gruplarla ilişkisi incelendiğinde: OKB ve MDB toplam puanının, kontrol grubu toplam puanına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu grlmştir.

Çalışmanın hipotezlerinden bir diğeri herhangi bir tanı almış (MDB veya OKB) kişilerin anhedoni düzeyinin, tanı almamış sağlıklı yetişkin bireylerden daha yüksek olacağı yönünde ydi. Yapılan analizler göz önünde bulundurulduğunda bu hipotezin doğrulandığı görülmektedir. Anhedoni (Anh), günlük yaşam aktivitelerinden daha az zevk alma, dllandirici deneyimler için motivasyon ve duyarlılığın azalması olarak tanımlanmaktadır (Hatzigiakoumis, Martinotti, Giannantonio ve Janiri, 2011).

Alanyazın incelendiğinde anhedoninin pek çok psikopatoloji ile pozitif yönde ve anlamlı olarak ilişkili olduğu bulunmuştur (rn. depresyon (Loas, 1996), psikoz (Cohen, Najolia, Brown ve Minor, 2011), borderline kişilik bozukluğu (Bandelow, Schmahl, Falkai ve Wedekind, 2010; Marissen, Arnold ve Franken, 2012), sosyal kaygı bozukluğu (Watson ve Naragon-Gainey, 2010), dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (Meinzer, Pettit, Leventhal ve Hill, 2012), travma sonrası stres bozukluğu (Kashdan, Elhai ve Frueh, 2006), obsesif-kompulsif bozukluk (Abramovitch, Pizzagalli, Reuman ve Wilhelm, 2014)).

İlgili alanyazın incelendiğinde bu çalışma bulgularına paralel sonuçlar bulunduğu grlmştir. Yapılan çalışmalarda anhedoninin OKB ve MDB belirtileri arasındaki ilişkiyi açıklayan bir duygusal kırılganlık faktörü olduğu bulunmuştur. Buna göre anhedoninin OKB ve MDB arasındaki eş tanı oranının yüksek olmasını açıklayan tanımlar üstü bir mekanizma olabileceği belirtilmiştir (Chasson, Bello, Luxon, Graham ve Leventhal, 2017). Anhedoninin depresyon eş tanısından bağımsız olarak OKB'de gözlendiğini bildiren araştırmalar mevcuttur (Abramovitch ve ark., 2014). Bunun yanı sıra anhedoninin, depresyon başlangıcı ve depresyonun kronikleşmesi açısından önemli bir risk faktörü olarak kabul edildiği görülmektedir (Lewinsohn, 1974; Loas, 1996).

Araştırmanın bir diğer amacı olan değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla kolerasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde, obsesif-kompulsif bozukluk ile majör depresif bozukluk arasında güçlü, anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. MDB'nin OKB alt boyutları ile olan ilişkisi incelendiğinde ise obsesyon alt boyutuyla güçlü, kompulsiyon alt boyutu ile orta düzeyde, anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

İlgili alanyazın incelendiğinde OKB ile eş tanı oranı en yüksek psikiyatrik bozukluklardan birisinin majör depresif bozukluk olduğu görülmektedir (Bienveu ve ark., 2012; Denys ve ark., 2004; Lochner ve ark., 2014). Hofmeijer-Sevink ve arkadaşları (2013) tarafından 382 yetişkin OKB tanılı hasta ile yürütülen bir çalışmada OKB hastalarında yaşam boyu MDB görülme sıklığının %56.5 olduğu ve katılımcıların %18.3'ünün halihazırda MDB eş tanısına sahip olduğu bulunmuştur. Ülkemizde 147 OKB tanılı yetişkin hasta ile gerçekleştirilen bir eş tanı araştırması sonucunda OKB tanısı almış kişilerden %68.7'sinin OKB'nin yanı sıra başka bir psikiyatrik bozukluk tanısının olduğu; OKB ile eş tanı oranı en yüksek bozukluğun ise %39.5 ile MDB olduğu bulunmuştur (Tükel, Polat, Özdemir, Aksüt ve Türksoy, 2002).

Obsesif kompulsif bozukluk ile araştırmamızda elen alınan tanılar üstü kırılganlık faktörleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde, OKB'nin kaygı duyarlılığı ile güçlü, anhedoni ile orta düzeyde, anlamlı ve pozitif yönde ilişkiliyken; sıkıntıya dayanıklılık ile güçlü, negatif yönde ve anlamlı olarak ilişkili olduğu bulunmuştur. Yani obsesif kompulsif belirtiler arttıkça kaygı duyarlılığı ve anhedoni düzeyleri artarken; sıkıntıya dayanıklılık kapasitesi azalmaktadır. Ya da kaygı duyarlılığı ve anhedoni düzeyi arttıkça ve sıkıntıya dayanıklılık kapasitesi azaldıkça obsesif kompulsif belirtiler artış göstermektedir. Dolayısıyla araştırma sonucunda görülmüştür ki belirtilen tanılar üstü faktörler ile obsesif kompulsif belirtiler birlikte değişim göstermektedir. Bu değişkenlerden ise sıkıntı toleransı ve kaygı duyarlılığı ile obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişkinin daha güçlü olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmanın hipotezlerinden birisi sıkıntı toleransı ortalama puanı ile OKB şiddeti arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olacağı yönündedir. Yapılan analizler sonucunda bu hipotezin doğrulandığı görülmektedir. Buna göre sıkıntıya dayanıklılık

kapasitesi azaldıkça obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin şiddetinin arttığı veya obsesif kompulsif belirtilerinin şiddeti arttıkça sıkıntıya dayanma kapasitesinin azaldığı bulunmuştur.

İlgili alanyazın incelendiğinde, çalışmanın bulgularına paralel şekilde, daha düşük sıkıntı toleransının hem klinik hem de klinik olmayan örneklemelerde OKB belirtilerinin daha şiddetli olmasıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Cougler, Timpano ve Goetz, 2012; Cougler, Timpano, Fitch ve Hawkins, 2011; Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell ve Schmidt, 2010).

Kaygı duyarlılığı ortalama puanı ile OKB şiddeti arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olacağı varsayımı, bu çalışmanın bir diğer hipotezidir. Çalışma sonucunda bu hipotezin doğrulandığı görülmüş olup; obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin şiddeti arttıkça kaygı duyarlılığı düzeyinin artacağı veya kaygı duyarlılığı düzeyi arttıkça obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin şiddetinin artacağı bulunmuştur.

Alanyazındaki kaygı duyarlılığı ve OKB arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar OKB'nin kaygı duyarlılığı ile ilişkili olduğunu; kaygı duyarlılığındaki artışın OKB belirtilerindeki artış ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir (Wheaton, Deacon, McGrath, Berman ve Abramowitz, 2012). Buna göre yapılan araştırma sonuçlarının çalışmamızın bulguları ile örtüştüğü görülmektedir.

Bu çalışmanın bir diğer hipotezi anhedoni ortalama puanı ile OKB şiddeti arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olacağıdır. Çalışma sonuçları bu hipotezin doğrulandığını göstermektedir. Buna göre obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin şiddeti arttıkça anhedoni düzeyinin artacağı veya anhedoni düzeyi arttıkça obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin şiddetinin artacağı bulunmuştur.

Bu çalışmada anhedoni ile OKB arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde anhedoni ve OKB arasındaki ilişkiye yönelik yapılmış çalışmaların sınırlı olmasına rağmen klinisyenlerce OKB hastalarının önemli bir yüzdesinin anhedoni ile karakterize olabileceği belirtilmektedir (Abramovitch, Pizzagalli, Reuman ve Wilhelm, 2014). Klinik örneklem ile gerçekleştirilen bir çalışmada, OKB tanılı bireylerin %28'inin anhedoni belirtilerine sahip olduğu bulunmuş olup (Abramovitch ve ark., 2014); klinik olmayan

örnekleme gerçekleştirilen bir çalışmada ise anhedoni oranının %2 olduğu bulunmuştur (Franken, Rassin ve Muris, 2007).

Majör depresif bozukluk belirtileri ile bu çalışmada ele alınan tanılar üstü kırılganlık faktörleri olan kaygı duyarlılığı, anhedoni ve sıkıntıya dayanıklılık arasındaki ilişkiye bakıldığında, MDB'nin kaygı duyarlılığı ve anhedoni ile pozitif, sıkıntıya dayanıklılık ile negatif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Yani depresif belirtiler arttıkça, kaygı duyarlılığı ve anhedoni düzeyi artmakta, sıkıntıya dayanma kapasitesi azalmaktadır. Ya da kaygı duyarlılığı ve anhedoni düzeyi artıp, sıkıntıya dayanmak kapasitesi azaldıkça depresif belirtiler de artmaktadır.

Bu çalışmanın hipotezlerinden birisi sıkıntı toleransı ortalama puanı ile MDB şiddeti arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olacağı şeklindedir. Çalışma sonuçlarına göre bu hipotez doğrulanmış olup, sıkıntıya dayanıklılık kapasitesi azaldıkça depresyon belirtilerinin arttığı veya depresyon belirtileri arttıkça sıkıntıya dayanma kapasitesinin azaldığı bulunmuştur.

İlgili alanyazın incelendiğinde çalışmamıza benzer bulgular ortaya konduğu görülmektedir. Klinik ve klinik olmayan örneklemlemler ile gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda sıkıntıya dayanıklılık ile MDB arasında negatif yönde bir ilişki olduğu; sıkıntıya dayanma kapasitesi düştükçe depresyon belirtilerinin daha şiddetli olduğu belirtilmiştir (Ali, Seitz-Brown ve Daughters, 2015; Brandt, Zvolensky ve Bonn-Miller, 2013; Ellis, Vanderlind ve Beevers, 2013; Gorka, Ali ve Daughters, 2012).

Çalışmada ortaya konan hipotezlerden bir diğeri kaygı duyarlılığı ortalama puanı ile depresyon şiddeti arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olacağı yönündeydi. Yapılan çalışma sonucunda bu hipotezin doğrulandığı görülmektedir. Yani çalışma sonucuna göre kaygı duyarlılığı düzeyi arttıkça depresyon belirtilerinin şiddeti artmakta veya depresyon belirtilerinin şiddeti arttıkça kaygıya karşı duyarlılık düzeyinin de artacağı bulunmuştur.

Literatürde, bu çalışmayla paralel olarak, kaygı duyarlılığı ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmekte olup, klinik örneklem ile yürütülen çalışmalarda MDB tanısı alan bireylerin kaygı duyarlılığı düzeylerinin, herhangi bir

tanı almayan sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Otto, Pollack, Fava, Uccello ve Rosenbaum, 1995; Taylor, Koch, Woody ve McLean, 1996).

Anhedoni ortalama puanı ile depresyon şiddeti arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olacağı bu çalışmanın bir başka hipoteziydi. Çalışma sonuçlarına göre MDB ile anhedoni arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu; depresyon belirtilerinin şiddeti arttıkça anhedoni düzeyinin de artacağı veya anhedoni düzeyi arttıkça depresyon belirtilerinin şiddetinin de artacağı bulunmuştur. Dolayısıyla bu hipotez doğrulanmıştır.

İlgili alanyazın incelendiğinde anhedoninin MDB'nin temel belirtilerinden birisi olarak tanımlandığı belirtilmektedir (APA, 1994; Snaith, 1993). Bunun yanı sıra anhedoninin, depresyon başlangıcı ve depresyonun kronikleşmesi açısından bir risk faktörü olarak kabul edildiği görülmektedir (Lewinsohn, 1974; Loas, 1996). Yapılan çalışmalar bu çalışmanın bulgularını destekler nitelikte olup, anhedoninin depresyon belirtilerinin şiddeti ile pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir (Guineau ve ark., 2023).

Bu araştırmanın hipotezlerinden bir diğeri, sıkıntıya dayanıklılık, anhedoni ve kaygı duyarlılığı düzeyinin OKB ve MDB grupları için anlamlı düzeyde farklılaşmayacağı, kontrol grubunda ise diğer iki gruba göre anlamlı farklılaşma olacağı şeklindedir. Bu hipotezi test etmek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Çalışmanın sonuçlarına göre sıkıntıya dayanıklılık düzeyinin OKB, MDB ve herhangi bir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı katılımcılara göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Gruplar arasındaki farklılaşma incelendiğinde: OKB ve MDB grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılaşma varken, OKB ve MDB arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Sonuç olarak hipotez doğrulanmıştır.

Alanyazın incelendiğinde sıkıntı toleransının olumsuz psikolojik durumlara dayanma kapasitesi olarak tanımlandığı görülmektedir (Simons ve Gaher, 2005). Obsesif kompulsif bozukluğun belirgin bir sıkıntıya neden olan, istenmeyen, düşünceler, imgeler (yani obsesyonlar) veya itkiler ile sıkıntıyı nötralize etmeyi ve/veya olumsuz sonuçları önlemeyi amaçlayan tekrarlayıcı, törensel davranışlar veya zihinsel eylemlerle (yani kompulsiyonlar) karakterize olduğu göz önünde

bulundurulduğunda (APA, 2013), çalışma sonuçlarının hastalığın doğası ile uyumlu olduğu görülmektedir. Buna göre obsesif kompulsif bozukluk tanısına sahip bireyler, sıkıntıya neden olan ve istenmeyen obsesyonlar devreye girdiğinde bu sıkıntı ile baş etme kapasiteleri düşük olduğu için sıkıntıyı nötralize etmeyi ve/veya olumsuz sonuçları önlemeyi amaçlayan kompulsiyonlar geliştirirler. Sonuç olarak sıkıntıya dayanma kapasitesi düştükçe OKB semptomlarının şiddeti artmaktadır.

Sıkıntıya dayanıklılık kapasitesi ile majör depresif bozukluk arasındaki ilişki incelendiğinde bu çalışmanın bulguları ile alanyazındaki bilgilerin paralel olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar sıkıntıya dayanıklılık kapasitesi ile sıkıntı deneyimi arasında önemli bir etkileşim olduğunu ve kişinin stresörlerle etkili bir şekilde başa çıkma yeteneğinin sıkıntıya tahammül etme yeteneğine bağlı olduğunu belirtmektedir. Sıkıntıya tahammül etmekte zorluk çeken kişiler, uyumsuz başa çıkma biçimleri geliştirebilir ve bu da nihayetinde depresyon belirtilerinin artmasına neden olabilir (Felton, Collado, Havewala, Shadur, MacPherson ve Lejuez, 2018; Macatee, Albanese, Allan, Schmidt ve Cogle, 2016; O'Cleirigh, Ironson ve Smits, 2007). Dolayısıyla sıkıntıya dayanma kapasitesi düştükçe MDB semptomlarının şiddeti artmaktadır.

Sonuç olarak alanyazında yer alan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda, bu çalışmanın sonuçları ile paralel bilgilerin yer aldığı görülmektedir. Çalışma sonuçlarına göre görülmektedir ki sağlıklı bireylerde sıkıntıya dayanıklılık kapasitesi, OKB ve MDB tanısı almış bireylere göre daha yüksektir. Bu durum sıkıntı toleransının psikopatoloji gelişimi için bir risk faktörü olarak ele alınabileceğini göstermektedir. İlgili alanyazında sıkıntı toleransının çeşitli duygusal bozukluklar ve duygusal rahatsızlığı içeren diğer psikopatolojiler için tanılar üstü bir öneme sahip olduğu düşünülmektedir (Leventhal ve Zvolensky, 2015). Bu çalışma sonucunda OKB ve MDB tanısı almış kişilerin sıkıntıya dayanma kapasitesinde bir farklılaşma olmaması, sıkıntı toleransının bu iki bozukluk için tanılar üstü duygusal kırılganlık faktörlerden biri olduğu sonucunu pekiştirmektedir.

Kaygı duyarlılığı düzeyinin OKB ve MDB gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmayacağı, kontrol grubunda ise diğer iki gruba göre anlamlı farklılaşma

olacağı çalışmada varsayılan bir diğer hipotezdir. Yapılan analizler sonucunda kaygı duyarlılığı düzeyinin OKB ve MDB grubu için anlamlı düzeyde farklılaşmadığı, kontrol grubu ve diğer iki grup arasında ise anlamlı bir farklılaşma olduğu görülmektedir. Dolayısıyla çalışmanın hipotezi doğrulanmıştır.

Kaygı duyarlılığı algılanan fiziksel, psikolojik veya sosyal sonuçlar nedeniyle kaygılı uyarılmayla ilişkili bedensel duyumlardan korkma eğilimini ifade eder (Reiss ve McNally, 1985). Alanyazın incelendiğinde kaygı duyarlılığı düzeyinin yüksek olmasının, OKB'nin gelişiminde ve sürdürülmesinde rol oynayabileceği görülmektedir. Kaygı duyarlılığı düzeyi yüksek olan bireyler normal müdahaleci düşünceleri tehdit edici olarak yorumlamaya yatkın olabilir (Calamari, Rector, Woodard, Cohen ve Chik, 2008; Robinson ve Freeston, 2014). Bu durumun OKB'nin temel bir özelliği olduğu göz önünde bulundurulduğunda (Abramowitz ve Arch, 2014), alanyazındaki bilgilerin çalışma bulguları ile paralellik gösterdiği görülmektedir.

Bu çalışmada kaygı duyarlılığı düzeyi ile MDB'nin arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. İlgili alanyazın incelendiğinde çalışmamızın sonuçları ile alanyazındaki bilgiler örtüştüğü görülmektedir. Yapılan çalışmalarda MDB tanısına sahip bireylerin kaygıya duyarlılık düzeylerinin, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Otto, Pollack, Fava, Uccello ve Rosenbaum, 1995; Taylor, Koch, Woody ve McLean, 1996).

Bu bilgiler ışığında çalışma sonuçlarının alanyazındaki bilgilerle paralel olduğu görülmektedir. Çalışma sonuçlarına göre sağlıklı bireylerin kaygıya duyarlılık düzeylerinin, OKB ve MDB tanısı almış kişilere göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, kaygı duyarlılığının psikopatoloji oluşumu için bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir. Alanyazın incelendiğinde kaygı duyarlılığının pek çok psikopatolojinin etiyolojisinde rol oynuyor olabileceği vurgulanmaktadır (örn. Fedoroff, Taylor, Asmundson ve Koch, 2000; Taylor, Koch, Woody ve McLean, 1996; Scott, Heimberg ve Jack, 2000; Eifert ve Zvolensky, 2005; Asmundson, Wright ve Hadjistavropoulos, 2000; Naragon-Gainey, 2010). Yapılan çalışma sonucunda OKB ve MDB tanısına sahip kişilerin, kaygı duyarlılığı düzeyi bakımından anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmüştür. Dolayısıyla bu sonuç, kaygı

duyarlılığının OKB ve MBD için tanılar üstü duygusal kırılganlık faktörü olabileceğini desteklemektedir.

Bu çalışmanın bir diğer hipotezi, OKB ve MDB grubunun anhedoni düzeyleri arasında anlamlı bir farklılaşma yokken; kontrol grubu ile diğer iki grup arasında anlamlı bir farklılaşma olacağı yönündedir. Çalışma sonuçlarına göre anhedoni düzeyi kontrol grubunda, OKB ve MDB'ye göre anlamlı şekilde farklılaşırken; OKB ve MDB grupları arasında anhedoni düzeyi bakımından anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Dolayısıyla çalışmanın hipotezi doğrulanmıştır.

Anhedoni, kısaca günlük yaşam aktivitelerinden daha az zevk alma olarak tanımlanmaktadır (Hatzigiakoumis, Martinotti, Giannantonio ve Janiri, 2011). Alanyazın incelendiğinde anhedoni düzeyi ile OKB semptomlarının şiddeti arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişki olduğu belirtilmektedir (Abramovitch ve ark., 2014; Pushkarskaya ve ark., 2019). Klinik örneklem ile gerçekleştirilen bir çalışmada, OKB tanılı bireylerin %28'inin anhedoni belirtilerine sahip olduğu bulunmuş olup (Abramovitch ve ark., 2014); klinik olmayan örnekleme gerçekleştirilen bir çalışmada ise anhedoni oranının %2 olduğu bulunmuştur (Franken, Rassin ve Muris, 2007). Çalışmamız sonucunda OKB ve kontrol grubunun, anhedoni düzeyleri bakımından farklılaştığı bulunmuş olup, sonuçların alanyazındaki bulgularla paralel olduğu görülmektedir.

DSM-5 (APA, 2013)'e belirtildiği üzere, anhedoni MDB'nin temel belirtilerinden birisi olarak tanımlanmaktadır. Alanyazın incelendiğinde anhedoninin, depresyon başlangıcı ve depresyonun kronikleşmesi açısından önemli bir risk faktörü olarak kabul edildiği görülmektedir (Lewinsohn, 1974; Loas, 1996).

Bu doğrultuda çalışma sonuçlarının alanyazın ile paralellik gösterdiği görülmektedir. Çalışma sonucunda sağlıklı bireylerin anhedoni düzeyinin, OKB ve MDB grubundaki bireylere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde anhedoninin pek çok psikopatoloji ile pozitif yönde ve anlamlı ilişkisi olduğu belirtilmektedir (örn., Cohen, Najolia, Brown ve Minor, 2011; Bandelow, Schmahl, Falkai ve Wedekind, 2010; Marissen, Arnold ve Franken, 2012; Watson ve Naragon-Gainey, 2010). Dolayısıyla anhedoninin, psikopatoloji gelişimi için bir risk faktörü olduğu söylenebilir. Ayrıca anhedoni düzeyinin OKB ve MDB için anlamlı

şekilde farklılaşmadığı; sağlıklı bireylerde ise diğer iki gruba göre anlamlı farklılaşma olduğu bulunmuştur. Bu durum, alanyazın ile uyumlu olarak, anhedoninin MDB ve OKB için tanılar üstü duygusal kırılganlık faktörlerinden biri olabileceğini göstermektedir.



SONUÇ VE ÖNERİLER

İlgili alanyazın incelendiğinde, bazı psikopatolojiler arasındaki eş tanı oranlarının yüksek olduğu görülmesine rağmen bu bozukluklardaki ortak faktörler üzerinde durulan ve klinik örneklem ile yürütülen çalışmaların görece yetersiz olduğu görülmektedir. Bu çalışmada, alanyazında tanılar üstü duygusal kırılganlık faktörleri olarak geçen sıkıntı toleransı, kaygı duyarlılığı ve anhedoninin OKB ve MDB ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu üç faktörün psikopatolojiler üzerindeki etkisini incelemek için çalışmaya herhangi bir psikiyatrik tanı almamış katılımcılardan oluşan kontrol grubu da dahil edilmiş ve değişkenler arasındaki ilişkiler kolerasyon analizi ile test edilirken, bu üç grubun değişkenler açısından farklılaşıp farklılaşmadığı ise tek yönlü varyans analizi kullanılarak test edilmiştir.

Çalışmanın temel amaçlarından birisi değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemektir. Yapılan analizler sonucunda OKB ve MDB'nin sıkıntı toleransı düzeyi ile negatif yönde ve anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmüştür. Dolayısıyla sıkıntıya olan dayanıklılık kapasitesinin düşük olması, OKB veya MDB gelişimi için risk faktörü olarak kabul edilebilir. Kaygı duyarlılığı ile OKB ve MDB arasındaki ilişkiyi saptamak için yapılan analizler sonucunda aralarında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre kaygı duyarlılığının yüksek olması, OKB ve MDB gelişimi için bir risk faktörü olabilir. Çalışma sonucunda benzer şekilde anhedoni ile OKB ve MDB arasındaki ilişkide de pozitif yönde ve anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre anhedoni düzeyinin yüksek olması, OKB ve MDB gelişimi için risk faktörü olabilir.

Psikopatolojilerin etiyolojilerinde yer alan risk faktörlerini belirlemek, psikopatolojiler ortaya çıkmadan önleyici müdahalelerde bulunmak için işlevsel olabilir. Belirlenen risk faktörleri üzerine önleyici müdahaleler geliştirilerek toplum ruh sağlığı düzeyi yükseltilebilir ve bireylerin iyi oluş düzeyleri artabilir. Buna ek olarak psikopatoloji geliştirmemiş ancak eşik altı semptomlara sahip kişilerin riskli

grup olarak kabul edildiği durumlarda uygulanacak olan müdahaleler bireylerin psikolojik iyi oluş halini arttırabilir ve psikopatoloji geliştirme riskini azaltabilir.

Sıkıntı toleransı, kaygı duyarlılığı ve anhedoni ile MDB ve OKB arasında karşılıklı bir ilişki olduğu göz önünde bulundurulduğunda MDB ve/veya OKB tanısı almış kişilere tedavi planı oluştururken farmakolojik ve psikolojik tedavilere ek olarak semptom odaklı tedavi yöntemleri geliştirilebilir. Örneğin anhedoni düzeyi yüksek olan ve MDB tanısı almış bir birey için tedavi protokolü oluşturulurken anhedoninin yarattığı sıkıntıya odaklanmak ve anhedoninin azaltılmasına yönelik bir tedavi planı oluşturmak, kişinin işlevselliğini arttırabilir ve hastalığın yarattığı sıkıntının azaltılmasına katkı sağlayabilir. Bunların yanı sıra üç değişkenin hem OKB hem de MDB ile benzer ilişkilerde olması, OKB ve MDB arasındaki yüksek düzeydeki eş tanı oranlarını da açıklamaya yardımcı faktörlerden birisi olabilir. Alanyazın incelendiğinde psikolojik tedavilerin çoğu zaman hastalık odaklı olacak şekilde tasarlandığı görülmektedir. Bu durum eş tanıli bireylerde uygulanacak tedavi planını oluşturma açısından kimi zaman klinisyeni zorlayabilir ve bazı durumlarda kişinin işlevselliğini daha çok bozan bozukluğa odaklanıp diğer bozukluğun arka planında kalmasına sebep olabilir. Dolayısıyla semptom odaklı geliştirilecek olan tedavi yöntemleri eş tanıli hastalarda daha yüksek işlevsellik gösterebilir, zaman açısından hem hastaya hem de klinisyene katkı sağlayabilir, bireylerin psikolojik iyi oluş ve sağlamlık düzeylerini arttırabilir ve tedavi sonrası nüks etme düzeylerini düşürebilir.

Çalışmanın temel amaçlarından bir diğeri sıkıntıya dayanıklılık, anhedoni ve kaygı düzeyinin OKB, MDB ve kontrol grubu açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmektir. Yapılan analizler sonucunda sıkıntıya dayanıklılık, anhedoni ve kaygı düzeyinin herhangi bir tanı almamış bireyler ile herhangi bir psikiyatrik tanı almış bireyler arasında farklılaşma gösterdiği bulunurken; bu üç değişkenin MDB ve OKB tanısı almış kişiler için ise farklılaşma göstermediği bulunmuştur.

Bu sonuçlar alanyazında belirtilen sonuçlar ile paralellik göstermekte ve sıkıntıya dayanıklılık, anhedoni ve kaygı düzeyinin psikopatolojiler için tanımlar üstü bir kırılma faktörü olabileceğini doğrulamaktadır. Tanılar üstü yaklaşım, psikopatolojilerin kategorik bir bakış açısıyla değil, sürekli boyutlu bir yaklaşım ile değerlendirilmesinin daha faydalı olacağını öne sürmektedir (Watkins, 2015).

Yapılan çalışmalar çeşitli psikiyatrik bozuklukların tanılanması ve eş tanılanmasının altında yatan ve bunları açıklayan çapraz boyutların ve biyolojik yolların olduğunu göstermektedir (Cuthbert ve Insel, 2013; Dozois, Seeds ve Collins, 2009; Sauer-Zavala ve ark., 2012). Bu çalışma sonucunda alanyazındaki bulgulara paralel sonuçlara ulaşılmıştır. Araştırmada ele alınan üç değişkenin OKB tanısı almış ve MDB tanısı almış kişiler arasında bir farklılık oluşturmazken, kontrol grubu ile herhangi bir psikiyatrik tanı almış gruplar arasında farklılık oluşturmaması, alanyazında belirtilen bu değişkenlerin tanılar üstü faktörler olduğu bilgisini pekiştirmektedir.

Sıkıntı toleransı, kaygı duyarlılığı ve anhedoninin OKB ve MDB ile olan ilişkisine ışık tutmak, iki bozukluğun eş tanı olduğu durumlarda daha işlevsel tedavi programları geliştirmek için faydalı olabilir. Bu durum klinisyenlerin oluşturacakları tedavi planları için bir yol haritası görevi görebilir. Buna ek olarak tanılar üstü yaklaşım ile değerlendirilen eş tanı hastaların tedavi süreçlerini kısaltabilir ve böylelikle hem zamandan tasarruf edebilirler hem de semptomların yarattığı sıkıntı ve genel işlevsellik düzeyinde düşmeye karşı daha hızlı baş etme yöntemleri geliştirebilirler.

Bu çalışmanın güçlü yönlerinden birisi, MDB ve OKB tanısı almış kişilerden oluşan örneklemin kolaylıkla bulunabilen örneklem şeklinde oluşmayıp; psikiyatristler tarafından uluslararası geçerli tanı ölçütleri doğrultusunda tanılanmış olarak çalışmaya dahil edilmesidir. Çünkü kişiler bazen tanılarını doğru bilemeyebilir, semptom odaklı bilgi sahibi olabilir veya eş tanı olan durumlarda bir tanıyı biliyorken bir diğer tanıdan haberdar olabilirler. Bu durum çalışmanın güvenilirliğini düşürebilir. Dolayısıyla bu çalışmanın örnekleminin kontrollü bir şekilde oluşturulması ve hastane ortamında ölçeklerin doldurulmasının, çalışma sonuçlarının güvenilirliğini arttırdığı düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde klinik örneklem ile gerçekleştirilmiş, iki farklı psikopatolojinin başka değişkenler ile olan ilişkisini inceleyen ve kontrol grubu ile çalışma sonuçlarının geçerliliğini test eden çalışma sayısının az olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın güçlü yönlerinden birisinin örneklemin iki farklı psikiyatrik tanı almış ve hiç tanısı olmayan sağlıklı kontrol grubundan oluşması olabilir.

Bunun yanı sıra alanyazında tanılar üstü faktörler üzerine yapılan çalışma sayısının yetersiz olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın MDB ve OKB’de ortak faktörleri belirleme, buna uygun tedavi yöntemleri geliştirme ve yüksek eş tanı oranını açıklamaya katkısı olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın güçlü yönlerine ek olarak birtakım sınırlılıkları mevcuttur. Sınırlılıklardan birisi bu çalışmanın tasarımıdır. Bu çalışma kesitsel ve ilişkisel biçimde tasarlandığı için tanılar üstü faktörlerin psikopatolojiler üzerindeki etkilerinin nedensel çıkarımını sınırlamaktadır. Gelecek çalışmaların boylamsal olacak şekilde tasarlanması, tanılar üstü faktörlerin psikopatolojiler üzerindeki etkisini ve nedensellik ilişkisini açıklamaya yardımcı olabilir.

Bu çalışmanın ikinci bir sınırlılığı verilere öz-bildirim ölçekleri yoluyla ulaşılmasıdır. Kişiler öz-bildirim yönteminde savunma mekanizmaları geliştirebilir, kendilerini olduklarından iyi gösterme motivasyonuna sahip olabilirler ya da içgörülerini düşük olduğu için soruları yanıtlarken objektif davranamayabilirler.

Bu çalışmanın bir diğer sınırlılığı yalnızca OKB ve MDB tanıları kişilerin araştırmaya dahil edilmesidir. Gelecek araştırmalarda yaygın kaygı bozukluğu, panik bozukluk, distimi gibi diğer bozuklukların da çalışmaya dahil edilmesi, tanılar üstü faktörlerin genellenebilirlik düzeyini arttırmaya fayda sağlayabilir.

Tüm bu sınırlılıklara rağmen çalışma sonuçları OKB ve MDB’de ortak görülebilen faktörlere ışık tutmakta ve psikopatoloji gelişimi için risk teşkil eden bazı faktörleri belirtmektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın OKB ve MDB eş tanısını açıklamaya ve bozukluklara tanılar üstü yaklaşıma katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- aan het Rot, M., Mathew, S. J., ve Charney, D. S. (2009). Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 180(3), 305-13.
- Abraham, K. (1924), A Short Study of the Development of the Libido. *Selected Papers on Psycho-Analysis*. London: Hogarth Press, 1927, pp. 418-501.
- Abramovitch, A., Pizzagalli, D. A., Reuman, L., ve Wilhelm, S. (2014). Anhedonia in obsessive-compulsive disorder: beyond comorbid depression. *Psychiatry Research*, 216(2), 223-229.
- Abramowitz, J. S., ve Arch, J. J. (2014). Strategies for improving long-term outcomes in cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: Insights from learning theory. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(1), 20-31.
- Abramowitz, J. S., Lackey, G. R., ve Wheaton, M. G. (2009). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of obsessional beliefs and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 160-166.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., ve Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87(1), 49-74.
- Ali, B., Seitz-Brown, C. J., ve Daughters, S. B. (2015). The interacting effect of depressive symptoms, gender, and distress tolerance on substance use problems

among residential treatment-seeking substance users. *Drug and alcohol dependence*, 148, 21-26.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA). (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association, Washington, DC.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2002). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*. Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin, Dördüncü Baskı (DSM- IV-TR), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (E. Köroğlu, Çev. Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. (Orijinal çalışma basım tarihi 2000).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Asmundson, G. J., Wright, K. D., ve Hadjistavropoulos, H. D. (2000). Anxiety sensitivity and disabling chronic health conditions. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 29, 100-117.

At, B. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 53-63.

Bandelow, B., Schmahl, C., Falkai, P., ve Wedekind, D. (2010). Borderline personality disorder: a dysregulation of the endogenous opioid system?. *Psychological review*, 117(2), 623.

Barkus, E., ve Badcock, J. C. (2019). A transdiagnostic perspective on social anhedonia. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 216. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00216>

- Baçoğlu, M., Lax, T., ve Kasvikis, Y., (1988). Predictors of improvement in Obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 2, 299–317.
- Baer, L. (1992). Getting control: Overcoming your obsessions and compulsions. *Plume*
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., ve Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. ve Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Bell JA (1989) *Mood disorders*. Psychiatry, JH Scully, DW Bechtold, JA Bell ve ark. (Ed), 2. Baský, New York, John Wiley & Sons, Inc.
- Bellodi, L., Sciuto, G., Diaferia, G., Ronchi, P., ve Smeraldi, E. (1992). Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 42, 111–120.
- Bellodi, L., Sciuto, G., Diaferia, G., Ronchi, P., ve Smeraldi, E. (1992). Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 42(2), 111-120.
- Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock PR. Kaplan ve Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th edition. Wolters Kluwer; 2015.

- Berenbaum, H., ve Connelly, J. (1993). The effect of stress on hedonic capacity. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 474 - 481. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.102.3.474>
- Besiroglu, L., Uguz, F., Saglam, M., Agargun, M. Y., ve Cilli, A. S. (2007). Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessivecompulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 102, 73–79.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Wuyek, L. A., Liang, K. Y., Wang, Y., Grados, M. A., ... ve Nestadt, G. (2012). Is obsessive–compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychological medicine*, 42(1), 1-13.
- Bogetto, F., Venturello, S., Albert, U. M. B. E. R. T. O., Maina, G., ve Ravizza, L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European psychiatry*, 14(8), 434-441.
- Bolton, D., Rijdsdijk, F., O'CONNOR, T. G., Perrin, S., ve Eley, T. C. (2007). Obsessive–compulsive disorder, tics and anxiety in 6-year-old twins. *Psychological medicine*, 37(1), 39-48.
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Belloch, A., Brown, C., Ferrao, Y. A., Fontenelle, L. F., ... ve Viswasam, K. (2017). Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive–compulsive disorder (OCD): an international collaboration. *Comprehensive psychiatry*, 76, 79-86.
- Brandt, C. P., Zvolensky, M. J., ve Bonn-Miller, M. O. (2013). Distress tolerance, emotion dysregulation, and anxiety and depressive symptoms among HIV+ individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 446-455.

- Bremner, J. D., Narayan, M., Anderson, E. R., Staib, L. H., Miller, H. L., ve Charney, D. S. (2000). Hippocampal volume reduction in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 115-118.
- Brenner, C. (1991). A psychoanalytic perspective on depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39(1), 25-43.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., ve Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of abnormal psychology*, 110(4), 585.
- Buckner, J. D., Keough, M. E., ve Schmidt, N. B. (2007). Problematic alcohol and cannabis use among young adults: The roles of depression and discomfort and distress tolerance. *Addictive behaviors*, 32(9), 1957-1963.
- Budak, S. 1997a. "Freud S (1926) Ketlemeler, semptomlar ve kaygı. *Psikopatoloji Üzerine* " (ss.229-329). Ankara: Öteki Yayınları.
- Buturak, S. V., Basterzi, A. D., Yazici, A., Yazici, K., ve Acar, S. T. (2011). Comorbid disorders in outpatients with major depressive disorder and their sociodemographical aspects. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 1(1), 7.
- Calamari, J. E., Rector, N. A., Woodard, J. L., Cohen, R. J., ve Chik, H. M. (2008). Anxiety sensitivity and obsessive—compulsive disorder. *Assessment*, 15(3), 351-363.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., ve Raulin, M. L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 374–382.

- Chasson, G. S., Bello, M. S., Luxon, A. M., Graham, T. A. A., ve Leventhal, A. M. (2017). Transdiagnostic emotional vulnerabilities linking obsessive-compulsive and depressive symptoms in a community-based sample of adolescents. *Depression and Anxiety*, 34(8), 761–769. <https://doi.org/10.1002/da.22669>
- CilliÇilli, A. S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S., ve Kucur, R. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive psychiatry*, 45(5), 367-374.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analyses for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Cohen, A. S., Najolia, G. M., Brown, L. A., ve Minor, K. S. (2011). The state-trait disjunction of anhedonia in schizophrenia: potential affective, cognitive and social-based mechanisms. *Clinical psychology review*, 31(3), 440-448.
- Cougle, J. R., Timpano, K. R., ve Goetz, A. R. (2012). Exploring the unique and interactive roles of distress tolerance and negative urgency in obsessions. *Personality and Individual Differences*, 52(4), 515-520.
- Cougle, J. R., Timpano, K. R., Fitch, K. E., ve Hawkins, K. A. (2011). Distress tolerance and obsessions: an integrative analysis. *Depression and anxiety*, 28(10), 906-914.
- Cox BJ, Taylor S, ve Enns MW. (1999). Fear of cognitive dyscontrol in relation to depression symptoms: Comparisons between original and alternative measures of anxiety sensitivity. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 30:301–311.
- Crino, R. D., ve Andrews, G. (1996). Obsessive-compulsive disorder and Axis I comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(1), 37–46.

- Cuthbert, B. N., ve Insel, T. R. (2013). Toward precision medicine in psychiatry: The NIMH research domain criteria project. In D. S. Charney, J. D. Buxbaum, P. Sklar, E. J. Nestler, D. S. Charney, J. D. Buxbaum, ... E. J. Nestler (Eds.), *Neurobiology of mental illness* (4th ed., pp. 1076– 1088). New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199934959.003.0083>.
- Demal, U., Lenz, G., Mayrhofer, A., Zapotoczky, H., ve Zitterl, W. (1993). Obsessive-compulsive disorder and depression: a retrospective study on course and interaction. *Psychopathology*, 26, 145–150.
- Dennhardt, A. A., ve Murphy, J. G. (2011). Associations between depression, distress tolerance, delay discounting, and alcohol-related problems in European American and African American college students. *Psychology of addictive behaviors*, 25(4), 595.
- Denys, D., Tenney, N., van Megen, H. J., de Geus, F., ve Westenberg, H. G. (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive–compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 80(2-3), 155-162.
- Dozois, D. A., Seeds, P. M., ve Collins, K. A. (2009). Transdiagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 44–59. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.44>.
- Ehring, T., ve Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 192–205.
- Eifert, G. H., ve Zvolensky, M. J. (2005). Somatoform disorders. In J. E. Maddux & B. A. Winstead (Eds.), *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding* (pp. 281–300). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Eisen, J. L., Goodman, W. K., Keller, M. B., Warshaw, M. G., DeMarco, L. M., Luce, D. D., ve Rasmussen, S. A. (1999). Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *The Journal of clinical psychiatry*, 60(5), 14024.
- Ellis, A. J., Vanderlind, W. M., ve Beevers, C. G. (2013). Enhanced anger reactivity and reduced distress tolerance in major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 498-509.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M. ve Şimşek, Z. (1998). *Türkiye ruh sağlığı profili raporu*. Birinci baskı, Ankara: Eksen Tanıtım.
- Eser Yapıcı, H., İnan, M. Y., Küçük, M. U., Kılıksız, C. M., Yılmaz, S., Dinçer, N., ... ve Aydemir, Ö. (2020). Validity and reliability of the Turkish version of Snaith-Hamilton Pleasure Scale. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 9(3), 187-187.
- Fawcett, J., Clark, D. C., Scheftner, W. A., ve Gibbons, R. D. (1983). Assessing anhedonia in psychiatric patients: The Pleasure Scale. *Archives of general psychiatry*, 40(1), 79-84.
- Fedroff, I. C., Taylor, S., Asmundson, G. J., ve Koch, W. J. (2000). Cognitive factors in traumatic stress reactions: Predicting PTSD symptoms from anxiety sensitivity and beliefs about harmful events. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(1), 5-15.
- Felton, J. W., Collado, A., Havewala, M., Shadur, J. M., MacPherson, L., ve Lejuez, C. W. (2018). Distress tolerance interacts with negative life events to predict

- depressive symptoms across adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*.
- Field, A. (2024). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. London: Sage Publications.
- Figeo, M., Vink, M., de Geus, F., Vulink, N., Veltman, D. J., Westenberg, H., ve Denys, D. (2011). Dysfunctional reward circuitry in obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*, 69(9), 867-874.
- Frances, A. J., ve Widiger, T. (2012). Psychiatric diagnosis: Lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annual review of clinical psychology*, 8(1), 109-130.
- Franken, I. H., Zijlstra, C., ve Muris, P. (2006). Are nonpharmacological induced rewards related to anhedonia? A study among skydivers. *Progress in neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(2), 297-300.
- Franken, I. H. A., Rassin, E., ve Muris, P. (2007). The assessment of anhedonia in clinical and non-clinical populations: Further validation of the Snaith–Hamilton Pleasure Scale (SHAPS). *Journal of Affective Disorders*, 99(1–3), 83–89.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., ve Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and therapy*, 34(5-6), 433-446.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. (J. Strachey, Ed. ve Çev.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14; s 243-258). London, England: Hogarth Press.

- Freud, S. (1923). *Ego ve İd. Metapsikoloji. Haz İlkesinin Ötesinde, Ego ve İd ve Başka Yapıtlar*, (Çözümlemeler ve Notlarla Çev. A Yardımlı) İstanbul, 2000. İdea Yayınevi, 247-293.
- Frost, R. O., Steketee, G., ve Williams, L. (2000). Hoarding: a community health problem. *Health & social care in the community*, 8(4), 229-234.
- Gard, D. E., Gard, M. G., Kring, A. M., ve John, O. P. (2006). Anticipatory and consummatory component of the experience of pleasure: A scale development study. *Journal of Research in Personality*, 40, 1086-1102. <http://dx.doi.Org/10.1016/j.jrp.2005.11.001>
- Geller, D. A., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Craddock, K., Hagermoser, L., ... ve Coffey, B. J. (2001). Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(7), 471-477.
- George, D., ve Mallery, M. (2010). SPSS for windows step bystep: A simple guide and reference.
- Goodman, W. K. (1992). *Pharmacotherapy of Obsessive-Compulsive Disorder*. Hand I., Goodman W .K. ve Evers U. (Ed). Zwangsstörungen / Obsessive- Compulsive Disorders. Die Reihe dupbar med communication wird / Series dupbar med communication. Berlin: Springer.
- Gorka, S. M., Ali, B., ve Daughters, S. B. (2012). The role of distress tolerance in the relationship between depressive symptoms and problematic alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(3), 621.

- Guineau, M. G., Ikani, N., Rinck, M., Collard, R. M., Van Eijndhoven, P., Tendolkar, I., ... ve Vrijssen, J. N. (2023). Anhedonia as a transdiagnostic symptom across psychological disorders: a network approach. *Psychological medicine*, 53(9), 3908-3919.
- Hanna, G. L. (1995). Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(1), 19-27.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., ve Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hatzigiakoumis, D. S., Martinotti, G., Giannantonio, M. D., ve Janiri, L. (2011). Anhedonia and substance dependence: clinical correlates and treatment options. *Frontiers in psychiatry*, 2, 10.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., ve Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152.
- Hertel, P. T., ve Mathews, A. (2011). Cognitive bias modification: Past perspectives, current findings, and future applications. *Perspectives in Psychological Science*, 6, 521–536.
- Hezel, D. M., Riemann, B. C., ve McNally, R. J. (2012). Emotional distress and pain tolerance in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(4), 981-987.

- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*. 6, 118-122.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 7(23), 3-13.
- Hofmeijer-Sevink, M. K., van Oppen, P., van Megen, H. J., Batelaan, N. M., Cath, D. C., van der Wee, N. J., ... ve van Balkom, A. J. (2013). Clinical relevance of comorbidity in obsessive compulsive disorder: the Netherlands OCD Association study. *Journal of affective disorders*, 150(3), 847-854.
- Hofmeijer-Sevink, M. K., van Oppen, P., van Megen, H. J., Batelaan, N. M., Cath, D. C., van der Wee, N. J., ... ve van Balkom, A. J. (2013). Clinical relevance of comorbidity in obsessive compulsive disorder: the Netherlands OCD Association study. *Journal of affective disorders*, 150(3), 847-854.
- Hong, J. P., Samuels, J., Bienvenu III, O. J., Cannistraro, P., Grados, M., Riddle, M. A., ... ve Nestadt, G. (2004). Clinical correlates of recurrent major depression in obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 20(2), 86-91.
- Horwitz, A. V., ve Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Ingram, R. E., ve Kendall, P. C. (1986). *Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective*. In R. E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 3-21). Orlando, FL: Academic Press.

- Insel, T. R. (2009). Translating scientific opportunity into public health impact: a strategic plan for research on mental illness. *Archives of general psychiatry*, 66(2), 128-133.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... ve Wang, P. (2009). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167, 748–751.
- Işık E., Işık U., ve Taner Y.(2013), *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. Ziraat Grup Matbaacılık, Ankara.
- Jakubovski, E., Diniz, J. B., Valerio, C., Fossaluza, V., Belotto-Silva, C., Gorenstein, C., ve Shavitt, R. G. (2013). Clinical predictors of long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 30(8), 763-772.
- Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54, 989–991.
- Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of general psychiatry*, 54(11), 989-991.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., ve Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of general psychiatry*, 45(12), 1094-1099.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., ve Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of general psychiatry*, 45(12), 1094-1099.

- Kashdan, T. B., Elhai, J. D., ve Frueh, B. C. (2006). Anhedonia and emotional numbing in combat veterans with PTSD. *Behaviour research and therapy*, 44(3), 457-467.
- Kendall, P. C., ve Ingram, R. (1987). The future for cognitive assessment of anxiety: Let's get specific.
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., ve Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior therapy*, 41(4), 567-574.
- Kessler, R. C., ve Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 34(1), 119-138.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., ve Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., ve Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kessler, R. C., Sampson, N. A., Berglund, P., Gruber, M. J., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., ... ve Wilcox, M. A. (2015). Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(3), 210-226.
- Khan, A., Leventhal, R. M., Khan, S., ve Brown, W. A. (2002). Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *Journal of affective disorders*, 68(2-3), 183-190.

- Klein, D. N., ve Riso, L. P. (1993). Psychiatric disorders: problems of boundaries and comorbidity. In: C. G. Costello (Ed.), Basic issues in psychopathology (pp. 19–66). New York: Guilford Press.
- Koçoğlu, F., ve Bahtiyar, B. (2021). Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği-Türkçe Öz Bildirim Formu: Güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 5(3), 229-243.
- Kolada, J. L., Bland, R. C., ve Newman, S. C. (1994). Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 24-35.
- Köroğlu E, ed. (2000). Amerikan Psikiyatri Birliği. DSMIV-TR Tanı Ölçütleri, 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 151-63.
- Krochmalik, A., ve Menzies, R. G. (2003). The classification and diagnosis of obsessive compulsive disorder. *Obsessive-compulsive Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Lee, H. J., ve Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 11–29.
- Lenane, M. C., Swedo, S. E., Leonard, H., Pauls, D. L., Sceery, W., ve Rapoport, J. L. (1990). Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(3), 407-412.
- Leventhal, A. M., ve Rehm, L. P. (2005). The empirical status of melancholia: Implications for psychology. *Clinical Psychology Review*, 25(1), 25-44.

Leventhal, A. M., ve Zvolensky, M. J. (2015). Anxiety, depression, and cigarette smoking: A transdiagnostic vulnerability framework to understanding emotion–smoking comorbidity. *Psychological Bulletin*, 141, 176–212. <https://doi.org/10.1037/bul0000003>.

Leventhal, A. M., ve Zvolensky, M. J. (2015). Anxiety, depression, and cigarette smoking: A transdiagnostic vulnerability framework to understanding emotion–smoking comorbidity. *Psychological bulletin*, 141(1), 176.

Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression.

Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., ve Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*, 136(4), 576.

Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., ve Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*, 136(4), 576.

Loas, G. (1996). Vulnerability to depression: A model centered on anhedonia. *Journal of Affective Disorders*, 41, 39-53. [http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327\(96\)00065-1](http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327(96)00065-1)

Lochner, C., Fineberg, N. A., Zohar, J., Van Ameringen, M., Juven-Wetzler, A., Altamura, A. C., ... ve Stein, D. J. (2014). Comorbidity in obsessive–compulsive disorder (OCD): A report from the International College of Obsessive–Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Comprehensive psychiatry*, 55(7), 1513-1519.

Lyons, M. J., Toomey, R., Faraone, S. V., Kremen, W. S., Yeung, A. S., ve Tsuang, M. T. (1995). Correlates of psychosis proneness in relatives of schizophrenic

patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 390-394.
<http://dx.doi.Org/10.1037/0021-843X.104.2.390>

Macatee, R. J., Albanese, B. J., Allan, N. P., Schmidt, N. B., ve Cogle, J. R. (2016). Distress intolerance as a moderator of the relationship between daily stressors and affective symptoms: Tests of incremental and prospective relationships. *Journal of affective disorders*, 206, 125-132.

Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Grant, J. E., ve Rasmussen, S. A. (2005). Obsessive compulsive personality disorder and obsessive compulsive disorder: clinical characteristics, diagnostic difficulties, and treatment. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(4), 197-204.

Mantar, A., Yemez, B., ve Alkin, T. (2010). The validity and reliability of the Turkish version of the anxiety sensitivity index-3. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 225-234.

Marissen, M. A., Arnold, N., ve Franken, I. H. (2012). Anhedonia in borderline personality disorder and its relation to symptoms of impulsivity. *Psychopathology*, 45(3), 179-184.

McGuire, A. M. (1994). Helping behaviors in the natural environment: Dimensions and correlates of helping. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(1), 45-56.

McHugh, R. K., ve Otto, M. W. (2012). Refining the measurement of distress intolerance. *Behavior therapy*, 43(3), 641-651.

McHugh, R. K., Kertz, S. J., Weiss, R. B., Baskin-Sommers, A. R., Hearon, B. A., ve Björgvinsson, T. (2014). Changes in distress intolerance and treatment outcome in a partial hospital setting. *Behavior therapy*, 45(2), 232-240.

- McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological psychiatry*, 52(10), 938-946.
- Meehl, P. E. (1975). Hedonic capacity: Some conjectures. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 39(4), 295-307.
- Meehl, P. E. (2001). Primary and secondary hypohedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 188-193. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.110.1.188>
- Meinzer, M. C., Pettit, J. W., Leventhal, A. M., ve Hill, R. M. (2012). Explaining the covariance between attention-deficit hyperactivity disorder symptoms and depressive symptoms: The role of hedonic responsivity. *Journal of clinical psychology*, 68(10), 1111-1121.
- Menzies, R. G., & De Silva, P. (Eds.). (2003). Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment. John Wiley & Sons.
- Mohammadi, M. R., Ghanizadeh, A., ve Moini, R. (2007). Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder with psychiatric disorders in a community sample. *Depression and Anxiety*, 24(8), 602-607.
- Naragon-Gainey, K. (2010). Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychological bulletin*, 136(1), 128.
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M. A., Liang, K. Y., Bienvenu, O. J., Hoehn-Saric, R., ... ve Cullen, B. (2001). The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychological medicine*, 31(3), 481-487.

- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O. J., Liang, K. Y., LaBuda, M., ... ve Hoehn-Saric, R. (2000). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, 57(4), 358-363.
- Neumeister, A., Konstantinidis, A., Stastny, J., Schwarz, M. J., Vitouch, O., Willeit, M., ... ve Kasper, S. (2002). Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism (5HTTLPR) and behavioral responses to tryptophan depletion in healthy women with and without family history of depression. *Archives of general psychiatry*, 59(7), 613-620.
- Nolen-Hoeksema, S., ve Watkins, E. R. (2011). A heuristic for transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives in Psychological Science*, 6, 589–609.
- Noshirvani, H. F., Kasvikis, Y., Marks, I. M., Tsakiris, F. I. V. O. S., ve Monteiro, W. O. (1991). Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 158(2), 260-263.
- O’Cleirigh, C., Ironson, G., ve Smits, J. A. (2007). Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV?. *Behavior therapy*, 38(3), 314-323.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group -OCCWG. (2003). Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863–878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667-681.

- Otto, M. W., Pollack, M. H., Fava, M., Uccello, R., ve Rosenbaum, J. F. (1995). Elevated Anxiety Sensitivity Index scores in patients with major depression: Correlates and changes with antidepressant treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(2), 117-123.
- Öncü, B. (2017). İntihar davranışı: epidemiyoloji ve risk etmenleri. *Psikiyatride güncel-intihar*, 7(1), 1-14.
- Perugi, G., Akiskal, H. S., Pfanner, C., Presta, S., Gemignani, A., Milanfranchi, A., ... ve Cassano, G. B. (1997). The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Journal of affective disorders*, 46(1), 15-23.
- Pushkarskaya, H., Sobowale, K., Henick, D., Tolin, D. F., Anticevic, A., Pearlson, G. D., Levy, I., Harpaz-Rotem, I., ve Pittenger, C. (2019). Contrasting contributions of anhedonia to obsessive-compulsive, hoarding, and post-traumatic stress disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 109, 202–213. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.11.029>
- Quarantini, L. C., Torres, A. R., Sampaio, A. S., Fossaluza, V., de Mathis, M. A., Do Rosário, M. C., ... ve Koenen, K. C. (2011). Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Comprehensive psychiatry*, 52(4), 386-393.
- Quinn, E. P., Brandon, T. H., ve Copeland, A. L. (1996). Is task persistence related to smoking and substance abuse? The application of learned industriousness theory to addictive behaviors. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4(2), 186.

- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385–401.
- Raines, A. M., Oglesby, M. E., Capron, D. W., ve Schmidt, N. B. (2014). Obsessive compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 71-76.
- Rasmussen, S. A., ve Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, 15(4), 743-758.
- Rasmussen, S.A. ve Eisen, J.L. (1988). Clinical and epidemiologic findings of significance to neuropharmacologic trials in OCD. *Psychopharmacology Bulletin* 24, 466–470.
- Reiss S., ve McNally R.J. (1985). Expectancy model of fear. Theoretical issues in behavior therapy. S Reiss, RR Bootzin (Eds). San Diego, CA: Academic Press, s. 107-121.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical psychology review*, 11(2), 141-153.
- Rey, G., Jouvent, R., ve Dubal, S. (2009). Schizotypy, depression, and anxiety in physical and social anhedonia. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 695–708. <https://doi.org/10.1002/jclp.20577>
- Robinson, L. J., ve Freeston, M. H. (2014). Emotion and internal experience in obsessive compulsive disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 256-271.

- Rotge, J. Y., Guehl, D., Dilharreguy, B., Tignol, J., Bioulac, B., Allard, M., ... ve Aouizerate, B. (2009). Meta-analysis of brain volume changes in obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*, 65(1), 75-83.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., ve Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53-63.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 571-583.
- Salzman, L. ve Thaler, F. H. (1981). Obsessive-compulsive disorders: A review of the literature. *The American journal of psychiatry*, 138(3), 286-296.
- Sargın, A. E., Özdel, K., Utku, Ç., Kuru, E., Alkar, Ö. Y., ve Türkçapar, M. H. (2012). Sıkıntıya dayanma ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(3), 152-161.
- Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Gallagher, M.W., Bentley, K. H., Ametaj, A., ve Barlow, D. H. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 551–557.
- Schlaepfer, T. E., Cohen, M. X., Frick, C., Kosel, M., Brodesser, D., Axmacher, N.,.... ve Sturm, V. (2008). Deep brain stimulation to reward circuitry alleviates anhedonia in refractory major depression. *Neuropsychopharmacology*, 33, 368-377.

- Scott, E. L., Heimberg, R. G., ve Jack, M. S. (2000). Anxiety sensitivity in social phobia: comparison between social phobics with and without panic attacks. *Depression and anxiety*, 12(4), 189-192.
- Simons, J. S., ve Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29, 83–102.
- Snaith P (1993): Anhedonia: a neglected symptom of psychopathology. *Psychol Medicine* 23, 957–966.
- Snaith, R. P., Hamilton, M., Morley, S., Humayan, A., Hargreaves, D., ve Trigwell, P. (1995). A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith–Hamilton Pleasure Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 167(1), 99-103.
- Stein, D. J. (2008). Depression, anhedonia, and psychomotor symptoms: The role of dopaminergic neurocircuitry. *CNS Spectrum*, 13, 561-565.
- Steketee, G., Frost, R., ve Bogart, K. (1996). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: Interview versus self-report. *Behaviour research and therapy*, 34(8), 675-684.
- Strakowski, S. ve Nelson, E. (2015). Major Depressive Disorder. Oxford: Oxford University Press.
- Subramaniam, M., Abdin, E., Vaingankar, J., Shafie, S., Chang, S., Seow, E., ... ve Chong, S. A. (2020). Obsessive-compulsive disorder in Singapore: prevalence, comorbidity, quality of life and social support. *Ann Acad Med Singapore*, 49(1), 15-25.

- Sullivan, P. F., Neale, M. C., ve Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American journal of psychiatry*, 157(10), 1552-1562.
- Taylor, S., Koch, W. J., Woody, S., ve McLean, P. (1996). Anxiety sensitivity and depression: how are they related?. *Journal of abnormal psychology*, 105(3), 474.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., ... ve Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological assessment*, 19(2), 176.
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., ... ve Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978-1985.
- Torresan, R. C., Ramos-Cerqueira, A. T. A., Shavitt, R. G., do Rosário, M. C., de Mathis, M. A., Miguel, E. C., ve Torres, A. R. (2013). Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 209(2), 186-195.
- Treadway, M. T., ve Zald, D. H. (2011). Reconsidering anhedonia in depression: lessons from translational neuroscience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 537-555.
- Tükel, R., ve Demet, M. M. (2017). Obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar. In Obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar (1st ed., pp. 1–2). Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

- Tükel, R., Polat, A., Özdemir, Ö., Aksüt, D., ve Türksoy, N. (2002). Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 43(3), 204-209.
- Türkçapar, H. (2005). Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kendi Kendini Değerlendirme Formu (YBOKÖÖzDeğerlendirme). <https://www.bilisseldavranisci.org/images/stories/olcekler/yobcshakan.pdf>.
- Vulink, N., Denys, D., Bus, L., ve Westenberg, H. (2006). Sexual pleasure in women with obsessive-compulsive disorder? *Journal of Affective Disorders*, 91(1), 19–25.
- Wakefield, J. C. (1992). Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review*, 99, 232–247.
- Watkins, E. (2015). An alternative transdiagnostic mechanistic approach to affective disorders illustrated with research from clinical psychology. *Emotion Review*, 7(3), 250-255.
- Watkins, E. (2015). An alternative transdiagnostic mechanistic approach to affective disorders illustrated with research from clinical psychology. *Emotion Review*, 7(3), 250-255.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163–206.
- Watson, D. (2009). Differentiating the mood and anxiety disorders: A quadripartite model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 221–247.

- Watson, D., ve Naragon-Gainey, K. (2010). On the specificity of positive emotional dysfunction in psychopathology: Evidence from the mood and anxiety disorders and schizophrenia/schizotypy. *Clinical psychology review*, 30(7), 839-848.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Lee, C. K., ... ve Wickramaratne, P. J. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *The Journal of clinical psychiatry*, 55, 5-10.
- Weissman, M. M., Fendrich, M., Warner, V., ve Wickramaratne, P. (1992). Incidence of psychiatric disorder in offspring at high and low risk for depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(4), 640-648.
- Wender, P. H., Kety, S. S., Rosenthal, D., Schulsinger, F., Ortmann, J., ve Lunde, I. (1986). Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Archives of general psychiatry*, 43(10), 923-929.
- Wheaton, M. G., Deacon, B. J., McGrath, P. B., Berman, N. C., ve Abramowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety disorders*, 26(3), 401-408.
- Wheaton, M. G., Mahaffey, B., Timpano, K. R., Berman, N. C., ve Abramowitz, J. S. (2012). The relationship between anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(3), 891-896.
- WHO. (2022). ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders.

- Williams, A. D., Thompson, J., ve Andrews, G. (2013). The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour research and therapy*, 51(8), 469-475.
- Wise, R. A. (2008). Dopamine and reward: The anhedonia hypothesis 30 years on. *Neurotoxicity Research*, 14, 169-183. <http://dx.doi.org/10.1007/BF03033808>
- Yap, K., Mogan, C., ve Kyrios, M. (2012). Obsessive-compulsive disorder and comorbid depression: the role of OCD-related and non-specific factors. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 565-573.
- Zimmerman, M., Coryell, W., Pfohl, B., ve Stangl, D. (1986). The validity of four definitions of endogenous depression: II. Clinical, demographic, familial, and psychosocial correlates. *Archives of General Psychiatry*, 43(3), 234-244.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., McGlinchey, J. B., ve Young, D. (2006)a. Diagnosing major depressive disorder VI: Performance of an objective test as a diagnostic criterion. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(8), 565-569.
- Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Young, D., ve Chelminski, I. (2006)b. Diagnosing major depressive disorder III: can some symptoms be eliminated from the diagnostic criteria?. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(5), 313-317.
- Zinbarg RE, Brown TA, Barlow DH, ve Rapee RM. (2001). Anxiety sensitivity, panic, and depressed mood: A reanalysis teasing apart the contributions of the two levels in the hierarchical structure of the Anxiety Sensitivity Index. *J Abnorm Psychol*, 110, 372-377.

- Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., ve Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychological assessment*, 9(3), 277.
- Zitterl, W., Demal, U., Aigner, M., Lenz, G., Urban, C., Zapotoczky, H. G., ve Zitterl-Eglseer, K. (2000). Naturalistic course of obsessive compulsive disorder and comorbid depression: longitudinal results of a prospective follow-up study of 74 actively treated patients. *Psychopathology*, 33(2), 75-80.
- Zivetz, L. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines (Vol. 1). World Health Organization.
- Zohar, J. ve Insel, T. R. (1987). Obsessive-compulsive disorder: psychobiological approaches to diagnosis, treatment, and pathophysiology. *Biological Psychiatry*, 22(6), 667–687.



EKLER

Ek 1. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Etik Kurul Onay Belgesi

	T.C. İZMİR VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü	Kod	ARGE 1-FR-02
	SAĞLIK HİZMETLERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI AR-GE VE SAĞLIK İNOVASYONU BİRİMİ ARAŞTIRMA İZİN TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU	Yayın Tarihi	08.10.2018
		Rev.No/Tarihi	00/
		Sayfa	1/1

Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu

KARAR NO	BAŞVURU TARİH ve SAYISI	DEĞERLENDİRME TARİHİ	KARAR
2023/83	16.10.2023 226957277	07.11.2023	UYGUN

Açıklama:

Yürütücü/Sorumlu Araştırmacı Psk. Fatma Tuğçe YALÇINKAYA tarafından kurulumuza sunulan "Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Majör Depresyon Bozukluğu Arasındaki İlişkide Sıkıntıya Toleranssızlığın, Kaygı Duyarlılığının ve Anhedoninin Roller : Tanılar Üstü Yaklaşım Çerçevesinde Kesitsel Bir İnceleme " isimli araştırma başvuru dosyası ve ilgili ekleri incelenmiş olup, izin talebi değerlendirilerek, komisyon üyelerince oy birliği ile "**KABUL**" kararı verilmiştir.

Komisyon Başkanı
Hüseyin İbrahim YILMAZ

Üye
Uzman Aylin SEVERCAN

Üye
Uzman Özge YEŞİLDAG

Üye
Uzm. Dr. Nusret UYSAL

Üye
Uzm. Dr. Meryem ÇAKIR

Doç. Dr. M. Emre ERKUŞ
İl Sağlık Müdürü

İsmet Kaptan Mah. Hürriyet Bulvarı No:1 Konak /İZMİR
Tel: (0232) 445 24 95
E-posta adresi : izmir.arge@saglik.gov.tr

Bilgi : Hems. Ayşe ELİPEK ÖZÇINAR
Dahili :429

Ek 2 – BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Psikoloji Bölümü öğretim elemanlarından Doç. Dr. Zümrüt Gedik danışmanlığında, Psikolog Fatma Tuğçe Yalçinkaya tarafından, yüksek lisans tezi kapsamında majör depresyon bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozuklukta ortak tanılar üstü faktörlerin incelenmesi amacıyla yürütülmektedir. Soruların doğru veya yanlış, iyi veya kötü cevapları yoktur. Dolayısıyla soruları nasıl olması gerektiğini tahmin etmeye çalışarak değil, kendinizi en iyi yansıtacak şekilde cevaplamanız önemlidir.

Anketin normal cevaplama süresi 20 dakikadır. Çalışmanın hiçbir aşamasında kimliğiniz sorulmayacak, yanıtlarınız araştırmacı dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçlar yalnızca bilimsel yayınlarda kullanılacaktır.

Bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Anketler genel olarak size rahatsızlık verecek sorular içermemektedir. Ancak katılım sırasında kendinizi rahatsız hissederseniz, anketi cevaplamamakta serbestsiniz.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak, anketler ve sonuçlar ile ilgili herhangi bir sorunuz olursa Fatma Tuğçe Yalçinkaya (e-posta:) ile iletişime geçebilirsiniz.

İlginiz, değerli katkı ve katılımınız için teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllülük esası ile katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Tarih

İmza

Ek 3- DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:
2. Cinsiyet:
☐ Kadın ☐ Erkek
3. Medeni Durum:
☐ Bekar ☐ Evli ☐ Eşi vefat etmiş ☐ Boşanmış
4. Eğitim Durumu:
☐ Okuryazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul
☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans/Doktora
5. Hangi gelir düzeyinde olduğunuzu düşünüyorsunuz?:
☐ Çok düşük ☐ Düşük ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi
6. Yaşamınızın çoğunu nerede geçirdiniz?:
☐ Büyükşehir ☐ Şehir ☐ İlçe/Kasaba ☐ Köy
7. Mesleğiniz:
☐ Memur ☐ Esnaf ☐ Ev Hanımı ☐ İşsiz/Çalışmıyor
☐ İşçi ☐ Emekli ☐ Öğrenci ☐ Diğer
8. Bugüne kadar doktora giderek herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?
☐ Evet; Yanıtınız evet ise lütfen belirtiniz:.....
☐ Hayır
9. Ruhsal sorunlarınız için ilk ne zaman (hangi yıl) başvuruda bulundunuz?
10. Yakınmalarınız için nasıl bir tedavi aldınız/alıyorsunuz?
☐ Henüz hiçbir tedavi almıyorum, ilk kez başvuruda bulunuyorum.
☐ İlaç Tedavisi ne kadar süredir? :.....
☐ Psikoterapi ne kadar süredir? :.....
☐ İlaç ve Psikoterapi ne kadar süredir? :.....
11. Bu yakınmalar nedeniyle hastaneye yatışınız yapıldı mı?
☐ Hayır ☐ Evet kaç kez?.....

12. Daha önce intihar girişiminde

bulundunuz mu?() Hayır () Evet

13. Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan kimse var mı?

() Yok () Var Yakınlık derecesi: Tanısı:



Ek 4 - YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ-TÜRKÇE ÖZ BİLDİRİM FORMU

Şu andaki rahatsızlık düzeyinizi saptamak amacıyla oluşturulmuş olan aşağıdaki liste üzerinde **SON BİR HAFTANIZI** düşünerek zihninize takılan **takıntılar (obsesyon)** ve tekrar tekrar yapmak zorunda hissettiğiniz **zorlantılarınızı (Kompulsiyon)** puanlamanız istenmektedir. Puanlama yaparken her sorunun altındaki açıklamaları okuyarak size uygun gelen puanı takıntılar ve zorlantılar için **AYRI AYRI ALTLARINDA YER ALAN BOSLUĞA** yazınız.

Takıntılar (Obsesyon): Tekrar tekrar zihninize giren istenmeyen düşünceler, hayaller veya istekler. Siz istemeden gelirler ve sıklıkla sıkıntıya neden olurlar. Örneğin: bulaşma oldu mu? ... Kir var mı? Kapıyı açık bıraktım mı? Zarar verebilir miyim? Farkında olmadan yapmış olabilir miyim? Hata yaptım mı? Eksiklik var mı? istedim mi? istiyor muyum?

Zorlantılar (Kompulsiyon): Aşırı veya mantıksız bulmanıza rağmen yapmaktan kendinizi alamadığınız davranışlar. El yıkama, silme, kapıyı kontrol etme, musluğu kontrol, dönüp tekrar bakma, başkasına sorma, aynı düşünce veya istek aklı gelmeden hareketi tekrar yapma veya belli sayıda bazı hareketleri tekrarlama veya zihinsel işlemler sayı sayma, dua etme, tersini söyleme, rahatlatıcı kelimeler tekrarlama, konuyu zihinde tekrar canlandırarak inceleme, konu üzerinde düşünerek.

Geçen Hafta Boyunca		Takıntı (Obsesyon)	Zorlantı (Kompulsiyon)
1) Zaman-- Ne kadar zaman bunlarla meşgul oldunuz (Gün/ saat)?	0- Hiç 1- Hafif, (günde toplam 1 saatten az) veya kısa sürelerle gelip gidiyor (günde 8 kereden az) 2- Orta, (günde toplam 1-3 saat) veya sık sık gelen ama kısa süren (günde 8 kereden fazla ama günün büyük kısmı bunlar yok) 3- Ağır, (günde toplam 3-8 saat) veya çok sık bir şekilde kısa süreli olarak gelip geçen (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bölümünü bunlar işgal ediyor) 4- Çok ağır, (günde 8 saatten fazla) veya neredeyse sü-rekli bir şekilde gelip giden (sayılamayacak kadar çok ve arada çok nadiren 1 saat ara veren)		

2)Engel--Sosyal yaşantınızı ve işinizi ne kadar engelledi- ğini derecelendirin.	0- Hiç 1- Hafif, Sosyal hayatı veya işi çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan bir etki 2- Orta, Sosyal hayatı veya iş hayatını etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir bir durumda olan bir etki 3- Ağır, Sosyal hayatı veya iş verimini belirgin olarak olumsuz etkileyen bir durum 4- Çok ağır, iş görmez bir durum		
3) Rahatsızlık-- Sizde ne kadar sıkıntıya neden oldu?	0- Hiç 1- Hafif, <i>Obsesyonlar:</i> Ara sıra ve çok rahatsız edici değil. <i>Kompulsiyonlar:</i> engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyorum; kompulsif davranışı gerçekleştirirken çok az sıkıntı duyuyorum. 2- Orta, <i>Obsesyonlar</i> sık olarak çok rahatsızlık veriyor ancak halen baş edebiliyorum. <i>Kompulsiyonlar:</i> engellendiğinde sıkıntım artabilir ancak baş edebiliyorum; kompulsiyonu yaparken sıkıntı duyuyorum ancak baş edebiliyorum. 3- Ağır, <i>Obsesyonlar</i> çok sık olarak çok rahatsızlık veriyor. <i>Kompulsiyonlar:</i> Eğer kompulsiyonu yapmazsam veya engellenirse belirgin bir şekilde çok sıkıntı duyuyorum; kompulsiyonu yaparken belirgin şekilde çok sıkıntı duyuyorum. 4- Çok ağır, <i>Obsesyonlar</i> neredeyse sürekli ve beni iş göremez duruma gettiren bir rahatsızlık veriyor. 5- Kompulsiyonlarımı yapmazsam veya engellenirse çok şiddetli ve beni iş göremez duruma getiren bir sıkıntı duyuyorum; kompulsiyonu yaparken çok şiddetli ve beni iş göremez duruma getiren bir sıkıntı duyuyorum.		

Geçen Hafta Boyunca		Takıntı (Obsesyon)	Zorlantı (Kompulsiyon)
4) Direnme-- Direnebilmek için ne kadar çaba sarf ediyor- sunuz?	0- Her zaman direniyorum veya zaten o kadar az ki direnmeye gereksinim duymuyorum. 1-Çoğu zaman direnmeye çalışıyorum. 2- Direnmek için bir miktar çabalıyorum. 3- Hepsine teslim olmuş durumdayım; direnemiyorum ancak bu durumdan hoşnut değilim. 4-Hiç direnmiyorum. Tam ve gönüllü olarak boyun eğmiş durumdayım.		
5) Kontrol-- Ne kadar kontrol edebildiğinizi derecelendirin - durdurabilme veya başka yöne çevirebilme düzeyiniz nedir?	0- Tam olarak kontrol edebiliyorum. 1-Büyük oranda kontrol edebiliyorum <i>Obsesyonu</i> genellikle bir miktar çaba ve dikkatle durdurabiliyorum veya unutabiliyorum. <i>Kompulsif</i> davranışı yapmak için baskı hissetmeme rağmen genellikle istemli olarak kontrol edebiliyorum. 2-Orta derecede kontrol edebiliyorum. <i>Obsesyonu</i> bazen durdurabiliyorum veya unutabiliyorum. <i>Kompulsif</i> hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı var ancak güçlükle kontrol edebiliyorum. 3-Az miktarda kontrol edebiliyorum. <i>Obsesyonu</i> durdurmada nadiren başarılı olabiliyorum veya sadece zorlukla dikkatimi başka şeylere yönltebiliyorum. <i>Kompulsiyonları</i> durdurmak için çok fazla çaba harcamam gerekiyor, engelleyemiyorum sadece zorlukla yapmayı geciktirebiliyorum. 4-Kontrol edemiyorum. <i>Obsesyon</i> irademin dışında. Çok nadiren dikkatimi başka bir şeye verebildiğim oluyor. <i>Kompulsiyonları</i> sürekli yapıyorum yapmamak benim gücümü aşar, ancak anlık olarak geciktirebiliyorum.		

Ek 5 – BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son birhafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X)işareti koyunuz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4)	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm

10)	a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11)	a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışmıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18)	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok

- | | |
|-----|---|
| 19) | a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum
b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım
d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım |
| 20) | a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var
c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor
d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum |
| 21) | a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok
b. Eskişine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı |



Ek 6 - SIKINTIYA DAYANMA ÖLÇEĞİ

Lütfen 1 (tamamen katılıyorum) ile 5 (hiç katılmıyorum) arasında puanlama yapınız.

	Tamamen katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmek bana dayanılmaz gelir.					
2. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde tek düşünebildiğim ne kadar kötü hissettiğimdir.					
3. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmenin üstesinden gelemem.					
4. Sıkıntılı duygularım beni tamamen ele geçirecek kadar yoğundur.					
5. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmekten daha kötü bir şey yoktur.					
6. Sıkıntılı ya da üzgün olmaya diğer birçok kişi kadar katlanabilirim.					
7. Sıkıntı ya da üzüntü duygularım kabul edilemezdir.					
8. Sıkıntılı ya da üzüntülü hissetmemek için her şeyi yaparım.					
9. Diğer insanlar sıkıntılı veya üzüntülü hissetmeye benden daha çok dayanıyor gibiler.					

10. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmek her zaman benim için ateşten gömlektir.					
11. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde utanırım.					
12. Sıkıntılı hissetmek ya da üzüntülü olmak beni korkutur.					
13. Sıkıntılı veya üzgün hissetmeyi durdurmak için her şeyi yaparım.					
14. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde hemen bir şeyler yapmalıyım.					
15. Sıkıntılıya da üzgün hissettiğimde, sıkıntının aslında ne kadar kötü hissettirdiğine odaklanmaktan kendimi alamam.					

Ek 7- ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3

Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içerisine alınız. Eğer herhangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şey ile ilgiliyse (örn: toplum içinde bayılmak), böyle bir deneyim yaşamanız halinde nasıl hissedebileceğinizi temel alarak cevaplayınız. Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız. Her madde için sadece bir sayıyı daire içerisine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

	Çok Az	Az	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1- Sinirli görünmemek benim için önemlidir.					
2- Kafamı bir işe veremediğim zaman, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.					
3- Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.					
4-Midem rahatsız olduğunda, ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim.					
5- Zihnimi bir işe verememek beni korkutur.					
6- Başkalarının yanında titrediğimde, insanların benim için neler düşüneceğinden korkarım.					
7-Göğsüm sıkıştığında, düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım.					
8-Göğsümde ağrı hissettiğimde, kalp krizi geçireceğim diye endişelenirim.					
9- Diğer insanlar huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim.					
10-Kendimi tuhaf ya da boşlukta gibi hissettiğimde, ruhsal bir hastalığım olabileceğinden endişelenirim.					
11-İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur.					
12- Kalbimin teklediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim.					
13-Topluluk önünde terlemeye başladığımda, insanların hakkımda olumsuz düşüncelerinden korkarım.					

14-Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.					
15-Boğazım sıkılmış gibi hissettiğimde, boğularak öleceğimden endişelenirim.					
16-Net (berrak biçimde) düşünmekte zorluk çekersem, bende bir sorun olabileceğinden endişelenirim.					
17-Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm					
18- Zihnimde boşluk hissettiğimde, bende korkunç bir sorun olmasından endişelenirim.					

Ek 8 - SNAİTH-HAMİLTON KEYİF ALMA ÖLÇEĞİ

Bu anket, son birkaç gün içindeki keyif alma becerinizi ölçmek için tasarlanmıştır. Her bir soruyu çok dikkatli bir şekilde okumanız önemlidir. Her bir soruya ne kadar katılıp katılmadığınızı belirtmek için sadece tek bir şıkkı işaretleyiniz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. En sevdiğim televizyon ya da radyo programının tadını çıkartırdım.				
2. Ailemle veya yakın arkadaşlarımla olmaktan keyif alırdım.				
3. Hobilerim ve uğraşlarımdan keyif alırdım.				
4. En sevdiğim yemeğin tadını çıkartırdım.				
5. Sıcak bir banyo veya ferahlatıcı bir duştan keyif alırdım.				
6. Çiçek kokusu veya serin bir deniz esintisinin kokusu veya taze pişmiş ekmek kokusundankeyif alırdım.				
7. Diğer insanların gülen yüzlerini görmekten keyif alırdım.				
8. Dış görünüşüme çaba sarf ettiğimde şık görünmekten hoşlanırdım.				
9. Kitap, dergi veya gazete okumaktan keyif alırdım.				
10. Bir fincan çay ya da kahve veya favori bir içeceğimi içmekten keyif alırdım.				
11. Küçük şeylerden keyif alırdım, örneğin; parlak güneşli bir gün, bir arkadaştan gelen telefonçağrısı.				
12. Güzel bir peyzaj veya manzaradan keyif alırdım.				
13. Başkalarına yardım etmekten keyif alırdım.				
14. Diğer insanların övgüsünü aldığımda memnuniyet duyardım.				