



**T.C.  
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

# **OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK İLE TAKİPLİ OLGULARDA RUMİNASYONUN SOSYAL MEDYA KULLANIMI İLE İLİŞKİSİ**

**Dr. ALİ MERİÇ KURT**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. GONCA KARAKUŞ**

**ADANA-2025**



**T.C.  
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

# **OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK İLE TAKİPLİ OLGULARDA RUMİNASYONUN SOSYAL MEDYA KULLANIMI İLE İLİŞKİSİ**

**Dr. ALİ MERİÇ KURT**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. GONCA KARAKUŞ**

**ADANA-2025**

## TEŞEKKÜR



## İÇİNDEKİLER

|                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| TEŞEKKÜR.....                                                        | i  |
| İÇİNDEKİLER .....                                                    | ii |
| ÖZET .....                                                           | v  |
| ABSTRACT.....                                                        | xi |
| 1. GİRİŞ .....                                                       | 1  |
| 2. GENEL BİLGİLER .....                                              | 4  |
| 2.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk.....                                  | 4  |
| 2.1.1 OKB Tanımı .....                                               | 4  |
| 2.1.2 OKB Tarihçesi.....                                             | 5  |
| 2.1.3 OKB Epidemiyolojisi .....                                      | 7  |
| 2.1.4 OKB Etiyolojisi .....                                          | 9  |
| 2.1.4.1 Genetik ve Kalıtım.....                                      | 10 |
| 2.1.4.2 Nörobiyoloji.....                                            | 11 |
| 2.1.4.2.1 Nöroanotomi ve Görüntüleme.....                            | 11 |
| 2.1.4.2.2 Nörotransmitterler .....                                   | 14 |
| 2.1.4.2.3 İmmünoloji.....                                            | 17 |
| 2.1.4.3 Psikolojik Kuramlar .....                                    | 18 |
| 2.1.4.3.1 Psikoanalitik Kuram.....                                   | 18 |
| 2.1.4.3.1 Bilişsel ve Davranışçı Kuram.....                          | 19 |
| 2.1.4.4 OKB ve Çevresel Faktörler.....                               | 21 |
| 2.1.5 OKB Tanısı ve Klinik Özellikleri.....                          | 21 |
| 2.1.5.1 OKB Tanısı .....                                             | 21 |
| 2.1.5.1.2 DSM-5 Tanı Kriterleri.....                                 | 22 |
| 2.1.5.1.3 ICD-11 Tanı Kriterleri .....                               | 24 |
| 2.1.5.2 OKB Klinik Özellikleri.....                                  | 26 |
| 2.1.5.2.1 Kirlenme Obsesyonları ve Temizlik Kompulsiyonları .....    | 26 |
| 2.1.5.2.2 Şüphe Obsesyonları ve Kontrol Kompulsiyonları .....        | 27 |
| 2.1.5.2.3 Cinsel/dini Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar .....   | 27 |
| 2.1.5.2.4 Saldırganlık Obsesyonları ve İlişkili Kompulsiyonlar ..... | 28 |
| 2.1.5.2.5 Simetri, Düzen, Sayma Obsesyonları ve Kompulsiyonları..... | 29 |
| 2.1.5.2.6 İstifleme Obsesyon ve Kompulsiyonları.....                 | 29 |

|                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1.5.2.7 Diğer Obsesyon ve Kompulsiyonlar .....                                                                         | 29 |
| 2.1.5.2.8 Otojen ve Reaktif Obsesyonlar .....                                                                            | 29 |
| 2.1.6 OKB ve Komorbid Ruhsal Bozukluklar.....                                                                            | 30 |
| 2.1.7 OKB Tedavisi .....                                                                                                 | 31 |
| 2.2 Ruminasyon.....                                                                                                      | 34 |
| 2.2.1 Ruminasyon Nedir? .....                                                                                            | 34 |
| 2.2.2 Ruminasyon Teori ve Modelleri.....                                                                                 | 37 |
| 2.2.2.1 Tepki Biçimleri Teorisi ( <i>The Response Styles Theory</i> ) .....                                              | 37 |
| 2.2.2.2 Üzüntü Üzerine Ruminasyon ( <i>Rumination on Sadness Theory</i> ) .....                                          | 38 |
| 2.2.2.3 Strese Reaktif Ruminasyon ( <i>The Stress-Reactive Model of Rumination</i> ).....                                | 38 |
| 2.2.2.4 Hedef-İlerleme Teorisi ( <i>The Goal Progress Theory</i> ) .....                                                 | 39 |
| 2.2.2.5 Kendini Düzenleyen Yönetici İşlevler Modeli ( <i>The self-regulatory executive function theory/ S-REF</i> )..... | 40 |
| 2.2.2.6 2 × 2 Teorik Ruminasyon Modeli.....                                                                              | 41 |
| 2.2.3 Ruminasyon Çeşitleri .....                                                                                         | 42 |
| 2.2.4 Ruminasyon ile Girici Düşünceler, Obsesyonlar ve OKB İlişkisi .....                                                | 44 |
| 2.3 Sosyal Medya Kullanımı.....                                                                                          | 48 |
| 2.3.1 Sosyal Medya Kavramı .....                                                                                         | 48 |
| 2.3.2 Sosyal Medya Araçları .....                                                                                        | 49 |
| 2.3.3 Sosyal Medya Kullanım Yaygınlığı .....                                                                             | 50 |
| 2.3.3 Sosyal Medya Bağımlılığı .....                                                                                     | 53 |
| 2.3.4 Sosyal Medya Bağımlılığı ve OKB İlişkisi .....                                                                     | 55 |
| 2.3.5 Sosyal Medya Bağımlılığı ve Ruminasyon İlişkisi .....                                                              | 58 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....                                                                                                  | 63 |
| 3.1 Verilerin Toplanması .....                                                                                           | 63 |
| 3.2 Veri Toplama Araçları .....                                                                                          | 64 |
| 3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu .....                                                                                   | 64 |
| 3.2.2 OKB Veri Formu .....                                                                                               | 64 |
| 3.2.3 DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (SCID-5-CV) .....                                          | 64 |
| 3.2.4 Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOKÖ).....                                                 | 65 |
| 3.2.5 Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği (SMBÖ).....                                                                         | 66 |
| 3.2.6 Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği (B-SMBÖ) .....                                                               | 67 |
| 3.2.7 Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği (PANRS) .....                                                                 | 67 |
| 3.3 İstatistiksel Analiz.....                                                                                            | 68 |

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| 4. BULGULAR.....          | 70  |
| 5. TARTIşMA .....         | 93  |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 107 |
| 7. KAYNAKÇA.....          | 111 |
| 8. EKLER.....             | 128 |



## TABLO LİSTESİ

|                                                                                                                                                                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 1. OKB hastaları ile sağlıklı bireylerin demografik özelliklerinin karşılaştırılması.....                                                                                                                                                        | 71 |
| Tablo 2. OKB hastaları ve sağlıklı bireylerin sosyal medya kullanım alışkanlıklarının karşılaştırılması.....                                                                                                                                           | 72 |
| Tablo 3. OKB hastalarında sosyodemografik özellikler ile sosyal medya bağımlılık ölçekleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi .....                                                                                                                | 73 |
| Tablo 4. OKB grubunda SMBÖ puanı ve B-SMBÖ puanı ile yaş ve eğitim yılı arasındaki korelasyon analizi .....                                                                                                                                            | 75 |
| Tablo 5. Kontrol grubunda sosyodemografik özellikler ile sosyal medya bağımlılık ölçekleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi .....                                                                                                                | 75 |
| Tablo 6. Kontrol grubunda SMBÖ puanı ve B-SMBÖ puanı ile yaş ve eğitim yılı arasındaki korelasyon analizi .....                                                                                                                                        | 77 |
| Tablo 7. OKB hastalarında sosyodemografik özellikler ile pozitif ve negatif ruminasyon alt ölçekleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi .....                                                                                                      | 78 |
| Tablo 8. OKB hastalarında Pozitif ve Negatif Ruminasyon alt ölçek puanlarının yaş ve eğitim yılı ile korelasyonu .....                                                                                                                                 | 79 |
| Tablo 9. Kontrol grubunda sosyodemografik özellikler ile Pozitif ve Negatif Ruminasyon alt ölçekleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi .....                                                                                                      | 80 |
| Tablo 10. Kontrol grubunda Pozitif ve Negatif Ruminasyon alt ölçek puanlarının yaş ve eğitim yılı ile korelasyonu .....                                                                                                                                | 81 |
| Tablo 11. OKB tanıli hastaların sosyal medya kullanım özellikleri ile Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği ve Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi .....                                                    | 82 |
| Tablo 12. Kontrol Grubunun sosyal medya kullanım özellikleri ile Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği ve Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ....                                                          | 82 |
| Tablo 13. OKB ve Kontrol Grupları arasında Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği, Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği, Pozitif Ruminasyon, Negatif Ruminasyon, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması .....                   | 83 |
| Tablo 14. OKB grubunun hastalıkla ilişkili klinik özellikleri .....                                                                                                                                                                                    | 84 |
| Tablo 15. OKB tanıli hastalarda hastalıkla ilişkili klinik özellikler ile sosyal medya bağımlılık ölçekleri ve ruminasyon ölçekleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi .....                                                                       | 85 |
| Tablo 16. OKB tanıli hastalarda Sosyal Medya Bağımlılığı ve Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçek Puanları ile klinik değişkenler arasındaki korelasyonlar .....                                                                                         | 86 |
| Tablo 17. OKB tanıli hastalarda baskın obsesyon ve baskın kompulsiyon türü ile Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği puanı, Bergen Sosyal Medya Ölçek Puanı, Pozitif Ruminasyon alt ölçek Puanı ve Negatif Ruminasyon alt ölçek puanı arasındaki ilişki ..... | 86 |

|                                                                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 18. Hasta grubunda ölçek puanları ile sosyal medya kullanım özellikleri arasındaki korelasyonlar.....                                              | 88 |
| Tablo 19. OKB tanılı hastalarda ölçek puanları arasındaki korelasyonlar (n=112) .....                                                                    | 88 |
| Tablo 20. Sağlıklı kontrol grubunda ölçek puanları arasındaki korelasyonlar (n = 108) .....                                                              | 89 |
| Tablo 21. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ile Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği arasındaki ilişkide Pozitif Ruminasyonun mediasyon rolü ..... | 90 |
| Tablo 22. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ile Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği arasındaki ilişkide Negatif Ruminasyonun mediasyon rolü.....  | 92 |



## ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil-1.** Ocak 2024 tarihinde We Are Social adlı araştırma şirketi tarafından yayımlanan Digital 2024 raporunun sonuçları. ....51
- Şekil-2.** Ocak 2024 tarihinde We Are Social adlı araştırma şirketi tarafından yayımlanan Digital 2024 raporunun sonuçları. ....52
- Şekil 3.** Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ile Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği arasındaki ilişkide Pozitif Ruminasyonun mediasyon rolü .....91
- Şekil 4.** Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ile Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği arasındaki ilişkide Negatif Ruminasyonun mediasyon rolü.....92



## KISALTMALAR LİSTESİ

|        |                                                                             |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 5-HIAA | : 5 Hidroksi İndol Asetik Asit                                              |
| 5-HT   | : 5 Hidroksitriptamin                                                       |
| ACC    | : Anterior Singulat Korteks                                                 |
| BDS    | : Bilişsel Dikkat Sendromu                                                  |
| BDT    | : Bilişsel Davranışçı Terapi                                                |
| BOS    | : Beyin Omurilik Sıvısı                                                     |
| BSMBÖ  | : Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği                                    |
| BT     | : Bilgisayarlı Tomografi                                                    |
| DTI    | : Difüzyon Tensör Görüntüleme                                               |
| DSM-5  | : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı                   |
| FMRT   | : Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme                                 |
| FoMO   | : Gelişmeleri Kaçırma Korkusu                                               |
| GABA   | : Gama Amino Bütirik Asit                                                   |
| ICD    | : Uluslararası Hastalık Sınıflandırması                                     |
| KSTK   | : Kortiko-Striato-Talamo-Kortikal                                           |
| MDB    | : Majör Depresif Bozukluk                                                   |
| MRG    | : Manyetik Rezonans Görüntüleme                                             |
| NAc    | : Nucleus Accumbens                                                         |
| NR     | : Negatif Ruminasyon                                                        |
| OFC    | : Orbitofrontal Korteks                                                     |
| OKB    | : Obsesif Kompulsif Bozukluk                                                |
| PANRS  | : Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği                                      |
| PCC    | : Posterior Singulat Korteks                                                |
| PFC    | : Prefrontal Korteks                                                        |
| PET    | : Pozitron Emisyon Tomografisi                                              |
| PR     | : Pozitif Ruminasyon                                                        |
| SCID-5 | : DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme – Klinik Versiyonu |
| SM     | : Sosyal Medya                                                              |
| SMB    | : Sosyal Medya Bağımlılığı                                                  |

|       |                                                         |
|-------|---------------------------------------------------------|
| SMBÖ  | : Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği                       |
| SPECT | : Tek Foton Emisyonlu Bilgisayarlı Tomografi            |
| SSRI  | : Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri              |
| TCA   | : Trisiklik Antidepresanlar                             |
| TSSB  | : Travma Sonrası Stres Bozukluğu                        |
| YBOKÖ | : Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği |



## ÖZET

### OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK İLE TAKİPLİ OLGULARDA RUMİNASYONUN SOSYAL MEDYA KULLANIMI İLE İLİŞKİSİ

**Amaç:** Bu çalışmada, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı almış bireylerde OKB semptom şiddeti, pozitif ve negatif ruminasyon alt ölçeği puanlarının sosyal medya kullanım alışkanlıkları ve sosyal medya bağımlılığı ile olan ilişkilerini çok boyutlu bir yaklaşımla değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya 112 OKB tanılı birey ve 108 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 220 kişi dahil edilmiştir. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği (PANRS), Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği (SMBÖ) ve Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği (B-SMBÖ) uygulanmıştır. OKB grubuna ayrıca Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOKÖ), OKB Veri Formu ve DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme – Klinik Versiyon (SCID-5-CV) uygulanmıştır. OKB tanısı SCID-5-CV ile doğrulanmış, eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar dışlanmıştır. Ölçek puanları ve korelasyonlar istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:** OKB grubunun Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği (SMBÖ), Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği (B-SMBÖ) ve Negatif Ruminasyon alt ölçeği puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek; Pozitif Ruminasyon alt ölçeği puanı ise anlamlı düzeyde düşüktür (tüm  $p < 0.001$ ). Sosyal medya bağımlılık ölçeği puanları, hem Negatif Ruminasyon alt ölçeği hem de YBOKÖ puanlarıyla pozitif yönde; Pozitif Ruminasyon alt ölçeği puanı ile ise negatif yönde anlamlı ilişki göstermektedir (tüm  $p < 0.001$ ). Obsesyon ve kompulsiyon alt tiplerine göre sosyal medya bağımlılık ölçeği puanlarında fark gözlenirse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ). Medyasyon analizleri, negatif ruminasyonun OKB semptom şiddeti ile sosyal medya bağımlılığı arasında kısmi bir aracı rol oynadığını; pozitif ruminasyon için böyle bir aracılık etkisi bulunmadığını göstermiştir.

**Sonuç:** OKB tanılı bireylerde sosyal medya bağımlılık ölçeği puanları kontrol grubundan yüksektir. Sosyal medya bağımlılık ölçek puanları hastalık şiddeti ve ruminasyonun hem pozitif hem de negatif boyutu ile ilişkilidir. OKB ile takipli olgularda negatif ruminasyon alt ölçeği puanlarının hem OKB semptom şiddeti hem de sosyal medya bağımlılığı ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olması, negatif ruminasyonun obsesif kompulsif semptomlar ile problemli sosyal medya kullanımı arasındaki ilişkide belirleyici bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Obsesif Kompulsif Bozukluk, Sosyal Medya Bağımlılığı, Pozitif Ruminasyon, Negatif Ruminasyon

## ABSTRACT

### THE RELATIONSHIP BETWEEN RUMINATION AND SOCIAL MEDIA USE IN PATIENTS DIAGNOSED WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

**Objective:** This study aimed to examine, through a multidimensional approach, the relationships between symptom severity of obsessive-compulsive disorder (OCD), levels of positive and negative rumination, social media use habits, and social media addiction in individuals diagnosed with OCD.

**Method:** The study included a total of 220 participants, consisting of 112 individuals diagnosed with OCD and 108 healthy controls. Participants were administered a Sociodemographic Data Form, the Positive and Negative Rumination Scale (PANRS), the Social Media Addiction Scale (SMAS), and the Bergen Social Media Addiction Scale (B-SMAS). Additionally, the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), an OCD Data Form, and the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders – Clinician Version (SCID-5-CV) were applied to the OCD group. OCD diagnoses were confirmed via SCID-5-CV, and comorbid psychiatric conditions were excluded. Scale scores and correlations were analyzed statistically.

**Results:** The OCD group scored significantly higher than the control group on the Social Media Addiction Scale, the Bergen Social Media Addiction Scale, and the negative rumination subscale, while scoring significantly lower on the positive rumination subscale (all  $p < 0.001$ ). Social media addiction scores were positively correlated with both negative rumination and Y-BOCS scores, and negatively correlated with positive rumination scores (all  $p < 0.001$ ). Although social media addiction scores differed across obsession and compulsion subtypes, these differences were not statistically significant ( $p > 0.05$ ). Mediation analyses indicated that negative rumination partially mediated the relationship between OCD symptom severity and social media addiction, whereas no significant mediating effect was found for positive rumination.

**Conclusion:** In individuals diagnosed with OCD, scores on the social media addiction scale are higher than those in the control group. These scores are associated with both the severity of the disorder and with both the positive and negative dimensions of rumination. The finding that negative rumination subscale scores are significantly and positively correlated with both OCD symptom severity and social media addiction in individuals with OCD suggests that negative rumination may play a key role in the relationship between obsessive-compulsive symptoms and problematic social media use.

**Keywords:** Obsessive-Compulsive Disorder, Social Media Addiction, Positive Rumination, Negative Rumination

# 1. GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), bireyde yineleyici biçimde ortaya çıkan istemsiz düşünceler, imgeler veya dürtüler (obsesyonlar) ile obsesyonlara karşı geliştirilen, genellikle kurallara bağlı ve tekrarlayıcı davranışlar ya da zihinsel eylemler (kompulsiyonlar) ile karakterize bir psikiyatrik bozukluktur<sup>1</sup>. Obsesyon ve kompulsiyonlar bireyin zamanını önemli ölçüde tüketerek günlük yaşam işlevselliğini, mesleki performansını ve sosyal ilişkilerini belirgin şekilde bozabilir<sup>2</sup>. OKB'nin benliğe yabancı (ego-distonic) yapısı, bireyin bu düşünce ve davranışları mantıksız bulmasına rağmen kontrol edememesiyle belirginleşmektedir<sup>3</sup>. Her ne kadar bazı bireyler obsesyonlarını mantıklı veya haklı bulsa da, tanı sistemleri bu farklılıkları dikkate alarak benliğe yabancılik kriterini zorunlu tutmamaktadır<sup>1</sup>. Epidemiyolojik veriler, OKB'nin yaşam boyu yaygınlığının genel toplumda %1,2 ile %3 arasında değiştiğini ortaya koymaktadır<sup>4</sup>. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise bu oran %0,5 ile %2,6 arasında saptanmıştır<sup>5</sup>. Kadınlarda hastalığın görülme sıklığının daha yüksek olduğu, erkeklerde ise başlangıç yaşının daha erken olduğu bildirilmiştir<sup>6</sup>.

Ruminasyon, bireyin geçmiş yaşantıları, olumsuz duyguları veya stresli olayları tekrar tekrar düşünme eğiliminde olmasıyla tanımlanan, süregelen ve içsel bir bilişsel süreçtir<sup>7</sup>. Bu süreç, çoğunlukla çözüme ulaşmayan zihinsel uğraşlar şeklinde seyretmekte ve bireyin mevcut ruhsal durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir<sup>8</sup>. Ruminatif düşünme biçimi, yalnızca depresyon ve anksiyete bozuklukları ile değil, aynı zamanda OKB, travma sonrası stres bozukluğu ve yeme bozuklukları gibi birçok psikopatolojiyle ilişkilendirilmiştir<sup>9</sup>. Ruminasyonun yaygınlığına dair yapılan araştırmalar, hem klinik hem de toplum örneklemelerinde bu düşünce biçiminin önemli düzeyde görülebildiğini göstermektedir. Kadınlarda daha yüksek sıklıkla gözlenebildiği belirtilmiş, bunun ise özellikle travmatik yaşam olaylarına daha sık maruz kalma ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür<sup>10</sup>.

Pozitif ve negatif ruminasyon kavramları, bireyin odaklandığı duygulara ve düşünce içeriğine göre ayırt edilmektedir. Pozitif ruminasyon, bireyin olumlu duygular ve deneyimler üzerine tekrar eden düşünceler geliştirmesiyle tanımlanırken; negatif ruminasyon, olumsuz duygulanım ve stres kaynaklı olaylar etrafında döngüsel düşünme

biçimini ifade eder<sup>11</sup>. Bu ayrım, ruminasyonun tümüyle patolojik bir süreç olmadığını, bazı durumlarda yapıcı bir işlev de görebileceğini göstermektedir. Yang ve arkadaşlarının geliştirdiği 2x2 teorik modelde ruminasyon, olumlu ya da olumsuz duygularla ilişkili olarak hem işlevsel hem de işlevsiz biçimlerde değerlendirilmiştir<sup>11</sup>. Bu çok boyutlu yaklaşım, bireylerin ruminatif süreçlerinin psikolojik uyum üzerindeki etkilerini daha doğru analiz edebilme olanağı sunmaktadır.

Sosyal medya, bireylerin çevrim içi ortamda içerik üretip paylaşımlarına ve etkileşim kurmalarına olanak tanıyan dijital platformlar bütünüdür<sup>12</sup>. Sosyal medya, bireylerin günlük yaşamlarında sıkça kullandığı bir iletişim aracı haline gelmiş, dijital etkileşimin en yaygın biçimlerinden biri olmuştur<sup>13</sup>. 2024 yılı itibarıyla dünya genelinde 5 milyardan fazla sosyal medya kullanıcısı bulunduğu, Türkiye’de ise erişkin nüfusun yaklaşık %87’sinin bu platformlarda aktif olduğu bildirilmiştir<sup>14,15</sup>. Sosyal medya bağımlılığı, bireyin sosyal medya kullanımını kontrol edememesi, bu kullanımı azaltmaya yönelik çabalarının başarısız olması ve kullanıma bağlı olarak akademik, sosyal ya da mesleki işlevlerinde bozulma yaşaması durumlarını kapsamaktadır<sup>16</sup>. Kültürel yapıya göre değişmekle birlikte, sosyal medya bağımlılığının küresel yaygınlığı %17 ile %30 arasında değişmektedir<sup>17,18</sup>.

OKB ile ruminatif düşünce süreçleri arasında önemli ilişkiler bulunmuştur. Ruminatif eğilimlerin, obsesyonların sıklığını, kalıcılığını ve bireyde oluşturduğu huzursuzluk düzeyini artırabileceği öne sürülmektedir<sup>19</sup>. Bazı araştırmalar, OKB semptomlarının sürdürülebilirliğinde ruminasyonun aracı rol oynayabileceğini, hatta ruminatif düşünce biçimlerinin obsesif düşüncelerle başa çıkma çabası olarak işlev gördüğünü göstermiştir<sup>20</sup>. Diğer yandan, sosyal medya ile OKB arasında da doğrudan ilişkiler saptanmıştır. OKB semptomları yüksek bireylerin, sosyal medya içeriklerini kontrol etme eğiliminde oldukları ve bu eğilimin sosyal medya kullanımını kompulsif hale getirebildiği bildirilmiştir<sup>21</sup>. Ruminasyon ile sosyal medya kullanımı arasındaki ilişki de dikkat çekicidir; sosyal karşılaştırma, olumsuz duygulanım ve kontrolsüz düşünce döngüleri sosyal medya bağımlılığı riskini artırabilmektedir<sup>22</sup>.

Çalışmamızın temel hipotezlerini şunlar oluşturmaktadır: OKB tanılı bireylerde sosyal medya bağımlılığı ölçek puanları sağlıklı bireylere kıyasla daha yüksektir. Negatif ruminasyon düzeyleri OKB grubunda daha yüksek, pozitif ruminasyon düzeyleri ise kontrol grubunda daha yüksektir. Her iki grupta da negatif ruminasyon

düzeyleri yüksek olan kişilerde sosyal medya bağımlılığı ölçek puanları daha yüksektir. OKB grubunda OKB semptom düzeyleri ile sosyal medya bağımlılığı ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler vardır. Bu doğrultuda çalışmada, OKB tanısı almış bireylerde OKB semptom şiddeti, pozitif ve negatif ruminasyon düzeylerinin sosyal medya kullanım alışkanlıkları ve sosyal medya bağımlılığı ile olan ilişkilerini çok boyutlu bir yaklaşımla değerlendirmek amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk

#### 2.1.1 OKB Tanımı

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'na (ICD) göre Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), bireyde istem dışı, tekrarlayıcı düşünceler, dürtüler veya hayali imgeler (obsesyonlar) ile bu düşünceleri hafifletmeye yönelik yineleyici ve genellikle ritüelistik özellik taşıyan davranışlar ya da zihinsel eylemler (kompulsiyonlar) ile karakterize edilen bir ruhsal hastalıktır. OKB, obsesyon (takıntı), kompulsiyon (zorlantı) ya da her ikisinin bir arada bulunmasıyla seyreden bir psikiyatrik bozukluktur<sup>1,23</sup>. Obsesyon ve kompulsiyonlar, bireyin zamanının büyük bir kısmını alarak günlük rutinlerini, mesleki performansını, sosyal etkinliklere katılımını ve kişilerarası ilişkilerini anlamlı derecede bozabilir<sup>2</sup>. Obsesyon terimi, Latince *obsidere* (kuşatılmak, ele geçirilmek) kelimesinden türemiş olup, bireyin belirli bir düşünce içeriğinden uzaklaşamaması durumunu ifade eder. Kavramsal olarak obsesyon, kişinin bilinç alanında kendiliğinden beliren, tekrarlayıcı, sıkıntı verici ve bireyin mantıksız veya hatalı olduğunu kabul ettiği düşünce, dürtü ya da imgeler olarak tanımlanır<sup>3</sup>. Kompulsiyon terimi ise Latince *compollere* kelimesinden türemiş olup, zorlanmış veya köşeye sıkışmış olma anlamına gelir. Tanımsal olarak kompulsiyon (zorlantı), genellikle obsesyonların neden olduğu kaygıyı azaltmak amacıyla belirli kurallar doğrultusunda gerçekleştirilen motor ya da zihinsel eylemleri ifade eder<sup>3</sup>.

Hastalar obsesyonlarını genellikle "takıntı, vesvese, saplantı" ya da "evham" gibi kelimelerle tarif etmektedir<sup>24</sup>. OKB hastalarının çoğu, obsesyon ve kompulsiyonlarının gereksiz yere aşırı olduğunu ve bir ruhsal bozukluğun belirtisi olarak değerlendirilebileceğini kabul etmektedir. Bu durum, OKB'nin benliğe yabancı yani ego-distonik bir yapıya sahip olmasına neden olmakta ve bireyin günlük işlevselliğinde ciddi aksamalara yol açabilmektedir<sup>1</sup>. Yine de bazı bireyler obsesyonlarını mantıksız veya anlamsız olarak değerlendirmez<sup>25</sup>. Bu nedenle hem DSM hem de ICD güncel tanı sistemleride OKB için benliğe yabancı olma zorunluluğu yoktur. OKB tanısı alan bireylerde işlevsellik kaybı; kişisel, ailevi, sosyal, mesleki veya akademik alanlarda

gözlemlenebilir<sup>26</sup>. OKB, kültürel faktörlere duyarlılık göstermekle birlikte, temel belirtilerinin farklı kültürlerde benzerlik taşıdığı bilinmektedir. Ancak bazı araştırmalar, OKB belirtilerinin iç faktörler (yaş, cinsiyet, zeka düzeyi) ve dış faktörler (tarihsel, sosyo-ekonomik ve kültürel farklılıklar, dini geçmiş) doğrultusunda içerik ve sıklık açısından değişkenlik gösterebileceğini ortaya koymaktadır<sup>27, 28</sup>.

### 2.1.2 OKB Tarihçesi

OKB tarihçesi antik çağlardan Orta Çağ'a kadar uzanmaktadır. Obsesif ve kompulsif belirtiler, tarih boyunca farklı kültürlerde gözlemlenmiş ve çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Eski dini metinlerde ve yazıtlarda obsesyon ve kompulsiyonlara ilişkin örneklerle rastlanmaktadır. Ayrıca, dini ve büyüsel ritüeller ile obsesyon ve kompulsiyonlar arasındaki benzerlikler dikkat çekicidir<sup>29</sup>. Shakespeare'in ünlü eserinde, Lady Macbeth karakteri suçluluk duygusuna dayalı obsesyonlar ve el yıkama kompulsiyonlarının çarpıcı bir örneğini sunmaktadır. Kocasını öldürdükten sonra yoğun suçluluk hisseden Lady Macbeth, bu duyguyla baş edebilmek için sürekli ellerini yıkama davranışı sergilemiş ve ellerinin kirli olduğu düşüncesinden kurtulamamıştır<sup>30</sup>.

Antik çağlardan itibaren insanlar, zihinsel tekrarlar ve takıntılı davranışlarla ilişkili belirtileri gözlemleyip tanımlamışlardır. Ancak, bu belirtiler günümüzde anlaşıldığı şekliyle OKB olarak sınıflandırılmamış, farklı inanç ve düşünce sistemleri çerçevesinde yorumlanmıştır.

OKB modern anlamda tanımlanması ve anlaşılması 19. yüzyılda gelişmeye başlamıştır. Obsesyon ve kompulsiyon kavramları ilk kez 1838 yılında Jean-Étienne Dominique Esquirol tarafından tanımlanmış, "obsesyon" terimi ise 1866 yılında Morel tarafından kullanılmıştır<sup>30, 31</sup>. Esquirol ve onu takip eden klinisyenler, OKB'yi başlangıçta "içgörüsü olan delilik" olarak tanımlamışlardır. Ancak, 19. yüzyılın sonlarına doğru, bu durumun "delilik" kavramından bağımsız bir hastalık olduğu görüşü giderek kabul görmüş ve bozukluğun nöral temelleri üzerine tartışmalar başlamıştır<sup>31</sup>. Uzun yıllar boyunca OKB belirtileri, depresyon ve psikoz çerçevesinde ele alınmıştır.

1878'de Alman klinisyen Carl Westphal, OKB'nin temel mekanizmasının akıl dışı düşünceler olduğunu öne sürerek bu düşünceleri "mental tikler" olarak tanımlamıştır<sup>32</sup>. Bu yaklaşım, bozukluğun bilişsel süreçler ve nörobiyolojik temelleri açısından incelenmesine zemin hazırlamıştır<sup>33</sup>. 1900'lü yılların başlarında Pierre Janet,

obsesyonları, kompulsiyonları ve fobileri “psikastenî” başlığı altında sınıflandırarak bu durumu “kuşku hastalığı” olarak tanımlamıştır. Daha sonraki dönemlerde ise bu klinik tablo farklı terimlerle adlandırılmış; “obsesif kompulsif reaksiyon”, “obsesif kompulsif nevroz” ve “anankastik nevroz” gibi kavramlar literatürde yerini almıştır<sup>34</sup>.

20. yüzyılın başlarında Pierre Janet ve Kurt Schneider, obsesif kompulsif nevrozu ayrı bir klinik antite olarak tanımlamış ve bu bozukluğu belirli ölçütler çerçevesinde ele almışlardır<sup>35</sup>. Bu ölçütlerden ilki, bireyin belirli düşünceleri, duyguları veya davranışları tekrarlama konusunda içsel bir zorunluluk hissetmesidir. Kişi, istem dışı şekilde belirli düşüncelerin zihnine gelmesini veya belirli eylemleri gerçekleştirme gereksinimi duymasını engelleyemez. İkinci ölçüt, obsesyonların birey tarafından benliğe yabancı ya da mantıksız olarak algılanması ve kişinin bu düşüncelerin gerçek dışı veya aşırı olduğunu fark etmesidir. Bu bağlamda, birey içgörüsünü büyük ölçüde korur ve sahip olduğu düşüncelerin kendi iradesi dışında oluştuğunu hisseder. Üçüncü ölçüt ise obsesyonlara karşı gösterilen dirençtir. Kişi, zihnine yerleşen bu düşüncelerden kurtulmaya ya da bunları bastırmaya çalışır, ancak genellikle bu çabalar başarısız olur ve obsesyonlar ile kompulsiyonlar sürekli bir döngü halinde devam eder. Bu ölçütler, obsesif kompulsif nevrozun diğer psikiyatrik bozukluklardan ayrılmasını sağlayan temel bileşenler olarak kabul edilmiştir<sup>36</sup>.

Obsesif kompulsif yaşantılar, ilk kez DSM-I'de tanımlanmış olup, DSM-II'de "Obsesif Kompulsif Nevroz" olarak adlandırılmıştır<sup>37</sup>. Ancak, günümüzdeki fenomenolojik bakış açısına en uygun tanımlama, DSM-III'te "Obsesif Kompulsif Bozukluk" teriminin kullanılmasıyla sağlanmıştır. DSM-III'te obsesyon ve kompulsiyon kavramları net bir biçimde birbirinden ayrılmış ve obsesif kompulsif yaşantıları sanrı, ruminasyon veya diğer zihinsel meşguliyetlerden ayıran ilk resmi sınıflama sistemi oluşturulmuştur<sup>38</sup>. OKB, DSM-IV ve DSM-IV-TR'de anksiyete bozuklukları başlığı altında sınıflanmıştır<sup>39</sup>. DSM-5'te ise OKB, anksiyete bozuklukları kategorisinden çıkarılarak "Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında bağımsız bir tanı grubu olarak sınıflandırılmıştır<sup>40</sup>. Bu değişiklik, OKB'nin yalnızca anksiyete temelli bir bozukluk olmadığına ve kendine özgü bir fenomenolojik yapıya sahip olduğuna dair güncel yaklaşımları yansıtmaktadır. DSM-5'teki önemli değişikliklerden biri, daha önce OKB'nin bir belirtisi olarak değerlendirilen biriktirme bozukluğunun (hoarding disorder) bağımsız bir tanı olarak ayrılmasıdır. Ayrıca, bu yeni

kategoride beden dismorfik bozukluğu, trikotillomani (saç yolma bozukluğu) ve deri yolma bozukluğu (excoriation disorder) da yer almaktadır. Bununla birlikte, OKB'nin temel tanı kriterleri korunmuştur<sup>1</sup>.

DSM-5'te yapılan bir diğer önemli güncelleme, hastaların semptomlarına dair içgörü düzeylerini belirtme seçeneğinin eklenmesidir. Ayrıca, OKB tanısı konulan bireylerde tiklerin mevcut olup olmadığı ya da geçmişte bulunup bulunmadığı da bir belirleyici faktör olarak değerlendirilmiştir. Bu değişiklikler, klinik tanı sürecinin daha ayrıntılı ve hassas bir şekilde yapılmasına olanak sağlamaktadır<sup>41</sup>.

### 2.1.3 OKB Epidemiyolojisi

OKB'nin dördüncü en sık görülen ruhsal bozukluk olduğu düşünülmektedir<sup>42</sup>. Hastalar, belirtilerin şiddeti hafif olduğunda veya işlevsellikleri yalnızca minimal düzeyde etkilendiğinde, doktora başvurmaktan kaçınabilir ya da semptomlarını dile getirmekte tereddüt edebilir. Bu durum, hastalığın tanı almasını zorlaştırdığı gibi, toplumda yaygınlık ve sıklık hesaplamalarının da sağlıklı bir şekilde yapılmasını engelleyebilir. Bu nedenle 1980'li yıllara kadar, OKB'nin %0.05 gibi bir oran ile nadir rastlanan bir durum olduğu düşünülmekteydi<sup>4</sup>. Ancak, 1980'li yıllarda toplum bazlı tarama çalışmaları ile yapılan yaygınlık araştırmaları, bu bozukluğun sanıldığından 50 ila 100 kat daha yaygın olduğunu ortaya koymuştur<sup>4</sup>.

1984 yılında ABD'de gerçekleştirilen "Ulusal Alan Tarama Çalışmaları" kapsamında, OKB yaşam boyu yaygınlığı %1,9 ile %3,3 arasında bulunmuştur<sup>4</sup>. 2002 yılında yapılan başka bir çalışmada ise, ABD'de OKB'nin 1 yıllık toplam yaygınlığı %2,1 olarak belirlenmiştir<sup>43</sup>. DSM ölçütlerine dayalı olarak tanımlanan OKB için yapılan çeşitli çalışmalar, genel popülasyonda yaşam boyu yaygınlığının %1,2 ile %2,7 arasında olduğunu ortaya koymuştur<sup>44</sup>.

1994 yılında yapılan bir çalışmada farklı ülkeleri kapsayan bir çalışmada, OKB bir yıllık yaygınlık oranlarının %1,1 ile %1,9 arasında değiştiği, yaşam boyu yaygınlığının ise ortalama %2,5 olduğu belirlenmiştir<sup>45</sup>. Genel olarak yapılan araştırmalarda, OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2 ila %3 arasında değiştiği bulunmuştur<sup>46</sup>.

Bununla birlikte, obsesif kompulsif belirtiler her bireyde tam olarak tanı kriterlerini karşılamasa da, eşik altı düzeyde birçok kişide varlık gösterebilmektedir.

Daha güncel çalışmalar arasında yer alan Ulusal Komorbidite Araştırması, OKB'nin yaşam boyu riskini %2,1 olarak tespit etmiş ve bu bozukluğun anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları ve madde bağımlılıkları ile yüksek oranda komorbidite gösterdiğine dikkat çekmiştir<sup>44</sup>. 2020 yılında yayınlanmış bir meta-analiz çalışmasında ise OKB prevelansının %1.3 olduğu tespit edilmiştir<sup>47</sup>.

Ülkemizde gerçekleştirilen Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre, OKB yıllık yaygınlığı %0,5 olarak tespit edilmiştir<sup>48</sup>. Türkiye'de 7.026 kişi üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise, ayaktan takip edilen hastalar arasında OKB yaygınlığının %2,6 olduğu bulunmuştur. Bu veriler, OKB'nin toplum genelinde düşük yaygınlık oranlarına sahip olduğu izlenimi verse de, özellikle sağlık kuruluşlarına başvuran bireylerde daha yüksek oranlarda görülebileceğini göstermektedir<sup>5</sup>.

Genel popülasyonda OKB için yaşam boyu yaygınlığın kadın-erkek oranına ilişkin tahminler %1,2 ile %3,8 arasında değişmektedir<sup>49</sup>. Kadınlarda OKB'nin daha yaygın olduğunu öne süren çalışmalar bulunmakla birlikte, klinik popülasyonlarda bu oran eşit düzeydedir<sup>50</sup>.

Erkekler, kadınlara kıyasla daha erken yaşta OKB başlangıcı gösterme eğilimindedir. Ancak yetişkinlik dönemine ulaşıldığında, OKB tanısı alan kadınların sayısı küçük bir farkla erkeklerden fazla olmaktadır<sup>2</sup>. Hastalık tedavi edilmediğinde genellikle kronik bir seyir izler ve belirtiler zaman içinde dalgalanarak artıp azalabilir<sup>51</sup>. Çocukluk döneminde başlayan bazı vakalar ise epizodik bir seyir gösterebilir<sup>51</sup>.

Özellikle doğum sonrası dönemde, kadınlarda OKB gelişme olasılığı, genel kadın popülasyonuna kıyasla iki kat daha fazla bulunmuştur<sup>52</sup>. Bu bulgu, hormonal ve psikososyal değişimlerin OKB'nin ortaya çıkışı ve şiddeti üzerindeki etkisini desteklemektedir.

Ülkemizde Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre kadınlarda OKB oranının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiş; kadınlarda %0,6, erkeklerde ise %0,2 olarak saptanmıştır<sup>48</sup>.

Belirti alt tiplerinin cinsiyetler arasında farklılık gösterebileceği ve bazı semptomların belirli bir cinsiyette diğerine kıyasla daha yaygın olabileceği gösterilmiştir. Kadınlarda bulaş ve dini obsesyonların yanı sıra temizlik kompulsiyonlarının daha sık görüldüğü; erkeklerde ise saldırganlık ve cinsel obsesyonların yanı sıra düzenleme ve simetri kompulsiyonlarının daha yaygın olduğu

tespit edilmiştir<sup>28,53</sup>. Bu bulgular, OKB'nin klinik görünümünün cinsiyete bağlı olarak değişebileceğini ve belirtilerin bireysel faktörler doğrultusunda farklı şekillerde ortaya çıkabileceğini göstermektedir.

OKB genellikle geç ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Hastalığın başlama yaşının çoğunlukla 20'li yaşların başları olduğu bildirilmiştir<sup>44</sup>. OKB'nin en yaygın başlangıç dönemi erken yetişkinlik olmakla birlikte, vakaların yaklaşık %50'sinde semptomlar çocukluk veya ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır<sup>44</sup>. Ayrıca, hastaların hekime başvurana kadar geçen sürenin 10-15 yılı bulabildiği gösterilmiştir<sup>29</sup>. Bu durum, hastaların semptomlarını başlangıçta fark etmeme, görmezden gelme veya tıbbi yardım aramaktan kaçınma eğiliminde olabileceğini göstermektedir.

OKB tanısı alan bireylerin evlenme olasılığının daha düşük olduğunu ve evlenseler bile uyum sorunları yaşama risklerinin arttığı düşünülmektedir<sup>54</sup>. OKB tanılı kadın hastaların evli olma oranının erkek hastalara kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmektedir<sup>6</sup>. Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise, boşanmış veya dul bireylerde OKB görülme riskinin evli bireylere göre yaklaşık 4,2 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir<sup>55</sup>.

OKB ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, düşük eğitim seviyesine sahip bireylerde OKB görülme sıklığının daha yüksek olduğunu göstermektedir<sup>56</sup>. Ayrıca, bazı araştırmalar işsizlik ve düşük sosyoekonomik düzeyin OKB ile ilişkili olabileceğini ileri sürmektedir<sup>57</sup>.

#### **2.1.4 OKB Etiyolojisi**

OKB etyopatogenezinde genetik, nörobiyolojik, psikolojik ve çevresel etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Nörobiyolojik faktörler açısından değerlendirildiğinde, nöroanatomik, nörokimyasal, nörofizyolojik ve nöroimmünolojik mekanizmaların OKB'nin ortaya çıkışında etkili olduğu gösterilmiştir<sup>58</sup>. Psikolojik süreçler bağlamında ise psikoanalitik, davranışsal ve bilişsel yaklaşımlar, OKB'nin gelişimini açıklamaya yönelik çeşitli teoriler öne sürmüştür<sup>59</sup>. Bu yaklaşımlar, hastalığın ortaya çıkış mekanizmaları, sürdürücü faktörleri ve semptomların devamlılığı konusunda farklı bakış açıları sunmaktadır.

#### 2.1.4.1 Genetik ve Kalıtım

OKB'li bireyler üzerinde yapılan aile çalışmaları, hastalığın genetik geçiş gösterdiğini desteklemektedir. OKB'ye yönelik genetik araştırmalar, aile ve ikiz çalışmaları, segregasyon analizleri, bağlantı (linkage) çalışmaları ve moleküler genetik araştırmaları gibi çeşitli yöntemleri kapsamaktadır.

Yapılan çalışmalar, OKB tanısı alan çocukların birinci derece akrabalarında %20-25 oranında OKB tanısının bulunduğunu ortaya koymuştur<sup>60</sup>. İkiz çalışmaları da genetik yatkınlığı destekleyen önemli bulgular sunmaktadır. Rasmussen ve Tsuang (1986) tarafından yapılan bir çalışmada, monozigot ikizlerde eş hastalanma oranı %68 olarak belirlenmiştir<sup>61</sup>. Benzer şekilde, 1981 yılında yürütülen bir araştırmada, monozigotik ikizlerde OKB görülme oranının %87, dizigotik ikizlerde ise %47 olduğu saptanmıştır<sup>62</sup>. 14 farklı ikiz çalışmasının analizine dayanarak yapılan bir incelemede, 80 monozigot ve 29 dizigot ikiz değerlendirildiğinde, monozigot ikizler için eş hastalanma oranının %67,5, dizigot ikizler için ise %31 olduğu bildirilmiştir<sup>63</sup>. Bu veriler, genetik faktörlerin OKB gelişiminde önemli bir role sahip olduğunu desteklemektedir. OKB'nin kalıtılabilirlik oranının %26 ile %57 arasında değiştiği belirtilmiştir<sup>58</sup>. Bu bulgular, genetik faktörlerin OKB gelişiminde önemli bir rol oynayabileceğini, ancak çevresel etmenlerin de hastalığın ortaya çıkışında etkili olabileceğini göstermektedir.

Moleküler genetik araştırmalar, OKB ile glutamat ve serotonin taşıyıcılarını kodlayan genler, 5-HT reseptörleri ve beyinden türetilen nörotropik faktör geni arasında çeşitli ilişkiler bulunduğunu ortaya koymuştur<sup>60</sup>. Serotonin geri alım inhibitörlerinin obsesif-kompulsif semptomlar üzerindeki etkinliği, serotonerjik yollarda bir işlev bozukluğu olabileceğine işaret etmektedir. Serotonin taşıyıcı geninin promotor bölgesindeki polimorfizmler ile 5-HT2A, 5-HT2B ve 5-HT1Db reseptörlerini kodlayan genlerin OKB ile ilişkili olabileceği öne sürülmektedir<sup>60</sup>. OKB ile çeşitli nörotransmitter sistemlerine ait genler arasındaki ilişkileri ortaya koymuştur. 5-HT2A, 5-HT2C, 5-HT1D $\beta$ , triptofan hidroksilaz, serotonin nörotransmitteri taşıyıcısının promotor bölgesi geni (SLC6A4), glutamat reseptör genleri, dopamin reseptörü 2 (DRD2), dopamin reseptörü 3 (DRD3), dopamin reseptörü 4 (DRD4), monoamin oksidaz A (MAO-A) ve katekol-O-metil transferaz (COMT) genleri ile OKB arasında belirli ilişkiler saptanmıştır<sup>64</sup>. Bununla birlikte, glutamat taşıyıcı gen (SLC1A1) dışında, bu genetik

ilişkilerin çoğu tutarlı şekilde tekrarlanamamış ve mevcut genom çapında ilişkilendirme çalışmaları, örneklem büyüklüğünün sınırlı olması nedeniyle genom çapında anlamlı bulgular sunamamıştır<sup>65</sup>.

OKB, farklı derecelerde olmak üzere anksiyete bozuklukları, Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), tik bozuklukları/Tourette sendromu, anoreksiya nervoza ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi birçok psikiyatrik bozuklukla birlikte görülebilmektedir<sup>66</sup>. Bu fenotipik örtüşmenin, kısmen ortak genetik risk faktörlerinden kaynaklandığı öne sürülmektedir. Genetik yatkınlıkların paylaşıldığı bu bozukluklar, nörobiyolojik ve gelişimsel süreçler açısından da benzer mekanizmalara sahip olabilir.

#### **2.1.4.2 Nörobiyoloji**

##### **2.1.4.2.1 Nöroanatomi ve Görüntüleme**

OKB’de yapılan nörogörüntüleme çalışmaları, prefrontal korteks (PFC) (özellikle orbitofrontal korteks-OFC), anterior singulat korteks ve kaudat çekirdekte belirgin hiperaktivite olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, OKB’nin nörobiyolojisini açıklamak amacıyla kortiko-striato-talamo-kortikal (KSTK) modelinin geliştirilmesine zemin hazırlamıştır<sup>29</sup>. Bununla birlikte, son 20 yılda elde edilen kanıtlar, OKB’nin yalnızca KSTK döngüsü ile sınırlı olmadığına işaret etmektedir. Yeni çalışmalar, bazal ganglionlar, parietal korteks, limbik yapılar (özellikle amigdala) ve serebellumu içeren daha geniş bağlantı ağlarının da hastalığın nörobiyolojik temellerinde rol oynayabileceğini öne sürmektedir.

İnsan ve hayvan modelleri üzerinde yapılan çalışmalar, bazal gangliyon hasarının kompulsif hareketlerin ortaya çıkmasına neden olabileceğini göstermektedir. Ayrıca, Tourette Sendromu, Sydenham Koresi, Huntington Koresi ve Parkinson Hastalığı gibi striatal yapıları etkileyen hastalıklarda OKB belirtilerinin görülmesi, bu bölgenin hastalığın etyolojisinde önemli bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir<sup>67</sup>. OKB’de bazal gangliyonların sürece dahil olduğuna işaret eden dolaylı kanıtlardan biri, frontal korteks ile bazal gangliyonlar arasındaki bağlantıyı kesmeye yönelik uygulanan psikocerrahi yöntemlerin, özellikle kapsülotomi ve singulektominin, belirli ölçüde tedavi edici etki sağlamasıdır<sup>68</sup>. Bununla birlikte, psikocerrahinin başarılı sonuçlar vermesi bazal gangliyonlardaki işlevsel bozukluğun kesin bir göstergesi olarak

değerlendirilemez; ancak bu durum, fronto-striatal yolların OKB patofizyolojisindeki rolüne dikkat çekmektedir<sup>68</sup>.

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG/MRI) çalışmaları başlangıçta, OKB ile ilişkili olduğu düşünülen spesifik beyin bölgelerini analiz etmek amacıyla bölgesel yaklaşımlara odaklanmıştır. Zamanla, beyin hacmindeki farklılıkları daha kapsamlı bir şekilde değerlendirmek için voksel tabanlı morfometri (VTM) yöntemi uygulanmaya başlanmıştır. Son yıllarda ise, kortikal yüzey alanı ve kalınlığını daha ayrıntılı olarak incelemek amacıyla yüzey tabanlı analizler tercih edilmektedir. Beyaz cevherde meydana gelen yapısal değişiklikleri değerlendirmek için difüzyon tensör görüntüleme (DTG) yöntemi kullanılmaktadır. DTG analizlerinden elde edilen fraksiyonel anizotropi (FA), ortalama difüzivite (OD), radyal difüzivite (RD) ve aksiyel difüzivite (AD) gibi parametreler, beyaz cevher bütünlüğünü ve bağlantısallığını değerlendirmek için temel ölçümler arasında yer almaktadır.

Yapısal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmaları, OKB'li bireylerde prefrontal-striatal-talamik devreyi oluşturan bölgelerde, özellikle anterior singulat korteks ve bazal ganglionlarda yapısal anormalliklerin mevcut olduğunu göstermektedir<sup>69,70,71</sup>. En sık doğrulanan bulgulardan biri, orbitofrontal korteksin hacminde azalma olmasıdır<sup>70,71</sup>. Striatal hacimde küçülme gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte, sağ kaudat çekirdeği başında ve talamus hacminde artış bildiren araştırmalar da mevcuttur<sup>72,73</sup>. Bu durum, yapısal değişikliklerin OKB alt tipleri veya hastalık seyriyle ilişkili olarak farklılık gösterebileceğini düşündürmektedir.

Bir meta-analiz çalışmasında, azalmış parietal ve temporal kortikal kalınlıklarla birlikte, sağ dorsolateral prefrontal korteks (DLPFC), sol posterior singulat korteks (PCC) ve bilateral hipokampuslarda belirgin kortikal incelmeye gösterilmiştir<sup>74</sup>. Voksel tabanlı morfometri (VTM) çalışmalarına yönelik bir diğer meta-analiz, bilateral orbitofrontal korteks (OFC) ve anterior singulat kortekste (ACC) gri madde azalması; kaudat, putamen ve pallidum gibi bazal ganglion yapılarına ait bölgelerde ise gri madde artışı olduğunu ortaya koymuştur<sup>75</sup>.

Genel olarak VTM çalışmalarında, OKB hastalarında frontal ve parietal bölgeler ile anterior singulat girusta gri madde azalmasının yanı sıra, bazal ganglionlarda gri madde artışı rapor edilmiştir<sup>75</sup>. OKB'de difüzyon tensör görüntüleme (DTG) çalışmalarına yönelik bir meta-analiz ise, MRG bulgularına paralel olarak, anterior

singulat korteks (ACC) ve orbitofrontal kortekste (OFC) beyaz cevher anormalliklerinin varlığını göstermektedir<sup>76</sup>. Bu bulgular, OKB'nin nörobiyolojik temelini destekleyen kanıtlar sunarak, hastalığın patofizyolojisine ilişkin daha kapsamlı bir anlayış geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır.

OKB'de gerçekleştirilen tek foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi (SPECT) çalışmaları, orbitofrontal korteks (OFC), anterior singulat korteks (ACC), posterior singulat korteks (PCC) ile temporal, parietal ve oksipital kortekslerde kan akımının azaldığını, buna karşın serebellumda artış gösterdiğini ortaya koymaktadır<sup>77,78</sup>.

Dinlenme durumunda yapılan fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmaları, kaudat, putamen ve OFC arasındaki fonksiyonel bağlantının arttığını, ACC ve parahipokampal bölgeler arasındaki bağlantının arttığını göstermektedir. Bunun yanı sıra, oksipital korteks, serebellum ve talamusun striatum ile bağlantılarında da belirgin bir artış olduğu belirlenmiştir<sup>79</sup>.

Semptom provokasyonu içeren bir fMRI çalışması, farklı kompulsiyon türlerinin beyin aktivasyonunda özgün değişimlere yol açtığını ortaya koymuştur. Temizlik kompulsiyonları ventromedial prefrontal korteks (VMPFC) ve kaudatta belirgin aktivasyon ile ilişkilendirilirken, kontrol kompulsiyonlarında putamen, talamus ve dorsal kortikal alanlarda artmış aktivite gözlemlenmiştir. Biriktiricilik davranışı ise sol precentral girus ve sağ OFC'de daha yüksek aktivasyon ile ilişkilendirilmiştir<sup>80</sup>.

Bununla birlikte, semptom provokasyonu ve duygusal işleme görevleri üzerine yapılan çalışmalar, OKB hastalarında amigdala aktivasyonunun arttığını göstermektedir. Özellikle agresyon/kontrol etme ve cinsel/dini içerikli semptomlar, amigdala aktivasyonu ile en yüksek düzeyde korelasyon gösteren belirti grupları arasında yer almaktadır<sup>81</sup>.

#### 2.1.4.2.2 Nörotransmitterler

##### a) Serotonerjik Sistem

OKB etiyolojisinde serotonin nörotransmitter sisteminin rolü olduğuna dair ilk görüşler, farmakolojik gözlemlerden elde edilen bulgulara dayanmaktadır. Bu mekanizmaya ilişkin en erken kanıtlardan biri, serotonin geri alım inhibisyonu yoluyla etkili olan trisiklik antidepresan klomipraminin OKB tedavisinde etkinliğinin gösterilmesiyle ortaya çıkmıştır. 1975 yılında klomipraminin OKB semptomlarını hafifletmede faydalı olduğu belirlenmiş ve bu bulgu, serotonin sisteminin hastalık etiyolojisindeki rolüne olan ilgiyi artırmıştır<sup>82</sup>.

Klomipraminin diğer trisiklik antidepresanlara (TCA) kıyasla serotonin taşıyıcı proteinini güçlü bir şekilde inhibe etmesi, seçici serotonin geri alım inhibitörlerine (SSRI) yönelik araştırmaların yoğunlaşmasına neden olmuştur. Bu doğrultuda yapılan çalışmalar, SSRI grubu ilaçlardan fluvoksamin ve sertralinin, trisiklik antidepresanlardan desipramine kıyasla daha etkili olduğunu göstermiştir<sup>83,84</sup>. Ayrıca, klomipramin ile yalnızca noradrenalin geri alım blokajı yapan desipraminin karşılaştırıldığı bir çalışmada, desipraminin plaseboda farklı olmadığı tespit edilmiştir<sup>85</sup>. Bu bulgu, OKB semptomlarının tedavisinde serotonerjik aktivitenin kritik bir rol oynadığını düşündürmektedir.

Randomize klinik çalışmalar, klomipramin ve seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) – örneğin fluvoksetin, fluvoksamin ve sertralin gibi ilaçların – plaseboya üstün olduğunu doğrulamış ve bu ajanları OKB'nin farmakolojik tedavisinin temel bileşenleri olarak tanımlamıştır<sup>84,86,87,88</sup>. Burada önemli olan nokta, serotonin geri alım inhibitörlerinin (SRI) OKB tedavisinde etkili olması, buna karşın diğer antidepresanların genellikle OKB semptomlarını iyileştirmede yetersiz kalmasıdır<sup>84</sup>. Bu farmakolojik yanıt verileri, OKB'nin nörobiyolojik temellerinin araştırılmasına yön vermiş ve serotonerjik sistemdeki işlev bozukluğunun hastalığın patofizyolojisinde önemli bir rol oynayabileceği hipotezini güçlendirmiştir.

OKB tanısı alan hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS) serotonin ve serotonin metaboliti düzeylerinde değişiklikler olduğu, başarılı bir tedavi sonrasında bu değerlerin normal seviyelere dönebildiği bildirilmiştir<sup>89</sup>. BOS üzerine yapılan araştırmalarda, serotonin metaboliti olan 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) düzeylerinin, OKB tanılı

bireylerde sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, klomipramin tedavisi sonrasında beyin omurilik sıvısındaki 5-HIAA düzeylerinde azalma gözlemlenmesi, serotonerjik sistemin OKB'nin patogeneğinde etkili olabileceği hipotezini desteklemektedir<sup>89</sup>. Bu bulgular, serotoninin OKB ile ilişkisini açıklamaya yönelik nörobiyolojik modellerin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır.

### **b) Dopaminerjik Sistem**

OKB tanısı alan hastalarda serotonin geri alım inhibitörleri (SRI) ile tedaviye sıklıkla yalnızca kısmi yanıt alınması, beyin omurilik sıvısı (BOS) metabolitleri ve farmakolojik çalışmaların sonuçlarındaki tutarsızlıklar, hastalığın etyolojisinde serotonerjik sistemin yanı sıra diğer nörokimyasal mekanizmaların da rol oynayabileceğine işaret etmektedir<sup>90</sup>.

OKB tedavisinde yüksek dozda SSRI kullanımına rağmen, hastaların yalnızca %50-60'ında belirgin tedavi yanıtı alınabilmektedir. Bu durum, alternatif nörobiyolojik süreçlerin hastalığın gelişiminde etkili olabileceğini düşündürmektedir. OKB'ye tik bozukluğunun eşlik ettiği vakalarda, SSRI'ların dopaminerjik antagonistlerle birlikte kullanımının faydalı olabileceği öne sürülmüş ve bu kombinasyonun tedavide denenmesi önerilmiştir<sup>91</sup>.

OKB'de dopamin hipotezi, prefrontal korteks ve bazal ganglionların, özellikle de striatum, talamus ve amigdalanın düzensizliklerinin hastalığın patofizyolojisinde önemli bir rol oynadığını öne sürmektedir. Nörogörüntüleme çalışmaları, bu düzensizliklerin prefrontal kortekste dopaminerjik hiperaktivite ile bazal ganglionlarda serotonerjik hipofonksiyon arasında bir ilişki olabileceğini göstermektedir. Bu yapılar, obsesif-kompulsif davranışlarla ilişkili olduğu düşünülen KSTK devrenin bileşenleri arasında yer almaktadır. Dopaminin bu devrede baskın bir rol oynadığı, serotoninin ise raphe çekirdeklerinden gelen projeksiyonlar aracılığıyla bu süreci düzenlediği belirtilmektedir. Serotonerjik sistemdeki eksikliklerin, aşırı aktif dopaminerjik devrelere neden olarak OKB semptomlarının ortaya çıkmasına katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

OKB'de ritüel benzeri davranışların, nukleus akumbens ve sağ prefrontal kortekste artan dopamin fonksiyonu ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir<sup>92</sup>. SPECT ve

PET çalışmalarında, OKB'li bireylerde metabolik hızın özellikle mediofrontal korteks, dorsal parietal korteks, sol posterofrontal korteks, orbitofrontal korteks (OFC), sol inferofrontal, medial frontal ve sol parietal korteks gibi bölgelerde arttığı belirlenmiştir<sup>93,94</sup>. Bunun yanı sıra, OKB'li hastalarda bazal ganglionların subkortikal bölgelerinde, özellikle putamen ve kaudat çekirdekte dopamin taşıyıcı bağlanma anormallikleri tespit edilmiştir<sup>95</sup>. Bu bulgular, OKB'nin yalnızca serotonerjik işlev bozukluklarıyla değil, aynı zamanda dopaminerjik sistemdeki düzensizliklerle de yakından ilişkili olabileceğini göstermektedir.

### c) Glutamaterjik Sistem

Glutamat, merkezi sinir sisteminin başlıca uyarıcı nörotransmitteri olup, prefrontal korteksten kaynaklanan glutamaterjik nöronlar KSTK devrede önemli bir rol üstlenmektedir. Bu nöronlar striatuma projekte olarak, doğrudan inhibitör GABAerjik sinyaller aracılığıyla talamik uyarılmayı artırmaktadır<sup>50</sup>. Aynı zamanda, bu uyarıcı glutamaterjik yolak, dolaylı GABAerjik projeksiyonların inhibitör etkisiyle düzenlenmektedir ve bu mekanizma talamik inhibisyona yol açmaktadır. Doğrudan ve dolaylı yollar arasındaki dengenin bozulmasının, glutamaterjik sinaptik disfonksiyonun OKB ve ilişkili bozuklukların patogeneğinde rol oynayabileceği düşünülmektedir<sup>96,97</sup>.

OKB hastalarında beyin omurilik sıvısında (BOS) yüksek glutamat seviyelerinin tespit edilmesi, bu nörotransmitterin OKB'de aşırı aktif olabileceğine işaret etmektedir<sup>98</sup>. Moleküler düzeyde yapılan çalışmalar, KSTK devresinin patofizyolojisini inceleyerek sinaptik ve ekstrasinaptik NMDA reseptörlerine odaklanmıştır. OKB ile glutamat reseptörleri arasında belirli genetik ilişkiler tespit edilmiş olup, iyonotropik kainat 2 (GRIK2) ve glutamat taşıyıcı geni (SLC1A1) gibi genlerin hastalıkla bağlantılı olabileceği öne sürülmüştür<sup>99,100</sup>.

Manyetik rezonans spektroskopisi ile yapılan çalışmalar, pediatrik OKB hastalarında, sağlıklı kontrol grubuna kıyasla striatal glutamat ve glutamin konsantrasyonlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir<sup>101</sup>. Cerrahi müdahalelerle internal kapsül ön boynuzunda yapılan tahribatın, tedaviye dirençli vakalarda iyileşme sağladığı belirlenmiştir. Bu etkinin, orbitofrontal korteksten kaudat çekirdeğe uzanan glutamaterjik projeksiyon alanlarını içermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir<sup>101</sup>.

Plasebo kontrollü çalışmalarda kesin bir etkinlik kanıtlanmamış olsa da, glutamaterjik sisteme etki eden ilaçlar olan riluzol, memantin, N-asetilsistein ve D-sikloserinin OKB tedavisinde yararlı olabileceğine dair vaka bildirimleri bulunmaktadır<sup>102</sup>. Bu gözlemler, glutamatın OKB etyolojisinde rol oynadığı hipotezini desteklemektedir.

#### **2.1.4.2.3 İmmünoloji**

Son yıllarda, sinir sistemi ile immün sistem arasındaki etkileşim tıp alanında giderek daha fazla araştırılan konular arasına girmiştir. Özellikle bağışıklık sisteminin OKB'nin patofizyolojisindeki olası rolüne dair yapılan çalışmalar, bu iki sistem arasındaki ilişkinin önemini vurgulamaktadır.

Erişkin OKB hastalarında yürütülen araştırmalar, doğal öldürücü (NK) hücre aktivitesinde azalma, CD8+ lenfositlerde artış ve CD4+ lenfositlerde azalma gibi immünolojik değişikliklerin varlığını ortaya koymuştur. Bu bulgular, bağışıklık sistemindeki bu farklılıkların, stres yanıtı ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir<sup>103</sup>. Ayrıca, OKB hastalarında IL-1 $\beta$  seviyelerinde azalma ve lipopolisakkarit (LPS) ile uyarılmış IL-6 düzeylerinde düşüklük eğilimi olduğu bildirilmiştir. Bu veriler, bağışıklık sisteminin OKB gelişiminde potansiyel bir rol oynayabileceği hipotezini desteklemektedir<sup>104</sup>.

Özellikle çocukluk çağında başlayan OKB belirtileri ve tik bozuklukları ile streptokok enfeksiyonları arasında bir bağlantı olduğu belirlenmiştir. Bu durum, nöroimmünolojik mekanizmaların OKB'nin gelişimindeki etkisini düşündürmektedir. Streptokok enfeksiyonları ile ilişkili olarak gelişen Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalık (PANDAS) sendromunda, obsesyonlar, kompulsyonlar, tik bozuklukları, duygudurum değişiklikleri, dikkat eksikliği ve ayrılma anksiyetesi gibi belirtiler gözlemlenmektedir. Streptokok enfeksiyonuna karşı üretilen antikorların, bazal gangliyonlardaki doku antijenleriyle benzerlik göstermesi nedeniyle gelişen immün yanıtın, kortikostriatal devrede kesintiye yol açarak nöropsikiyatrik belirtileri ortaya çıkardığı düşünülmektedir<sup>105</sup>. Sekonder OKB'nin, otoimmün ensefalit sonrasında da gelişebileceği ve bazı merkezi sinir sistemi hastalıklarıyla ilişkili olabileceği gösterilmiştir<sup>106</sup>. Özellikle, multipl skleroz gibi otoimmün hastalıklarla OKB'nin ortak

mekanizmalara sahip olabileceği yönündeki bulgular, bağışıklık sisteminin OKB'deki rolüne dair yeni araştırmaların gerekliliğini ortaya koymaktadır.

### **2.1.4.3 Psikolojik Kuramlar**

#### **2.1.4.3.1 Psikoanalitik Kuram**

Freud, obsesyonel nevrozu açıklarken anal döneme saplanma ve gerileme kavramlarını öne sürmüş, yalıtma, yapma-bozma ve yer değiştirme gibi savunma mekanizmalarının bu bozuklukta belirgin olduğunu belirtmiştir<sup>107</sup>. Ayrıca, ego ile süperegö arasındaki sado-mazoşistik ilişki nedeniyle obsesif nevrozun özgün bir bozukluk olduğunu savunmuştur.

Freud'a göre, obsesif nevrozun temelinde ego ve süperegö arasındaki sürekli içsel çatışma yer almaktadır. OKB, bireyin id ve süperegö arasında sıkışıp kalması ve egonun bu dengeyi kuramaması sonucu ortaya çıkan yoğun bir psikodinamik mücadeleyi temsil eder. Psikanalitik açıdan ele alındığında, obsesif nevrozda birey ödipal döneme ulaştığında, bu döneme özgü dürtü ve arzuların yarattığı içsel çatışmayla baş etmekte zorlanır ve bunun sonucunda libido anal-sadistik döneme gerileyerek savunma mekanizmaları devreye girer<sup>108</sup>.

Anal döneme gerilemenin bir sonucu olarak bireyde ambivalans, yani çifte değerlilik gelişir. Bu durum, kişinin duygu ve davranışlarında sevgi ile nefret arasında gidip gelmesine neden olur. Dışarıdan bakıldığında ise bireyin harekete geçmekte zorlandığı, kararsız olduğu ve belirli eylemleri gerçekleştirme konusunda tereddüt yaşadığı gözlemlenmektedir<sup>105</sup>. Anal dönemin temel savunma mekanizmaları arasında yapma-bozma, yalıtma ve karşıt tepki kurma yer almaktadır. OKB'de hastalığın belirtilerinin şekli ve niteliği, büyük ölçüde bu savunma mekanizmaları tarafından belirlenir.

Kompulsiyonlar, yapma-bozma mekanizmasının davranışsal bir yansıması olarak ortaya çıkar. Birey, bastırmanın yetersiz olduğu durumlarda kompulsif eylemlerle anksiyetesini geçici olarak azaltmaya ve dürtülerini kontrol altına almaya çalışır. Yapma-bozma mekanizması, büyüsel düşünceyle birleşerek ana eylemi hiç gerçekleştirmemiş gibi kabul etmeyi veya ortadan kaldırmayı amaçlar. Böylece bilinçdışı saldırgan ya da cinsel dürtülerin yol açabileceği zararların önüne geçilmeye çalışılır<sup>105</sup>.

Obsesif nevrozda sık kullanılan bir diğer savunma mekanizması olan yalıtma, bireyin bastırma sürecine destek sağlayarak dürtünün duygu ve düşünce bileşenlerini birbirinden ayırmasına yardımcı olur. Ego, bu süreçte düşüncenin duygusal bileşenini bilinçdışına iterken, düşüncenin kendisi bilinç düzeyine ulaşır. Ancak duygu bileşeni bilinçdışında kaldığı için birey, bu düşünceyi yabancı ve kendisine ait olmayan bir içerik olarak algılar. Yalıtma mekanizması sayesinde birey, obsesif düşüncenin duygusal yükünden uzaklaşarak kaygıyı kısmen hafifletebilir<sup>105</sup>.

Obsesif nevrozda sık kullanılan bir diğer savunma mekanizması da karşıt tepki kurmadır. Bu savunma, bilinçdışındaki tehdit edici dürtüye karşı tam tersi yönde davranışların geliştirilmesiyle karakterizedir. Çifte değerliliğin yol açtığı içsel çatışmada, iki zıt duygudan biri yoğunlaşırken diğeri bastırılarak bilinçdışına itilmekte ve böylece birey, tehdit edici içsel dürtülerine karşı bilinçli düzeyde savunma geliştirmektedir<sup>108</sup>.

#### **2.1.4.3.1 Bilişsel ve Davranışçı Kuram**

OKB’de davranışçı yaklaşım, Mowrer tarafından geliştirilen iki aşamalı modelle açıklanmaktadır. Bu modele göre, başlangıçta nötr olan düşünce veya nesneler, anksiyete oluşturan bir uyararla eşleştğinde klasik koşullanma yoluyla obsesyonlar gelişmektedir<sup>109</sup>. Bu süreçte, başlangıçta tehdit içermeyen bir düşünce veya nesne, bireyin zihninde kaygı uyandıran bir unsur haline gelir ve obsesif düşünceler şeklinde deneyimlenir.

Modelin ikinci aşamasında ise obsesyonların yarattığı yoğun anksiyete, bireyi bu kaygıyı azaltmak için kaçınma davranışları geliştirmeye iter. Bu kaçınma yanıtları kompulsiyonlar olarak tanımlanır ve edimsel koşullanma mekanizmasıyla pekiştirilir<sup>110</sup>. Yani, birey obsesyonların oluşturduğu anksiyeteyi kontrol altına almak amacıyla kompulsif davranışlara yönelir ve bu davranışlar, anksiyetenin azalmasıyla birlikte öğrenilmiş tepkilere dönüşerek kalıcı hale gelir<sup>110</sup>. İlk aşamada, nötr uyarıların anksiyete oluşturan uyarılarla eşleşmesi sonucunda obsesyonlar ortaya çıkarken, ikinci aşamada birey bu obsesyonların neden olduğu anksiyeteyi kompulsif eylemler aracılığıyla hafifletmeye çalışır. Ancak, anksiyetenin azalması bu kaçınma davranışlarını daha da pekiştirerek döngüyü sürdürür.

İki aşamalı modelin obsesif hastalara uygulanması sonucunda, obsesyonların anksiyete ve sıkıntı ile ilişkili olduğu, bireyin ritüellerini yerine getirdiğinde anksiyetesinin azaldığı, ancak bu ritüellerin ertelendiğinde anksiyetenin belirli bir süre içinde doğal olarak gerilediği gözlemlenmiştir. Bu bulgular, *maruz bırakma ve tepki önleme* olarak bilinen davranışçı terapi tekniklerinin temelini oluşturmuş ve OKB tedavisinde etkili bir yaklaşım olarak benimsenmiştir<sup>111</sup>.

Bilişsel davranışçı modele göre, OKB'li bireyler olumsuz sonuçların gerçekleşme olasılığını aşırı derecede yüksek tahmin etme eğilimindedir. Bu nedenle, potansiyel bir tehlike içeren herhangi bir durum kaygıyı tetiklemekte ve kompulsif davranışlar, tehdit azaltıcı stratejiler olarak işlev görmektedir<sup>112</sup>.

Genel popülasyonun yaklaşık %90'ında obsesif düşünceler (intrüzyonlar) görülmesine rağmen, OKB'li bireylerde bu intrüzyonlar, işlevsel olmayan bilişsel inançlar nedeniyle obsesyon ve kompulsiyonlara dönüşmektedir<sup>110,59</sup>. Abartılı sorumluluk modeline göre, OKB hastalarında sıkıntının esas kaynağı obsesif düşüncenin içeriği değil, bireyin bu düşüncenin ortaya çıkışını, engelleyici bir adım atana kadar bir zarar oluşmasından sorumlu tutulacağına dair inancıdır. Bu nedenle, sorumluluk algısı, obsesif düşüncelerin yarattığı kaygının en temel belirleyicisi olarak öne çıkmaktadır<sup>113</sup>.

Zorlayıcı düşünceler ilk kez ortaya çıktığında genellikle duygusal olarak nötrdür; ancak bireyin geçmiş deneyimleri ve düşüncenin bağlamı doğrultusunda olumlu, olumsuz veya nötr bir anlam kazanabilir. Bir düşünce, kişinin kendisini yüksek düzeyde sorumlu hissetmesine neden olacak şekilde yorumlandığında, obsesif hale gelme olasılığı artmaktadır<sup>113</sup>. Aynı şekilde, bir düşünce, imge veya dürtü, artmış kişisel sorumluluk ve anlam yükü ile değerlendirildiğinde, kaygı düzeyi yükselmekte ve birey sorumluluktan kaçınmak ya da bu durumu etkisiz hale getirmek için nötrleştirici tepkiler geliştirmektedir<sup>110</sup>.

Rachman'ın modeline göre ise intrüzyonlar, bireyin yaşamında önemli gördüğü konularla ilişkilidir ve yalnızca bireyin bunlara korkutucu, tiksindirici, ahlaksız veya tehlikeli gibi kişisel anlamlar yüklemesi durumunda klinik obsesyonlara dönüşmektedir<sup>59</sup>. Rachman ayrıca "düşünce-eylem kaynaşması" (thought-action fusion) kavramını ortaya atmıştır. Bu yaklaşıma göre, obsesif düşünceler ile yasak eylemler

birey tarafından eşdeğer görülmekte ve obsesyonel düşüncelerin korkulan olayın gerçekleşme olasılığını artırdığına inanılmaktadır<sup>114</sup>.

Obsesif Kompulsif Kognisyonlar Çalışma Grubu (OCCWG), OKB'deki bilişsel kuramları geliştirerek hastalığın belirtilerinin ortaya çıkışında rol oynayan işlevsel olmayan inançları şu başlıklar altında özetlemiştir:

- Tehdit algısının abartılması ve aşırı sorumluluk hissi,
- İntruzif düşüncelerin aşırı önemsenmesi ve mutlaka kontrol edilmesi gerektiğine dair inanç,
- Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük<sup>115</sup>.

#### **2.1.4.4 OKB ve Çevresel Faktörler**

Çocukluk çağı travmaları, stresli yaşam olayları ve maternal otoimmünite gibi çevresel etkenlerin, OKB'nin başlangıcı ve ilerleyişinde rol oynayabileceği görüşü giderek daha fazla kabul görmektedir<sup>50,116</sup>. Özellikle doğum sırasında yaşanan komplikasyonlar, olumsuz perinatal olaylar ve stresli ya da travmatik yaşam deneyimleri, OKB gelişimi için potansiyel risk faktörleri arasında yer almaktadır<sup>50</sup>.

Başlangıçta OKB'nin etiyolojisi daha çok genetik faktörler üzerinden açıklanmaya çalışılmışsa da, zamanla çevresel etkenlerin de bu süreçte önemli bir rol oynadığı öne sürülmüştür. Ancak, genetik ve çevresel faktörlerin hastalık üzerindeki etkileri hala tam olarak aydınlatılamamıştır. Mevcut literatür, tek başına belirgin genetik veya çevresel faktörlerden ziyade, bu iki bileşenin olasılıksal etkiler yaratarak hastalığın gelişimine katkıda bulunduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda, genetik yatkınlık ile çevresel etkenler arasındaki etkileşim, *gen-çevre etkileşimi* kavramı çerçevesinde OKB'nin gelişiminde önemli bir bileşen olarak ele alınmaktadır<sup>117</sup>.

#### **2.1.5 OKB Tanısı ve Klinik Özellikleri**

##### **2.1.5.1 OKB Tanısı**

OKB, detaylı psikiyatrik değerlendirme ile tanısı konabilen bir bozukluktur. Tanıda, obsesyon ve kompulsyonların zaman alıcı, işlevselliği azaltıcı ve kişinin yaşam

kalitesini düşüren niteliği ön plandadır. DSM-5 kriterlerine göre, semptomların maddeler veya başka tıbbi durumlarla açıklanamaması ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların dikkate alınması gerekmektedir<sup>26</sup>. Değerlendirme sürecinde, hastanın geçmişi, semptomların başlangıç yaşı, seyri, tetikleyicileri, içgörü düzeyi ve eşlik eden diğer bozukluklar detaylı olarak incelenir.

OKB'li bireylerde genellikle depresyon, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları sık görülmekte olup, intihar düşüncelerinin değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Ayrıca, erkeklerde hastalığın erken yaşlarda, tik bozukluklarıyla birlikte ortaya çıkma olasılığı daha yüksek iken, kadınlarda gebelik, doğum sonrası ve adet öncesi dönemlerde semptomların kötüleştiği gözlemlenmektedir. Kültürel faktörler semptom içeriğini etkileyebilmekle birlikte, genel yapıda benzerlikler mevcuttur.

#### **2.1.5.1.2 DSM-5 Tanı Kriterleri**

##### **OKB DSM-5 Tanı Kriterleri<sup>26</sup>**

#### **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, itkililer 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 de- netimi 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 ayırımıdadır.

**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.

OKB, DSM-5'te OKB, DSM-5'te Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığında sınıflandırılmaktadır. Bu başlık altında sınıflandırılan diğer bozukluklar şunlardır<sup>26</sup>:

- Beden Algısı Bozukluğu (Vücut Dismorfik Bozukluğu)
- Biriktiricilik Bozukluğu
- Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu)
- Deri Yolma Bozukluğu,
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk,
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk,
- Tanımlanmış Diğer Bir Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmamış Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk

**2.1.5.1.3 ICD-11 Tanı Kriterleri**

**OKB ICD-11 Tanı Kriterleri<sup>23</sup>**

- Kalıcı obsesyon ve/veya kompulsyonların varlığı.
- Obsesyonlar, tekrarlayan ve ısrarcı düşünceler (örneğin, kirlenme), imgeler (örneğin, şiddet içeren sahneler) veya dürtüler/isteklerdir (örneğin, birini bıçaklamak) ve bunlar müdahaleci ve istenmeyen olarak

deneyimlenir ve genellikle kaygıyla ilişkilendirilir. Kişi tipik olarak obsesyonları görmezden gelmeye veya bastırmaya veya kompulsiyonlar gerçekleştirerek onları etkisiz hale getirmeye çalışır.

- Zorlantılar, bireyin bir takıntıya yanıt olarak, katı kurallara göre veya bir 'tamamlanmışlık' duygusu elde etmek için yapmaya zorlandığını hissettiği tekrarlayan zihinsel eylemler de dahil olmak üzere tekrarlayan davranışlar veya ritüellerdir. Açık davranışlara örnek olarak nesneleri tekrarlayan şekilde yıkamak, kontrol etmek ve düzenlemek verilebilir. Benzer zihinsel eylemlere örnek olarak olumsuz sonuçları önlemek için belirli ifadeleri zihinsel olarak tekrarlamak, birinin zarar vermediğinden emin olmak için bir anıyı gözden geçirmek ve zihinsel olarak nesneleri saymak verilebilir. Zorlantılar korkulan olayla gerçekçi bir şekilde bağlantılı değildir (örn. sevilen birine zarar vermemek için eşyaları simetrik olarak düzenlemek) veya açıkça aşırıdır (örn. hastalığı önlemek için her gün saatlerce duş almak).
- Obsesyonlar ve kompulsiyonlar zaman alıcıdır (örneğin, günde 1 saatten fazla sürer) veya önemli sıkıntıya veya kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında önemli bozulmaya neden olur. İşlevsellik sürdürülürse, bu yalnızca önemli ek çabayla olur.
- Belirtiler veya davranışlar başka bir tıbbi durumun (örn. bazal ganglion iskemik inme) bir belirtisi değildir ve merkezi sinir sistemi üzerindeki bir madde veya ilacın (örn. amfetamin) etkilerinden (yoksunluk etkileri dahil) kaynaklanmaz.
- İçgörü belirleyicileri:
- Obsesif Kompulsif Bozukluk, orta ila iyi içgörü
- Obsesif Kompulsif Bozukluk, zayıf içgörü veya iç görü olmayan
- Obsesif-Kompulsif Bozukluk, belirtilmemiş

OKB, ICD-11’de Obsesif Kompulsif Bozukluk veya İlişkili Bozukluklar başlığında sınıflandırılmaktadır. Bu başlık altında sınıflandırılan diğer bozukluklar şunlardır<sup>23</sup>:

- 6B21 Beden Dismorfik Bozukluğu
- 6B22 Koku Alma Referans Bozukluğu
- 6B23 Hipokondriyazis (Sağlık Kaygısı Bozukluğu)
- 6B24 Biriktirme Bozukluğu
- 6B25 Beden Odaklı Tekrarlayan Davranış Bozuklukları
- 6B25.0 Trikotillomani (Saç Çekme Bozukluğu)
- 6B25.1 Ekskoriyasyon (Deri Yolma) Bozukluğu
- 6B2Y Diğer Belirtilen Obsesif-Kompulsif veya İlgili Bozukluklar

#### **2.1.5.2 OKB Klinik Özellikleri**

OKB, semptom yönünden oldukça zengin bir hastalıktır ve bu durum, bozukluğun heterojen bir yapıya sahip olduğunu düşündürmektedir. OKB tanısı alan hastaların büyük bir kısmında (%75) obsesyonlar ve kompulsiyonlar birlikte görülürken, yalnızca obsesyon (%9-29) veya yalnızca kompulsiyonlarla (%11-31) seyreden klinik tablolar da mevcuttur<sup>57</sup>. Hastaların önemli bir bölümünde birden fazla obsesyon (%33-60) ve birden fazla kompulsiyon (%38-48) bir arada bulunmaktadır<sup>118</sup>.

Semptomatolojiyi tanımlamak adına yapılan ilk çalışmalar, kompulsiyonlara dayalı sınıflandırmalar üzerine odaklanmıştır. Daha sonra Goodman ve arkadaşları tarafından geliştirilen Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOKÖ) sayesinde obsesif-kompulsif belirtilerin içeriği ve şiddeti ölçülerek araştırmalar yapılmaya başlanmıştır<sup>119</sup>. Bu ölçekte 8 ana obsesyon ve 7 ana kompulsiyon grubu bulunmaktadır.

##### **2.1.5.2.1 Kirlenme Obsesyonları ve Temizlik Kompulsiyonları**

OKB’de en yaygın görülen belirti gruplarından biri bulaş obsesyonu ve buna eşlik eden temizlik kompulsiyonudur. Yapılan araştırmalara göre, bulaş obsesyonu %45, temizlik kompulsiyonu ise %50 oranında görülmektedir<sup>120</sup>. Bulaşmasından en çok

korkulan maddeler arasında kir, mikrop, meni, idrar, dışkı ve ter gibi unsurlar yer almaktadır.

Bulaşma obsesyonunun yarattığı yoğun kaygı, genellikle yıkama kompulsiyonu ile hafifletilmeye çalışılır. En sık yıkanan vücut bölgesi eller olmakla birlikte, birçok vücut bölgesi veya eşya temizlenmesi gereken nesneler olarak değerlendirilebilir. Bu davranışlar çoğu zaman mantıksız ve aşırı bir nitelik taşır. Zamanla, obsesyonların yol açtığı kaçınma davranışları hastanın günlük yaşamında daha fazla işlev kaybına neden olarak kliniği daha karmaşık hale getirir.

#### **2.1.5.2.2 Şüphe Obsesyonları ve Kontrol Kompulsiyonları**

İkinci sıklıkta görülen obsesyon türü kuşku obsesyonudur ve genellikle kontrol etme kompulsiyonları ile birlikte ortaya çıkar. Şüphe obsesyonları, kişinin eylemlerinin güvenliği veya doğruluğunu sorgulayan müdahaleci düşünceler şeklinde kendini gösterir<sup>29</sup>. Bu tür obsesyonlarda, kişinin yaptığı bir şeyin ya da ihmalinin kendisine veya başkalarına zarar vereceği endişesi ön plandadır. Kuşku obsesyonları genellikle kapıyı açık unutma, elektrikli cihazları, ütüyü açık bırakma gibi tehlikeli durumlarla ilgilidir<sup>105</sup>.

Patolojik şüphe kavramının, bireyin bir görevi doğru veya eksiksiz bir şekilde tamamlayıp tamamlamadığını belirlemedeki belirsizliği yansıttığı düşünülmektedir<sup>105</sup>. Örneğin, bulaşma obsesyonu olan kişiler uygun şekilde temizleyip temizlemediklerini kontrol ederken, simetri obsesyonu olanlar her şeyin doğru şekilde hizalanıp hizalanmadığını kontrol edebilirler. Saldırganlık obsesyonu olan bireyler ise yıkıcı nesnelerin güvenli şekilde saklanıp saklanmadığını kontrol etme ihtiyacı hissedebilirler<sup>105</sup>. Tekrarlayan kontrol etme davranışları sadece OKB'ye özgü olmayıp hipokondriyazis, yeme bozuklukları ve vücut dismorfik bozukluğu gibi obsesif-kompulsif spektrumuna giren diğer birçok bozuklukta da gözlemlenmektedir<sup>121</sup>.

#### **2.1.5.2.3 Cinsel/dini Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar**

Cinsel obsesyonlar, yasaklanmış cinsel içerikler, çocuklar, ensest ilişki veya homoseksüel ilişki gibi konularla ilgili düşünce, imge veya dürtüler şeklinde ortaya çıkabilir<sup>105</sup>. Bu tür obsesyonlar genellikle kişi için utanç verici ve kabul edilemez nitelikte olup, yoğun kaygı ve sıkıntıya neden olabilir. Örneğin, kişi çocuklarla,

ebeveyniyle ya da kendi cinsiyle cinsel ilişkiye girdiği yönünde düşünceler veya hayaller kurabilir.

Dini obsesyonlar ise, kutsal değerlere karşı saygısızlık yapma, günah işleme korkusu veya dini doğru/yanlış kavramları üzerinde aşırı odaklanma şeklinde ortaya çıkar. Tarihsel olarak OKB'nin tanımlanmış en eski semptom gruplarından biri olan dini obsesyonlar, kişinin istemeden dini veya ahlaki değerlere karşı gelme, küfür etme gibi düşünceler yaşamasına neden olabilir<sup>105</sup>. Bu tür obsesyonların sıklığı, farklı kültürel ortamlarda değişiklik göstermektedir ve Türkiye'de yapılan bir çalışmada, cinsel obsesyonların %16.2, dini obsesyonların ise %26.2 oranında görüldüğü bildirilmiştir<sup>122</sup>.

Cinsel ve dini obsesyonlar genel olarak "saf obsesyon" grubu olarak değerlendirilmekle birlikte, bu obsesyonlara sıklıkla zihinsel veya davranışsal kompulsiyonlar eşlik edebilir<sup>123</sup>. Örneğin, kişi dini içerikli obsesyonlarını etkisiz hale getirmek amacıyla dua etme, sürekli güvence arama veya zihinsel kontrol gibi kompulsif davranışlar geliştirebilir.

#### **2.1.5.2.4 Saldırganlık Obsesyonları ve İlişkili Kompulsiyonlar**

Saldırganlık obsesyonları, kişinin istemsiz bir şekilde kendine, yakınlarına veya başkalarına zarar verebileceği; sonucu korkunç olabilecek bir olaydan sorumlu olabileceği; hakaret içerikli veya müstehcen kelimeler söyleyebileceği; saldırgan tutumlar sergileyebileceği gibi düşüncelerin uygunsuz ve sık biçimde akla gelmesidir<sup>105</sup>. Bu tür obsesyonlar, bireyin yoğun kaygı yaşamasına neden olabilir ve kesici-delici aletlerden, sevilen kişilerden veya yüksek yerlerden uzak durma gibi kompulsif kaçınma davranışlarının gelişmesine yol açabilir.

Saldırganlık obsesyonları arasında kendine veya başkalarına zarar verme düşünceleri, şiddet içeren veya korkutucu imgeler, istenmeyen dürtüleri gerçekleştirme korkusu, müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme, dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme gibi içerikler bulunabilir. Bu obsesyonlara eşlik eden kompulsiyonlar arasında ise zarar vermeyi önlemek amacıyla yapılan kontrol davranışları veya zihinsel eylemler (dua etme, sayma, belirli kelimeleri tekrar etme vb.) yer alabilir. Bu davranışlar, obsesyonların neden olduğu kaygıyı azaltmaya yönelik olsa da zamanla kişinin günlük işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilir<sup>105</sup>.

#### **2.1.5.2.5 Simetri, Düzen, Sayma Obsesyonları ve Kompulsiyonları**

Simetri, düzen ve sayma obsesyonları, olayların veya nesnelerin belirli bir düzen ve konumda olması gerektiği veya belirli sayılarda olması gerektiği düşüncesiyle karakterizedir<sup>105</sup>. Bu tür obsesyonlar, hastalarda nesnelerin simetrik bir düzen içinde olması veya her şeyin mükemmel bir şekilde hizalanması ihtiyacını doğurur.

Simetri ve düzen obsesyonlarına sıklıkla belli sırayla ve belirli sayıda yapma, nesneleri düzgün bir biçimde sıralama gibi kompulsiyonlar eşlik eder<sup>105</sup>. Ayrıca, sıralama ve düzenleme, dokunma, hafifçe vurma, çizgilere basmadan yürüme, belirli bir ritim veya sıraya göre giyinip hazırlanma, tekrar tekrar okuma veya yazma gibi rutin davranışların tekrarlanması da sıkça gözlemlenen kompulsif davranışlardır.

#### **2.1.5.2.6 İstifleme Obsesyon ve Kompulsiyonları**

DSM-5 öncesinde OKB'nin bir belirtisi olarak değerlendirilen istifleme obsesyonu ve kompulsiyonu, günümüzde "obsesif kompulsif ilişkili bozukluklar" ana başlığı altında ele alınmaktadır<sup>26</sup>. Bu bireyler, eşyaların maddi değeri ya da işlevselliğine bakmaksızın ellerindekileri biriktirme eğilimindedir ve bu eşyalarla duygusal bir bağ kurarlar. Eşyaları elden çıkarmaktan kaçınırlar.

#### **2.1.5.2.7 Diğer Obsesyon ve Kompulsiyonlar**

Bu gruptaki obsesyonlar arasında bilme veya hatırlama ihtiyacı, belirli şeyleri söyleme korkusu, doğru şeyi söylememe korkusu, bir şeyler kaybetme korkusu, uğurlu ya da uğursuz sayılar, özel anlamı olan renkler ve batıl inançlar gibi düşünceler yer alır. Bu obsesyonlar kaygı yaratır ve bu kaygıyı azaltmak amacıyla zihinsel törenler, aşırı liste hazırlama, söyleme, sorma veya itiraf etme gibi kompulsif davranışlar ortaya çıkar. Ayrıca, dokunma, vurma, ovalama, göz kırpması, göz dikme gibi ritüel haline gelmiş davranışlar gibi kompulsiyonlar da sıklıkla gözlemlenir<sup>105</sup>.

#### **2.1.5.2.8 Otojen ve Reaktif Obsesyonlar**

Lee ve Kwon (2003), obsesyonları bilişsel gelişim basamaklarına göre otojen ve reaktif olmak üzere iki gruba ayırmayı önermiştir. Otojen obsesyonlar, kişiye daha fazla rahatsızlık veren, tanımlanabilir dış uyaran olmadan aniden zihinde beliren veya

zihinsel uyarana daha az ihtiyaç duyan, cinsel, saldırganlık ve dini içerikli obsesyonlardır. Bu tür obsesyonlar, bireyde yoğun suçluluk ve utanç duygusu yaratır ve istenmeyen düşünceler tehlikeli olarak değerlendirildiğinden bastırılmaya çalışılır. Ancak bastırma, otojen obsesyonların ortaya çıkmasında ve devam etmesinde etkili olur<sup>124</sup>.

Reaktif obsesyonlar ise kirlenme, kuşku, simetri ve biriktirme gibi daha gerçekçi ve rasyonel nitelikte olan, tanımlanabilir dış uyaranlara bağlı olarak ortaya çıkan ve kişiye daha az rahatsızlık veren obsesyonlardır. Bu tür obsesyonlar, genellikle kontrol etme veya tekrarlama gibi kompulsif davranışlarla birlikte görülür ve kaygıyı azaltmak amacı taşır<sup>124</sup>.

Otojen obsesyonların daha fazla benliğe yabancı, saçma, tekrarlayıcı ve olumsuz duygularla daha güçlü ilişkili olduğu öne sürülmektedir. Bazı çalışmalar, bu tür obsesyonların nörobiyolojik ve tedaviye yanıt açısından farklılık gösterdiğini ve davranışsal tekniklere kıyasla bilişsel tedaviye daha iyi yanıt verdiğini ortaya koymuştur<sup>125</sup>.

#### **2.1.6 OKB ve Komorbid Ruhsal Bozukluklar**

OKB tanısı almış hastaların yaklaşık üçte ikisinde eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluğun bulunduğu bildirilmektedir. Komorbid durumların varlığı, hastalığın seyri ve tedavi yanıtı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğundan dikkatle değerlendirilmelidir. En sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklar arasında anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları yer almaktadır<sup>44</sup>. Eş tanıların bulunması durumunda, tedaviye verilen yanıtın olumsuz yönde etkilenebileceği, semptom şiddetinin artabileceği, intihar riskinin yükselerek hastaların yaşam kalitesi ve işlevselliğinin düşebileceği bildirilmiştir<sup>126,127,128</sup>. OKB vakalarının %79,2'sinde, hastalığın komorbid anksiyete bozukluklarından sonra başladığı bildirilmiştir. Bununla birlikte, OKB'nin duygudurum bozukluklarından önce veya sonra ortaya çıkma olasılığı yaklaşık olarak eşit düzeydedir. Komorbid dürtü kontrol bozuklukları olan bireylerde OKB'nin gelişme sıklığı %92,8 oranında bu bozukluklardan sonra görülürken, madde kullanım bozukluğu olan hastalarda bu oran %58,9'dur. Ayrıca, OKB'li bireylerde genel tıbbi hastalıkların komorbiditesinin arttığını gösteren bazı kanıtlar mevcuttur<sup>129</sup>. Hasler (2005) tarafından

yapılan çalışmada, sosyal fobi ile saldırganlık, cinsel, dini ve bedensel obsesyonlar ile kontrol etme kompulsiyonları arasında; bipolar bozukluk ile simetri obsesyonu, tekrarlama, sayma, sıralama ve düzenleme kompulsiyonları arasında; madde kullanım bozukluğu ile ise tekrarlama kompulsiyonları arasında bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştur<sup>130</sup>.

OKB hastalarının %40-60'ının yaşamları boyunca en az bir anksiyete bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir<sup>131</sup>. OKB'ye eşlik eden en yaygın anksiyete bozuklukları arasında panik bozukluk, özgül fobi, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu bulunmaktadır<sup>4,132</sup>.

OKB hastalarında majör depresif bozukluk (MDB) tanısının %21-65 arasında değişen oranlarda görüldüğü ve MDB varlığının tedaviye alınan yanıtı olumsuz etkilediği belirlenmiştir<sup>131,133</sup>. OKB'de bipolar bozukluğun yaygınlığı ise %2,7 ile %21,5 arasında değişmektedir<sup>134</sup>.

Klinik çalışmalarda, OKB hastalarının %10-27'sinde yaşam boyu madde kullanım bozukluğu, %7,5'inde ise alkol kullanım bozukluğu tespit edilmiştir<sup>135,136,137</sup>. Madde kullanım bozukluklarının, özellikle erkek OKB hastalarında diğer psikiyatrik bozukluklara göre daha sık görüldüğü belirtilmiştir<sup>138</sup>.

Şizofreni hastalarının %30-59'unda obsesif kompulsif belirtiler gözlemlenirken, OKB tanısının konma oranı %7,8 olarak belirlenmiştir ve OKB hastalarının %14'ünde psikotik belirtiler görülmekte, şizofreni tanısı alma oranı ise %4-12 arasında değişmektedir<sup>139,140</sup>.

OKB ile travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) arasındaki ilişkiye dair kanıtlar bulunmaktadır. Nitekim, birçok vaka çalışması, bireylerin travmatik bir olaya maruz kalmalarının ardından her iki bozukluğun birlikte gelişebileceğini ortaya koymuştur<sup>141,142</sup>.

### **2.1.7 OKB Tedavisi**

OKB tedavisinde öncelikli olarak hastaya, hastalığın doğası ve semptomların ortaya çıkış mekanizmaları detaylı bir şekilde açıklanmalı, böylece hastanın yaşadığı belirtilerin neden kaynaklandığını anlaması sağlanmalıdır. Bu bilgilendirme süreci, hastanın tedaviye uyumunu artırmada kritik bir rol oynar. Ayrıca, hastanın yakın çevresi, özellikle birincil bakım veren kişiler ve aile bireyleri de tedavi süreci hakkında

bilgilendirilmeli ve hastanın iyileşme sürecine aktif olarak katılmaları teşvik edilmelidir. OKB, yalnızca bireyin kendisini değil, aynı zamanda aile ve sosyal çevresini de etkileyen bir bozukluk olduğu için, hasta yakınlarının doğru bilgilendirilmesi ve destekleyici bir tutum sergilemesi tedavi sürecinin başarısını önemli ölçüde artırabilir. Hastanın tedaviye olan motivasyonunu yükseltmek ve sürece aktif katılımını sağlamak adına, hekim-hasta ve aile arasında etkili bir işbirliği oluşturulmalıdır.

OKB tedavisinde ilk basamakta uygulanan temel yaklaşımlar arasında seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) yer almaktadır<sup>143,144</sup>. Tedaviye yalnızca SSGİ ile mi başlanacağı, yalnızca BDT'nin mi uygulanacağı ya da her iki yöntemin kombine şekilde mi kullanılacağına karar verilirken, hastanın obsesyon ve kompulsyonlarının türü, semptomların şiddeti, eşlik eden psikiyatrik ya da tıbbi hastalıkların varlığı, hastanın daha önce aldığı tedavilere verdiği yanıt, mevcut ilaç kullanımı ve bireyin kişisel tercihi dikkate alınmalıdır<sup>144</sup>. Bu faktörler doğrultusunda hastaya en uygun ve etkili tedavi yöntemi belirlenmelidir.

Yapılan araştırmalar, OKB tedavisinde tüm SSGİ türlerinin belirli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir<sup>145</sup>. Ancak, OKB tedavisinde kullanılan SSGİ dozlarının, depresyon gibi diğer psikiyatrik bozukluklarda kullanılan dozlara kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle, tedavi sürecinde ilaca bağlı yan etkilerin ortaya çıkma olasılığı da artmaktadır. Bu tür yan etkilerin en aza indirilmesi amacıyla tedaviye düşük dozlarla başlanması ve hastanın tolere edebileceği en yüksek doza kademeli olarak ulaşılması önerilmektedir<sup>146</sup>. Ayrıca, OKB semptomlarının doğası gereği, tedavi sürecinde belirli bir iyileşme sağlansa dahi, ilaçların aniden kesilmesi durumunda semptomların tekrarlama riski oldukça yüksektir. Bu nedenle, ilaç tedavisinin uzun vadeli bir planlama çerçevesinde sürdürülmesi ve gerektiğinde destekleyici yaklaşımlarla güçlendirilmesi gereklidir.

OKB tedavi kılavuzları, SSGİ kullanımının optimal etkinliğini değerlendirebilmek için en az 8 ila 12 haftalık bir sürenin gerekli olduğunu belirtmektedir<sup>147</sup>. 2016 yılında yapılan bir meta-analiz çalışması, SSGİ tedavisine başlandıktan sonraki ilk iki haftada OKB semptomlarında belirgin bir düzelme görüldüğünü ve en büyük iyileşmenin genellikle tedavinin erken evrelerinde meydana geldiğini göstermektedir<sup>148</sup>. Bu

bulgular, OKB tedavisinde erken dönemde hastalığın seyrini belirleyebilmek açısından semptom değişimlerinin dikkatle takip edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

OKB tedavisinde farmakoterapinin idame süresi konusunda yapılan çalışmalar, remisyon sağlandıktan sonra ilaç kullanımının en az 12 ila 24 ay boyunca devam ettirilmesi gerektiğini öne sürmektedir<sup>149</sup>. Bununla birlikte, bazı hastalarda ilacın kesilmesini takiben nüks riski yüksek olabileceğinden, uzun süreli tedavi gereksinimi doğabilmektedir. Bu nedenle, tedavi sürecinde bireyselleştirilmiş bir plan oluşturulmalı ve ilacın kesilmesine karar verilirken hastanın semptom profili ve nüks riski göz önünde bulundurulmalıdır.

Farmakoterapiye ek olarak, BDT'nin OKB tedavisindeki etkinliği birçok çalışmada gösterilmiştir<sup>150</sup>. Bilişsel terapi, OKB hastalarında yaygın olarak görülen aşırı sorumluluk duygusu, belirsizliğe karşı düşük tolerans, düşüncelerin aşırı önemsenmesi, düşünceleri kontrol etme çabası ve mükemmeliyetçilik gibi bilişsel süreçleri hedef alarak hastanın işlevselliğini artırmayı amaçlar. Davranışçı terapi ise hastanın kaygı yaratan durumlara sistematik olarak maruz bırakılması ve bu durumlara karşı geliştirdiği kompulsif tepkilerin önlenmesi tekniklerini içerir<sup>151</sup>. Maruz bırakma ve tepki önleme (ERP) adı verilen bu yöntem, hastanın korktuğu uyaranlara kontrollü bir şekilde maruz bırakılmasını ve bu uyaranlara karşı geliştirilen kaçınma davranışlarının zamanla ortadan kaldırılmasını hedefler<sup>152</sup>.

Tedaviye dirençli OKB vakalarında, geleneksel farmakoterapi ve BDT'ye yeterli yanıt alınamaması durumunda antipsikotikler, lityum, L-triptofan, N-asetilsistein (NAC), karbamazepin, klonazepam, agomelatin ve intravenöz klomipramin gibi ilaçların ek olarak kullanılabileceği bildirilmiştir<sup>144</sup>. Bu ajanlar, standart OKB tedavisinin etkinliğini artırma amacıyla destekleyici olarak reçete edilebilmektedir. Ancak, bu ilaçların yan etkileri ve bireysel tolerans farklılıkları göz önünde bulundurularak dikkatli bir şekilde planlanması gerekmektedir.

Daha nadir görülen ancak klasik tedavi yöntemlerine direnç gösteren hastalarda, farmakoterapi ve BDT'ye ek olarak elektrokonvulsif tedavi (EKT), derin beyin stimülasyonu (DBS) ve psiko-cerrahi yöntemler de uygulanabilmektedir<sup>143</sup>. OKB tedavisinde kullanılan cerrahi girişimler, özellikle bazal ganglion ile frontal korteks arasındaki bağlantıları kesmeyi amaçlayan anterior singulotomi, anterior kapsülötom, limbik lökotomi ve subkaudatraktomi yöntemlerini içermektedir<sup>153,154</sup>. Bu cerrahi

teknikler, yalnızca tedaviye dirençli ve ağır işlev kaybı yaşayan hastalar için son çare olarak değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak, OKB tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektiren, uzun süreli ve bireyselleştirilmiş bir süreçtir. Farmakoterapi ve BDT, hastalığın temel tedavi yöntemleri olmakla birlikte, tedaviye yanıt alınamayan durumlarda ek farmakolojik ve cerrahi girişimlerin değerlendirilmesi gerekebilir. Hastaların tedaviye uyumunu artırmak ve yaşam kalitelerini yükseltmek adına, hastalık hakkında doğru bilgilendirme yapılması ve hasta yakınlarının sürece dahil edilmesi büyük önem taşımaktadır.

## **2.2 Ruminasyon**

### **2.2.1 Ruminasyon Nedir?**

Ruminasyon, tarihsel olarak çok eski dönemlerden beri tanımlanmış olup, Antik Yunan filozoflarından Aristoteles'in yazılarında da yer almaktadır. Terim, Latince "rumen" kelimesinden türetilmiş olup, geviş getiren hayvanların midesinin ilk bölümü anlamına gelmektedir. Klinik bağlamda ilk kez 17. yüzyılda İtalyan anatomist Fabricius ab Aquapendente tarafından "hayvanlarda geviş getirme" olarak tanımlanmıştır. Psikiyatride ise ruminatif düşünme, tekrarlayıcı ve kendine odaklı olumsuz duygu veya olaylarla ilişkilendirilmektedir<sup>155</sup>.

Psikiyatrik literatürde, ruminasyon ilk defa OKB'den farklı bir tanı kategorisi olarak, fobik ve ruminatif düşünce düzeyinde seyreden "fobik-ruminatif durum" şeklinde ele alınmıştır. Sir Aubrey Lewis, obsesyonel ruminasyonları obsesif fenomenlerin bir alt türü olarak kabul etmiş ve sonsuz sorgulama biçimiyle ilişkilendirmiştir<sup>7</sup>. Rippere (1977), depresyon üzerine yaptığı araştırmalarda ruminasyonu, "olumsuz duygu durumuna tepki olarak gelişen tekrarlayıcı ve ısrarcı düşünceler" şeklinde tanımlamıştır<sup>156</sup>. Travmatik deneyimlerle ilişkisini ele alan Calhoun ve arkadaşları (2000), ruminasyonun yaşanan travmatik olaylar çerçevesinde ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Daha geniş bir çerçeve çizen Martin ve Tesser (1996), ruminatif düşüncenin bireyin geçmişi, geleceği veya mevcut yaşantılarıyla ilişkili olabileceğini ve kişinin kendisi ya da başkalarıyla ilgili tamamlanmış ya da tamamlanmamış olaylar çerçevesinde şekillenebileceğini belirtmişlerdir<sup>157,158</sup>.

Ruminatif kişilik özelliklerine sahip bireyler, “Neden olayları daha iyi yönetemiyorum?”, “Bu durumdan neden kurtulamıyorum?”, “Bu durumdan kurtulmak için ne yapmalıyım?”, “Bunu hak etmek için ne yaptım?” gibi sorgulayıcı düşünceleri tekrar ederek umutsuzluk hissini artırmaktadır. Bu bireyler, sorunlarına yönelik çözümler üretmiş olsalar bile, işlevsiz düşünce kalıpları nedeniyle eyleme geçmekte zorlanmaktadır<sup>159,160</sup>. Ruminatif bireylerin, sürekli olarak kendi duygu ve düşüncelerine odaklanmaları, sosyal etkileşimlerini azaltarak yalnızlaşmalarına neden olmaktadır<sup>161</sup>. Ruminasyonun içerdiği olumsuz duygu ve düşünceler, bireyin sağlığı üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilmektedir. Sürekli devam eden bu bilişsel süreç, depresyon ve kaygı bozuklukları gibi psikiyatrik rahatsızlıkların yanı sıra, fiziksel sağlık sorunlarına da zemin hazırlayabilir. Ayrıca, olumsuz duyguların etkilerini daha da şiddetlendirerek bireyin genel iyi oluşunu bozabileceği belirtilmektedir<sup>8</sup>.

Nolen-Hoeksema ve arkadaşları, ruminasyonun temelinde erken çocukluk döneminde edinilen deneyimlerin yer aldığını ileri sürmektedir<sup>7</sup>. Çalışmalar, ruminasyon sıklığı açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulamasa da, kadınların daha sık cinsel travma veya taciz gibi stres faktörlerine maruz kalması nedeniyle daha yüksek ruminasyon oranlarına sahip olabileceğini öne sürmektedir<sup>10,162</sup>.

Ruminasyon, bireyin karakter özellikleriyle de ilişkilidir. Yapılan araştırmalar, mükemmeliyetçi, sosyal beğenilme kaygısı yüksek, geleceğe dair umutsuz ve nevroitik bireylerin daha fazla ruminatif düşünceye sahip olduğunu göstermektedir<sup>163,164</sup>. Ruminasyonun temelinde, bireyin geçmiş olumsuz deneyimlere odaklanması ve geleceğe dair belirsizlikleri sürekli sorgulaması yatmaktadır<sup>165</sup>. Düşük benlik saygısına sahip, olumsuz deneyimlerini vurgulayan ve kendini başarısız olarak değerlendiren bireylerin daha fazla ruminatif düşünceye sahip olduğu gözlenmiştir<sup>166</sup>. Bu bireyler, yaşadıkları olayları tekrar tekrar değerlendirerek çözüm üretmeye çalışırken bilişsel kısır döngüye girmektedir<sup>159</sup>.

Watkins ve arkadaşları, ruminasyonu azaltılmış somutluk teorisi ile açıklamış ve bireysel düşünce şekillerinin “somut” ve “soyut” olarak ikiye ayrıldığını belirtmiştir<sup>167</sup>. Somut düşünce, belirli ve durumsalken; soyut düşünce, genelleştirilmiş ve belirsizdir. Sürekli soyut düşünme biçimi, bireyin olumsuz deneyimlerini kalıcı hale getirebilir ve psikiyatrik bozukluklara zemin hazırlayabilmektedir<sup>167</sup>.

Ruminasyon, birçok psikiyatrik bozukluğun başlamasında ve sürmesinde rol oynayan transdiagnostik bir süreç olarak değerlendirilmektedir<sup>9</sup>. Travma sonrası gelişen depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kullanımı, yeme bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir<sup>168</sup>. Ruminasyonun intihar davranışları açısından risk faktörü olduğu belirlenmiştir<sup>169</sup>.

Son yıllarda ruminasyonun depresif ruh hali ile ilişkisi yoğun bir şekilde incelenmiştir. Ancak, ruminasyonu tüm yönleriyle tanımlayan standart bir ölçüm yöntemi henüz bulunmamaktadır. Ruminasyonun, duygu odaklı başa çıkma, endişe ve tekrarlayan düşünce süreçleri gibi benzer kavramlarla ilişkisi de netlik kazanmamıştır<sup>170</sup>. Yapılan araştırmalar, ruminasyonun genellikle olumsuz duygular ve psikopatolojik süreçlerle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır<sup>171</sup>. Bununla birlikte, Feldman ve arkadaşları (2008), pozitif duygu düzenleme bağlamında olumlu duygulanıma verilen tepkilerin önemini vurgulamıştır<sup>172</sup>. Seligman ve Csikszentmihalyi (2000) tarafından geliştirilen pozitif psikoloji, yalnızca zihinsel hastalıklar ve patolojik süreçlere odaklanmak yerine, bireylerin güçlü yönlerini geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu yaklaşım, kendini kabul, yaşam doyumu, yaşam amacı, kişilerle olumlu ilişkiler, çevresel hakimiyet ve özerklik gibi faktörler aracılığıyla bireylerin iyi oluşunu desteklemeyi ve ruhsal bozuklukları önlemeyi hedeflemektedir<sup>173</sup>.

Pozitif psikoloji çerçevesinde ruminasyonun işlevsel yönleri de ele alınmaktadır. Yang ve Li (2020), ruminasyon eğitimi yöntemi geliştirerek, bireyleri olumsuz ruminasyonu azaltmaya ve olumlu ruminasyona yönlendirmeye çalışmış; böylece psikolojik uyumun artırılabilirliğini göstermiştir<sup>174</sup>. Watkins (2008), ruminasyonun tüm bireylerde gözlenebilen bir bilişsel süreç olduğunu belirtmiş ve özellikle travmatik deneyimlerle baş etme stratejisi olarak kullanıldığında yapıcı etkiler gösterebileceğini ileri sürmüştür<sup>175</sup>. 1991 yılında Nolen-Hoeksema tarafından geliştirilen Tepki Biçimleri Teorisi (TBT), ruminasyonun farklı yönlerini anlamaya yönelik teorik çerçeveler sunmuş ve bu bağlamda birçok model geliştirilmiştir<sup>176</sup>. Bu modeller, ruminasyonun olası alt tiplerini belirleme, diğer bilişsel süreçlerle benzerliklerini ve farklılıklarını inceleme amacı taşımaktadır.

## 2.2.2 Ruminasyon Teori ve Modelleri

### 2.2.2.1 Tepki Biçimleri Teorisi (*The Response Styles Theory*)

Psikiyatrik bozuklukları, özellikle depresyon ve anksiyeteyi daha iyi anlamak amacıyla çeşitli teoriler geliştirilmiştir. Bu teorilerden biri olan Tepki Biçimleri Teorisi (TBT), en çok araştırılan yaklaşımlar arasında yer almaktadır<sup>7</sup>. TBT, ruminatif kişilik özelliklerine sahip bireylerin psikiyatrik bozukluk geliştirme yatkınlığını açıklamaya çalışır. Teoriye göre ruminasyon, depresif ruh hali ile ilişkili uyaranlara karşı otomatik bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır<sup>177</sup>. Bireylerin olumsuz duygulanım deneyimleriyle başa çıkma biçimleri farklılık gösterirken, ruminasyon bu başa çıkma mekanizmalarından biri olarak tanımlanır<sup>7</sup>.

TBT'ye göre, ruminatif düşünce bireyin depresif semptomlarının nedenleri ve sonuçları üzerinde çözüm üretmeye yönelik bir süreç olmaktan ziyade, tekrarlayıcı, pasif ve sıkıntıya odaklı bir bilişsel yapı sergiler. Yapılan araştırmalarda, ruminasyonun umutsuzluk, karamsarlık, yetersizlik ve nevrozizm gibi uyumsuz bilişsel süreçlerle güçlü bir şekilde bağlantılı olduğu gösterilmiştir<sup>176</sup>. Bununla birlikte, ruminasyonun sadece içeriği değil, tekrarlayıcı ve pasif doğası asıl belirleyici faktör olarak kabul edilmektedir.

TBT, bireylerin ruminatif eğilimlerinin kişisel özellikler ve yaşam deneyimleri ile şekillendiğini öne sürmekle birlikte, bireyler arasındaki ruminasyon düzeyindeki farklılıkları tam olarak açıklayamamaktadır<sup>177</sup>. Ayrıca, teoriye göre ruminasyonun şiddeti ve süresi arttıkça depresyonun daha ağır ve uzun süreli seyredebileceği, iyileşme sürecinin gecikebileceği ve intihar düşüncelerinin artabileceği belirtilmektedir<sup>155</sup>. Bunun yanı sıra, ruminasyonun problem çözme becerilerini zayıflattığı, motivasyon kaybına neden olduğu ve konsantrasyon güçlüğüne yol açtığı gösterilmiştir.

Ruminatif kişilik özelliklerine sahip bireyler, “Neden ben?”, “Neden bu kadar farklıyım?”, “Neden olayları yönetemiyorum?” gibi kaygıyı artıran düşünceleri sürekli tekrar etme eğilimindedir<sup>178</sup>. Ruminasyon, depresyon gelişimine katkıda bulunmasının yanı sıra, depresif belirtileri sürdürme ve şiddetlendirme potansiyeline sahiptir<sup>7</sup>.

Bu sürecin depresyonu destekleyici etkisi çeşitli mekanizmalarla açıklanmaktadır:

1. Olumsuz anılar ve düşüncelerin artışı: Ruminasyon, bireyin depresif duygularını tetikleyerek olumsuz bilişlerin yoğunlaşmasına neden olur.
2. Problem çözme becerisinde azalma: Kişiyi daha karamsar ve kadereci hale getirerek, etkili çözüm yolları üretme yetisini zayıflatır.
3. Araçsal davranışların azalması: Ruminasyon, bireyin işlevsel davranışlarını sınırlayarak stres düzeyini artırır.
4. Sosyal ilişkilerde bozulma: Kronikleşen ruminatif süreçler, kişilerarası ilişkilerde sorunlara yol açarak sosyal destek kaybına neden olabilir.

Bu mekanizmalar, ruminasyonun depresif döngüyü nasıl güçlendirdiğini açıklamakta ve bireyin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymaktadır. Ruminasyon, yalnızca depresif nöbetlerin şiddetini ve süresini artırmakla kalmayıp, bu nöbetlerin kronikleşmesine de katkıda bulunabilir. Ayrıca, nevrotik kişilik özelliklerine sahip bireylerin depresif dönemler yaşama olasılığını artıran bilişsel bir süreç olduğu düşünülmektedir<sup>155</sup>.

#### **2.2.2.2 Üzüntü Üzerine Ruminasyon (*Rumination on Sadness Theory*)**

Conway ve arkadaşları, ruminasyonu TBT temelinde, “üzüntü ve bu üzüntüyle ilişkili durumlar üzerine sürekli tekrarlayan düşünceler” olarak tanımlamaktadır<sup>179</sup>. Bu düşünceler genellikle olumsuz içeriklidir, hedefe yönelik bir işlevi bulunmaz, bireyin problem çözmesine katkı sağlamaz ve diğer kişilerle paylaşılmadan bireysel olarak deneyimlenir. Ayrıca, girici nitelikte olup, kişinin bilişsel sürecine müdahaleci bir şekilde dâhil olur. Bu modelde, ruminasyonun zarar verici yönleri ve bireye olumsuz etkileri vurgulanmaktadır. TBT’den farklı olarak, bu modelde ruminasyon, bireyin dış destek almadan kendi başına yönettiği bir bilişsel süreç olarak ele alınmaktadır<sup>170</sup>.

#### **2.2.2.3 Strese Reaktif Ruminasyon (*The Stress-Reactive Model of Rumination*)**

Bu model, stresli yaşam olayları sonrasında ortaya çıkan olumsuz varsayımlar üzerine derinlemesine düşünme eğilimi olarak tanımlanmaktadır<sup>180</sup>. Strese reaktif ruminasyon modeli, TBT ile benzerlik göstermekte olup, en önemli avantajı olumsuz

duygu durumunun ortaya çıkmasından önce ruminatif süreçleri tespit edebilmesidir<sup>180</sup>. Ruminatif düşüncelerin içeriğinin stres yaratan faktörlerle doğrudan ilişkili olduğu kabul edilmektedir. Ancak, bu modelin temel sınırlılığı, geçmişteki stres yaratan anılar ve yetersizlik düşünceleri gibi önemli ruminatif temaları yeterince açıklayamamasıdır<sup>170</sup>.

Hem Beck'in depresyon kuramı hem de umutsuzluk kuramı, işlevsel olmayan bilişsel kalıplara sahip bireylerin olumsuz yaşam olayları karşısında depresyon açısından yüksek risk taşıdığına işaret eden bir "bilişsel savunmasızlık hipotezi" içermektedir<sup>181,182</sup>. Strese tepki olarak ruminasyon, bireyin stresli deneyimler sonrasında olumsuz düşüncelerini sürekli tekrar etmesi şeklinde tanımlanmaktadır ve depresif ruh halinden önce ortaya çıkmaktadır. Oysa TBT, ruminasyonu depresif duygu durumuna verilen bir tepki olarak ele almaktadır. Modelin sınırlılıklarından biri, ruminasyonun yalnızca yaşanan stresli olaylardan kaynaklandığını öne sürmesi ve diğer etkenleri göz ardı etmesidir<sup>170</sup>.

#### **2.2.2.4 Hedef-İlerleme Teorisi (*The Goal Progress Theory*)**

Bu teoriye göre ruminasyon, yalnızca depresif bir duygudurumun sonucu olarak ortaya çıkan bir tepki değildir; bireyin belirli bir hedefe ulaşamaması sonrasında gelişen bir süreçtir<sup>157</sup>. Bu bakış açısı, ruminasyonun genellikle yüksek düzeydeki ancak erişilemeyen hedeflerle ilişkili olduğunu öne sürmektedir<sup>183</sup>. Ruminasyon, hedefe ulaşamamaktan çok, yeterli çaba sarf edilmemesiyle bağlantılıdır. Hedefle ilgili bilgilerin kolay erişilebilir olması, problem çözme sürecini kolaylaştırarak bireyi hedeflerine ulaşma konusunda motive eder. Ruminasyonun varlığı, bireyin hedef hiyerarşisine sahip olduğunun bir göstergesidir ve bu bireyler hedeflerine ulaşmak için çaba göstermeye devam eder<sup>184</sup>.

Hedef İlerleme Teorisi, hedeflerine ulaşamayan bireylerin, yeni stratejiler geliştirme, hedefin uygunluğunu yeniden değerlendirme ve alternatif hedeflere yönelme gereksinimi duyduklarını ileri sürmektedir<sup>185</sup>. Bu bağlamda ruminasyon, üst düzey hedefler tarafından yönlendirilen bir kendini düzenleme mekanizması olarak tanımlanabilir. Bireyin kendini düzenleyici süreçleri, hedeflerine ulaşabilmesi için rehberlik ederek problem çözme becerilerini geliştirmektedir. Teoriye göre, bireylerin iki temel yeteneğe sahip olması gerekmektedir:

1. Karşılaşılan zorluklara rağmen amaca ulaşmaya devam etme,
2. Gerektiğinde amaçlarından vazgeçebilme.

Bireyin hedeflerini gözden geçirmemesi, gerekli durumlarda hedef değişikliğine gitmemesi ve ulaşılması zor, belirsiz ya da sınırları net olmayan hedefler belirlemesi (örneğin, "sağlıklı olmak" gibi) ruminasyonun patolojik bir sürece dönüşmesine neden olabilir. Bu model, ruminasyonu yalnızca düşünsel süreçlerle değil, aynı zamanda üst bilişler ve motivasyonel faktörler üzerinden ele almakta ve ruminatif sürecin çok boyutlu bir yapı sergilediğini vurgulamaktadır<sup>186</sup>.

Bu teoriye göre ruminasyon, bireyin kendini düzenleme kapasitesinin bir parçasıdır ve problem çözme becerisini artırarak bireyi hedeflerine ulaştıran bir rehber işlevi görmektedir. Ancak, bireyin gerektiğinde hedefinden vazgeçememesi ya da hedeflerini yeniden değerlendirememesi, ayrıca ulaşılması güç veya ölçülebilir olmayan hedefler belirlemesi, ruminasyonun patolojik bir sürece dönüşmesine neden olabilmektedir<sup>187</sup>.

#### **2.2.2.5 Kendini Düzenleyen Yönetici İşlevler Modeli (The self-regulatory executive function theory/ S-REF)**

Beck'in şema teorisini ve bilgi işleme araştırmalarını birleştiren Wells ve Matthews (1996), duygusal bozuklukların gelişimi ve sürdürülmesinde üstbilişlerin kritik bir rol oynadığını ileri sürerek Kendini Düzenleyen Yönetici İşlevler Modeli (S-REF)'ni geliştirmiştir. Üstbiliş, bireyin kendi düşüncelerini, bilişsel süreçlerini izlemesi, kontrol etmesi ve değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır<sup>158</sup>.

Bu teoride ruminasyon, bireyin olumsuz olaylar sonrası kendisiyle ilgili bilgileri değerlendirdiği, kendini düzenleyici ve başa çıkma süreci olarak tanımlanmaktadır. Birey, mevcut durumu ile ulaşmak istediği durum arasındaki uyumsuzluğu fark ettiğinde ruminatif düşünceler tetiklenmektedir. Bu süreçte denetleyici yürütücü sistem devreye girerek, çözüm üretmeye çalışmaktadır<sup>158</sup>. Ruminasyon, çeşitli bilişsel süreçlerin bütünleştiği karmaşık bir yapı olup, içsel süreçlere odaklanan bir başa çıkma yöntemi olarak değerlendirilmektedir. Ancak, bireyin ruminasyonu bir başa çıkma stratejisi olarak kullanması, duygusal uyumsuzluğu ve psikopatolojik belirtileri artırmaktadır.

Ruminasyonun gelişiminde etkili olan iki farklı üstbiliş türü bulunmaktadır: olumlu ve olumsuz üstbiliş. Olumlu üstbiliş, bireyin ruminasyonu bir kendini düzenleme yöntemi olarak algılamasına neden olmaktadır. Örneğin, depresyon hastalarıyla yapılan bir çalışmada bireyler, "Geçmişle ilgili ruminasyonlar, gelecekteki hatalarımı ve başarısızlıklarımı engellememe yardımcı olur" şeklinde ifade kullanmışlardır<sup>158</sup>. Olumsuz üstbiliş ise, ruminasyonun kontrol edilemez hale geldiğine inanarak, sürecin bireye zarar verdiğini düşünmeye yol açmaktadır<sup>188</sup>.

S-REF, ruminasyonu pasif bir süreç olarak değil, aşırı düşünmeye dayalı aktif bir süreç olarak tanımlamaktadır<sup>158</sup>. Bu modele göre, kaygı ve üzüntü, bireyin kendini düzenleme sürecindeki aksaklıkların göstergeleridir ve ruhsal iyi oluş için bir tehdit oluşturmaktadır. Birey, bu olumsuz duygularla başa çıkmak için çeşitli stratejiler geliştirir. Ancak, bu stratejiler çoğunlukla kaygı, ruminasyon, bilişsel önyargılar ve içsel olayları kontrol etme girişimleri gibi işlevsiz mekanizmalara dönüşebilir. Bu tür işlevsiz başa çıkma stratejileri, bilişsel dikkat sendromu (BDS) olarak adlandırılmaktadır. BDS, bireyin düşünce süreçlerini hatalı üstbilişsel inançlar doğrultusunda yönlendirmesiyle ortaya çıkmaktadır. Bu durum, olumsuz duygusal deneyimleri yoğunlaştırarak, bireyin psikopatolojik belirtilerinin kronikleşmesine yol açmaktadır<sup>158</sup>.

BDS'nin temel bileşenleri arasında, olumsuz ve işlevsiz üstbilişsel inançlar yer almaktadır<sup>158</sup>. Anksiyete ile ilgili olumsuz üstbilişler, bireyin düşüncelerini kontrol etmesini zorlaştırmakta ve içsel yaşantılarının olumsuz yorumlanmasına katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle, stresli durumlarla karşılaşıldığında etkili başa çıkma stratejileri geliştirmek yerine, BDS devreye girerek depresyon ve anksiyete gelişme olasılığını artırmaktadır<sup>158</sup>.

#### **2.2.2.6 2 × 2 Teorik Ruminasyon Modeli**

Martin Seligman tarafından geliştirilen pozitif psikoloji, bireyin güçlü yönlerini desteklemeye odaklanmıştır<sup>173</sup>. Ancak, bu yaklaşımın yalnızca olumlu yönleri vurgulaması ve bireyin olumsuz yönlerini göz ardı etmesi eleştirilere yol açmıştır. Psikolojide pozitif ve negatif süreçlerin bir arada ele alınması gerektiğini savunan çalışmaların artmasıyla, pozitif psikoloji son yıllarda olumlu ve olumsuz süreçleri bütünleştirmeye yönelik bir yaklaşım geliştirmeye çalışmaktadır<sup>189</sup>.

Bu doğrultuda, Yang ve arkadaşları (2020), önceki teoriler ve ruminasyonun olumlu ya da olumsuz yönlerini inceleyen araştırmalar çerçevesinde, ruminasyonu daha kapsayıcı bir şekilde değerlendirmek amacıyla çok boyutlu bir ruminasyon ölçümü yapılmasını önermiştir<sup>11</sup>. Araştırmacılar, ruminasyonun hem olumlu hem de olumsuz yönlerini içeren bir model ile değerlendirilmesi gerektiğini savunarak, 2 (olumlu ve olumsuz duygular)  $\times$  2 (olumlu ve olumsuz ruminasyon) şeklinde teorik bir ruminasyon modeli geliştirmişlerdir. Bu model, ruminasyonun bireyin duygu durumları üzerindeki etkilerini daha kapsamlı bir şekilde açıklamayı amaçlamaktadır.

Bu modele göre ruminasyon dört farklı kategoriye ayrılmaktadır: olumlu duygu üzerine pozitif ruminasyon (PROPA), olumlu duygu üzerine negatif ruminasyon (NROPA), olumsuz duygu üzerine pozitif ruminasyon (PRONA) ve olumsuz duygu üzerine negatif ruminasyon (NRONA)<sup>11</sup>.

Araştırmacılar, ruminasyonu psikolojik uyum açısından hem olumlu hem de olumsuz işlevlere sahip, tekrarlayıcı düşünce süreçleri olarak tanımlamaktadır. 2 $\times$ 2 Teorik Ruminasyon Modeli'ne dayalı olarak, ruminasyonun çok boyutlu değerlendirilmesini sağlayan Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği (PANRS) geliştirilmiştir<sup>11</sup>.

### 2.2.3 Ruminasyon Çeşitleri

Ruminasyon, farklı teorilerden köken alan ve çeşitli zihinsel süreçlerle ilişkilendirilen bir kavram olup, literatürde çeşitli alt formları tanımlanmıştır. Araştırmacılar, ruminasyonu sıklıkla içe bakış (introspection) ile ilişkilendirmiş, ancak içe bakış sırasında ruminatif düşüncelerin genellikle olumsuz içerikli, soyut ve yargılayıcı bir yapıya sahip olduğunu öne sürmüşlerdir<sup>175</sup>. Yapılan çalışmalar, ruminasyonun potansiyel alt tiplerini belirlemiş ve bu doğrultuda farklı ruminasyon türleri tanımlanmıştır.

Ruminatif Tepki Biçimleri Ölçeği (RTÖ) üzerinde yapılan faktör analizleri sonucunda, depresyonla ilişkili maddeler çıkarıldığında saplantılı düşünme (brooding) ve derin düşünme (reflection) olmak üzere iki alt faktör tespit edilmiştir<sup>190</sup>. Saplantılı düşünme, bireyin karamsar bir düşünce biçimine sahip olduğunu gösteren, ruminasyonun olumsuz bir formu olarak değerlendirilmektedir. Bu tür ruminasyon, bireyin problemlerin çözülebilir olmadığına inanmasına ve çözüm odaklı düşünmekten

kaçınmasına neden olmaktadır. Buna karşın, derin düşünme, olumsuz ruh halinden kurtulma ve problem çözme motivasyonu ile ilişkili olup, daha işlevsel bir süreç olarak kabul edilmektedir<sup>190</sup>. Treynor ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan araştırmalarda, saplantılı düşünmenin depresyon ile ilişkili olduğu, ancak derin düşünmenin daha uyarlanabilir ve yapıcı bir süreç sunduğu ortaya konmuştur<sup>190</sup>.

Cann ve arkadaşları, ruminasyonu zorlayıcı (intrüziv) ve kasıtlı (istemli) ruminasyon olmak üzere iki ana kategoriye ayırmışlardır. Kasıtlı ruminasyon, bireyin deneyimlerini anlamlandırmasını ve bu süreçte bilinçli bir şekilde düşünmesini içerirken, zorlayıcı ruminasyon, bireyin kontrol edemediği, istemsiz ve işlevsiz düşünceler olarak tanımlanmaktadır<sup>191</sup>.

Ruminasyonun farklı sınıflandırmalarla ele alındığı diğer çalışmalarda, Feldman ve arkadaşları (2008), ruminasyonu duygu odaklı ve kendine odaklı olmak üzere iki temel başlık altında incelemiştir<sup>172</sup>. Watkins ve arkadaşları ise ruminasyonu soyut-analitik ve somut-deneyimsel olmak üzere iki ayrı kategoride değerlendirmiştir. Soyut-analitik ruminasyon, işlevsiz bir biçimde problemin kendisine, nedenlerine veya sonuçlarına odaklanırken, somut-deneyimsel ruminasyon, yapıcı ve uyarlanabilir bir süreç olarak ele alınmaktadır<sup>192,175</sup>.

Ruminasyon, olumlu ve olumsuz duygularla ilişkili olarak da ele alınmaktadır. Olumlu ruminasyon, bireyin mevcut olumlu duygularına odaklanan döngüsel ve tekrarlayan düşünceleri içerirken, olumsuz ruminasyon, bireyin olumsuz duygularına odaklanarak pasif ve tekrarlayıcı bir şekilde olumsuz düşünceleri sürdürmesine neden olmaktadır. Olumlu ruminasyonun, olumlu duygulanımı sürdürmeye ve artırmaya yardımcı olduğu öne sürülmüştür<sup>193</sup>.

Yang ve arkadaşları, ruminasyonu hem olumlu hem de olumsuz duygulanımla ilişkili tekrarlayıcı düşünceler olarak tanımlayarak, Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği'ni (PANRS) geliştirmiştir<sup>11</sup>. Ölçek alt ölçek puanları kullanılarak üç farklı ruminasyon tipi belirlenmiştir:

1. Yüksek pozitif ruminasyon ve düşük negatif ruminasyon düzeyine sahip bireyler uyarlanabilir ruminatörler olarak tanımlanmış ve bu grubun en iyi psikolojik uyuma sahip olduğu belirtilmiştir.

2. Düşük pozitif ruminasyon ve yüksek negatif ruminasyon düzeyine sahip bireyler uyumsuz ruminatörler olarak değerlendirilmiş ve psikolojik rahatsızlıklara karşı daha savunmasız oldukları için önleyici müdahalelere ihtiyaç duyabilecekleri ifade edilmiştir.
3. Hem düşük pozitif hem de düşük negatif ruminasyon düzeyine sahip bireyler ise ruminasyon yapmayan bireyler olarak sınıflandırılmıştır.

Çalışmalar, uyumlu ruminatif bireylerin daha az psikiyatrik bozukluk tanısı aldığını ve daha iyi psikolojik uyum gösterdiğini, buna karşın uyumsuz ruminatif bireylerin daha sık psikiyatrik tanı aldığını ve klinik seyrinin daha olumsuz olduğunu öne sürmektedir<sup>11</sup>. Bu bulgular, ruminasyonun tek bir süreç olmadığı, farklı bileşenlerden oluşan çok boyutlu bir yapı sergilediğini göstermektedir.

#### **2.2.4 Ruminasyon ile Girici Düşünceler, Obsesyonlar ve OKB İlişkisi**

Girici düşünceler (intrüziv düşünceler), bireyin kontrol etmekte zorlandığı, aniden ortaya çıkan ve aktif eylemlerine müdahale edebilen düşünce, imge ve dürtülerdir. Bu düşünceler, hem bireyin bilişsel süreçlerini hem de bu süreçlerle ilişkili üstbilişleri ve aktiviteleri kapsamaktadır. İstemsiz başa çıkma stratejilerinden biri olarak kabul edilen intrüziv düşüncelerin, travmayla ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir<sup>194</sup>. Son yıllarda yapılan çalışmalar, beden dismorfik bozukluğu, yeme bozuklukları ve hipokondriyazis gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklarda intrüziv düşüncelerin önemli bir bileşen olduğunu ortaya koymuştur<sup>195</sup>.

Luminet, intrüziv düşünceleri ruminatif düşüncenin boyutsal bir alt bileşeni olarak değerlendirmiştir. Ancak bazı araştırmacılar, intrüziv düşünceler ve ruminasyonun farklı bilişsel süreçler olduğunu öne sürmektedir. İntrüziv düşünceler, depresif belirtilerle ilişkilendirilmiş olsa da ruminasyon ölçekleri ile değerlendirildiğinde depresif nöbetleri öngörmede yetersiz kaldığı tespit edilmiştir. Bu düşünceler, ruminasyona kıyasla daha zorlayıcı ve müdahaleci olup, bireyde daha yüksek düzeyde huzursuzluk hissiyle bağlantılıdır<sup>194</sup>.

Bilişsel süreçler açısından değerlendirildiğinde, ruminasyonun genellikle sözel düşünme biçimiyle ilişkili olduğu, intrüziv düşüncelerin ise daha çok imajinasyon temelli bilişsel süreçlerle bağlantılı olduğu belirtilmektedir. Bu farklılıklar

doğrultusunda, ruminasyon ve obsesyonların içerik ve duygusal anlamda ayrı bilişsel süreçler olduğu öne sürülmektedir.

Kollarik ve arkadaşları (2020) ruminasyonun intruzif düşünceler üzerindeki etkilerini inceledikleri deneysel bir araştırmada intruzif düşünceler hakkında ruminasyon yapan grubun, intruzif düşünceler nötralize etme dürtüsü gösterdikleri görülmüştür<sup>196</sup>. Ayrıca, bu grubun, intruzif düşünceler ile ilişkili sıkıntıyı ruminasyon yapmayan diğer gruplara kıyasla daha yüksek düzeyde deneyimlemeye devam ettiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar, ruminasyonun intruzif düşüncelerin sürdürülmesinde rol oynayabileceğini ve bu düşüncelerle baş etme sürecinde nötralizasyon dürtüsünü artırabileceğini göstermektedir.

Ruminasyon kavramı ilk çalışmalarda kompulsif davranışlar içermeyen ve yalnızca düşünce düzeyinde seyreden patolojik bir süreç olarak ele alınmaktadır. Üstbilişsel yaklaşıma göre, obsesyon ve ruminasyon birbirine benzeyen ancak farklı işlevlere sahip bilişsel süreçler olup, her ikisi de olumlu üstbilişsel inançlarla ilişkilidir. Obsesif bireyler, düşüncelerinin sıkıntı verici etkilerinin azalacağına inanarak obsesif-kompulsif döngüyü sürdürürken, ruminatif bireyler de düşüncelerini sürdürmenin hata yapmalarını engelleyebileceğine ve gelecekte hatalarını fark etmelerine yardımcı olacağına inanırlar<sup>158</sup>. Ruminasyonlar daha çok çevresel faktörlerle tetiklenirken, obsesyonlar içsel duyular veya kompulsiyonların geri beslemesi ile ortaya çıkmaktadır. Obsesyonlar bireye yabancı (ego-distonik) düşünceler olup, kişide yoğun duygusal sıkıntıya neden olur ve genellikle mantıksız düşünceler veya davranışlarla nötralize edilmeye çalışılır<sup>170</sup>. Buna karşın, ruminatif düşünceler bireyin benliğine yabancı değildir ve genellikle olayları yeniden değerlendirme ve çözüm bulma motivasyonu ile başlanmaktadır<sup>158</sup>. Yani ruminasyon, bireyin sorunlarını çözmeye yönelik herhangi bir eyleme geçmeden, endişe ve sıkıntılarını tekrar tekrar ve pasif bir şekilde analiz etme eğilimi olarak da tanımlanmaktadır<sup>197</sup>. Ruminasyonun ilerleyen aşamalarında birey, bu düşüncelerden kurtulmakta zorlanabilir ve süreci kontrol etmek için harekete geçemez.

Obsesyonlar, kişinin kontrolü dışında gelişen ve bireye yabancı gelen zorlayıcı düşünceler olduğu için huzursuzluk yaratırken, ruminatif süreçler genellikle bireyin kendi düşünce akışı içinde, belirli bir olay veya konu üzerine odaklanarak sürdürülmektedir. Obsesif düşüncelerin tehlikeli ve zararlı olduğu algısı, obsesyonların

birey üzerindeki etkisini artırabilirken, depresif ruminasyon genellikle problem çözme ile etkileşime girerek bireyin olumsuz bilişsel döngüler içinde sıkışmasına neden olmaktadır<sup>198</sup>. Yapılan araştırmalar, ruminasyonun OKB’de obsesyonel belirtileri artırabileceğini öne sürmektedir<sup>199</sup>. Özellikle, obsesif düşünceler üzerine yoğunlaşan ruminatif süreçlerin, bireyin zihninde daha fazla negatif değerlendirme yapmasına ve buna bağlı olarak huzursuzluğunun artmasına neden olduğu belirtilmektedir. Bu durum, OKB hastalarının obsesif düşüncelerinin yapısını ve olası sonuçlarını anlamak için ruminatif düşünce stratejilerine başvurma olasılığını artırmaktadır<sup>20</sup>. Obsesyonlar zihne girdiğinde, OKB tanısı alan bireyler bu düşüncelere yanıt vermek için çeşitli davranışsal ve bilişsel stratejiler kullanabilir. Obsesyonların nedenlerini ve olası sonuçlarını analiz etmek, bu stratejilerden biri olarak değerlendirilmektedir<sup>20</sup>. Bu durum, obsesif düşüncelerin ardından ruminatif düşüncelerin gelebileceğini göstermektedir. Örneğin, OKB tanılı bireyler, obsesif düşüncelerinden neden kurtulamadıklarını, bu düşüncelerin hangi faktörler tarafından tetiklendiğini ve obsesyonların devam etmesi durumunda ortaya çıkabilecek olası sonuçları sorgulayabilir.

Klinik olmayan bireyler üzerinde yapılan araştırmalar, ruminasyon ile obsesif-kompulsif (OK) semptomlar arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir<sup>200,201</sup>. Öğrenci grupları üzerinde yapılan çalışmalarda, ruminasyon eğilimi ile OK belirtileri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır<sup>200</sup>. Bu çalışmalarda obsesyonlarla ilişkili huzursuzluk hissi, kompulsiyonlar, depresif duygudurum ve obsesif düşünce sıklığı üzerinde ruminasyonun etkileri incelenmiştir. Çalışmalarda, obsesyonlarla ilişkili ruminasyonların, olumsuz ruh hali ve dikkat dağınıklığı hakkındaki ruminasyonlarla karşılaştırıldığında, kompulsiyon dürtüsünde hafif bir azalmaya yol açtığı bildirilmiştir. Bu bulgu, ruminasyonun bireyin harekete geçme dürtüsünü azaltarak, obsesif düşüncelerin devamlılığını sürdürebileceğini göstermektedir.

Klinik örneklemle gerçekleştirilen araştırmalarda, OKB tanılı bireylerde ruminatif düşüncelerin obsesif düşünceler kadar sık görüldüğü belirlenmiştir. Dar ve Iqbal tarafından yapılan bir çalışmada, OKB veya yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) tanısı alan bireylerde, ruminasyon ve OK semptomları arasında çeşitli pozitif korelasyonlar olduğu bulunmuştur<sup>202</sup>. Ruminasyonun, obsesyonların kalıcılığını nasıl etkileyebileceğine dair farklı mekanizmalar tartışılmıştır.

Grisham ve Williams, ruminasyonun semantik bellek aktivasyonunu artırarak obsesif düşüncelerin daha hızlı yayılmasına ve sıklığının artmasına yol açabileceğini öne sürmüştür<sup>19</sup>. Ek olarak, obsesyonlarla ilişkili ruminasyonun yalnızca obsesyonları etkisiz hale getirme dürtüsünü değil, aynı zamanda obsesyonlarla ilişkili huzursuzluğu, depresif duygudurumun şiddetini, obsesif düşüncelerin sıklığını ve bu düşüncelerin olumsuz değerlendirilmesini artırabileceğini öne sürülmektedir<sup>203</sup>.

Raines ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ruminasyonun OKB semptomları ile ilişkisi incelenmiştir. Araştırma, tedavi arayışında olan 105 katılımcının verilerini kullanarak, ruminasyonun OKB'nin farklı boyutları üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Bulgular, ruminasyonun özellikle kabul edilemez düşünceler ve bunları nötralize etme çabaları ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar, ruminasyonun OKB'nin belirli semptom kümeleriyle ilişkisinin olduğunu ve özellikle obsesyonel düşüncelerin sürdürülmesinde rol oynayabileceğini desteklemektedir. Rastgele seçilmiş tedavi altındaki bir örneklem üzerinde yapılan çalışmada, olumsuz duygulanım kontrol altına alındığında dahi, ruminasyonun OKB'nin obsesif düşünceleri ve kompulsif davranışlarıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir<sup>204</sup>.

Yapılan başka bir çalışmada ruminasyon ve negatif duygulanımın OKB semptomları üzerindeki etkisi incelenmiş ve ruminasyon ile negatif duygulanımın bu ilişkiyi aracılık eden faktörler olduğu bulunmuştur. OKB tanılı 100 hasta ve sağlıklı kontrol grubuyla yapılan karşılaştırmalar sonucunda, OKB hastalarının daha yüksek seviyelerde zihin dolaşması, ruminasyon ve negatif duygulanım sergilediğini göstermiştir. Ayrıca, ruminasyonun OKB semptomlarını doğrudan ve dolaylı olarak öngördüğü tespit edilmiştir ve negatif duygulanım aracılığıyla OKB semptomlarını artırdığını ortaya koymuştur. Özellikle, zihin dolaşmasının ruminasyonu teşvik ettiği, ruminasyonun ise negatif duygulanımı artırarak OKB semptomlarını şiddetlendirdiği belirlenmiştir<sup>205</sup>.

## 2.3 Sosyal Medya Kullanımı

### 2.3.1 Sosyal Medya Kavramı

Sosyal ağ ve sosyal medya terimleri, anlam açısından farklı olmasına rağmen, bilimsel literatürde genellikle birbirinin yerine kullanılmaktadır. Sosyal medya, Web 2.0 teknolojileri aracılığıyla çevrim içi içerik üretme, paylaşma ve iş birliği yapma imkânı sunan dijital platformları kapsamaktadır. Bu bağlamda, sosyal medyanın kullanım alanları ortak projeler, webloglar, içerik toplulukları, sosyal ağ siteleri, sanal oyun evrenleri ve sanal sosyal dünyalar gibi çeşitli çevrim içi uygulamaları içermektedir. Bu doğrultuda, sosyal medya kavramı, sosyal ağlardan daha geniş bir perspektife sahip olup, daha kapsayıcı bir terim olarak değerlendirilmektedir<sup>12</sup>. Sosyal medya, en genel tanımıyla bir sosyal iletişim aracı olarak değerlendirilebilir. Geleneksel medya, bilgi kaynağı ile tek yönlü bir iletişim sağlarken (örneğin televizyon), sosyal medya bu yapıdan farklı olarak internete dayalı bir bilgi akışı sunmaktadır. Sosyal medyanın en belirgin farklarından biri, bilgi kaynağı ile iki yönlü etkileşim imkânı sağlamasıdır. Bilgiyi alan bireyler, aynı zamanda bu bilgiye dair geri bildirimde bulunabilmektedir<sup>206</sup>.

Sosyal ağ siteleri (SNS), kullanıcıların kişisel profiller oluşturarak, platform üzerindeki bağlantılar aracılığıyla içerik paylaşmasına veya diğer kullanıcılar tarafından paylaşılan içerikleri görüntülemesine olanak tanıyan web tabanlı hizmetlerdir<sup>207</sup>. Sosyal ağ siteleri, kullanıcıların etkileşim biçimlerine göre pasif (yalnızca diğer kullanıcıların paylaşımlarını görüntüleyen) veya aktif (içerik üreten ve paylaşan) olarak sınıflandırılabilen bir yapı sunmaktadır.

Sosyal medya, bireylerin kişisel profiller oluşturmaya, mevcut arkadaşlarıyla etkileşimde bulunmasına ve ortak ilgi alanlarına sahip yeni kişilerle bağlantı kurmasına olanak tanıyan sanal topluluklar olarak tanımlanmaktadır<sup>208</sup>. Sosyal ağ siteleri, bireylerin kişisel profiller oluşturabildiği, çevrim içi etkileşim sağlayabildiği ve ortak ilgi alanlarına dayalı olarak yeni bağlantılar kurabildiği sanal platformlardır. Kullanıcılar, sınırlı erişime sahip genel veya yarı genel profiller oluşturabilmekte, paylaşım yapacakları bağlantıları belirleyebilmekte ve hem kendi bağlantı listelerini hem de sistem içinde diğer kullanıcılar tarafından oluşturulan bağlantıları görüntüleyebilmektedir<sup>207</sup>. "Sosyal medya" kavramı ilk kez 1995 yılında Darrel Berry tarafından, bilgisayar tabanlı topluluk oluşturma yazılımlarını tanımlamak amacıyla

kullanılmıştır. Günümüzdeki anlamıyla ise bu terim, Chris Shipley tarafından, bilginin paylaşımına dayalı, kullanıcı katılımını teşvik eden ve iş birliğini destekleyen internet tabanlı uygulamalar bütününe ifade edecek şekilde tanımlanmıştır<sup>209</sup>.

1997 yılında, bireylerin birbirleriyle en fazla altı bağlantı (6 derece) uzaklıkta olduğu varsayımına dayalı olarak kurulan SixDegrees, sosyal ağ sitelerinin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Kullanıcıların diğer bireylerle bağlantı kurmasına ve mesaj göndermesine olanak tanıyan bu platform, sürdürülebilir bir işletme modeli oluşturamamış ve 2000 yılı itibarıyla hizmetine son vermiştir<sup>207</sup>.

2000 yılından sonra hem sosyal yaşam hem de iş dünyasında kullanılmak üzere birçok sosyal ağ platformu geliştirilmiş, 2004 yılında ise Facebook en başarılı sosyal ağ sitelerinden biri olarak ortaya çıkmıştır. İlk aşamada Harvard Üniversitesi öğrencileri için kapalı bir sanal topluluk olarak tasarlanan bu platform, kısa süre içinde genişleyerek küresel çapta milyonlarca kullanıcıya ulaşmıştır<sup>207</sup>.

Günümüzde sanal iletişimin merkezine dönüşen sosyal medya, bireyler arasında fotoğraf, yazı, video ve diğer medya içeriklerinin paylaşımına olanak tanımakta; zaman ve mekân sınırlaması olmaksızın etkileşim imkânı sunmaktadır. Ayrıca, toplu iletişime olanak sağlaması sayesinde paylaşımların hızlı ve kolay bir şekilde gerçekleştirilmesi, bireyler arası bağlantının sürekli kılınması, maliyet gerektirmemesi, erişim ve kullanım kolaylığı sunması ile dinamik bir yapıya sahip olması sosyal medyanın öne çıkan özellikleri arasında yer almaktadır<sup>13</sup>. Facebook, Instagram ve Twitter gibi sosyal ağ platformları, son yıllarda günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Son on yılda, sosyal medya bilgisayar ekranlarından mobil cihazlara taşınarak, erişilebilirliği ve etkileşimi önemli ölçüde artırmıştır. Günümüzde bireyler, yalnızca bir parmak dokunuşuyla fotoğraflarını doğrudan telefonlarından sosyal medya hesaplarına yükleyebilmekte, mesajlara anında yanıt verebilmekte veya aile ve arkadaşlarının güncel aktivitelerini kolaylıkla takip edebilmektedir<sup>206</sup>.

### **2.3.2 Sosyal Medya Araçları**

Sosyal medya platformları, temel teknolojik özellikler açısından benzerlik gösterse de kullanım amaçlarına göre farklı kategorilere ayrılmaktadır. Sosyal ağ siteleri, bireylerin kişisel profiller oluşturarak diğer kullanıcılarla sosyal bağlantılar

kurmasına olanak tanımaktadır. Bu kapsamda Facebook, Twitter, Instagram, TikTok, Snapchat ve MySpace en bilinen sosyal ağ platformları arasında yer almaktadır.

İçerik paylaşımı odaklı platformlar, kullanıcıların belirli türde medya içeriklerini yükleyerek geniş kitlelere ulaştırmasını sağlamaktadır. Fotoğraf paylaşım platformları arasında Flickr ve PhotoBucket; video paylaşım platformları arasında ise YouTube ön plana çıkmaktadır. Benzer şekilde, mikroblog platformları kısa mesajlar ve güncellemelerin paylaşılmasına imkân tanımakta olup, Twitter bu kategorinin en bilinen örneğidir.

Profesyonel ağ siteleri, kullanıcıların kariyer odaklı profiller oluşturarak iş bağlantıları kurmasına ve mesleki gelişimlerine katkıda bulunmasına olanak sağlamaktadır. LinkedIn ve Ning, bu grupta değerlendirilmektedir.

Bloglar, bireylerin düşüncelerini, haberleri ve diğer içerikleri düzenli olarak paylaşabildiği çevrim içi platformlardır. Blogger ve Wordpress bu kategoride öne çıkmaktadır. Wikiler ise kullanıcıların bilgi ekleyebildiği ve düzenleyebildiği çevrim içi veri tabanları olup, Wikipedia en yaygın kullanılan örnektir.

Podcastler, belirli konulara yönelik sesli içeriklerin abonelik sistemiyle dinleyicilere sunulduğu platformlardır. Forumlar, belirli ilgi alanları etrafında çevrim içi tartışmaların gerçekleştirildiği interaktif alanlar sunmaktadır.

İçerik toplulukları, belirli konular üzerine fotoğraf veya video paylaşımı yapılmasına olanak sağlayan platformlardır. YouTube ve Instagram bu kategoride değerlendirilmektedir.

### **2.3.3 Sosyal Medya Kullanım Yaygınlığı**

Ocak 2024 itibarıyla dünya genelindeki dijital kullanım verileri incelendiğinde, toplam nüfusun 8.08 milyar olduğu görülmektedir. Bu nüfusun %69.4'ü benzersiz mobil aboneye sahipken, %66.2'si internet kullanmaktadır. Sosyal medya kullanımına bakıldığında ise toplam 5.04 milyar kullanıcı kimliği bulunmaktadır; bu oran dünya nüfusunun %62.3'üne karşılık gelmektedir (Şekil-1). Bu veriler, internet ve sosyal medya platformlarının küresel çapta yaygın kullanımını göstermekte olup, bireylerin çevrim içi etkileşimlerinin giderek arttığını ortaya koymaktadır.

### Sosyal Medya Verileri - Ocak 2024

|   | Başlık                            | Değer       | Nüfusa Oranı |
|---|-----------------------------------|-------------|--------------|
| 1 | Toplam Nüfus                      | 8.08 Milyar |              |
| 2 | Benzersiz Mobil Abonelikler       | 5.61 Milyar | 69.4%        |
| 3 | İnternet Kullanan Bireyler        | 5.35 Milyar | 66.2%        |
| 4 | Sosyal Medya Kullanıcı Kimlikleri | 5.04 Milyar | 62.3%        |

**Şekil-1.** Ocak 2024 tarihinde We Are Social adlı araştırma şirketi tarafından yayımlanan Digital 2024 raporunun sonuçları<sup>14</sup>.

Sosyal medya kullanım eğilimleri detaylı incelendiğinde, sosyal medya kullanıcı kimliklerinin bir önceki çeyreğe göre %1.5 (+75 milyon) ve yıllık bazda %5.6 (+266 milyon) arttığı görülmektedir. Kullanıcılar, günlük ortalama 2 saat 23 dakikalarını sosyal medya platformlarında geçirmektedir. Bununla birlikte, bireyler ayda ortalama 6.7 farklı sosyal medya platformunu aktif olarak kullanmaktadır. Cinsiyet bazında incelendiğinde, sosyal medya kullanıcılarının %46.5'ini kadınlar, %53.5'ini ise erkekler oluşturmaktadır (Şekil-2). Bu istatistikler, sosyal medya kullanımının her geçen yıl artış gösterdiğini ve bireylerin çevrim içi ortamlarda giderek daha fazla zaman harcadığını ortaya koymaktadır.

## Sosyal Medya Kullanımı - Ocak 2024

| <input type="checkbox"/> | Kategori 1                                                   | Miktar 1           | Kategori 2                                             | Miktar 2            |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------|---------------------|
| 1                        | Sosyal Medya Kullanıcı Kimlikleri                            | 5.04 Milyar        | Yıllık Değişim                                         | +5.6% (+266 Milyon) |
| 2                        | Sosyal Medya Kullanıcı Kimlikleri vs. Toplam Nüfus           | 62.3%              | Günlük Ortalama Sosyal Medya Kullanım Süresi           | 2 Saat 23 Dakika    |
| 3                        | Sosyal Medya Kullanıcı Kimlikleri (18+ Yaş)                  | 84.2%              | Aylık Ortalama Kullanılan Sosyal Medya Platform Sayısı | 6.7 Platform        |
| 4                        | Sosyal Medya Kullanıcı Kimlikleri vs. İnternet Kullanıcıları | 94.2%              | Kadın Kullanıcı Oranı                                  | 46.5%               |
| 5                        | Çeyrek Dönemlik Değişim                                      | +1.5% (+75 Milyon) | Erkek Kullanıcı Oranı                                  | 53.5%               |

**Şekil-2.** Ocak 2024 tarihinde We Are Social adlı araştırma şirketi tarafından yayımlanan Digital 2024 raporunun sonuçları<sup>14</sup>.

Digital 2024 raporunun Türkiye verilerine göre, Ocak 2024 tarihinde aktif sosyal medya kullanıcı kimliği sayısı 57.50 milyon olarak belirlenmiştir. Bu rakam, toplam nüfusun %66.8'ine denk gelmektedir. Ayrıca, büyük sosyal medya platformlarının reklam planlama araçlarından elde edilen verilere göre, 18 yaş ve üzeri sosyal medya kullanıcı sayısı 54.30 milyon olup, bu yaş grubundaki toplam nüfusun %86.8'ine karşılık gelmektedir. Daha genel bir bakışla, Türkiye'de internet kullanan bireylerin %77.3'ü, Ocak 2024 itibarıyla en az bir sosyal medya platformunu aktif olarak kullanmaktadır. Cinsiyet dağılımı incelendiğinde, sosyal medya kullanıcılarının %47.1'ini kadınlar, %52.9'unu ise erkekler oluşturmaktadır<sup>15</sup>.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2024 yılı Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması verilerine göre, 16-74 yaş aralığındaki bireylerde internet kullanım oranı 2023 yılında %87.1 iken, 2024 yılında %88.8'e yükselmiştir. Cinsiyet bazında değerlendirildiğinde, erkeklerde internet kullanım oranı %92.2, kadınlarda ise

%85.4 olarak tespit edilmiştir. Bireylerin en çok kullandıkları sosyal medya platformları arasında %71.3 ile YouTube ve %65.4 ile Instagram öne çıkmaktadır. Cinsiyet bazında incelendiğinde, erkek kullanıcıların %74.7'si YouTube ve %67.0'ı Instagram'ı tercih ederken, kadın kullanıcıların %68.0'ı YouTube ve %63.9'u Instagram'ı aktif olarak kullandığı belirlenmiştir<sup>210</sup>.

### 2.3.3 Sosyal Medya Bağımlılığı

Bağımlılık, bireyin olumsuz sonuçlarına rağmen ödüllendirici etkisi nedeniyle bir maddeyi kullanmaya veya belirli bir davranışı tekrarlamaya devam etmesi olarak tanımlanmaktadır<sup>206</sup>. Bu bağlamda, internetin ve dijital içeriklerin aşırı kullanımının da bağımlılıkla ilişkili olabileceği düşünülmektedir<sup>211</sup>. Yapılan araştırmalar, kimyasal bağımlılıklar ile aşırı düzeyde tekrarlanan davranışlar arasında benzerlikler olduğunu göstermektedir<sup>212</sup>. Özellikle son yıllarda internet kullanımının yaygınlaşması ve aşırı kullanımın belirli tanı kriterleriyle tanımlanması, bu durumun davranışsal bağımlılık kategorisinde ele alınmasını gündeme getirmiştir<sup>206</sup>.

Sosyal medya bağımlılığı(SMB), internet bağımlılığının alt kategorilerinden biri olarak değerlendirilmektedir<sup>213</sup>. Bu bağımlılık türü, bireyin sosyal medya platformlarını kontrolsüz bir şekilde kullanması ve bu durumun günlük yaşamına olumsuz etkiler yaratması ile tanımlanmaktadır<sup>213</sup>. Sosyal medya bağımlılığı, Facebook, Twitter, Instagram, WhatsApp ve YouTube gibi platformların aşırı kullanımını kapsayan geniş bir kavram olarak ele alınmaktadır<sup>206</sup>. Sosyal medya kullanımının hızla artmasına bağlı olarak, bu alandaki bilimsel araştırmalar da son yıllarda önemli ölçüde artış göstermiştir. Ancak, sosyal medya bağımlılığı DSM-5'te henüz ayrı bir klinik tanı olarak yer almamakta olup, bu konudaki akademik tartışmalar devam etmektedir. Sosyal medya kullanımının bazı riskler barındırmasına rağmen, bu durumun aşırı derecede patolojikleştirilmemesi gerektiğini ve bağımlılık olarak kavramsallaştırılmasının erken bir yaklaşım olabileceğini savunan klinisyenler de bulunmaktadır<sup>214</sup>.

Kuss ve Griffiths (2017) tarafından yapılan bir derlemede, sosyal medyanın sık ve olağan kullanımının, problemli ve potansiyel olarak bağımlılık oluşturan kullanım biçimleriyle arasındaki sınırın oldukça ince olduğu belirtilmiştir. Araştırmacılar, madde

bağımlılığı ile benzer semptomlar ve sonuçlar yaşayan bireylerin sosyal ağ bağımlısı olarak değerlendirilebileceğini öne sürmüştür<sup>12</sup>.

Griffiths ve arkadaşları, sosyal medyanın aşırı kullanımının bir tür davranışsal bağımlılık olarak ele alınabileceğini ve internet bağımlılığı tanı bileşenlerini temel alarak sosyal medya bağımlılığı için belirginlik(önem atfetme), duygu durum değişikliği, tolerans, yoksunluk belirtileri, nöks ve çatışma olmak üzere toplam altı temel kriterin bulunduğunu ileri sürmüştür<sup>12</sup>. Benzer şekilde, Andreassen ve arkadaşları (2014), sosyal medya bağımlılığını bireyin bu platformlarla aşırı meşgul olması, sosyal medya sitelerine erişim konusunda yoğun bir istek duyması ve bu mecralarda geçirilen sürenin sosyal hayatı, akademik veya profesyonel yaşamı, kişiler arası iletişimi ve ruh halini olumsuz etkileyecek düzeye ulaşması olarak tanımlamaktadır<sup>16</sup>.

Griffiths'e göre, sosyal medya kullanımının bağımlılık olarak değerlendirilebilmesi için aşağıdaki altı kriterin karşılanması gerekmektedir<sup>215</sup>:

1. **Önem Atfetme:** Sosyal medya, bireyin düşüncelerinde merkezi bir yer edinir ve birey gün içerisinde sürekli olarak sosyal medya ile meşgul olma ihtiyacı hisseder.
2. **Tolerans:** Birey, zamanla aynı düzeyde tatmin sağlayabilmek için sosyal medyada geçirdiği süreyi artırır ve başlangıçta planladığından çok daha fazla zaman harcamaya başlar.
3. **Duygu-Durum Değişiklikleri:** Sosyal medya, bireyin olumsuz duygularını hafifletmek veya kişisel sorunlardan kaçmak için bir başa çıkma yöntemi haline gelir. Kaygı, huzursuzluk, depresyon ve çaresizlik gibi duyguların yönetiminde sosyal medya kullanımı ön plana çıkar.
4. **Yoksunluk:** Sosyal medyaya erişimin kısıtlanması veya yasaklanması durumunda birey stres, huzursuzluk ve sinirlilik gibi olumsuz tepkiler verir. Sosyal medyadan uzak kalmak bireyin kendisini kötü hissetmesine yol açar.
5. **Nüks Etme:** Birey, sosyal medya kullanımını azaltmaya yönelik çabalarına rağmen başarılı olamaz ve kullanımını kısıtlamakta zorlanır. Sosyal medyayı daha az kullanma kararı alsa bile bu kararı uygulamada güçlük yaşar.

6. **Çatışma:** Sosyal medya kullanımı, bireyin iş, eğitim, boş zaman aktiviteleri ve sosyal ilişkiler gibi önemli yaşam alanlarına daha az öncelik vermesine neden olur. Aile bireyleri ve arkadaşlarla ilişkilerin ihmal edilmesine yol açabilir.

SMB, küresel ölçekte önemli bir sorun olmakla birlikte, yaygınlığı kültürel yapıya, yaş gruplarına ve kullanılan sınıflandırma sistemlerine göre değişkenlik göstermektedir. 2021 yılında 32 ülkeden 34.798 katılımcının dahil edildiği bir meta-analizde, SMB prevalansının %5 ile %29 arasında değiştiği belirtilmiştir<sup>17</sup>. Kùltürler arası farklılıklar dikkat çekici olup, kolektivist toplumlarda SMB prevalansının %31, bireyci kùltürlerde ise %14 olduğu bildirilmiştir. Bu bulgular, kolektivist kùltürlerde sosyal medya kullanımının kişiler arası ilişkileri sürdürmek açısından daha merkezi bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir<sup>17</sup>. Meng ve arkadaşları tarafından 2022 yılında yayımlanan, 31 çalışmadan ve 72.561 katılımcıdan oluşan bir meta-analizde, SMB'nin genel yaygınlığı %17.42 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, bu bağımlılığın coğrafi dağılım açısından akıllı telefon bağımlılığı ile benzerlik gösterdiği belirtilmiştir. Güneydoğu Asya bölgesinde SMB en yüksek düzeyde olup %59.36 olarak tespit edilirken, Amerika kıtasında en düşük oran olan %11.66 bulunmuştur<sup>18</sup>. Dijital bağımlılıklar üzerine yapılan geniş kapsamlı bir meta-analizde ise 64 ülkeden 2.123.762 bireyin verileri incelenmiş ve küresel yaygınlık tahminleri şu şekilde belirlenmiştir: akıllı telefon bağımlılığı %26.99, SMB %17.42, internet bağımlılığı %14.22 ve oyun bağımlılığı %6.04<sup>18</sup>.

Cinsiyet bazında yapılan karşılaştırmalarda ise SMB'nin kadınlarda erkeklere kıyasla daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. 22 ülkeden 55.336 kişinin dahil edildiği bir meta-analiz, SMB'nin kadın bireylerde daha yüksek prevalansa sahip olduğunu ortaya koymuştur (38). Bu durum, kadınların sosyal medya platformlarını daha fazla sosyal etkileşim kurma ve iletişim amacıyla kullanmalarına bağlı olabilir<sup>216</sup>.

#### **2.3.4 Sosyal Medya Bağımlılığı ve OKB İlişkisi**

SMB, birçok psikiyatrik bozuklukla birlikte görülebilen bir durumdur. En yaygın eş tanımlar arasında majör depresif bozukluk, özellikle sosyal fobi olmak üzere anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

bulunmaktadır<sup>21</sup>. Bu komorbiditeler, SMB'nin yalnızca aşırı sosyal medya kullanımıyla sınırlı kalmadığını, aynı zamanda bireyin psikolojik iyi oluşu üzerinde daha geniş kapsamlı etkiler yaratabileceğini göstermektedir.

2015 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, Facebook kullanımı ile OKB arasındaki ilişki incelenmiş ve obsesif-kompulsif inançların bu süreçte aracılık rolü oynadığı bulunmuştur. Çalışmaya, 156 üniversite öğrencisi katılmış olup, katılımcıların Facebook kullanım düzeyleri, OKB şiddeti ve obsesif-kompulsif inançları değerlendirilmiştir. Yapılan analizler, Facebook kullanımının OKB semptomlarını artırabileceğini ve bu ilişkinin obsesif-kompulsif inançlarla mediatize olduğunu göstermiştir. Facebook kullanımı, bireylerde yoğun bir istek ve kontrol kaybı ile karakterize edilen bir kullanım alışkanlığına dönüşebilmektedir. Araştırma, sosyal medya platformlarının bireylerde obsesif-kompulsif eğilimleri tetikleyebileceğini ve bu kullanımın, bireylerin takıntılı düşünceleri ile başa çıkma biçimlerine benzeyebileceğini ortaya koymuştur. Özellikle, sosyal medya kullanımının OKB semptomlarını nasıl etkilediğini anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir. Bulgular, obsesif-kompulsif inançların Facebook kullanımına yönelik bağımlılık benzeri davranışları artırarak OKB şiddetini yükseltebileceğini göstermektedir. Bu durum, sosyal medya kullanımının sadece bir bağımlılık türü olarak değil, aynı zamanda takıntılı düşünce süreçleri ile ilişkili olabilecek bir olgu olarak ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır<sup>217</sup>.

2016 yılında gerçekleştirilen geniş ölçekli bir çalışmada, sosyal medya ve video oyunlarının bağımlı kullanımı ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya, yaşları 16 ile 88 arasında değişen 23.533 yetişkin katılmıştır. Katılımcılar, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), OKB, anksiyete ve depresyon semptomları açısından değerlendirilmiş ve bu faktörlerin sosyal medya ve video oyunlarının bağımlı kullanımı üzerindeki etkisi analiz edilmiştir. Sonuçlar, OKB semptomlarının sosyal medya bağımlılığı ile pozitif ve anlamlı bir ilişkiye sahip olduğunu göstermiştir ( $r = 0.33$ ). Regresyon analizlerine göre, OKB semptomları sosyal medya bağımlılığını %14.7 oranında yordarken, video oyun bağımlılığı ile daha zayıf bir ilişki göstermiştir ( $r = 0.071$ ). Araştırma, OKB semptomları yüksek bireylerin sosyal medya platformlarında aşırı vakit geçirmeye daha yatkın olduğunu ve bu durumun obsesif düşünceler ve kontrol etme dürtüsü ile ilişkili olabileceğini öne sürmüştür.

Ayrıca, sosyal medya bağımlılığına sahip bireylerde, içeriği sürekli olarak kontrol etme, gelişmeleri kaçırma korkusu (Fear of Missing Out-FoMO) ve tekrarlayıcı sosyal medya kullanım döngüsüne girme gibi OKB ile örtüşen belirtiler gözlemlenmiştir<sup>21</sup>.

2019 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, üniversite öğrencilerinde SMB ile psikolojik semptomlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya, İstanbul, Ankara, Antalya ve diğer çeşitli illerden toplam 292 öğrenci katılmıştır. Katılımcıların SMB düzeyleri, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), depresyon ve somatizasyon semptomlarıyla olan ilişkisi değerlendirilmiştir. Analizler sonucunda, katılımcıların yüzde 2'sinin yüksek, yüzde 18'inin orta ve yüzde 47'sinin düşük düzeyde SMB gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca, SMB'nin düşük bilinçli farkındalık seviyeleri ile ilişkili olduğu ve psikolojik semptomları artırdığı tespit edilmiştir. SMB seviyesi yüksek bireylerde OKB belirtilerinin daha sık görüldüğü ve bu bireylerin obsesyonlarını yönetebilmek adına sosyal medya kullanımına yöneldikleri belirlenmiştir. Bulgular, SMB'nin yalnızca davranışsal bir bağımlılık olmadığını, aynı zamanda OKB gibi psikiyatrik bozukluklarla da yakından ilişkili olabileceğini göstermektedir. Çalışma, SMB'nin psikolojik semptomlarla olan bağlantısını daha iyi anlamak için bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin önemini vurgulamaktadır<sup>218</sup>.

2022 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, OKB semptomları, gelişmeleri kaçırma korkusu (FoMO), kompulsif sosyal medya kullanımı ve sosyal medya tükenmişliği arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Çalışma iki aşamalı olarak yürütülmüş olup, ilk aşamada 339 katılımcı OKB belirtileri, sosyal medya bağımlılığı ve sosyal medya tükenmişliği ölçeklerini doldurmuştur. İkinci aşamada ise 260 katılımcıya aynı ölçeklere ek olarak FoMO ölçeği uygulanmıştır. Sonuçlar, OKB semptomları yüksek bireylerin daha fazla FoMO yaşadığını ve bu durumun kompulsif sosyal medya kullanımını artırdığını göstermiştir. Yapılan analizler, kompulsif sosyal medya kullanımının, bireylerde sosyal medya tükenmişliğine yol açtığını ortaya koymuştur. Bulgular, OKB belirtileri olan bireylerin sosyal medya platformlarını daha kompulsif bir şekilde kullandığını ve bu kullanımın zamanla zihinsel ve duygusal tükenmeye neden olabileceğini göstermektedir. Çalışma, OKB semptomları ile sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişkinin, bireylerin sosyal medyada güncel olayları ve paylaşımları kaçırma korkusu yaşamalarıyla güçlendiğini ortaya koyarak, bu sürecin psikolojik etkilerini daha iyi anlamak için gelecekteki araştırmalara ihtiyaç

duyulduğunu vurgulamaktadır. Sosyal medya kullanımına yönelik bilinçli stratejilerin geliştirilmesi, özellikle OKB semptomları gösteren bireyler için önemli bir müdahale alanı olabilir. Bu bulgular, sosyal medya bağımlılığı ile OKB arasındaki ilişkinin, bireyin kontrol edemediği düşünce ve davranış kalıplarıyla nasıl şekillendiğini göstermektedir<sup>219</sup>.

2022 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, ebeveyn tutumları, OKB ve Instagram bağımlılığı arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya Türkiye'nin 62 farklı ilinden 421 üniversite öğrencisi katılmış olup, katılımcıların ebeveyn tutum algıları, OKB belirtileri ve Instagram bağımlılığı düzeyleri değerlendirilmiştir. OKB'nin sosyal medya bağımlılığı ile doğrudan ilişkili olduğunu ve bireylerin obsesif düşüncelerinin dijital bağımlılık davranışlarını nasıl etkileyebileceğini ortaya koymaktadır<sup>220</sup>.

### **2.3.5 Sosyal Medya Bağımlılığı ve Ruminasyon İlişkisi**

Günümüzde sosyal medya, bireylerin iletişim kurma, bilgi edinme ve sosyalleşme biçimlerini köklü bir şekilde değiştirmiştir. Ancak, kullanımın aşırılılaşması, sosyal medya bağımlılığı olarak adlandırılan bir durumu beraberinde getirmektedir. Sosyal medya bağımlılığı, bireyin platformlara yönelik kontrol edilemeyen bir kullanım isteği duyması, günlük yaşam aktivitelerini aksatması ve olumsuz psikolojik etkiler yaşamasıyla karakterizedir. Bu süreçte ruminasyon, bireyin olumsuz deneyimleri veya düşünceleri üzerine tekrar tekrar düşünme eğilimi göstererek sosyal medya bağımlılığı ile ilişkilendirilmektedir. Özellikle, bireylerin sosyal medya platformlarında maruz kaldıkları içeriklerin sürekli zihinde döngüsel olarak işlenmesi, sosyal karşılaştırmaların artması ve olumsuz duyguların pekişmesi, ruminasyonu tetikleyerek sosyal medya bağımlılığını daha da güçlendirebilmektedir. Bu nedenle, ruminasyonun sosyal medya bağımlılığı üzerindeki etkilerinin anlaşılması, bu alandaki psikososyal müdahalelerin geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

2013 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, Facebook kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan olumsuz sosyal karşılaştırmaların ruminasyon ve depresif semptomlarla olan ilişkisi incelenmiştir. Çalışmaya, 268 üniversite öğrencisi katılmış ve katılımcılar iki aşamalı bir değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Facebook üzerinden gerçekleştirilen olumsuz sosyal karşılaştırmaların ruminasyon düzeyini artırdığını ve bunun da depresif belirtilerle ilişkili olduğunu gösterilmiştir. Çalışmada, olumsuz sosyal karşılaştırmaların

doğrudan depresif semptomlara yol açmadığı, ancak bu ilişkinin ruminasyon aracılığıyla anlamlı hale geldiği bulunmuştur. Ayrıca, genel sosyal karşılaştırma eğiliminin bu süreçte belirleyici olmadığı, özellikle sosyal medya platformlarında yapılan karşılaştırmaların ruminasyon ile depresif belirtiler üzerindeki etkisinin daha belirgin olduğu tespit edilmiştir. Bulgular, sosyal medya ortamlarında bireylerin kendilerini sürekli olarak başkalarıyla kıyaslamalarının, ruminatif düşünce süreçlerini tetikleyerek ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini göstermektedir. Bu sonuçlar, sosyal medya kullanımının bireylerin psikolojik iyi oluşu üzerindeki etkilerini anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır<sup>221</sup>.

2018 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, SMB ve depresyon arasındaki ilişki incelenmiş ve bu süreçte ruminasyonun aracı bir rol oynadığı bulunmuştur. Çalışma 365 katılımcıyla yürütülmüş olup, katılımcıların SMB düzeyleri, depresyon belirtileri, ruminasyon eğilimleri ve benlik saygısı ölçülmüştür. Yapılan analizler, SMB'nin depresyon ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu ve bu ilişkinin ruminasyon aracılığıyla güçlendiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, benlik saygısının ruminasyon ile depresyon arasındaki ilişkiyi zayıflattığı gözlemlenmiştir. Yani, düşük benlik saygısına sahip bireylerde ruminasyonun depresyon üzerindeki etkisinin daha güçlü olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, SMB'nin ruminasyonu tetikleyerek depresyon riskini artırabileceğini, ancak yüksek benlik saygısına sahip bireylerin bu olumsuz etkilerden daha az etkilendiğini göstermektedir<sup>22</sup>.

2019 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, aşırı sosyal medya kullanımının depresyon ve ruminasyon ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışmaya, 264 genç yetişkin katılmış olup, katılımcıların sosyal medya bağımlılığı, ruminatif düşünme eğilimleri ve depresyon belirtileri değerlendirilmiştir. Korelasyon analizi sonuçları, sosyal medya bağımlılığı ile ruminasyon arasında  $r = 0.40$ , sosyal medya bağımlılığı ile depresyon arasında  $r = 0.39$  ve ruminasyon ile depresyon arasında  $r = 0.78$  seviyesinde anlamlı pozitif ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur. Aracı değişken analizi, ruminasyonun sosyal medya bağımlılığı ile depresyon arasındaki ilişkiyi mediatize ettiğini göstermiştir. Regresyon analizine göre, sosyal medya bağımlılığı depresyonu doğrudan  $\beta = 0.42$  oranında yordarken, ruminasyon bu ilişkinin  $\beta = 0.71$  düzeyinde güçlenmesine neden olmuştur. Bulgular, sosyal medya bağımlılığının ruminasyonu artırarak bireylerin depresif semptomlar geliştirme olasılığını yükselttiğini

göstermektedir. Özellikle düşük benlik saygısına sahip bireylerde, ruminasyonun depresyon üzerindeki etkisinin daha belirgin olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın sonuçları, aşırı sosyal medya kullanımının ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltabilmek için ruminasyonu hedef alan müdahalelerin önemli olabileceğini göstermektedir<sup>222</sup>.

2019 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, sosyal kaygı, ruminasyon ve sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya, 296 üniversite öğrencisi katılmış ve katılımcıların sosyal medya kullanım alışkanlıkları, ruminasyon eğilimleri ve sosyal kaygı düzeyleri değerlendirilmiştir. Yapısal eşitlik modellemesi sonuçlarına göre, sosyal kaygı doğrudan sosyal medya bağımlılığı ile ilişkilendirilmiş, ancak bu ilişkinin ruminasyon ve gelişmeleri kaçırma korkusu (FoMO) tarafından mediatize edildiği belirlenmiştir. Çalışmada, sosyal kaygı ve ruminasyonun sosyal medya bağımlılığını yordadığı bulunmuştur. Özellikle, sosyal medya kullanım sıklığının tek başına bağımlılık şiddetiyle doğrudan ilişkili olmadığı, ancak ruminasyon ve FoMO gibi faktörlerin etkisiyle bağımlılığı artırabileceği ortaya konmuştur. Bulgular, sosyal medya bağımlılığı ile ruminasyon arasındaki ilişkinin, bireyin sosyal kaygısını yönetme ve olumsuz duygularını düzenleme çabasıyla bağlantılı olduğunu göstermektedir. Ayrıca, sosyal medya bağımlılığını önleyici stratejilerin, bireylerin ruminatif düşünme alışkanlıklarını azaltmayı hedeflemesi gerektiği vurgulanmaktadır<sup>223</sup>.

2021 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, SMB düzeyleri ile sosyal karşılaştırma ve ruminasyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya, 261 üniversite öğrencisi katılmış ve katılımcıların sosyal medya bağımlılığı, sosyal karşılaştırma yönelimleri ve ruminatif düşünme düzeyleri değerlendirilmiştir. Çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre, obsesif düşünme, derin düşünme ve sosyal karşılaştırmanın SMB'yi anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Bulgular, obsesif düşünmenin ve sosyal karşılaştırmanın SMB üzerinde pozitif yönde etkili olduğunu, ancak derin düşünmenin tek başına anlamlı bir yordayıcı olmadığını göstermiştir. Ayrıca, bireylerin sosyal medyada başkalarıyla sürekli karşılaştırma yapmalarının ve olumsuz düşünceler üzerinde tekrar tekrar durmalarının, sosyal medya kullanımını artırarak bağımlılığa yol açabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışma, sosyal karşılaştırma ve ruminasyonun SMB üzerindeki etkisini ortaya koyarak, sosyal medya kullanımına yönelik daha bilinçli stratejiler geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır<sup>224</sup>.

2021 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, sosyal kaygının problemli sosyal medya kullanımıyla olan ilişkisi incelenmiş ve bu süreçte uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin aracılık rolü üstlendiği bulunmuştur. Çalışmaya 18-60 yaş aralığında toplam 499 kişi katılmış olup, katılımcılar arasında sosyal kaygı düzeyi, sosyal medya bağımlılığı ve duygu düzenleme stratejileri üzerine ölçümler yapılmıştır. Yapısal eşitlik modellemesi kullanılarak yapılan analizler, sosyal kaygının doğrudan problemli sosyal medya kullanımı ile ilişkili olduğunu, ancak bu ilişkinin ruminasyon, kendini suçlama ve felaketleştirme gibi uyumsuz duygu düzenleme stratejileri aracılığıyla daha güçlü hale geldiğini göstermiştir. Çalışmada, sosyal kaygının problemli sosyal medya kullanımını yordadığı bulunmuş, ayrıca ruminasyonun sosyal medya bağımlılığına katkı sağladığı tespit edilmiştir. Özellikle, sosyal kaygısı yüksek bireylerin sosyal medya platformlarını bir kaçış veya dışsal düzenleme mekanizması olarak kullanmaları, kullanım sürelerini artırarak bağımlılık gelişimini kolaylaştırmaktadır. Bu bulgular, sosyal kaygıyı ve ruminasyonu hedef alan müdahale programlarının, sosyal medya bağımlılığını önlemede önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir<sup>225</sup>.

Küresel çapta sosyal medya kullanımının artmasıyla birlikte, problemli sosyal medya kullanımına neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi giderek önem kazanmaktadır. 2023 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, içselleştirilmiş semptomlar olan depresyon ve sosyal kaygının problemli sosyal medya kullanımı üzerindeki etkisi incelenmiş ve bu süreçte ruminasyonun aracı rol oynadığı bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İspanya, İngiltere, Arjantin, Uruguay ve Güney Afrika'dan toplam 8.912 üniversite öğrencisinin katıldığı bu araştırmada, haftalık sosyal medya kullanım süreleri, ruminasyon düzeyleri ve problemli sosyal medya kullanımı değerlendirilmiştir. Sonuçlara göre, içselleştirilmiş semptomları yüksek bireylerde ruminatif düşünme eğilimleri de daha fazla olup, bu durum problemli sosyal medya kullanımının artmasına katkıda bulunmaktadır. Özellikle, problem odaklı düşüncelerin, depresyonun ve sosyal kaygının problemli sosyal medya kullanımı üzerindeki toplam etkisinin sırasıyla yüzde 22.89 ve yüzde 28.15'ini açıkladığı bulunmuştur. Diğer ruminasyon türleri olan beklenti odaklı düşünme ve tekrarlayıcı düşünme de anlamlı dolaylı etkiler göstermiştir, ancak etkileri daha zayıf bulunmuştur. Bulgular, ülkeler arasında tutarlı olarak gözlemlenmiş ve ruminasyonun sosyal medya bağımlılığına katkı sağlayan önemli bir mekanizma olduğunu ortaya koymuştur<sup>226</sup>.

2025 yılında, 109 çalışmanın (N = 113,219) ve 117 etki büyüklüğünün değerlendirildiği bir meta-analizde, ruminasyon ile dijital bağımlılık(internet bağımlılığı, akıllı telefon bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı gibi) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ( $r = 0.34$ ) olduğu bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar, ruminasyonun dijital bağımlılıkla yakından ilişkili olduğunu ve bireylerin ruminasyon eğilimlerinin dijital bağımlılık geliştirme olasılığını artırabileceğini göstermektedir. Ancak, iki değişken arasındaki olası nedensel ilişkinin net bir şekilde ortaya konulabilmesi için daha fazla kanıtı ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir<sup>227</sup>.



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1 Verilerin Toplanması

Çalışma verileri, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'nde, Ocak 2024 ile Ocak 2025 tarihleri arasında toplanmıştır. G power 3.1 versiyonu ile yapılan güç analizi çalışmasında her grupta 105 kişi olursa %95 güce ulaşılabileceği varsayıldı. Araştırmaya, ayaktan başvuran ve DSM-5 tanı kriterlerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı almış 18-65 yaş aralığındaki 112 hasta ile yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş 108 kontrol grubu katılmıştır. Çalışmanın OKB grubunda dahil edilen katılımcıların, mevcut haliyle DSM-5'e göre OKB tanısı almış olması okur-yazar olması, normal zeka düzeyine sahip bulunması, akıllı telefon kullanıyor olması ve en az bir sosyal medya hesabına sahip olması koşulları aranmıştır. Katılımcıların çalışmaya katılımı öncesinde yazılı onamları alınmıştır. Dışlama kriterleri arasında mevcut haliyle psikotik semptomların varlığı, başka bir psikiyatrik tanı bulunması, mental retardasyon ve alkol ya da madde kullanım bozukluğu yer almıştır. Kontrol grubuna dahil edilen bireylerin daha önce psikiyatri başvurusu bulunmaması, klinik görüşme ile DSM-5 tanı ölçütlerine göre psikiyatrik bozuklukların tanı ölçütlerini karşılamamış olmaları esas alınmıştır. Katılımcılar gönüllülük esasına göre çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubu, hasta grubuyla benzer sosyodemografik özellikler göstermelerine dikkat edilerek belirlenmiş olup hastanemiz çalışanları arasından seçilmiştir.

Tüm katılımcılarla yaklaşık 60–90 dakika süren birebir görüşmeler, çalışmanın yürütücüsü olan aynı klinisyen tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmeler sırasında tarafımızca hazırlanmış olan Sosyodemografik Veri Formu ve kliniğimiz OKB polikliniğine ayaktan başvuran hastalara uygulanan OKB tanılı hastalara özel olarak geliştirilen OKB Veri Formu uygulanmıştır. Obsesif kompulsif semptomların şiddetini değerlendirmek amacıyla OKB grubuna Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOKÖ) uygulanmıştır. Ayrıca, OKB tanısının doğrulanması ve eşlik eden ek tanıların belirlenmesi amacıyla Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version-DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (SCID-5-CV) kullanılmıştır. Her iki gruba da pozitif ve negatif ruminasyon düzeylerini değerlendirmek amacıyla Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği (PANRS),

sosyal medya bağımlılık düzeyini ölçmek için ise Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği (SMBÖ) ve Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği (B-SMBÖ) uygulanmıştır.

### **3.2 Veri Toplama Araçları**

#### **3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu**

Çalışmada tarafımızca geliştirilen Sosyodemografik Veri Formu kullanılmıştır. Bu form aracılığıyla katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek bilgileri ve yaşadıkları yer değerlendirilmiştir. Ayrıca, daha önce herhangi bir psikiyatrik başvuru öyküsünün varlığı, eşlik eden tıbbi hastalıklar, sigara, alkol ve madde kullanımı sorgulanmıştır. Katılımcılardan, halihazırda kullandıkları cep telefonunun kullanım süresi (yıl olarak) ve sosyal medya kullanım süresi (yıl olarak) ile ilgili bilgiler de alınmıştır. Sosyal medya kullanımı kapsamında, hangi sosyal medya platformlarını (X [eski adıyla Twitter], Facebook, Instagram, Snapchat, TikTok, YouTube ve diğerleri) aktif olarak kullandıkları ve bu platformlarda geçirdikleri günlük süreler kaydedilmiştir. Ayrıca, sosyal medya hesaplarına günlük ortalama giriş sıklığı ve bireyin kendisini sosyal medyaya bağımlı olarak algılayıp algılamadığı da değerlendirilmiştir. Tüm veriler, katılımcıların kendi beyanlarına dayanarak ve görüşmeleri gerçekleştiren klinisyen tarafından formlara işlenmiştir.

#### **3.2.2 OKB Veri Formu**

Çalışmada, obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastalara yönelik olarak tarafımızca hazırlanmış ve kliniğimiz OKB polikliniğine ayaktan başvuran tüm hastalara uygulanan OKB Veri Formu kullanılmıştır. Klinisyen tarafından doldurulan bu form ile hastaların obsesif kompulsif belirti başlangıç yaşı, OKB başlangıç yaşı, ilk tedaviye başlama yaşı, komorbid psikiyatrik hastalık, hastane yatışı öyküsü, içgörü düzeyi, elektrokonvülsif terapi (EKT) uygulaması geçmişi, özkıyım girişimi öyküsü, tedavi uyumu ve halihazırda kullanılan tedavi yöntemleri hakkında bilgiler toplanmıştır.

#### **3.2.3 DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (SCID-5-CV)**

DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir<sup>228</sup>. Bu görüşme aracı, Türkçeye çevrilerek kültürel uyarlamaları yapılmış ve sonrasında iki ayrı üniversite hastanesinde gerçekleştirilen çalışmalarla geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiştir<sup>229</sup>. Yapılan değerlendirmelerde SCID-5'in görüşmeciler arası güvenilirlik düzeyi, kappa katsayıları açısından 0.65 ile 1.00 arasında bulunmuş ve tüm sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

SCID-5 toplamda 10 modülden oluşmaktadır. Görüşme kapsamında 32 tanı kategorisi ayrıntılı tanı ölçütleriyle değerlendirilirken, 17 kategori yalnızca araştırmacı soruları aracılığıyla sorgulanmaktadır. SCID-5'in modüler yapısında; birinci modül duygudurum dönemlerini, ikinci modül psikoz belirtileri ve eşlik eden semptomları, üçüncü modül psikozla seyreden bozuklukları, dördüncü modül diğer duygudurum bozukluklarını, beşinci modül madde kullanım bozukluklarını, altıncı modül kaygı bozukluklarını, yedinci modül ise OKB ve travma sonrası stres bozukluğunu içermektedir. Sekizinci modül erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunu değerlendirirken, dokuzuncu modül diğer psikiyatrik bozukluklar için tarama işlevi görmektedir; onuncu modül ise uyum bozukluğunu kapsamaktadır<sup>228</sup>.

SCID-5, SCID-I'e kıyasla bazı önemli değişiklikler içermektedir. Özellikle obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ile travma sonrası stres bozukluğunun ayrı bir modülde ele alınması, erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna yönelik yeni bir modül eklenmesi ve uyum bozukluğunun doğrudan tanı ölçütleriyle sorgulanması, belirgin farklılıklar arasında yer almaktadır.

SCID-5'in uygulanabilmesi için bireylerin 18 yaş ve üzerinde olması, ağır düzeyde bilişsel yetersizliği, şiddetli ajitasyon ya da eksitasyonu, ya da ciddi psikotik belirtileri bulunmaması gerekmektedir. Bilgi kaynakları olarak hastanın kendisi, ailesi ve yakın çevresi, tıbbi kayıtlar ve sağlık personeli bilgileri kullanılabilir. Ortalama uygulama süresi 40–60 dakika arasında olup, gerekli durumlarda birden fazla oturumda tamamlanması mümkündür<sup>228</sup>.

### **3.2.4 Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOKÖ)**

Goodman ve arkadaşları tarafından, obsesif ve kompulsif belirtilerin türünü ve şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilen bu ölçek, görüşmeci tarafından uygulanmaktadır<sup>119</sup>. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması

Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından 1993 yılında gerçekleştirilmiş olup, bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,81 olarak bulunmuştur<sup>230</sup>.

YBOKÖ toplam 19 maddeden oluşmaktadır; ancak puanlamaya yalnızca ilk 10 madde dahil edilmektedir (1b ve 6b maddeleri hariç). İlk beş madde obsesyonların şiddetini, sonraki beş madde ise kompulsiyonların şiddetini değerlendirmektedir. Ölçekte her madde, 0 ile 4 arasında puanlandırılmakta ve her iki boyut ayrı ayrı ele alınmaktadır. Toplam ölçek puanı 0 ile 40 arasında değişmektedir.

Puanlama şu şekilde sınıflandırılmaktadır: 0–7 arası subklinik, 8–15 arası hafif, 16–23 arası orta düzey, 24–31 arası şiddetli ve 32–40 arası çok şiddetli belirtileri göstermektedir. Ölçeğin 11–16. maddeleri ise içgörü, kaçınma davranışı, kararsızlık, patolojik sorumluluk duygusu, yavaşlama ve patolojik kuşku gibi ek klinik özellikleri değerlendirmekte olup, yine 0–4 arasında puanlanmakta fakat toplam puana dahil edilmemektedir. Obsesyon ve kompulsiyonların türlerini belirlemek için ayrı bir kontrol listesi de bulunmaktadır.

### 3.2.5 Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği (SMBÖ)

Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği (SMBÖ), Tutgun-Ünal ve Deniz tarafından 2015 yılında, sosyal medya bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, 41 maddeden oluşmakta olup 5'li Likert tipi bir yapıdadır. Maddeler, "her zaman", "sık sık", "bazen", "nadiren" ve "hiçbir zaman" seçenekleri ile derecelendirilmektedir. Geliştirilen ölçek dört temel alt boyut içermektedir: meşguliyet, duygu durum düzenleme, tekrarlama ve çatışma<sup>231</sup>.

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda SMBÖ'nün iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa değeri 0.967 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınabilecek puanlar 41 ile 205 arasında değişmekte olup, 41–73 arası puanlar sosyal medya bağımlılığı olmayanları, 74 ve üzeri puanlar ise sosyal medya bağımlılığı olan bireyleri tanımlamaktadır.

Alt boyutlara göre madde dağılımı şu şekildedir:

- **Meşguliyet** boyutunu değerlendiren maddeler 1–12 arasındadır ve sosyal medyanın bireyin bilişsel meşguliyetine etkisini ölçmektedir.

- **Duygu Durum Düzenleme** boyutuna ait 13–17 numaralı maddeler, sosyal medyanın bireyin duygusal durumuna etkisini değerlendirmektedir.
- **Tekrarlama** boyutu, 18–22 numaralı maddelerle ele alınmakta olup, bireyin sosyal medya kullanımını kontrol etme zorluğu ve kullanımın sürdürülmesini ölçmektedir.
- **Çatışma** boyutu ise 23–41 numaralı maddelerle değerlendirilmekte ve sosyal medya kullanımının bireyin yaşamındaki olumsuz etkilerini ölçmektedir<sup>231</sup>.

### 3.2.6 Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği (B-SMBÖ)

Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği (B-SMBÖ), Andreassen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek, bağımlılığın altı temel boyutunu — zihinsel meşguliyet, duygudurum değişikliği, tolerans, yoksunluk belirtileri, çatışmalar ve başarısız bırakma girişimleri — değerlendiren altı maddeden oluşmaktadır. Her bir madde, 1 (çok nadir) ile 5 (çok sık) arasında derecelendirilen beşli Likert tipi bir ölçekle yanıtlanmaktadır. Ölçekten elde edilebilecek toplam puanlar 6 ile 30 arasında değişmektedir. B-SMBÖ için belirli bir kesme puanı tanımlanmamıştır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe sosyal medya bağımlılığının arttığı ifade edilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması İbrahim Demirci tarafından 2019 yılında gerçekleştirilmiştir<sup>232</sup>.

### 3.2.7 Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği (PANRS)

Önceki çalışmalar genellikle yalnızca olumsuz ya da yalnızca olumlu duygulanım üzerine ruminasyonu incelerken, Yang ve arkadaşları, hem olumlu hem de olumsuz duygulanım süreçlerinde ortaya çıkan ruminasyonu birlikte değerlendirerek kavrama daha bütüncül bir yaklaşım kazandırmayı amaçlamışlardır. Ölçeğin orijinal formu iki ana alt ölçek ve beş birinci dereceden alt ölçekten oluşmakta olup toplam 23 madde içermektedir<sup>11</sup>.

Pozitif ruminasyonu değerlendiren "Mutluluğun Tadını Çıkarma" ve "Olumlu Başa Çıkma" alt boyutları; negatif ruminasyonu ise "Mutluluğu Bastırma", "Negatif İlişkilendirme" ve "Kendini Reddetme" alt boyutları temsil etmektedir. Ölçek puanlaması pozitif ruminasyon toplam puanı, negatif ruminasyon toplam puanı ve alt ölçek puanları şeklinde yapılmaktadır. PANRS bir öz bildirim ölçeği olup, kesme puanı

bulunmamaktadır. Yang ve arkadaşlarının geliştirdiği orijinal formda, iki ana alt ölçek ve beş alt boyut için Cronbach alfa değerlerinin 0.68 ile 0.84 arasında değiştiği ve ölçeğin yeterli iç tutarlılığa sahip olduğu gösterilmiştir<sup>11</sup>.

İnsel ve arkadaşlarının Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, pozitif ruminasyon boyutu için Cronbach alfa değeri 0,814; negatif ruminasyon boyutu için 0,878 olarak bulunmuştur. Alt boyutlar düzeyinde değerlendirildiğinde, "Mutluluğun Tadını Çıkarma" boyutu için Cronbach alfa 0,836; "Olumlu Başa Çıkma" boyutu için 0,565; "Mutluluğu Bastırma" boyutu için 0,695; "Negatif İlişkilendirme" boyutu için 0,851; "Kendini Reddetme" boyutu için ise 0,756 olarak saptanmıştır. "Gücümün zirvesinden düştüğümü düşünürüm", "Sakinleşmem gerektiğini düşünürüm" ve "Bunun için ne yapabileceğimi düşünürüm" ifadelerinin çıkarılması sonrasında yapılan analizlerde, "Olumlu Başa Çıkma" alt boyutuna ait Cronbach alfa değerinin 0,610'a; "Mutluluğu Bastırma" alt boyutuna ait Cronbach alfa değerinin ise 0,736'ya yükseldiği belirlenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda, PANRS'ın hem sağlıklı hem de klinik örneklemeler üzerinde güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ifade edilmektedir<sup>233</sup>.

### 3.3 İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel anlamda değerlendirilmesi amacıyla SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 26.0 paket programı kullanılmıştır. Ölçüm değeri olarak elde edilen değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Shapiro-Wilk veya Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler, normal dağılım göstermeleri durumunda ortalama  $\pm$  standart sapma (SS), normal dağılmamaları durumunda ise ortanca [çeyrekler arası aralık] şeklinde ifade edilmiştir. Kategorik değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) olarak belirtilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi veya Fisher's Exact test kullanılmıştır. Sayısal verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren iki grup arasında bağımsız gruplar t-testi, birden fazla grup için ANOVA (tek yönlü varyans analizi) testi uygulanmıştır. Normal dağılmayan değişkenler için sırasıyla Mann-Whitney U testi veya Kruskal-Wallis testi tercih edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişki düzeyini belirlemek amacıyla Pearson ya da Spearman korelasyon analizi yapılmış; korelasyon katsayısı ( $\rho$ ) ve anlamlılık düzeyi (p) raporlanmıştır. Yale-Brown obsesyon ve kompulsyon ölçeği (YBOKÖ) ile Bergen Sosyal Medya bağımlılık ölçeği

(B-SMBÖ) arasındaki ilişkide pozitif ruminasyon (PR) ve negatif ruminasyonun (NR) aracı (mediatör) rolünü değerlendirmek amacıyla mediasyon analizi uygulanmıştır. Analizlerde IBM SPSS PROCESS Makro v3.5 kullanılmıştır. Mediasyon etkisinin istatistiksel anlamlılığı, bootstrap yöntemiyle 5000 tekrar üzerinden elde edilen güven aralıkları ile test edilmiştir. Modelde, YBOKÖ bağımsız değişken, B-SMBÖ bağımlı değişken ve PR ile NR aracı değişken olarak tanımlanmıştır. Mediasyon analizlerinde toplam etki (total effect), direkt etki (direct effect) ve indirekt (dolaylı) etki (indirect effect)  $\beta$  katsayıları ve p-değerleri ile raporlanmıştır. Mediasyon etkisinin anlamlılığı için %95 güven aralığında sıfırı içermemesi ve  $p < 0,05$  olması kriteri esas alınmıştır. Analizlerde tüm değişkenler için standartlaştırılmış yol katsayıları ( $\beta$ ) kullanılmıştır. P değeri  $< 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Çalışmaya obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanılı 112 hasta ile 108 sağlıklı kontrol grubu bireyi dahil edildi. Gruplar arasında demografik özellikler açısından anlamlı bir fark bulunmadı. Yaş ortancası OKB ve kontrol gruplarında sırasıyla 29 [16,5] ve 29 [15] olup, fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p=0,59$ ). Cinsiyet dağılımı (erkek/kadın) her iki grupta benzerdi (OKB: %54,5 erkek; Kontrol: %54,6 erkek;  $p=0,98$ ). Eğitim durumu, eğitim yılı, medeni durum ve yaşadığı yer bakımından da gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). Ancak, OKB grubunda çalışmayan birey oranı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti (OKB: %67,0; Kontrol: %40,7;  $p<0,001$ ). Ek tıbbi hastalık varlığı OKB grubunda daha fazlaydı ( $p=0,01$ ). Alkol kullanım oranı da OKB grubunda kontrol grubuna göre daha yüksekti ( $p=0,02$ ). Diğer demografik ve klinik özellikler açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Sosyodemografik özellikler Tablo-1’de gösterildi.

Sosyal medya kullanım alışkanlıkları incelendiğinde, OKB ve kontrol gruplarında güncel cep telefonu kullanım süresi ve ne kadar süredir sosyal medya kullanıldığı süresi benzerdi ( $p>0,05$ ). Farklı sosyal medya platformlarının (Twitter, Facebook, Instagram, Snapchat, Tiktok, Youtube, diğer) kullanım oranları gruplar arasında anlamlı fark göstermedi. Ancak, OKB grubunda günlük sosyal medya kullanım süresi anlamlı olarak daha yüksekti (OKB: 200 [180] dakika; Kontrol: 150 [100] dakika;  $p<0,001$ ). Ayrıca, “sosyal medya bağımlısı olduğunu düşünme” oranı OKB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti ( $p=0,01$ ). Sosyal medya hesap sayısı, sosyal medya hesaplarına günlük giriş sayısı ve diğer kullanım parametrelerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Elde edilen bulgulardan birisi de OKB hastalarının sosyal medya kullanım sürelerinin ve sosyal medya bağımlısı olduklarını düşünme oranlarının sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek olduğudur. Diğer demografik özellikler ve sosyal medya platform tercihlerinde ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Sosyal medya kullanım özellikleri Tablo-2’de gösterildi.

**Tablo-1: OKB hastaları ile sağlıklı bireylerin demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

| Parametreler         | Obsesif Kompulsif bozukluk (n=112) | Kontrol (n=108) | p değeri |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|----------|
| Yaş                  | 29 [16,5]                          | 29[ 15]         | 0,59     |
| Cinsiyet             | n(%)                               |                 |          |
| Kadın                | 61(54,5)                           | 59(54,6)        | 0.98     |
| Erkek                | 51(45,5)                           | 49(45,4)        |          |
| Eğitim Durumu        | n(%)                               |                 |          |
| Okula gitmeyen       | 2(1,8)                             | 1(0,9)          | 0,92     |
| İlkokul Mezunu       | 9(8)                               | 9(8,3)          |          |
| Ortaokul Mezunu      | 9(8)                               | 10(9,3)         |          |
| Lise Mezunu          | 28(25)                             | 31(28,7)        |          |
| Üniversite Mezunu    | 64(57,1)                           | 57(52,8)        |          |
| Eğitim yılı          | 13[4]                              | 14.5[10]        | 0,72     |
| Medeni Durum         | n(%)                               |                 |          |
| Bekar                | 64(57,1)                           | 56(51,9)        | 0,43     |
| Evli                 | 48(42,9)                           | 52(48,1)        |          |
| Meslek               | n(%)                               |                 |          |
| Çalışmıyor           | 75(67,0)                           | 44(40,7)        | <0,001** |
| Çalışıyor            | 37(33,0)                           | 64(59,3)        |          |
| Yaşadığı yer         | n(%)                               |                 |          |
| İl merkezinden küçük | 35(31,3)                           | 33(30,6)        | 0,91     |
| İl merkezi           | 77(68,7)                           | 75(69,4)        |          |
| Ek Tıbbi Hastalık    | n(%)                               |                 |          |
| Yok                  | 75(67)                             | 91(84,3)        | 0,01*    |
| Var                  | 37(33)                             | 17(15,7)        |          |
| Sigara               | n(%)                               |                 |          |
| Yok                  | 67(59,8)                           | 73(67,6)        | 0,23     |
| Var                  | 45(40,2)                           | 35(32,4)        |          |

**Tablo-1: OKB hastaları ile sağlıklı bireylerin demografik özelliklerinin karşılaştırılması (devamı)**

| Parametreler           | Obsesif Kompulsif bozukluk (n=112) | Kontrol (n=108) | p değeri |
|------------------------|------------------------------------|-----------------|----------|
| <b>Alkol</b>           | <b>n(%)</b>                        |                 |          |
| Yok                    | 87(77,7)                           | 96(88,9)        | 0,02*    |
| Var                    | 25(22,3)                           | 12(11,1)        |          |
| <b>Madde kullanımı</b> | <b>n(%)</b>                        |                 |          |
| Yok                    | 110(98,2)                          | 108(100)        | 0,49     |
| Var                    | 2(1,8)                             | 0(0)            |          |

\*\*p<0,001, \*p<0,05 Normal dağılım gösteren parametreler mean± standart sapma, anormal dağılım gösteren parametreler median [çeyrekler arası aralık], kategorik değişkenler sayı(yüzde) olarak belirtilmiştir. n(%): Sayı(Yüzde) OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk.

**Tablo-2: OKB hastaları ve sağlıklı bireylerin sosyal medya kullanım alışkanlıklarının karşılaştırılması**

| Parametreler                               | Obsesif Kompulsif Bozukluk (n=112) | Kontrol (n=108) | p değeri |
|--------------------------------------------|------------------------------------|-----------------|----------|
| <b>Güncel Cep telefonu kullanma süresi</b> | 3[2]                               | 3[3]            | 0,96     |
| <b>Sosyal medya kullanım süresi (yıl)</b>  | <b>n(%)</b>                        |                 |          |
| 1 yıldan az                                | 2(1,8)                             | 8(7,4)          | 0,05     |
| 1-3 yıl                                    | 14(12,5)                           | 7(6,5)          |          |
| 3-5 yıl                                    | 14(12,5)                           | 21(19,4)        |          |
| 5 yıldan fazla                             | 82(73,2)                           | 72(66,7)        |          |
| <b>X(Eski adıyla Twitter)</b>              | <b>n(%)</b>                        |                 |          |
| Kullanmıyor                                | 58(51,8)                           | 62(57,4)        | 0,40     |
| Kullanıyor                                 | 54(48,2)                           | 46(42,8)        |          |
| <b>Facebook</b>                            | <b>n(%)</b>                        |                 |          |
| Kullanmıyor                                | 75(67,0)                           | 82(75,9)        | 0,14     |
| Kullanıyor                                 | 37(33,0)                           | 26(24,1)        |          |
| <b>Instagram</b>                           | <b>n(%)</b>                        |                 |          |
| Kullanmıyor                                | 9(8,0)                             | 6(5,60)         | 0,46     |
| Kullanıyor                                 | 103(92,0)                          | 102(94,4)       |          |
| <b>Snapchat</b>                            | <b>n(%)</b>                        |                 |          |
| Kullanmıyor                                | 91(81,3)                           | 96(88,9)        | 0,11     |
| Kullanıyor                                 | 21(18,8)                           | 12(11,1)        |          |
| <b>Tiktok</b>                              | <b>n(%)</b>                        |                 |          |
| Kullanmıyor                                | 91(81,3)                           | 90(83,3)        | 0,68     |
| Kullanıyor                                 | 21(18,7)                           | 18(16,7)        |          |
| <b>Youtube</b>                             | <b>n(%)</b>                        |                 |          |
| Kullanmıyor                                | 30(26,8)                           | 24(22,2)        | 0,43     |
| Kullanıyor                                 | 82(73,2)                           | 84(77,8)        |          |

**Tablo 2. OKB hastaları ve sağlıklı bireylerin sosyal medya kullanım alışkanlıklarının karşılaştırılması (devamı)**

| Parametreler                                                 | Obsesif Kompulsif Bozukluk (n=112) | Kontrol (n=108) | p değeri |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------|----------|
| <b>Diğer</b>                                                 | <b>n(%)</b>                        |                 |          |
| Kullanmıyor                                                  | 106(94,6)                          | 104(96,3)       | 0,55     |
| Kullanıyor                                                   | 6(5,4)                             | 4(3,7)          |          |
| <b>Sosyal Medya Hesabı sayısı</b>                            | 3[2]                               | 3[1]            | 0,37     |
| <b>Günlük sosyal medya süresi (dk)</b>                       | 200[180]                           | 150[100]        | <0,001** |
| <b>Sosyal medya hesaplarına günlük ortalama giriş sayısı</b> | <b>n(%)</b>                        |                 |          |
| 10'dan az                                                    | 29(25,9)                           | 36(33,3)        | 0,07     |
| 10-20 arası                                                  | 38(33,9)                           | 44(40,7)        |          |
| 20'den fazla                                                 | 45(40,2)                           | 28(25,9)        |          |
| <b>Sosyal medya bağımlısı olduğunu düşünme</b>               | <b>n(%)</b>                        |                 |          |
| Hayır                                                        | 43(38,4)                           | 55(50,9)        | 0,01*    |
| Kısmen                                                       | 38(33,9)                           | 43(39,8)        |          |
| Evet                                                         | 31(27,7)                           | 10(9,3)         |          |

\*\*p<0,001, \*p<0,05 Normal dağılım gösteren parametreler mean± standart sapma, anormal dağılım gösteren parametreler median [çeyrekler arası aralık], kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak belirtilmiştir. n(%): Sayı(Yüzde) OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

**Tablo 3. OKB hastalarında sosyodemografik özellikler ile sosyal medya bağımlılık ölçekleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

| Ölçek        | Erkek (n=51)                        | Kadın (n=61)                        | p değeri |
|--------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------|
| SMBÖ Puanı   | 92,67 ± 28,19                       | 92,62 ± 32,18                       | 0,95     |
| B-SMBÖ Puanı | 14.98± 5.55                         | 14.67± 6.65                         | 0,79     |
|              | <b>Bekar (n=64)</b>                 | <b>Evli (n=48)</b>                  |          |
| SMBÖ Puanı   | 100,53 ± 29,19                      | 82,13 ± 28,76                       | 0,001**  |
| B-SMBÖ Puanı | 17 [9,8]                            | 11 [7,8]                            | <0,001** |
|              | <b>Çalışmıyor (n=75)</b>            | <b>Çalışıyor (n=37)</b>             |          |
| SMBÖ Puanı   | 80 [57]                             | 94 [40,5]                           | 0,11     |
| B-SMBÖ Puanı | 16,7 ± 5,9                          | 12,3 ± 5,6                          | <0,001** |
|              | <b>İl Merkezinden Küçük (n=35)</b>  | <b>İl Merkezi (n=77)</b>            |          |
| SMBÖ Puanı   | 75 [49]                             | 95 [46]                             | 0,024*   |
| B-SMBÖ Puanı | 13.11 ± 5.38                        | 15.58 ± 6.35                        | 0,048*   |
|              | <b>Ek Tıbbi Hastalık Yok (n=75)</b> | <b>Ek Tıbbi Hastalık Var (n=37)</b> |          |
| SMBÖ Puanı   | 85 [43]                             | 108 [65]                            | 0,44     |

**Tablo 3. OKB hastalarında sosyodemografik özellikler ile sosyal medya bağımlılık ölçekleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (devamı)**

| Ölçek        | Erkek (n=51)              | Kadın (n=61)           | p değeri           |              |                      |          |
|--------------|---------------------------|------------------------|--------------------|--------------|----------------------|----------|
| B-SMBÖ Puanı | 14.61 ± 5.55              | 15.22 ± 7.28           | 0,63               |              |                      |          |
|              | Sigara Kullanmayan (n=73) | Sigara Kullanan (n=35) |                    |              |                      |          |
| SMBÖ Puanı   | 92 [47]                   | 84 [58,5]              | 0,46               |              |                      |          |
| B-SMBÖ Puanı | 10.49 ± 3.61              | 10.80 ± 4.13           | 0,72               |              |                      |          |
|              | Alkol yok (n=87)          | Alkol Var (n=25)       |                    |              |                      |          |
| SMBÖ Puanı   | 84 [52]                   | 110 [46]               | 0,51               |              |                      |          |
| B-SMBÖ Puanı | 14.31 ± 6.20              | 16.56 ± 5.74           | 0,11               |              |                      |          |
|              | Madde kullanmayan (n=110) | Madde Kullanan (n = 2) |                    |              |                      |          |
| SMBÖ Puanı   | 91 [51]                   | 84,5 [19]              | 0,81               |              |                      |          |
| B-SMBÖ Puanı | 14.78 ± 6.20              | 16.50 ± 2.12           | 0,70               |              |                      |          |
|              | Okula<br>gitmedim         | İlkokul<br>mezunu      | Ortaokul<br>mezunu | Lise mezunu  | Üniversite<br>mezunu | p değeri |
| SMBÖ Puanı   | 58 [18]                   | 62 [35]                | 59 [23,5]          | 89.5 [59,5]  | 103,5<br>[45,8]      | <0,001** |
| B-SMBÖ Puanı | 7.00 ± 1.41               | 11.22 ± 5.63           | 9.67 ± 3.67        | 14.54 ± 5.78 | 16.14 ±<br>5.82      | 0,38     |

\*\*p<0,001, \*p<0,05, Normal dağılım gösteren parametreler mean± standart sapma, anormal dağılım gösteren parametreler median [çeyrekler arası aralık], kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak belirtilmiştir. SMBÖ: Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği. B-SMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği.

Çalışmada elde edilen bulgulara göre, OKB hastalarında SMBÖ ve B-SMBÖ toplam puanları cinsiyet açısından değerlendirildiğinde erkek ve kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Medeni duruma göre incelendiğinde ise bekâr bireylerin hem SMBÖ hem de B-SMBÖ puanları, evli bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Çalışma durumuna göre, çalışmayan bireylerin B-SMBÖ puanları çalışanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek iken, SMBÖ toplam puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yerleşim yeri değişkeni açısından bakıldığında, il merkezinde yerleşim yerlerinde yaşayan bireylerin hem SMBÖ hem de B-SMBÖ puanları, daha küçük yerlerde yaşayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Ek tıbbi hastalık varlığı, her iki ölçek puanı açısından fark yaratmakla birlikte bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Benzer şekilde sigara ve alkol

kullanımı durumlarına göre yapılan değerlendirmelerde de SMBÖ ve B-SMBÖ puanları açısından anlamlı bir fark görülmemiştir. Madde kullanımına ilişkin olarak, madde kullanan bireylerin ölçek puanları daha yüksek olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Eğitim düzeyine göre yapılan analizde, eğitim düzeyi yükseldikçe SMBÖ puanlarının arttığı ve bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Ancak B-SMBÖ puanları açısından eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Detaylı sonuçlar Tablo-3'te gösterilmektedir.

**Tablo 4. OKB grubunda SMBÖ puanı ve B-SMBÖ puanı ile yaş ve eğitim yılı arasındaki korelasyon analizi**

| Ölçek        | Yaş    |        | Eğitim Yılı |       |
|--------------|--------|--------|-------------|-------|
|              | r      | p      | r           | p     |
| SMBÖ Puanı   | -0.450 | .000** | 0.276       | .003* |
| B-SMBÖ Puanı | -0.479 | .000** | 0.256       | .007* |

\*\*p<0,001, \*p<0,05, r: Rho. SMBÖ: Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği. B-SMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği.

Yapılan korelasyon analizine göre, OKB hastalarında yaş ile sosyal medya bağımlılığı arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, yaş arttıkça hem genel sosyal medya bağımlılığı toplam puanı hem de Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı toplam puanının azaldığını göstermektedir. Diğer yandan, eğitim yılı ile sosyal medya bağımlılığı arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptanmıştır. Bu durum, eğitim yılı arttıkça bireylerin sosyal medya bağımlılığı puanlarının da arttığını göstermektedir. Her iki ölçek için de hem yaşla hem de eğitim yılıyla olan ilişkiler istatistiksel olarak anlamlıdır. Detaylı sonuçlar Tablo-4'te gösterilmiştir.

**Tablo 5: Kontrol grubunda sosyodemografik özellikler ile sosyal medya bağımlılık ölçekleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

| Ölçek        | Erkek (n=49) | Kadın (n=59) | p değeri |
|--------------|--------------|--------------|----------|
| SMBÖ Puanı   | 64,0 [22,5]  | 66,0 [24,0]  | 0,22     |
| B-SMBÖ Puanı | 9,0 [5,0]    | 10,0 [4,0]   | 0,61     |

**Tablo 5: Kontrol grubunda sosyodemografik özellikler ile sosyal medya bağımlılık ölçekleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (devamı)**

| Ölçek        | Erkek (n=49)                 | Kadın (n=59)                 | p değeri        |             |                   |          |
|--------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|-------------|-------------------|----------|
|              | Bekar (n=52)                 | Evli (n=56)                  |                 |             |                   |          |
| SMBÖ Puanı   | 72 [25,8]                    | 63 [17,8]                    | 0,017*          |             |                   |          |
| B-SMBÖ Puanı | 9,0 [4,0]                    | 11 [4,8]                     | 0,012*          |             |                   |          |
|              | Çalışmıyor (n=44)            | Çalışıyor (n=64)             |                 |             |                   |          |
| SMBÖ Puanı   | 65,5 [25,0]                  | 66,0 [23,8]                  | 0,55            |             |                   |          |
| B-SMBÖ Puanı | 9,5 [4,0]                    | 10 [4]                       | 0,88            |             |                   |          |
|              | İl Merkezinden Küçük (n=33)  | İl Merkezinden (n=75)        |                 |             |                   |          |
| SMBÖ Puanı   | 65 [25,0]                    | 66 [23,0]                    | 0,28            |             |                   |          |
| B-SMBÖ Puanı | 9 [5]                        | 10 [4]                       | 0,75            |             |                   |          |
|              | Ek Tıbbi Hastalık Yok (n=91) | Ek Tıbbi Hastalık Var (n=17) |                 |             |                   |          |
| SMBÖ Puanı   | 66,0 [23,0]                  | 64 [28,0]                    | 0,58            |             |                   |          |
| B-SMBÖ Puanı | 10 [4,0]                     | 9,0 [5,5]                    | 0,75            |             |                   |          |
|              | Sigara Kullanmayan (n=73)    | Sigara Kullanan (n=35)       |                 |             |                   |          |
| SMBÖ Puanı   | 65 [21]                      | 69 [28,0]                    | 0,28            |             |                   |          |
| B-SMBÖ Puanı | 9,0 [4,0]                    | 11,0 [4,0]                   | 0,82            |             |                   |          |
|              | Alkol Yok (n=96)             | Alkol Var (n=12)             |                 |             |                   |          |
| SMBÖ Puanı   | 65 [21,8]                    | 61,5 [49,0]                  | 0,51            |             |                   |          |
| B-SMBÖ Puanı | 10 [4,0]                     | 11,5 [11,0]                  | 0,083           |             |                   |          |
|              | Madde Kullanmayan (n=108)    | Madde Kullanan (n=2)         |                 |             |                   |          |
| SMBÖ Puanı   | 66,0 [23,8]                  | -                            | -               |             |                   |          |
| B-SMBÖ Puanı | 10,0 [4,0]                   | -                            | -               |             |                   |          |
|              | Okula gitmedim               | İlkokul mezunu               | Ortaokul mezunu | Lise mezunu | Üniversite mezunu | p değeri |
| SMBÖ Puanı   | -                            | 60 [5]                       | 68 [19,8]       | 66 [22]     | 70 [29,5]         | 0,53     |
| B-SMBÖ Puanı | -                            | 9 [3]                        | 10 [4,3]        | 10 [4,0]    | 11 [5,0]          | 0,38     |

**\*\*p<0,001, \*p<0,05**, Normal dağılım gösteren parametreler mean± standart sapma, anormal dağılım gösteren parametreler median [çeyrekler arası aralık], kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak belirtilmiştir. SMBÖ: Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği. B-SMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği.

Kontrol grubunun demografik verileri ile sosyal medya bağımlılığı ölçekleri arasındaki ilişki Tablo 5'te sunulmuştur. Cinsiyete göre incelendiğinde, erkek ve kadınlar arasında SBMÖ ve B-SBMÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmamıştır. Medeni durum açısından bakıldığında, bekar bireylerin hem SMBÖ toplam puanlarının hem de Bergen ölçek puanlarının evli bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Çalışma durumu, yaşanılan yer, ek tıbbi hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı gibi değişkenler açısından her iki ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kontrol grubunda madde kullanan hasta olmadığından değerlendirme yapılamamıştır. Eğitim düzeyi açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır; ancak eğitim seviyesi arttıkça hem SMBÖ hem de Bergen ölçek puanlarında kademeli bir artış eğilimi gözlemlenmiştir.

**Tablo 6. Kontrol grubunda SMBÖ puanı ve B-SMBÖ puanı ile yaş ve eğitim yılı arasındaki korelasyon analizi**

| Ölçek        | Yaş    |        | Eğitim Yılı |       |
|--------------|--------|--------|-------------|-------|
|              | r      | p      | r           | p     |
| SMBÖ Puanı   | -0,227 | 0,018* | 0,108       | 0,265 |
| B-SMBÖ Puanı | -0,280 | 0,003* | 0,142       | 0,144 |

\*\* $p<0,001$ , \* $p<0,05$ , r: Rho. SMBÖ: Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği. B-SMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği

Yapılan korelasyon analizine göre (Tablo 6), kontrol grubunda yaş ile hem Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı hem de Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği puanı arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bu durum, yaş arttıkça sosyal medya bağımlılığı düzeyinin azaldığını göstermektedir. Ancak eğitim yılı ile sosyal medya ölçekleri arasında anlamlı ilişki yoktur. Detaylı sonuçlar Tablo-6'da gösterilmiştir.

**Tablo 7. OKB hastalarında sosyodemografik özellikler ile pozitif ve negatif ruminasyon alt ölçekleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

| Ölçek    | Kadın (n=61)                        | Erkek (n=51)                        | p değeri               |                    |                          |                 |
|----------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------|
| PANRS-PR | 17,11 ±4,68                         | 17,23 ±4,79                         | 0,89                   |                    |                          |                 |
| PANRS-NR | 29, 86 ± 7,11                       | 29,56 ±6,70                         | 0,82                   |                    |                          |                 |
|          | <b>Bekar (n=64)</b>                 | <b>Evli (n=48)</b>                  |                        |                    |                          |                 |
| PANRS-PR | 17,53 ±3,93                         | 16,68 ±5,59                         | 0,35                   |                    |                          |                 |
| PANRS-NR | 30,26±7,09                          | 29,02 ±6,64                         | 0,35                   |                    |                          |                 |
|          | <b>Çalışmıyor (n=75)</b>            | <b>Çalışıyor (n=37)</b>             |                        |                    |                          |                 |
| PANRS-PR | 17,65±4,75                          | 16,19±4,55                          | 0,12                   |                    |                          |                 |
| PANRS-NR | 29,36 ±7,15                         | 30,48 ±6,40                         | 0,42                   |                    |                          |                 |
|          | <b>İl Merkezinden Küçük (n=35)</b>  | <b>İl Merkezi (n=77)</b>            |                        |                    |                          |                 |
| PANRS-PR | 16,74 ±4,98                         | 17,36 ±4,61                         | 0,52                   |                    |                          |                 |
| PANRS-NR | 28,97 ±7,71                         | 30,08 ±6,52                         | 0,43                   |                    |                          |                 |
|          | <b>Ek Tıbbi Hastalık Yok (n=75)</b> | <b>Ek Tıbbi Hastalık Var (n=37)</b> |                        |                    |                          |                 |
| PANRS-PR | 17,32 ±4,53                         | 16,86 ±5,11                         | 0,63                   |                    |                          |                 |
| PANRS-NR | 29,40 ±6,85                         | 30,4±7,04                           | 0,47                   |                    |                          |                 |
|          | <b>Sigara Kullanmayan (n=73)</b>    | <b>Sigara Kullanan (n=35)</b>       |                        |                    |                          |                 |
| PANRS-PR | 17,37 ±4,02                         | 16,87 ±5,63                         | 0,60                   |                    |                          |                 |
| PANRS-NR | 29,82±6,73                          | 29,60±7,21                          | 0,87                   |                    |                          |                 |
|          | <b>Alkol yok (n=87)</b>             | <b>Alkol Var (n=25)</b>             |                        |                    |                          |                 |
| PANRS-PR | 17,21 ± 4,53                        | 17,04 ±5,40                         | 0,88                   |                    |                          |                 |
| PANRS-NR | 29,63 ±6,88                         | 30,08 ±7,10                         | 0,78                   |                    |                          |                 |
|          | <b>Madde kullanmayan (n = 110)</b>  | <b>Madde Kullanan (n = 2)</b>       |                        |                    |                          |                 |
| PANRS-PR | 17,15 ±4,76                         | 18,0 ±0,0                           | 0,065                  |                    |                          |                 |
| PANRS-NR | 29,90 ± 6,83                        | 20,00 ±1,41                         | 0,044                  |                    |                          |                 |
|          | <b>Okula gitmedim</b>               | <b>İlkokul mezunu</b>               | <b>Ortaokul mezunu</b> | <b>Lise mezunu</b> | <b>Üniversite mezunu</b> | <b>p değeri</b> |
| PANRS-PR | 22,0 ±1,41                          | 16,44±5,29                          | 16,22±5,65             | 17,71±5,84         | 17,02±3,97               | 0,55            |
| PANRS-NR | 29,0 ±4,24                          | 28,33 ±6,02                         | 23,77±4,94             | 31,5 ±7,25         | 30,44±6,87               | 0,084           |

**\*\*p<0,001, \*p<0,05.** Normal dağılım gösteren parametreler mean± standart sapma, anormal dağılım gösteren parametreler median [çeyrekler arası aralık], kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak belirtilmiştir. PANRS-PR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Pozitif Ruminasyon Alt Ölçeği. PANRS-NR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Negatif Ruminasyon Alt Ölçeği.

Tablo 7’de Pozitif ve Negatif Ruminasyon ölçek puanlarının çeşitli demografik ve klinik değişkenlere göre dağılımı sunulmuştur. OKB grubunda, kadın ve erkekler arasında ne pozitif ne de negatif ruminasyon ölçek puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Evli ve bekar bireyler arasında hem pozitif hem de negatif ruminasyon düzeyleri benzer bulunmuştur; farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ). Çalışma durumu, ikamet yeri, ek tıbbi hastalık, sigara ve alkol kullanımı açısından da pozitif ve negatif ruminasyon ölçek puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Madde kullanımı açısından ise negatif ruminasyon ölçek puanı madde kullananlarda anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur, ancak çalışma grubunda sadece 2 hastanın madde kullanım öyküsü vardır ( $p = 0,044$ ). Eğitim durumu ile pozitif ve negatif ruminasyon ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 8. OKB hastalarında Pozitif ve Negatif Ruminasyon alt ölçek puanlarının yaş ve eğitim yılı ile korelasyonu**

| Ölçek    | Yaş    |        | Eğitim Yılı |      |
|----------|--------|--------|-------------|------|
|          | r      | p      | r           | p    |
| PANRS-PR | 0.124  | 0,19   | -0.026      | 0,79 |
| PANRS-NR | -0.261 | 0,005* | 0.133       | 0,16 |

\*\* $p < 0,001$ , \* $p < 0,05$ , r: Rho PANRS-PR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Pozitif Ruminasyon Alt Ölçeği. PANRS-NR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Negatif Ruminasyon Alt Ölçeği.

Tablo 8’de korelasyon analizleri sunulmuştur. Pozitif ruminasyon ölçek puanları, yaş ve eğitim yılı ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Negatif ruminasyon puanları ile yaş arasında düşük düzeyde ve anlamlı bir negatif ilişki saptanmıştır ( $r = -0.261$ ,  $p = 0.005$ ). Eğitim yılı ile negatif ruminasyon ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

**Tablo 9. Kontrol grubunda sosyodemografik özellikler ile Pozitif ve Negatif Ruminasyon alt ölçekleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

| Ölçek    | Kadın (n=59)                 |            | Erkek (n=49)                 |            | p değeri   |          |
|----------|------------------------------|------------|------------------------------|------------|------------|----------|
| PANRS-PR | 22,55 ±3,98                  |            | 23,06 ±4,16                  |            | 0,53       |          |
| PANRS-NR | 21,66 ±5,60                  |            | 22,55 ±5,78                  |            | 0,42       |          |
|          | Bekar (n=56)                 |            | Evli (n=52)                  |            |            |          |
| PANRS-PR | 22,37±3,50                   |            | 23,23 ± 4,57                 |            | 0,28       |          |
| PANRS-NR | 23,41 ±6,26                  |            | 20,61 ±4,60                  |            | 0,010*     |          |
|          | Çalışmıyor (n=44)            |            | Çalışıyor (n=64)             |            |            |          |
| PANRS-PR | 22,84 ±4,35                  |            | 22,75 ±3,87                  |            | 0,91       |          |
| PANRS-NR | 22,86 ±6,43                  |            | 22,51 ±5,07                  |            | 0,23       |          |
|          | İl Merkezinden Küçük (n=33)  |            | İl Merkezi (n=75)            |            |            |          |
| PANRS-PR | 21,90 ±4,71                  |            | 23,17 ±3,69                  |            | 0,13       |          |
| PANRS-NR | 22,27 ±6,33                  |            | 21,97 ±5,40                  |            | 0,80       |          |
|          | Ek Tıbbi Hastalık Yok (n=91) |            | Ek Tıbbi Hastalık Var (n=17) |            |            |          |
| PANRS-PR | 22,88 ±4,13                  |            | 22,29 ±3,73                  |            | 0,59       |          |
| PANRS-NR | 22,02 ±5,63                  |            | 22,29 ±6,08                  |            | 0,86       |          |
|          | Sigara Kullanmayan (n=73)    |            | Sigara Kullanan (n=35)       |            |            |          |
| PANRS-PR | 22,94 ±3,79                  |            | 22,46 ± 4,60                 |            | 0,56       |          |
| PANRS-NR | 21,60 ±5,06                  |            | 23,02 ±6,75                  |            | 0,22       |          |
|          | Alkol yok (n=96)             |            | Alkol Var (n=12)             |            |            |          |
| PANRS-PR | 22,86 ±3,88                  |            | 22,17 ±5,40                  |            | 0,58       |          |
| PANRS-NR | 21,94 ±5,72                  |            | 23,08 ±5,37                  |            | 0,51       |          |
|          | Madde kullanmayan(n =108)    |            | Madde Kullanan (n = 0)       |            |            |          |
| PANRS-PR | 22,78 ±4,06                  |            | -                            |            | -          |          |
| PANRS-NR | 22,06 ±5,68                  |            | -                            |            | -          |          |
|          | Okul yok                     | İlkokul    | Ortaokul                     | Lise       | Üniversite | p değeri |
| PANRS-PR | -                            | 25,89±2,98 | 24,00±4,32                   | 22,68±3,84 | 22,32±3,93 | 0,01*    |
| PANRS-NR | -                            | 21,11±3,41 | 22,20±4,84                   | 21,64±5,60 | 22,19±6,00 | 0,23     |

\*\*p<0,001, \*p<0,05, Normal dağılım gösteren parametreler mean± standart sapma, anormal dağılım gösteren parametreler median [çeyrekler arası aralık], kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak belirtilmiştir. PANRS-PR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Pozitif Ruminasyon Alt Ölçeği. PANRS-NR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Negatif Ruminasyon Alt Ölçeği.

Kontrol grubunda pozitif ve negatif ruminasyon alt ölçek puanları cinsiyete göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, negatif ruminasyon alt ölçek puanları evli bireylerde bekar bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ( $p = 0,010$ ) ancak pozitif ruminasyon alt ölçek puanında fark izlenmemiştir. Çalışma durumu, yerleşim yeri, ek tıbbi hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı gibi değişkenlere göre pozitif ve negatif ruminasyon alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde, pozitif ruminasyon alt ölçek puanları eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p = 0,01$ ). Negatif ruminasyon alt ölçek puanları açısından ise eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ( $p = 0,23$ ). Madde kullanan birey bulunmadığı için bu gruba ilişkin karşılaştırma yapılamamıştır. Detaylı sonuçlar Tablo 9’da gösterilmiştir.

**Tablo 10. Kontrol grubunda Pozitif ve Negatif Ruminasyon alt ölçek puanlarının yaş ve eğitim yılı ile korelasyonu**

| Ölçek    | Yaş    |      | Eğitim Yılı |      |
|----------|--------|------|-------------|------|
|          | r      | p    | r           | p    |
| PANRS-PR | -0,112 | 0,25 | -0,135      | 0,16 |
| PANRS-NR | -0,159 | 0,10 | -0,037      | 0,70 |

**\*\* $p < 0,001$ , \* $p < 0,05$** , r: Rho. PANRS-PR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Pozitif Ruminasyon Alt Ölçeği. PANRS-NR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Negatif Ruminasyon Alt Ölçeği.

Kontrol grubunda Pozitif ve Negatif Ruminasyon alt ölçek puanlarının yaş ve eğitim Yılı ile Korelasyonu Tablo 10’da gösterilmiştir. Pozitif ruminasyon alt ölçek puanı ile yaş ve eğitim yılı arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Benzer şekilde negatif ruminasyon alt ölçek puanı, yaş ve eğitim yılı korele değildir.

**Tablo 11. OKB tanılı hastaların sosyal medya kullanım özellikleri ile Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği ve Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

| Ölçekler | Cep Telefonu Kullanım Süresi (yıl) |      | Sosyal Medya Kullanım Süresi (yıl) |       | Sosyal Medya Hesabı Sayısı |          | Günlük Sosyal Medya Süresi (dk) |        | Günlük Ortalama Giriş Sayısı |          |
|----------|------------------------------------|------|------------------------------------|-------|----------------------------|----------|---------------------------------|--------|------------------------------|----------|
|          | r                                  | p    | r                                  | p     | r                          | p        | r                               | p      | r                            | p        |
| SMBÖ     | -0.057                             | .553 | 0.223                              | .018* | 0.487                      | <0.001** | 0.691                           | .000** | 0.626                        | <0.001** |
| B-SMBÖ   | -0.097                             | .307 | 0.158                              | .097  | 0.525                      | <0.001** | 0.682                           | .000** | 0.636                        | <0.001** |

\*\*p<0,001, \*p<0,05, r: Rho, SMBÖ: Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği. B-SMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği.

OKB grubunda, sosyal medya bağımlılığı ölçekleri ile sosyal medya kullanım alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan Spearman korelasyon analizine göre (Tablo 11); Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği puanları ile sosyal medya kullanım süresi ( $r = 0,223$ ,  $p = 0,018$ ), sosyal medya hesabı sayısı ( $r = 0,487$ ,  $p < ,001$ ), günlük sosyal medya süresi ( $r = 0,691$ ,  $p < ,001$ ) ve sosyal medya hesaplarına günlük ortalama giriş sayısı ( $r = 0,626$ ,  $p < 0,001$ ) arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği puanları ile sosyal medya hesabı sayısı ( $r = 0,525$ ,  $p < 0,001$ ), günlük sosyal medya süresi ( $r = 0,682$ ,  $p < 0,001$ ) ve sosyal medya hesaplarına günlük ortalama giriş sayısı ( $r = 0,636$ ,  $p < ,001$ ) arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır. Sosyal medya kullanım süresi ile Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği puanları arasında pozitif yönde ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur ( $r = 0.158$ ,  $p = 0.097$ ). Buna karşılık, her iki bağımlılık ölçeği ile güncel cep telefonu kullanım süresi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Detaylı sonuçlar Tablo 11’de gösterilmiştir.

**Tablo 12. Kontrol Grubunun sosyal medya kullanım özellikleri ile Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği ve Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

| Ölçekler | Cep Telefonu Kullanım Süresi (yıl) |       | Sosyal Medya Kullanım Süresi (yıl) |        | Sosyal Medya Hesabı Sayısı |          | Günlük Sosyal Medya Süresi (dk) |          | Günlük Ortalama Giriş Sayısı |          |
|----------|------------------------------------|-------|------------------------------------|--------|----------------------------|----------|---------------------------------|----------|------------------------------|----------|
|          | r                                  | p     | r                                  | p      | r                          | p        | r                               | p        | r                            | p        |
| SMBÖ     | -0,117                             | 0,227 | 0,208                              | 0,031* | 0,322                      | 0,001**  | 0,597                           | <0,001** | 0,430                        | <0,001** |
| B-SMBÖ   | -0,052                             | 0,590 | 0,165                              | 0,087  | 0,343                      | <0,001** | 0,540                           | <0,001** | 0,419                        | <0,001** |

\*\*p<0,001, \*p<0,05, r: Rho. SMBÖ: Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği. B-SMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği.

Kontrol grubunda yapılan Spearman korelasyon analizine göre (Tablo 12); Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği puanı ile sosyal medya kullanım süresi ( $r = 0,208$ ,  $p = 0,031$ ), sosyal medya hesabı sayısı ( $r = 0,322$ ,  $p = 0,001$ ), günlük sosyal medya süresi ( $r = 0,597$ ,  $p < 0,001$ ) ve sosyal medya hesaplarına günlük ortalama giriş sayısı ( $r = 0,430$ ,  $p < 0,001$ ) arasında anlamlı pozitif korelasyon mevcuttur. Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği puanları da sosyal medya hesabı sayısı ( $r = 0,343$ ,  $p < 0,001$ ), günlük sosyal medya süresi ( $r = 0,549$ ,  $p < 0,001$ ) ve günlük ortalama giriş sayısı ( $r = 0,419$ ,  $p < 0,001$ ) ile anlamlı şekilde ilişkilidir. Bununla birlikte, Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği puanları ile sosyal medya kullanım süresi arasında pozitif yönde ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ( $r = 0.165$ ,  $p = 0.087$ ). Buna karşılık, her iki bağımlılık ölçeği ile güncel cep telefonu kullanım süresi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 13. OKB ve Kontrol Grupları arasında Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği, Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği, Pozitif Ruminasyon, Negatif Ruminasyon, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması**

| Ölçek    | OKB Grubu (n=112) | Kontrol Grubu (n=108) | p değeri  |
|----------|-------------------|-----------------------|-----------|
| SMBÖ     | 91 [49]           | 66 [23]               | < 0.001** |
| B-SMBÖ   | 15 [10]           | 10 [4]                | < 0.001** |
| PANRS-PR | 17.16 ± 4.71      | 22.78 ± 4.05          | < 0.001** |
| PANRS-NR | 29 [9]            | 21 [7]                | < 0.001** |
| YBOKÖ    | 17.98 ± 8.10      | 0                     | -         |

\*\* $p < 0,001$ , \* $p < 0,05$  Normal dağılım gösteren parametreler mean ± standart sapma, anormal dağılım gösteren parametreler median [çeyrekler arası aralık] olarak belirtilmiştir. SMBÖ: Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği. B-SMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği. YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği. PANRS-PR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Pozitif Ruminasyon Alt Ölçeği. PANRS-NR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Negatif Ruminasyon Alt Ölçeği.

Tablo 13'te hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında ölçek puanları karşılaştırılmıştır. OKB grubundaki bireylerin sosyal medya bağımlılığı, Bergen sosyal medya bağımlılığı ve negatif ruminasyon düzeyleri, kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Buna karşın pozitif ruminasyon alt ölçek puanları OKB grubunda anlamlı düzeyde daha düşüktür (tüm karşılaştırmalar için  $p < 0.001$ ). Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği yalnızca hasta grubuna uygulanmış olup, bu grupta puan ortalaması  $17.98 \pm 8.10$  olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 14. OKB grubunun hastalıkla ilişkili klinik özellikleri**

| Özellikler                 | OKB (n=112) |
|----------------------------|-------------|
| Obsesyon başlama yaşı      | 20,6 ±4,9   |
| Kompulsiyon başlama yaşı   | 21,4 ±5,0   |
| İlk tedavi yaşı            | 22,1 ±4,7   |
| Hastalık süresi            | 15,1 ±6,1   |
| Yatış öyküsü               | 14 (%12,5)  |
| Yatış sayısı               | 1,5 [1,0]   |
| EKT öyküsü                 | 2 (%1,8)    |
| Özkıyım öyküsü             | 19 (%18,0)  |
| Özkıyım sayısı             | 1,0 [0,8]   |
| Travmatik olay             | 46 (%41,1)  |
| OKB başlatıcı neden        | 70 (%62,5)  |
| İçgörü                     | 92 (%82,1)  |
| Tedavi uyumu               | 92 (%82,1)  |
| Tedavi                     |             |
| Antidepresan               | 66 (%58,9)  |
| Antidepresan+ antipsikotik | 40 (%35,7)  |
| Diğer                      | 6 (%5,4)    |

Normal dağılım gösteren parametreler mean± standart sapma, anormal dağılım gösteren parametreler median [çeyrekler arası aralık], kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak belirtilmiştir.

Hastalarda obsesyon başlama yaşı ortalama 20,6 ± 4,9 yıl, kompulsiyon başlama yaşı ise 21,4 ± 5,0 yıl olarak saptanmıştır. İlk tedavi yaşı ortalama 22,1 ± 4,7 yıl ve hastalık süresi ortalaması 15,1 ± 6,1 yıldır. Yatış öyküsü olan hasta sayısı 14'tür (%12,5) ve yatış sayısı ortanca değeri 1,5 [1,0] olarak bulunmuştur. EKT öyküsü olan kişi sayısı 2 (%1,8), özkıyım öyküsü olanların sayısı ise 19'dur (%18,0). Özkıyım sayısı ortanca değeri 1,0 [0,8] olarak bulunmuştur. Travmatik olay öyküsü %41,1 oranında (n = 46) bildirilmiştir. Hastaların %62,5'inde OKB başlatan bir neden mevcuttur. Hastaların %82,1'i (n = 92) içgörü sahibi olduklarını, aynı oranda (%82,1) tedaviye uyum gösterdiklerini ifade etmiştir. Hastaların %58,9'u (n = 66) antidepresan, %35,7'si (n = 40) antidepresan ile birlikte antipsikotik, %5,4'ü ise diğer tedavi seçenekleri ile tedavi edilmektedir. Detaylı sonuçlar Tablo 14'te gösterilmiştir.

**Tablo 15. OKB tanılı hastalarda hastalıkla ilişkili klinik özellikler ile sosyal medya bağımlılık ölçekleri ve ruminasyon ölçekleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

| Ölçek        | Yatış Öyküsü Var (n=14)    | Yatış öyküsü yok (n=98)    | p değeri |
|--------------|----------------------------|----------------------------|----------|
| SMBÖ Puanı   | 72,5 [53,8]                | 92 [49,5]                  | 0,18     |
| B-SMBÖ Puanı | 11,0 [8,5]                 | 15,0 [10,3]                | 0,12     |
| PANRS-PR     | 16,4 ±6,7                  | 17,3±4,4                   | 0,65     |
| PANRS-NR     | 29,9 ±6,8                  | 28,9 ±7,5                  | 0,56     |
|              | Özkıyım Öyküsü Var (n=19)  | Özkıyım öyküsü Yo(n=93)    |          |
| SMBÖ Puanı   | 81,0 [56,0]                | 92 [51,5]                  | 0,79     |
| B-SMBÖ Puanı | 13,0 [10,0]                | 15,0 [11,5]                | 0,83     |
| PANRS-PR     | 16,3 ± 6,3                 | 17,4 ±4,3                  | 0,48     |
| PANRS-NR     | 31,8 ± 7,7                 | 29,3 ±6,7                  | 0,16     |
|              | Travmatik Olay var (n=46)  | Travmatik Olay yok (n=66)  |          |
| SMBÖ Puanı   | 92,0 [61,8]                | 84,5 [45,5]                | 0,28     |
| B-SMBÖ Puanı | 16,0 [11,3]                | 13,5 [8,3]                 | 0,35     |
| PANRS-PR     | 17,0 ±6,7                  | 17,3 ±4,5                  | 0,81     |
| PANRS-NR     | 30,8 ± 7,1                 | 29,0 ±6,7                  | 0,16     |
|              | Başlatıcı Neden var (n=70) | Başlatıcı neden yok (n=42) |          |
| SMBÖ Puanı   | 83,5 [49,8]                | 109,0 [50,3]               | 0,04*    |
| B-SMBÖ Puanı | 13,0 [9,3]                 | 17,5 [11,3]                | 0,06     |
| PANRS-PR     | 17,3 ±4,9                  | 16,9 ±4,4                  | 0,67     |
| PANRS-NR     | 28,4 ±6,5                  | 31,9 ±7,1                  | 0,01*    |
|              | İçgörü Var (n=92)          | İçgörü Yok (n=20)          |          |
| SMBÖ Puanı   | 92 [52,8]                  | 75,5 [50,3]                | 0,16     |
| B-SMBÖ Puanı | 15,0 [11,0]                | 12,0 [8,5]                 | 0,09     |
| PANRS-PR     | 17,1 ±4,5                  | 17,7 ±5,7                  | 0,58     |
| PANRS-NR     | 29,9 ±6,9                  | 28,9 ±7,0                  | 0,53     |

\*\*p<0,001, \*p<0,05. Normal dağılım gösteren parametreler mean± standart sapma, anormal dağılım gösteren parametreler median [çeyrekler arası aralık], kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak belirtilmiştir. OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk. SMBÖ: Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği. B-SMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği. PANRS-PR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Pozitif Ruminasyon Alt Ölçeği. PANRS-NR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Negatif Ruminasyon Alt Ölçeği.

Hastalarda yatış öyküsü, özkıyım öyküsü, travmatik olay varlığı, içgörü durumu gibi klinik değişkenlere göre sosyal medya bağımlılığı ve pozitif ve negatif ruminasyon alt ölçekleri puanlarında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Ancak, başlatıcı neden olmayan bireylerde SMBÖ toplam puanı, başlatıcı neden olan grup ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur (Ortanca=109,0; IQR=50,3) ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,049). Aynı şekilde, negatif ruminasyon alt ölçek

puanı da başlatıcı neden olmayan bireylerde daha yüksektir (Ortalama=31,9±7,1) ve bu fark anlamlı bulunmuştur (p=0,010) (Tablo 15).

**Tablo 16. OKB tanılı hastalarda Sosyal Medya Bağımlılığı ve Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçek Puanları ile klinik değişkenler arasındaki korelasyonlar**

| Ölçekler     | Obsesyon Başlama Yaşı |          | Kompulsiyon Başlama Yaşı |          | İlk Tedavi Yaşı |          | Hastalık Süresi |          | Yatış Sayısı |       |
|--------------|-----------------------|----------|--------------------------|----------|-----------------|----------|-----------------|----------|--------------|-------|
|              | r                     | p        | r                        | p        | r               | p        | R               | p        | r            | p     |
| SMBÖ Puanı   | -0.381                | <0,001** | -0.385                   | <0,001** | -0.397          | <0,001** | -0.345          | <0,001** | 0.306        | 0.359 |
| B-SMBÖ Puanı | -0.393                | <0,001** | -0.396                   | <0,001** | -0.431          | <0,001** | -0.378          | <0,001** | 0.463        | 0.152 |
| PANRS-PR     | 0.095                 | 0.319    | 0.078                    | 0.417    | 0.086           | 0.369    | 0.138           | 0.147    | 0.282        | 0.400 |
| PANRS-NR     | -0.255                | 0.007*   | -0.251                   | 0.008*   | -0.300          | 0.001**  | -0.091          | 0.338    | 0.090        | 0.793 |

\*\*p<0,001, \*p<0,05, r: Rho OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk. SMBÖ: Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği. B-SMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği. PANRS-PR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Pozitif Ruminasyon Alt Ölçeği. PANRS-NR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Negatif Ruminasyon Alt Ölçeği.

SMBÖ, B-SMBÖ, Pozitif ve Negatif Ruminasyon alt ölçek puanları ile klinik değişkenler arasındaki korelasyonlar Tablo 16’da değerlendirilmiştir. SMBÖ ve Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği puanları ve negatif ruminasyon alt ölçek puanının obsesyon başlama yaşı, kompulsiyon başlama yaşı ve ilk tedavi yaşı ile negatif yönde orta düzeyde anlamlı şekilde korele olduğu bulunmuştur (tüm korelasyonlar için p <0,001). Buna ek olarak, hastalık süresi ile de SMBÖ ve Bergen ölçekleri arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır (sırasıyla p <0,001; ve p 0<0,001). Pozitif ruminasyon alt ölçek puanı ile klinik değişkenler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

**Tablo 17. OKB tanılı hastalarda baskın obsesyon ve baskın kompulsiyon türü ile Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği puanı, Bergen Sosyal Medya Ölçek Puanı, Pozitif Ruminasyon alt ölçek Puanı ve Negatif Ruminasyon alt ölçek puanı arasındaki ilişki**

|                        | SMBÖ        | B-SMBÖ      | PANRS-PR  | PANRS-NR  |
|------------------------|-------------|-------------|-----------|-----------|
| <b>Baskın Obsesyon</b> |             |             |           |           |
| Bulaş (n=42)           | 81,5 [47,0] | 12,0 [8,3]  | 17,9 ±4,8 | 30,2 ±7,1 |
| Şüphe (n=31)           | 93,0 [49,0] | 14,0 [13,0] | 16,9 ±4,3 | 29,0 ±6,9 |
| Cinsel (n=6)           | 114 [82,3]  | 17,5 [11,5] | 20,0 ±5,3 | 3,8 ±14,3 |

**Tablo 17. OKB tanılı hastalarda baskın obsesyon ve baskın kompulsiyon türü ile Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği puanı, Bergen Sosyal Medya Ölçek Puanı, Pozitif Ruminasyon alt ölçek Puanı ve Negatif Ruminasyon alt ölçek puanı arasındaki ilişki (devamı)**

|                           | SMBÖ         | B-SMBÖ      | PANRS-PR  | PANRS-NR  |
|---------------------------|--------------|-------------|-----------|-----------|
| Dini (n=9)                | 60,0 [48,5]  | 9,0 [10,5]  | 16,1 ±5,3 | 27,6 ±6,4 |
| Saldırganlık(n=14)        | 109,0 [41,0] | 19,0 [6,3]  | 16,2 ±4,2 | 31,1 ±6,3 |
| Simetri (n=9)             | 113,0 [55,0] | 17 [12,0]   | 15,1 ±5,3 | 28,1 ±6,8 |
| <b>p değeri</b>           | 0,059        | 0,21        | 0,27      | 0,64      |
| <b>Baskın Kompulsiyon</b> |              |             |           |           |
| Temizlik (n=42)           | 81,5 [47,0]  | 12,0 [8,3]  | 17,9 ±4,8 | 30,2 ±7,1 |
| Kontrol (n=35)            | 106,0 [52,0] | 15,0 [13,0] | 16,8 ±4,3 | 29,7 ±7,1 |
| Tekrarlayıcı Dav. (n=23)  | 84,0 [56,0]  | 16,0 [11,0] | 17,2 ±4,9 | 29,6 ±6,8 |
| Sayma (n=2)               | 116,5 [5,0]  | 20,5 [5,0]  | 16,0 ±8,5 | 34,0 ±1,4 |
| Sıralama (n=9)            | 113,0 [55,0] | 17,0 [12,0] | 15,1 ±5,3 | 28,1 ±6,8 |
| <b>p değeri</b>           | 0,23         | 0,42        | 0,56      | 0,84      |

**\*\*p<0,001, \*p<0,05** Normal dağılım gösteren parametreler mean± standart sapma, anormal dağılım gösteren parametreler median [çeyrekler arası aralık], kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak belirtilmiştir. OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk SMBÖ: Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği. B-SMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği. PANRS-PR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Pozitif Ruminasyon Alt Ölçeği. PANRS-NR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Negatif Ruminasyon Alt Ölçeği.

Tablo-17’de hastaların baskın obsesyon ve kompulsiyon türlerine göre SMBÖ, Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği, Pozitif Ruminasyon ve Negatif Ruminasyon alt ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Baskın obsesyon türlerine göre değerlendirildiğinde, SMBÖ puanlarının en yüksek olduğu gruplar cinsel (medyan = 114,0 [IQR: 82,3]), saldırganlık (109,0 [41,0]) ve simetri (113,0 [55,0]) obsesyonları olanlardır. B-SMBÖ puanları da benzer şekilde saldırganlık (19,0 [6,3]) ve cinsel obsesyon (17,5 [11,5]) gruplarında daha yüksek gözlenmiştir. Ancak tüm alt gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Baskın kompulsiyon türleri incelendiğinde, SMBÖ ve Bergen puanlarının en yüksek olduğu alt grubun sırasıyla sayma (SMBÖ: 116,5 [5,0]; B-SMBÖ: 20,5 [5,0]) ve sıralama (SMBÖ: 113,0 [55,0]; B-SMBÖ: 17,0 [12,0]) kompulsiyonuna sahip hastalar olduğu izlenmiştir, ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p> 0,05). Pozitif ve negatif ruminasyon puanlarının da obsesyon ve kompulsiyon türlerine göre benzer olduğu görülmüştür.

**Tablo 18. Hasta grubunda ölçek puanları ile sosyal medya kullanım özellikleri arasındaki korelasyonlar**

| Ölçekler    | Cep Telefonu Kullanım Süresi (yıl) |       | Sosyal Medya Kullanım Süresi (yıl) |       | Sosyal Medya Hesabı Sayısı |         | Günlük Sosyal Medya Süresi (dk) |          | Günlük Ortalama Giriş Sayısı |          |
|-------------|------------------------------------|-------|------------------------------------|-------|----------------------------|---------|---------------------------------|----------|------------------------------|----------|
|             | r                                  | p     | r                                  | p     | r                          | p       | r                               | p        | r                            | p        |
| PANRS-PR    | 0,031                              | 0,743 | -0,044                             | 0,642 | -0,114                     | 0,232   | -0,173                          | 0,068    | -0,211                       | 0,026*   |
| PANRS-NR    | -0,003                             | 0,973 | 0,109                              | 0,252 | 0,248                      | 0,009*  | 0,449                           | <0,001** | 0,327                        | <0,001** |
| YBOKÖ-O     | -0,007                             | 0,943 | 0,064                              | 0,503 | 0,284                      | 0,002*  | 0,397                           | <0,001** | 0,369                        | <0,001** |
| YBOKÖ-K     | -0,072                             | 0,450 | 0,143                              | 0,132 | 0,309                      | 0,001*  | 0,433                           | <0,001** | 0,402                        | <0,001** |
| YBOKÖ Puanı | -0,038                             | 0,690 | 0,111                              | 0,245 | 0,312                      | 0,001** | 0,433                           | <0,001** | 0,403                        | <0,001** |

\*\*p<0,001, \*p<0,05 YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği. PANRS-PR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Pozitif Ruminasyon Alt Ölçeği. PANRS-NR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Negatif Ruminasyon Alt Ölçeği.

Tablo 18’de OKB tanılı hastalarda ölçek puanları ile sosyal medya kullanımı değişkenleri arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. Pozitif ruminasyon alt ölçek puanı, sosyal medya hesaplarına günlük ortalama giriş sayısı ile negatif yönde anlamlı bir korelasyon göstermektedir (r =-0,211, p = 0,026). Negatif ruminasyon alt ölçek puanı; sosyal medya hesap sayısı (r = 0,248, p =0,009), günlük sosyal medya süresi (r = 0,449, p <0,001) ve günlük giriş sayısı (r = 0,327, p <0,001) ile pozitif yönde anlamlı şekilde korelasyon göstermektedir. Yale-Brown obsesyon, kompulsiyon ve toplam puanları, sosyal medya hesap sayısı, günlük kullanım süresi ve günlük giriş sayısı ile pozitif yönde anlamlı korelasyon sunmaktadır (p <0,001).

**Tablo 19. OKB tanılı hastalarda ölçek puanları arasındaki korelasyonlar (n=112)**

|        | B- SMBÖ             | PANRS-PR             | PANRS-NR            | YBOKÖ-O             | YBOKÖ-K             | YBOKÖ-Toplam        |
|--------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| SMBÖ   | r=.906<br>p<0,001** | r=-.318<br>p<0,001** | r=.579<br>p<0,001** | r=.601<br>p<0,001** | r=.641<br>p<0,001** | r=.646<br>p<0,001** |
| B-SMBÖ |                     | r=-.307<br>p<0,001** | r=.510<br>p<0,001** | r=.649<br>p<0,001** | r=.620<br>p<0,001** | r=.659<br>p<0,001** |

**Tablo 19. OKB tanılı hastalarda ölçek puanları arasındaki korelasyonlar (n=112) (devamı)**

|          | B-SMBÖ | PANRS-PR | PANRS-NR                    | YBOKÖ-O                     | YBOKÖ-K                     | YBOKÖ-Toplam                |
|----------|--------|----------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| PANRS-PR |        |          | $r=-.359$<br>$p<0,001^{**}$ | $r=-.460$<br>$p<0,001^{**}$ | $r=-.509$<br>$p<0,001^{**}$ | $r=-.503$<br>$p<0,001^{**}$ |
| PANRS-NR |        |          |                             | $r=.595$<br>$p<0,001^{**}$  | $r=.598$<br>$p<0,001^{**}$  | $r=.625$<br>$p<0,001^{**}$  |
| YBOKÖ-O  |        |          |                             |                             | $r=.834$<br>$p<0,001^{**}$  | $r=.953$<br>$p<0,001^{**}$  |
| YBOKÖ-K  |        |          |                             |                             |                             | $r=.957$<br>$p<0,001^{**}$  |

**\*\*p<0,001, \*p<0,05, r:** Rho, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk. SMBÖ: Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği. B-SMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği. YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği. PANRS-PR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Pozitif Ruminasyon Alt Ölçeği. PANRS-NR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Negatif Ruminasyon Alt Ölçeği.

Tablo 19’da OKB tanılı hastalarda sosyal medya bağımlılığı, obsesif kompulsif belirtiler ve ruminasyon düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. SMBÖ ve B-SMBÖ, negatif ruminasyon, YBOKÖ obsesyon, kompulsiyon ve toplam puanları ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkilidir (tüm ölçekler için  $p < 0,001$ ). Her iki sosyal medya ölçeği ise pozitif ruminasyon alt ölçek puanı ile anlamlı ve negatif yönde korelasyon göstermektedir ( $p < 0,001$ ). Pozitif ruminasyon alt ölçek puanı, YBOKÖ toplam puanı ile anlamlı ve negatif yönde ilişkilirken ( $r = -0,503$ ,  $p < 0,001$ ), negatif ruminasyon alt ölçek ise YBOKÖ tüm alt ölçekler ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkilidir ( $p < 0,001$ ). Ayrıca, YBOKÖ obsesyon ve kompulsiyon alt ölçekleri arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur ( $r = 0,957$ ,  $p < 0,001$ ).

**Tablo 20. Sağlıklı kontrol grubunda ölçek puanları arasındaki korelasyonlar (n = 108)**

|          | SMBÖ      | B-SMBÖ                      | PANRS-PR                     | PANRS-NR                     |
|----------|-----------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| SMBÖ     | $r=1,000$ | $r=0,866$<br>$p<0,001^{**}$ | $r=-0,386$<br>$p<0,001^{**}$ | $r=0,456$<br>$p<0,001^{**}$  |
| B-SMBÖ   |           | $r=1,000$                   | $r=-0,412$<br>$p<0,001^{**}$ | $r=0,490$<br>$p<0,001^{**}$  |
| PANRS-PR |           |                             | $r=1,000$                    | $r=-0,265$<br>$p<0,001^{**}$ |
| PANRS-NR |           |                             |                              | $r=1,000$                    |

**\*\*p<0,001, \*p<0,05, r:** Rho, SMBÖ: Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği. B-SMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği. PANRS-PR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Pozitif Ruminasyon Alt Ölçeği. PANRS-NR: Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği-Negatif Ruminasyon Alt Ölçeği.

Tablo 20’de sağlıklı kontrol grubunda sosyal medya bağımlılığı ile pozitif ve negatif ruminasyon arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği ve Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği, negatif ruminasyon alt ölçeği ile pozitif yönde; pozitif ruminasyon alt ölçeği ile ise negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkilidir ( $p < 0,001$ ). İki sosyal medya bağımlılık ölçeği arasında ise çok yüksek düzeyde pozitif korelasyon gözlenmiştir ( $r = 0,866$ ,  $p < 0,001$ ). Ayrıca, pozitif ve negatif ruminasyon alt ölçek puanları arasında da anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur ( $r = -0,265$ ,  $p < 0,001$ ).

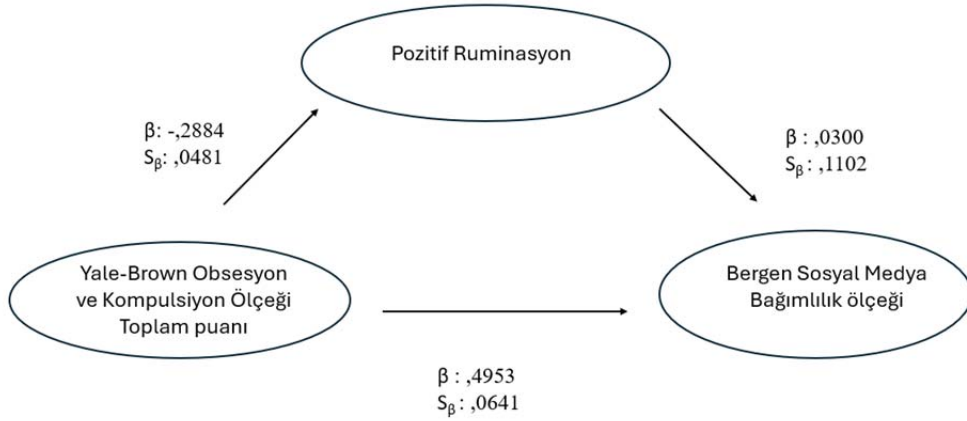
### Mediasyon Analizi Sonuçları

Çalışmamızda Yale-Brown obsesyon ve kompulsiyon ölçeği (YBOKÖ) ile Bergen Sosyal Medya bağımlılık ölçeği (B-SMBÖ) arasındaki ilişkide pozitif ruminasyon (PR) ve negatif ruminasyonun (NR) mediatör rolü değerlendirilmiştir (Tablo 21 ve Tablo 22). Tablo 21’de YBOKÖ’nün PR üzerindeki etkisi anlamlı ve negatif yönde bulunmuştur ( $\beta = -0.2884$ ,  $p < 0.001$ ). Ancak PR’ın B-SMBÖ üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $\beta = 0.0300$ ,  $p = 0.7861$ ). YBOKÖ’nün B-SMBÖ üzerindeki toplam etkisi ( $\beta = 0.4867$ ,  $p < 0.001$ ) ve direkt etkisi ( $\beta = 0.4953$ ,  $p < 0.001$ ) anlamlı bulunmuştur. Fakat PR aracılığıyla ortaya çıkan indirekt etki anlamlı değildir ( $\beta = -0.0114$ ,  $p = 0.7856$ ). Bu bulgular, PR’ın YBOKÖ ile B-SMBÖ arasındaki ilişkide anlamlı bir mediatör rolü olmadığını göstermektedir. Şekil-3’te gösterilmiştir.

**Tablo 21. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ile Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği arasındaki ilişkide Pozitif Ruminasyonun mediasyon rolü**

| Model                                             | Std. Path. Coefficient ( $\beta$ ) | Std. Error ( $S_\beta$ ) | P değeri |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|----------|
| 1. YBOKÖ $\longrightarrow$ PR                     | -0,2884                            | 0,0481                   | <0,001** |
| 2. PR $\longrightarrow$ B-SMBÖ                    | 0,0300                             | 0,1102                   | 0,7861   |
| 3. YBOKÖ $\longrightarrow$ B-SMBÖ (Total Etki)    | 0,4867                             | 0,0554                   | <0,001** |
| 4. YBOKÖ $\longrightarrow$ B-SMBÖ (Direkt Etki)   | 0,4953                             | 0,0641                   | <0,001** |
| 5. YBOKÖ $\longrightarrow$ B-SMBÖ (indirekt Etki) | -0,0114                            | 0,031                    | 0,7856   |

\*\* $p < 0,001$ , \* $p < 0,05$  YBOKÖ: Yale-Brown obsesyon ve kompulsiyon ölçeği, PR: Pozitif Ruminasyon, B-SMBÖ: Bergen Sosyal Medya Ölçeği



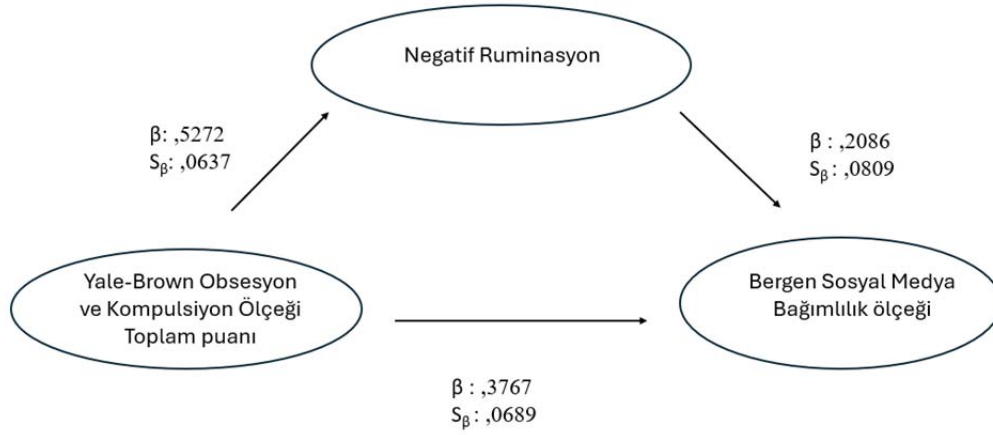
**Şekil 3.** Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ile Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği arasındaki ilişkide Pozitif Ruminasyonun mediasyon rolü

Tablo 22’de YBOKÖ’nün NR üzerindeki etkisi pozitif ve anlamlı bulunmuştur ( $\beta = 0.5272$ ,  $p < 0.001$ ). NR’ın B-SMBÖ üzerindeki etkisi de anlamlıdır ( $\beta = 0.2086$ ,  $p = 0.0112$ ). YBOKÖ’nün B-SMBÖ üzerindeki toplam etkisi ( $\beta = 0.3767$ ,  $p < 0.001$ ) ve direkt etkisi ( $\beta = 0.4867$ ,  $p < 0.001$ ) anlamlı bulunmuştur. Ayrıca, YBOKÖ’nün NR aracılığıyla B-SMBÖ’ye olan indirekt etkisi de anlamlıdır ( $\beta = 0.1451$ ,  $p = 0.0131$ ). Burada önemli olan nokta, modele NR eklendiğinde YBOKÖ’nün B-SMBÖ üzerindeki direkt etkisinin hâlâ anlamlı olmasıdır. Yani NR, YBOKÖ’nün B-SMBÖ’ye olan etkisinin bir kısmını açıklamakta; ancak YBOKÖ’nün B-SMBÖ üzerindeki direkt etkisi de devam etmektedir. Bu nedenle NR, kısmi (partial) bir mediatör olarak tanımlanır. Eğer YBOKÖ’nün B-SMBÖ’ye direkt etkisi, NR eklendiğinde tamamen anlamsız hale gelseydi, tam mediatörlükten söz edilebilirdi. Ancak mevcut bulgulara göre hem direkt hem de indirekt etki anlamlı olduğundan kısmi mediatörlük söz konusudur. Şekil-4’te gösterilmiştir.

**Tablo 22. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ile Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği arasındaki ilişkide Negatif Ruminasyonun mediasyon rolü**

| Model                             | Std. Path. Coefficient ( $\beta$ ) | Std. Error ( $S_\beta$ ) | P değeri |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------|----------|
| 1. YBOKÖ → NR                     | 0,5272                             | 0,0637                   | <0,001** |
| 2. NR → B-SMBÖ                    | 0,2086                             | 0,0809                   | 0,0112*  |
| 3. YBOKÖ → B-SMBÖ (Total Etki)    | 0,3767                             | 0,0689                   | <0,001** |
| 4. YBOKÖ → B-SMBÖ (Direkt Etki)   | 0,4867                             | 0,0554                   | <0,001** |
| 5. YBOKÖ → B-SMBÖ (indirekt Etki) | 0,1451                             | 0,0446                   | 0,0131*  |

\*\*p<0,001, \*p<0,05 YBOKÖ: Yale-Brown obsesyon ve kompulsiyon ölçeği, NR: Negatif Ruminasyon, B-SMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği



**Şekil 4. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ile Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği arasındaki ilişkide Negatif Ruminasyonun mediasyon rolü**

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda OKB tanısı ile takipli bireylerle sağlıklı kontrol grubunda sosyal medya bağımlılığı düzeyleri, pozitif ve negatif ruminasyon eğilimleri ile sosyal medya kullanım alışkanlıkları karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. Her iki grupta sosyal medya bağımlılığı ile ruminasyon arasındaki ilişkiler incelenmiş ve OKB grubunda semptom şiddeti ile bu değişkenler arasındaki korelasyonlar analiz edilmiştir. OKB tanılı bireylerin sosyal medya bağımlılığı, negatif ruminasyon düzeyleri kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksek; pozitif ruminasyon düzeyleri ise kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur. OKB semptom şiddeti ile sosyal medya bağımlılığı ve negatif ruminasyon arasında pozitif yönde, pozitif ruminasyon ile ise negatif yönde anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. Sosyal medya bağımlılığı düzeyleri ile negatif ruminasyon arasında her iki grupta da pozitif yönde; pozitif ruminasyon ile ise negatif yönde anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. Medyasyon analizinde, negatif ruminasyonun YBOKÖ puanları ile sosyal medya bağımlılığı arasında kısmi aracı rol üstlendiği; pozitif ruminasyonun ise bu ilişkide anlamlı bir aracılık göstermediği bulunmuştur. Elde edilen tüm bu bulgular, çalışmada öne sürülen temel hipotezlerle örtüşmektedir.

Çalışmamızda OKB tanılı bireylerle sağlıklı kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve yaşanan yer gibi temel demografik değişkenler açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu sonuç, her iki grubun birbirleriyle karşılaştırılabilirliğini göstermektedir. Bununla birlikte, OKB grubunda çalışmayan birey oranı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, OKB'nin bireyin genel işlevselliğini olumsuz etkileyerek özellikle mesleki alanda belirgin kısıtlılıklara yol açabileceğini düşündürmektedir. Nitekim önceki çalışmalarda da OKB hastalarının işlevselliğin azaldığı, iş gücüne katılım oranlarının düşük olduğu ve iş performansında azalma görüldüğü bildirilmiştir<sup>128,234,235</sup>. Çalışmamızda OKB tanılı bireylerde ek tıbbi hastalık görülme oranı da anlamlı olarak daha yüksektir. OKB hastalarında endokrin/metabolik, gastrointestinal ve kardiyovasküler sistem hastalıkları başta olmak üzere çeşitli genel tıbbi hastalıkların sağlıklı bireylere kıyasla daha sık görüldüğü bilinmektedir<sup>236</sup>. Alkol kullanımı oranının da OKB grubunda daha yüksek bulunması, ruhsal bozukluklara sahip bireylerde alkol kullanımının daha sık görüldüğüne dair bulgularla örtüşmektedir<sup>136,237</sup>.

Çalışmada, OKB tanılı bireylerin günlük sosyal medya kullanım süresi, sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha uzun bulunmuştur. Bu bulgu, OKB hastalarının dijital platformları daha yoğun ve zaman alıcı biçimde kullandıklarını ortaya koymaktadır. Literatürde, sosyal medya ve akıllı telefon kullanımının bazı bireylerde kompulsif ve tekrarlayıcı davranış örüntülerine benzerlik gösterebildiği bildirilmiştir<sup>238</sup>. Kempf ve arkadaşlarının (2020) yürüttüğü çalışmada, günde iki saatten fazla akıllı telefon kullanan bireylerin obsesif-kompulsif belirtilerinin istatistiksel açısından anlamlı şekilde daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır<sup>239</sup>. Aynı çalışmada, tekrarlayıcı biçimde telefon kontrol etmenin obsesyon ve kompulsiyonlarla ilişkili bilişsel bir örüntü sergileyebileceği vurgulanmıştır<sup>239</sup>. Benzer şekilde Guazzini ve arkadaşları (2022), OKB belirtileri gösteren bireylerin sosyal medyanın ruh haline olan etkisini sağlıklı bireylere kıyasla daha güçlü biçimde deneyimlediklerini ve sosyal medyaya daha fazla önem atfettiklerini ortaya koymuştur<sup>240</sup>.

Bulgular arasında dikkat çeken bir diğer nokta, OKB grubunda sosyal medya bağımlısı olduğunu düşündüğünü ifade eden bireylerin oranının sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olmasıdır. Bu öznel değerlendirme, OKB grubunda sosyal medya kullanım süreleri ve bağımlılık ölçeklerinden alınan puanların kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda beklenen bir bulgu olarak karşımıza çıkmıştır.

Çalışmamızda, OKB ve kontrol grubu arasında güncel cep telefonu kullanım süresi, ne kadar süredir sosyal medya kullanıldığı, sosyal medya hesaplarının sayısı ve günlük ortalama giriş sayısı bakımından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca, Twitter, Facebook, Instagram, Snapchat, TikTok ve YouTube gibi yaygın sosyal medya platformlarının kullanım oranları da gruplar arasında benzerlik göstermektedir. Bu bulgu, OKB tanılı bireylerin ve sosyal medya platformu tercihlerinde sağlıklı bireylerle bir farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır.

Çalışmada OKB ve kontrol grupları arasında sosyal medya bağımlılığı düzeylerinin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi karşılaştırıldığında, bazı ortak örüntülerin yanı sıra gruplara özgü farklılıklar da dikkat çekmektedir. En belirgin sonuçlardan biri, her iki grupta da yaş ile sosyal medya bağımlılığı arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki saptanmış olmasıdır. Bu bulgu, yaş ilerledikçe bireylerin hem genel sosyal medya kullanım süresinin hem de bağımlılık eğilimlerinin azaldığını

göstermektedir. Genç bireylerin dijital platformlarda daha aktif olmaları ve sosyal medyayı daha yoğun kullanmaları bu ilişkiyi açıklayabilir. Andreassen ve arkadaşları (2017), yaş arttıkça sosyal medya bağımlılığı riskinin anlamlı şekilde azaldığını göstermiştir<sup>241</sup>. Benzer şekilde, Kuss ve Griffiths (2017), genç bireylerin hem kullanım sıklığı hem de bağımlılık açısından daha riskli grubu oluşturduğunu belirtmişlerdir<sup>12</sup>. Koçak, Arslan ve Erdoğan'ın (2021) çalışmasında da sosyal medya bağımlılığı puanlarının yaşla birlikte azaldığı bildirilmiştir<sup>242</sup>. Bu durum, pek çok farklı çalışmada da benzer biçimde gözlemlenmiştir<sup>243,244,245</sup>. Dolayısıyla, hem OKB hem de kontrol grubunda yaşla sosyal medya bağımlılığı arasında saptanan negatif korelasyon, literatürle uyumludur.

Medeni durum her iki grupta sosyal medya bağımlılığı açısından önemli görünmektedir. Bekar bireylerde hem Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (SMBÖ) hem de Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği puanları evli bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çeşitli çalışmalarda, bekâr bireylerin evli bireylere kıyasla daha yüksek sosyal medya bağımlılığı puanlarına sahip olduğu gösterilmiş olup çalışmamız literatür ile uyumluluk göstermektedir<sup>241,242,245</sup>.

Çalışmamızda cinsiyet, her iki grupta da sosyal medya bağımlılığı puanları üzerinde anlamlı bir fark oluşturmamıştır. Sosyal medya bağımlılığı ile cinsiyet arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmalar çelişkili sonuçlar sunmaktadır. Pek çok çalışmada kadınların internet ve sosyal medya bağımlılığına daha yatkın olduğu sonucu ortaya çıkmıştır<sup>245,241,12,243</sup>. Buna karşılık, erkeklerin daha yüksek bağımlılık düzeyleri gösterdiği ya da cinsiyetin anlamlı bir değişken olmadığı yönünde bulgulara sahip çalışmalar da mevcuttur<sup>246,247,248</sup>. Ayrıca, bazı bulgularda cinsiyetin sosyal medya bağımlılığı üzerindeki etkisinin, kaygı ve depresyon gibi eşlik eden psikopatolojik belirtilerle etkileşimli olduğu ve özellikle kadınlarda bu belirtilerin sosyal medya kullanımının olumsuz sonuçlarını artırdığı belirtilmektedir<sup>249</sup>. Cinsiyet açısından literatürde farklı bulgular mevcuttur. Bu farklı bulgular, cinsiyetin sosyal medya bağımlılığı üzerindeki etkisinin örnekleme ve ölçüm araçlarına göre değişkenlik gösterebildiği ortaya koymaktadır.

OKB grubunda elde edilen bulgular, bazı sosyodemografik değişkenlerin sosyal medya bağımlılığıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir. Özellikle çalışmayan bireylerin Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği puanlarının çalışan bireylere göre

anlamalı şekilde daha yüksek olması, sosyal medyanın boş zamanın yapılandırılmasında ya da kaçınma amacıyla kullanılıyor olabileceğini düşündürmektedir. Yaşanılan yer açısından değerlendirildiğinde il merkezinde yaşayan bireylerin her iki ölçekte de daha yüksek puanlar aldığı gözlemlenmiştir; bu bulgu, kent yaşamının dijital ortamlara yönelimi artırabileceğini düşündürmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça SMBÖ puanlarında anlamalı bir artış gözlenmiş, ayrıca eğitim yılı ile sosyal medya bağımlılığı arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Buna karşın, ek tıbbi hastalık, sigara ve alkol kullanımı ile madde kullanımı gibi değişkenler açısından puan farkları olsa da bunlar istatistiksel olarak anlamalı bulunmamıştır. Kontrol grubunda ise benzer değişkenlere göre anlamalı bir fark saptanmamış; yalnızca eğitim seviyesi yükseldikçe sosyal medya bağımlılığı ölçeklerinde kademeli bir artış eğilimi dikkat çekmiştir. OKB ve kontrol gruplarında sosyal medya bağımlılığı düzeylerini sosyodemografik değişkenlere göre doğrudan karşılaştıran çalışmalara literatürde rastlanılamamıştır.- kısıtlı sosyodemografi veri

OKB grubunda yapılan analizlerde, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, yerleşim yeri, eşlik eden tıbbi hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı gibi sosyodemografik değişkenler ile pozitif ya da negatif ruminasyon puanları arasında anlamalı bir fark saptanmamıştır. Öte yandan, madde kullanan bireylerde negatif ruminasyon düzeyi anlamalı olarak daha düşük bulunmuş, ancak bu gruptaki örneklem sayısının yalnızca iki birey olması, bulgunun yorumlanmasını ciddi şekilde sınırlandırmaktadır. Korelasyon analizlerine göre, yaş arttıkça negatif ruminasyon düzeyinde anlamalı bir azalma gözlenmiş olup bu bulgu yaş ilerledikçe bireylerin olumsuz duygulanım içeren düşünce kalıplarına daha az odaklandığını gösteren önceki çalışmalarla uyumludur<sup>250,251</sup>. Eğitim yılı ile ruminasyon puanları arasında anlamalı bir ilişki bulunmamıştır. Genel olarak değerlendirildiğinde, OKB grubunda ruminatif eğilimler üzerinde sosyodemografik faktörlerden ziyade psikopatolojik etkenlerin daha belirleyici olduğu söylenebilir.

Kontrol grubunda yapılan değerlendirmelerde, cinsiyet, çalışma durumu, yerleşim yeri, ek hastalık, sigara ya da alkol kullanımı gibi değişkenlere göre pozitif ve negatif ruminasyon puanları arasında anlamalı fark gözlenmemiştir. Bununla birlikte, medeni duruma göre yapılan karşılaştırmada negatif ruminasyon düzeyi evli bireylerde anlamalı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu, evli bireylerin daha güçlü sosyal destek

sistemlerine sahip olmalarının, olumsuz içsel tekrarları azaltıcı bir etki yaratabileceğini düşündürebilir. Eğitim düzeyine göre yapılan analizde, pozitif ruminasyon düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmış, özellikle düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde daha yüksek pozitif ruminasyon puanları dikkat çekmiştir. Ancak bu bulgu bazı gruplarda örneklem sayısının düşük olması nedeniyle temkinli şekilde yorumlanmalıdır. Korelasyon analizlerinde ise yaş ve eğitim yılı ile pozitif ya da negatif ruminasyon puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürden farklı olarak kontrol grubunda yaş ile ruminasyon arasında ilişki saptanamamış olması örneklemizin küçüklüğü ile açıklanabilir. Bu ilişkinin daha net ortaya koyulabilmesi için daha fazla katılımcının dahil edilebileceği çeşitli psikiyatrik bozukluk tanılı gruplar ile kontrol gruplarının karşılaştırılacağı yapılmasına ihtiyaç vardır. Genel olarak, kontrol grubunda ruminatif süreçlerin sınırlı sayıda sosyodemografik değişkenle ilişkili olduğu, bu ilişkilerin ise düşük etki büyüklüğünde kaldığı görülmektedir.

Sosyal medya kullanım alışkanlıkları ile sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişkiye bakacak olursak günlük sosyal medya kullanım süresi ile sosyal medya bağımlılığı düzeyleri arasında her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişkiler saptanmıştır. Aslan ve Yaşar (2020), üniversite öğrencileriyle yürüttükleri çalışmada, sosyal medya bağımlılığı ile günlük kullanım süresi arasında anlamlı bir ilişki bildirmiş ve günde 7 saatten fazla sosyal medya kullanan bireylerin bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir<sup>252</sup>. 2019 yılında Chung ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sosyal medyada geçirilen sürenin sosyal medya bağımlılığı ile pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir<sup>253</sup>. Luis Jasso-Medrano ve Lopez-Rosales (2018), günlük kullanım süresinin tüm bağımlılık faktörleriyle ilişkili olduğunu ve 7 saatten fazla günlük kullanımın sosyal medya bağımlılığı açısından bir risk oluşturduğunu belirtmişlerdir<sup>254</sup>. Ayrıca, aşırı sosyal medya kullanımının klasik bağımlılık semptomlarına yol açabileceği ifade edilen çalışmalar mevcuttur<sup>211</sup>. Ergenlerle yürütülen bir çalışmada ise sosyal ağ sitelerini yoğun şekilde kullanan bireylerin daha yüksek oranda internet bağımlısı olarak sınıflandırıldıkları bildirilmiştir<sup>255</sup>. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde çalışmamız daha önceki literatür verileri ile uyumlu sonuçlar göstermiştir. Çalışmamızda, daha önce bahsedildiği üzere OKB tanılı bireylerin günlük sosyal medya kullanım süresi, sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha uzun bulunmuştur. Günlük sosyal medya hesaplarına giriş

sayısı ile sosyal medya bağımlılığı düzeyleri arasında hem OKB grubunda hem de kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişkiler saptanmıştır. Bu bulgu, mevcut literatür ile uyumludur. 2015 yılında ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada, günlük sosyal medya profili ziyaret sıklığının artmasıyla sosyal medya bağımlılığı düzeyinin de anlamlı biçimde yükseldiği bildirilmiştir<sup>256</sup>. Benzer şekilde, Allahverdi (2022) tarafından yürütülen bir çalışmada, kendisini sosyal medya bağımlısı olarak tanımlayan öğrencilerin %80'inin, günde 11 veya daha fazla kez sosyal medya ya da dijital içerik platformlarına giriş yaptığı rapor edilmiştir<sup>257</sup>. Sosyal medya hesabı sayısı ile sosyal medya bağımlılığı düzeyleri arasında hem OKB grubunda hem de kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişkiler saptanmıştır. Çalışmamızdan elde edilen bu bulgu, literatürle uyumludur. Hoşgör ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, sosyal medya hesabı sayısı, sosyal medyada geçirilen süre ve sosyal medya kullanım süresinin gelişmeleri kaçırma korkusu (Fear of Missing Out-FoMO) düzeyini anlamlı biçimde artırdığı, FoMO'nun ise sosyal medya bağımlılığı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir<sup>258</sup>. Chung ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, sahip olunan sosyal medya uygulaması sayısının sosyal medya bağımlılığıyla pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır<sup>253</sup>. Aslan ve Yaşar'ın (2020) çalışmasında da sosyal medya hesabı sayısının artmasıyla bağımlılık düzeylerinde anlamlı bir yükselme görüldüğü bildirilmiştir<sup>252</sup>. Syahputra ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında ise 6'dan fazla sosyal medya hesabı olan bireylerin sosyal medya bağımlılığı düzeylerinin anlamlı biçimde daha yüksek olduğu ve bu bireylerin günlük internet kullanım süresinin de arttığı rapor edilmiştir<sup>259</sup>. Sosyal medya kullanım süresi (yıl)-kişinin ne kadar süredir bir sosyal medya hesabı olduğu- ile sosyal medya bağımlılığı düzeyleri arasında hem OKB grubunda hem de kontrol grubunda Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişkiler saptanmıştır. Çalışmamızdan elde edilen bu bulgu da geçmiş literatür ile uyumlu sonuçlar vermiştir. Hoşgör ve arkadaşları (2017), Luis Jasso-Medrano ve Lopez-Rosales (2018) ile Aslan ve Yaşar'ın (2020) çalışmaları da sosyal medya kullanım süresi ile bağımlılık düzeyi arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır<sup>258,254,252</sup>. Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği puanları ile sosyal medya kullanım süresi arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlılığa ulaşmaması, SMBÖ ile B-SMBÖ ölçeklerindeki soru sayısı, soruların ayrıntısı gibi yapısal farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Güncel cep telefonunun ne kadar süredir kullanıldığı ile sosyal

medya bağımlılığı düzeyleri arasında hem OKB grubunda hem de kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ayrıca, hasta grubunda sosyal medya kullanım alışkanlıkları ile YBOKÖ ve ruminasyon ölçekleri arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde, anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. Negatif ruminasyon puanı; sosyal medya hesap sayısı, günlük sosyal medya kullanım süresi ve günlük giriş sayısı ile pozitif yönde anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Pozitif ruminasyon puanı ise yalnızca günlük sosyal medya giriş sayısı ile negatif yönde anlamlı bir ilişki göstermiştir. Yale-Brown Obsesyon, Kompulsiyon ve toplam puanları da sosyal medya hesap sayısı, günlük kullanım süresi ve giriş sıklığı ile pozitif yönde anlamlı korelasyonlar sunmuştur. Bu bulgular, sosyal medya kullanım alışkanlıklarının yalnızca sosyal medya bağımlılık düzeyi ile değil, aynı zamanda OKB semptom şiddeti ve ruminasyon ile de ilişkili olabileceğini göstermektedir. Alandaki çalışmaların çoğu sağlıklı örneklemle sınırlıyken, bu araştırma OKB tanılı bireyleri doğrudan inceleyerek literatürdeki bu boşluğu kısmen doldurmayı amaçlamaktadır.

OKB hasta grubunda sosyal medya bağımlılığı düzeyleri ile obsesyon başlama yaşı, kompulsiyon başlama yaşı, ilk tedavi yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyonlar saptanmıştır. Bu bulgular, OKB'nin daha erken yaşta başlamasının sosyal medya bağımlılığı ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde, OKB'ye ilişkin başlangıç yaşı ve hastalık süresi gibi klinik özelliklerin davranışsal bağımlılıklarla ilişkisini inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bununla birlikte, madde kullanım bozukluklarını ele alan bir çalışmada, OKB başlangıç yaşının daha genç olmasının alkol kullanım bozukluğu riskini artırdığı bildirilmiştir<sup>137</sup>. Benzer şekilde, davranışsal bağımlılık öyküsü bulunan OKB hastalarında OKB başlangıç yaşının anlamlı ölçüde daha düşük olduğu gösterilmiştir<sup>260</sup>. Hastalık süresi açısından değerlendirildiğinde çalışmamızda hastalık süresi ile sosyal medya bağımlılığı arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Çalışmamızda daha önce bahsettiğimiz üzere hem OKB hem de kontrol grubunda yaş ile sosyal medya bağımlılık ölçek puanları arasında da negatif korelasyonlar saptanmıştır. Çalışmamızın kesitsel yapısı nedeni ile hastalık süresi ile sosyal medya bağımlılık ölçek puanları arasında saptanan negatif korelasyonun yaş ile mi yoksa hastalığın etkisi ile mi olduğu konusunda yorum yapmak güçtür. Bu ilişkilerin aydınlatılabilmesi için neden sonuç ilişkilerinin de değerlendirelebileceği uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmada

değerlendirilen yatış öyküsü, özkıyım girişimi, travmatik yaşantı varlığı ve içgörü düzeyi gibi diğer klinik değişkenlerle sosyal medya bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. OKB tanılı bireylerde baskın obsesyon ve kompulsiyon türlerine göre sosyal medya bağımlılığı ölçek puanları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bununla birlikte, bazı obsesyon ve kompulsiyon türlerinde dikkate değer eğilimler gözlenmiştir. Özellikle cinsel, saldırganlık ve simetri obsesyonları olan bireylerde hem Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği hem de Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği puanlarının diğer alt gruplara kıyasla daha yüksek olduğu izlenmiştir. Ayrıca, sayma ve sıralama kompulsiyonu bulunan bireylerde sosyal medya bağımlılığı düzeylerinin görece daha yüksek olduğu dikkat çekmiştir. Bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamış olsa da, alt gruplarda sınırlı sayıda hasta yer alması ve çalışmanın tek merkezli yapısı nedeniyle dikkatli değerlendirilmelidir. Gözlenen bu eğilimler, gelecekte daha geniş örneklemelerle yapılacak araştırmalara zemin oluşturabilecek niteliktedir.

OKB hasta grubunda negatif ruminasyon düzeyleri ile obsesyon başlama yaşı, kompulsiyon başlama yaşı ve ilk tedavi yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyonlar saptanmıştır. Buna göre, semptomların daha erken yaşta başlaması ve bireylerin daha erken yaşta tedavi sürecine girmesi, negatif ruminasyon düzeylerinin daha yüksek olmasıyla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, başlatıcı neden bildirmeyen bireylerde de negatif ruminasyon puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öte yandan, pozitif ruminasyon puanları ne klinik değişkenlerle ne de başlatıcı neden durumu ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermemiştir. Literatürde, ruminasyonun OKB semptomlarıyla olan ilişkisi sıkça ele alınmakla birlikte, ruminatif düşünce biçimlerinin OKB'ye özgü klinik özellikler ile olan ilişkisini doğrudan inceleyen çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu nedenle, elde edilen bulgular literatürdeki bu özgül boşluğu işaret etmektedir. Baskın obsesyon ve kompulsiyon türlerine göre pozitif ve negatif ruminasyon puanları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda, OKB tanılı bireylerin sosyal medya bağımlılığı düzeylerinin sağlıklı kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu bulgu, mevcut literatürde bildirilen ilişkilerle örtüşmektedir. 2015 yılında, üniversite öğrencileriyle yürütölen bir çalışmada, Facebook kullanımı ile OKB

semptom şiddeti arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu bildirmiştir<sup>261</sup>. Literatürde pek çok çalışma obsesif-kompulsif belirtisi bulunan kişilerde sosyal medya bağımlılığının bulunmayan kişilere göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur<sup>262,218,263,240</sup>. Avcı ve arkadaşları (2023) ise OKB'nin Instagram bağımlılığı üzerinde dolaylı bir etki oluşturduğunu yapısal eşitlik modeliyle göstermiştir<sup>220</sup>. Rai ve arkadaşları (2022), OKB tanılı bireylerde davranışsal bağımlılıkların daha sık görüldüğünü bildirmiştir<sup>260</sup>. Bernal-Ruiz ve arkadaşları (2017), obsesif-kompulsif belirtilerin kompulsif internet kullanımıyla anlamlı şekilde ilişkili olduğunu belirtmiştir<sup>264</sup>. Hussain ve Griffiths (2018) tarafından yapılan sistematik derlemede, OKB dahil olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların problemli sosyal medya kullanımı ile ilişkili olduğu çalışmalara yer verilmiştir<sup>265</sup>. Błoch ve Misiak (2025), obsesif-kompulsif semptomların problemli sosyal medya kullanımı da dahil olmak üzere çeşitli davranışsal bağımlılık biçimleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir<sup>266</sup>. Elde edilen tüm bu veriler birlikte değerlendirildiğinde, çalışmamızın bulgularının sosyal medya bağımlılığı ile OKB arasındaki ilişkiyi gösteren önceki çalışmalarla anlamlı düzeyde örtüştüğü ve araştırma hipoteziyle de uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda, negatif ruminasyon düzeyleri OKB tanılı bireylerde kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek, pozitif ruminasyon düzeyleri ise kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, hem bilişsel kuramsal çerçeveye hem de literatürdeki genel eğilimlerle uyumludur. PANRS ölçeğinin orijinal geliştirme çalışmasında, pozitif ruminasyonun psikolojik uyumu destekleyen koruyucu; negatif ruminasyonun ise psikopatolojiler ile ilişkili bilişsel bir süreç olarak öne çıktığı bildirilmiştir<sup>11</sup>. 2021 yılında klinik örneklem üzerinde yapılan PANRS Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında negatif ruminasyonun OKB grubunda, pozitif ruminasyonun ise sağlıklı kontrollerde anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir<sup>233</sup>. Yine 2021 yılında lise öğrencileri ile yapılan PANRS Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, pozitif ruminasyonun yaşam doyumu ve iyimserlik gibi olumlu psikolojik göstergelerle; negatif ruminasyonun ise depresyon, anksiyete ve yalnızlık gibi psikiyatrik semptomlarla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu gösterilmiştir<sup>267</sup>. Literatürde OKB hastalarının obsesif düşüncelerinin anlamını çözümlmek amacıyla ruminatif stratejilere sıklıkla başvurdıkları<sup>268</sup>, ruminatif düşünmenin saplantılı yönünün OKB ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu<sup>269</sup>, OKB ve

yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış bireylerde hatta klinik olmayan örneklemelerde dahi ruminasyon ile obsesif-kompulsif semptomlar arasında pozitif ilişki bildirilmiştir<sup>202,270</sup>. 2019 yılında yürütülen deneysel bir çalışmada, hem klinik dışı bireylerde hem de OKB hastalarında ruminasyonun intruziv düşünceler, nötralizasyon çabaları ve OKB semptom düzeyinde artışla ilişkili olduğu gösterilmiştir<sup>201</sup>. Pozitif ruminasyonun ise psikolojik iyi oluşla ilişkili olumlu bir bilişsel süreç olduğu yönünde çalışmalar mevcuttur. Gilbert ve arkadaşları (2013), pozitif ruminasyonun olumlu duygulanımı güçlendiren bir işlev gördüğünü, bastırıcı bilişsel stratejilerin ise bu süreci zayıflattığını belirtmiştir<sup>271</sup>. 2022 yapılan bir başka çalışmada ise pozitif ruminasyonun pozitif duygulanımı artırdığını göstermiştir<sup>272</sup>. Tüm bu bulgular, çalışmamızda elde edilen sonuçların hem beklenen yönde hem de mevcut literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Ölçekler arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde, çalışmamızda OKB semptom şiddetini ölçen YBOKÖ obsesyon, kompulsiyon ve toplam puanları ile hem Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği hem de Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Bu sonuç, OKB semptomları şiddetlendikçe sosyal medya bağımlılığı belirtilerinin de arttığını göstermektedir. Bu bulgu, OKB ile sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişkinin birlikte artış yönünde olduğunu ortaya koymakta ve çalışmamızın temel hipotezlerinden birini doğrudan desteklemektedir. Andreassen ve arkadaşlarının yürüttükleri büyük örneklemli bir çalışmada, OKB semptomları ile sosyal medya bağımlılığı düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif korelasyon saptanmış; kompulsif sosyal medya kullanımının OKB şiddetiyle birlikte arttığı bildirilmiştir<sup>21</sup>. 2015 yılında yapılmış bir izlem çalışmasında, OKB tanılı bireylerde YBOKÖ puanları ile internet bağımlılığı düzeyleri arasında tüm tedavi süreci boyunca pozitif yönde korelasyon gözlenmiş; tedavi ilerledikçe her iki değişkenin de paralel şekilde azaldığı görülmüştür<sup>273</sup>. Aynı yapılan başka bir çalışmada Facebook kullanımının OKB şiddeti ile pozitif yönde ilişkili olduğunu ve bu ilişkinin obsesif inançlar aracılığıyla dolaylı yoldan da güçlendiği gösterilmiştir<sup>261</sup>. OKB tanılı bireyler ile yapılmış bir çalışmada internet bağımlılığı düzeylerinin sağlıklı bireylere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu ve semptom şiddetiyle birlikte arttığı bildirilmiştir<sup>260</sup>. Yakın zamanda yapılmış bir çalışmada da, YBOKÖ puanları ile sosyal medya bağımlılığı arasında anlamlı pozitif

korelasyon olduğu ve OKB şiddetindeki artışla birlikte sosyal medya bağımlılığı puanlarının da yükseldiğı ortaya konmuştur<sup>263</sup>. Guazzini ve arkadaşları ise, OKB semptom düzeyi yüksek bireylerin sosyal medyanın psikolojik etkilerine daha açık olduğunu ve sosyal medyaya daha fazla önem atfettiklerini belirterek bu ilişkinin artış yönünde olduğunu vurgulamışlardır<sup>240</sup>. Tüm bu literatür bulguları ile birlikte değerlendirildiğinde, çalışmamızda elde edilen sonuçlar hem önceki araştırmalarla hem de hipotezimizle yüksek ölçüde uyumludur.

Çalışmamızda ölçekler arası korelasyonları incelediğimizde YBOKÖ toplam puanları ile negatif ruminasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde; pozitif ruminasyon puanları ile negatif yönde korelasyon saptanmıştır. Bu bulgu, OKB semptomları şiddetlendikçe bireylerin olumsuz içerikli ruminatif düşünce döngülerine daha fazla girdiğini göstermektedir. Literatürde ruminasyonun olumsuz özellikleri ile obsesif-kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi destekleyen pek çok çalışma mevcuttur<sup>202,201,203</sup>, Klinik örneklem ile yapılan PANRS Türkçe geçerlilik çalışmasında da, Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeğı puanları ile negatif ruminasyon düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif; pozitif ruminasyon puanları arasında anlamlı ve negatif korelasyon saptanmıştır<sup>233</sup>. Eisner ve arkadaşları, OKB semptomları ile olumlu yaşantıların tadını çıkarma becerisi arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu; bu beceri azaldıkça obsesif-kompulsif belirtilerin arttığını ortaya koymuştur. Bu bulgular negatif ruminasyonun OKB semptomlarını besleyen ve sürdüren patolojik bir bilişsel süreç; pozitif ruminasyonun OKB'den koruyucu bir bilişsel süreç olabileceğini desteklemektedir.

Çalışmamızda, negatif ruminasyon düzeyleri ile sosyal medya bağımlılığı puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bulgularımız, hem OKB grubunda hem de kontrol grubunda olmak üzere her iki sosyal medya bağımlılığı ölçeğinde de negatif ruminasyon puanları ile anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon olduğunu göstermektedir. Ancak, obsesif-kompulsif bozukluğu olan bireylerde sosyal medya bağımlılığı ile negatif ruminasyon arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu nedenle, mevcut bulgunun değerlendirilmesinde benzer örneklemelerden elde edilen veriler yol gösterici olabilmektedir. 2021 yılında üniversite öğrencileriyle yürütölen bir çalışmada, sosyal medya bağımlılığı ile ruminasyon arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır<sup>224</sup>. Zsido ve arkadaşları (2021), sosyal kaygı düzeyi yüksek

bireylerde ruminasyon ile problematik sosyal medya kullanımı arasında anlamlı pozitif ilişki bildirmiştir<sup>225</sup>. Hong ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında, sosyal medya maruziyetinin artmasıyla birlikte bireylerde ruminasyon düzeylerinin de yükseldiği bildirilmiştir<sup>274</sup>. Mitra ve Rangaswamy (2019) tarafından yapılan araştırmada, Hintli genç yetişkinlerde sosyal medya bağımlılığı ile ruminasyon arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır<sup>222</sup>. Yang ve arkadaşları ise, ruminasyon düzeyinin yüksek olmasının daha yüksek düzeyde kompulsif sosyal medya kullanımına eşlik ettiğini ortaya koymuşlardır<sup>275</sup>. Castro-Calvo ve arkadaşlarının yürüttüğü sistematik derlemede, internet kullanım bozukluklarının çeşitli türlerinde ruminasyonun sıklıkla eşlik ettiği ve bu iki yapı arasında anlamlı ilişkiler saptandığı belirtilmiştir<sup>276</sup>. Yine yakın tarihli bir meta-analiz çalışması da, dijital bağımlılıkların tüm alt türleriyle ruminasyon arasında tutarlı şekilde anlamlı ve pozitif ilişkiler bulunduğunu ortaya koymuştur<sup>227</sup>. Çalışmamızda elde edilen bulgular, literatürle uyumluluk göstermekte olup, negatif ruminasyonun sosyal medya bağımlılığıyla birlikte artış gösteren işlevsiz bir bilişsel süreç olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, hem OKB grubunda hem de kontrol grubunda olmak üzere, pozitif ruminasyon puanları ile sosyal medya bağımlılığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Literatürde bu iki değişken arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışma bulunmamakla birlikte, pozitif ruminasyonun psikolojik iyilik halini destekleyen işlevi göz önüne alındığında, sosyal medya bağımlılığıyla ters yönde ilişkili olması anlamlıdır. Bu değerlendirmeyi dolaylı biçimde destekleyen çalışmalardan biri, Baltacı (2019) tarafından yürütülen araştırmadır; bu çalışmada sosyal medya bağımlılığı ile mutluluk düzeyleri arasında anlamlı ve negatif bir korelasyon saptanmıştır<sup>277</sup>. Benzer şekilde, Longstreet ve Brooks, yaşam doyumunun sosyal medya bağımlılığı ile anlamlı düzeyde negatif ilişkili olduğunu bildirmiştir<sup>278</sup>. Şahin'in üniversite öğrencileriyle gerçekleştirdiği çalışmada da sosyal medya bağımlılığı ile yaşam doyumu arasında anlamlı ve negatif bir ilişki olduğu gösterilmiştir<sup>279</sup>. Bu bulgular, pozitif ruminasyonun bilişsel ve duygusal açıdan işlevsel bir süreç olduğunu ve sosyal medya bağımlılığıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda saptanan özgün ilişki, hipotezimizi desteklemektedir.

Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ile Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği arasındaki ilişkide negatif ruminasyonun aracılık rolü

incelendiğinde, hem direkt hem de indirekt yollarla anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Gerçekleştirilen analizde, YBOKÖ'nün negatif ruminasyon üzerindeki etkisi anlamlı ve pozitif yönde bulunmuştur ( $\beta = 0.5272$ ,  $p < 0.001$ ). Aynı şekilde, negatif ruminasyonun B-SMBÖ üzerindeki etkisi de istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\beta = 0.2086$ ,  $p = 0.0112$ ). Bu iki yol üzerinden hesaplanan indirekt etki anlamlı bulunmuş ( $\beta = 0.1451$ ,  $p = 0.0131$ ), ancak YBOKÖ'nün B-SMBÖ üzerindeki direkt etkisi de anlamlı düzeyde kalmıştır ( $\beta = 0.4867$ ,  $p < 0.001$ ). Bu bulgular, negatif ruminasyonun obsesif-kompulsif belirti şiddeti ile sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişkiyi kısmen açıkladığını göstermektedir. Modelde hem direkt hem de dolaylı yol anlamlı olduğunda, aracı değişken kısmi (partial) mediatör olarak tanımlanır. Bu durumda negatif ruminasyon, YBOKÖ ile B-SMBÖ arasındaki ilişkinin yalnızca bir kısmını açıklamakta; geri kalan etkiler ise başka olası değişkenler üzerinden sürmektedir. Literatürde doğrudan OKB örneklemleriyle yürütülmüş benzer bir modelleme bulunmamaktadır. Ancak farklı klinik ve klinik dışı örneklemlerde yürütülen çalışmalarda, ruminasyonun dijital bağımlılıklarla ilişkili psikopatolojilerde benzer biçimde aracı rol üstlendiği gösterilmiştir. Mitra ve Rangaswamy, sosyal medya bağımlılığı ile depresyon arasındaki ilişkiyi ruminasyon üzerinden açıklamıştır<sup>222</sup>. Yapılan bir çalışmada, sosyal kaygı ile problemlili Facebook kullanımı arasında ruminasyonun aracı rol oynadığını bildirilmiştir<sup>223</sup>. Ergenlerde sosyal medya bağımlılığı ile depresyon arasındaki ilişkide ruminasyonun istatistiksel olarak anlamlı bir aracı rol oynadığını gösterilmiştir<sup>22</sup>. Hong ve arkadaşları, sosyal medya maruziyeti ile psikolojik sıkıntı arasındaki ilişkiyi ruminasyon yoluyla açıklarken; Zsido ve arkadaşları ise sosyal kaygı ile sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişkide ruminasyon dahil olmak üzere çeşitli bilişsel stratejilerin kısmi aracı rol gösterdiğini raporlamıştır<sup>274,225</sup>. Bu çalışmalar, çalışmamızda elde edilen bulgunun teorik tutarlılığını desteklemekte ve negatif ruminasyonun hem psikopatoloji hem de dijital davranışsal bağımlılıklar bağlamında açıklayıcı bir bilişsel süreç olarak önem taşıdığını göstermektedir.

Pozitif ruminasyonun Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ile Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği arasındaki ilişkide aracılık rolü üstlenip üstlenmediğini inceleyen yapısal eşitlik modellemesinde, pozitif ruminasyon değişkeni anlamlı bir mediatör olarak bulunmamıştır. Modelde, YBOKÖ puanları ile pozitif ruminasyon arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki saptanmış ( $\beta = -0.2884$ ,  $p <$

0.001) olsa da, pozitif ruminasyonun B-SMBÖ üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $\beta = 0.0300$ ,  $p = 0.7861$ ). Dolayısıyla, YBOKÖ ile B-SMBÖ arasındaki indirekt yol da anlamlı çıkmamıştır ( $\beta = -0.0114$ ,  $p = 0.7856$ ). Bu sonuç, pozitif ruminasyon düzeylerinin OKB semptomlarıyla ilişkili olduğunu, ancak bu yapının sosyal medya bağımlılığı üzerinde belirleyici bir etkisinin bulunmadığını göstermektedir. Analiz sonucuna göre, YBOKÖ'nün B-SMBÖ üzerindeki etkisi doğrudan ve anlamlı düzeyde sürmektedir. Daha önce tartışıldığı üzere pozitif ruminasyon ile sosyal medya bağımlılığı arasında ikili düzeyde ters yönlü ilişki saptanmış olsa da, model içinde bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı hale gelmemesi; etkisinin zayıf kalması, ortak varyansın sınırlı olması veya araya giren başka değişkenlerin etkisiyle açıklanabilir. Çalışmamızda elde edilen bu sonuç, pozitif ruminasyonun söz konusu ilişkide aracı bir işlev üstlenmediğini ortaya koymaktadır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. OKB tanılı bireylerde sosyal medya bağımlılığı düzeyleri, sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur; bu durum, sosyal medya gibi dijital ortamlarda ortaya çıkan problemli kullanım örüntülerinin OKB tanılı bireylerde daha yaygın olabileceğini düşündürmektedir.
2. Negatif ruminasyon düzeylerinin OKB grubunda daha yüksek saptanması, olumsuz içerikli düşünme eğilimlerinin bu grupta belirgin olduğunu düşündürmektedir.
3. Pozitif ruminasyonun kontrol grubunda daha yüksek düzeyde olması, olumlu duygularla başa çıkma becerilerinin OKB grubunda daha sınırlı olabileceğine işaret etmektedir.
4. Her iki grupta da sosyal medya bağımlılığı ile negatif ruminasyon düzeyleri arasında pozitif yönde; pozitif ruminasyon düzeyleri ile negatif yönde ilişki gözlenmiştir.
5. OKB semptom şiddetinin yüksek olduğu bireylerde sosyal medya bağımlılığı ve negatif ruminasyon düzeyleri de yüksek, pozitif ruminasyon düzeyleri ise daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç, psikopatolojik belirtilerle sorunlu dijital davranışlar ve bilişsel süreçler arasında eşzamanlı bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir.
6. Negatif ruminasyon, OKB semptom şiddeti ile sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişkiyi kısmen açıklamaktadır ve bu değişkenin anlamlı bir aracı rol üstlendiği gösterilmiştir.
7. Pozitif ruminasyonun, OKB semptom şiddeti ile sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişkiyi açıklamada anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.
8. Obsesyon ve kompulsyon türlerine göre sosyal medya bağımlılığı ve ruminasyon düzeylerinde anlamlı farklar saptanmamış; ancak bazı obsesyon türlerinde bu düzeylerin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, bazı semptom boyutlarının dijital davranışlarla daha güçlü ilişkili olabileceğine işaret etmektedir.

9. Hem OKB tanılı bireylerde hem de sağlıklı kontrollerde sosyal medya kullanım alışkanlıkları ile sosyal medya bağımlılığı arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişkiler bulunmuştur. Sosyal medya kullanım süresi, günlük kullanım miktarı, hesap sayısı ve giriş sıklığı arttıkça sosyal medya bağımlılığı düzeyleri de yükselmektedir. Bu bulgu, sosyal medya bağımlılığının özellikle dijital ortamlarla kurulan etkileşim sıklığı ve süresiyle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.
10. OKB grubunda, başlatıcı nedenin bulunmadığı bireylerde sosyal medya bağımlılığı düzeyleri ve negatif ruminasyon puanları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, obsesyon ve kompulsiyon başlama yaşı ile tedaviye başvuru yaşının azalması sosyal medya bağımlılığı ve negatif ruminasyon düzeylerinde artışla birlikte seyretmektedir. Bu durum, hastalığın erken başlamasının dijital davranışlar ve düşünsel süreçlerle olan ilişkisini güçlendirebileceğini düşündürmektedir.
11. Her iki grupta da sosyal medya bağımlılığı ile bazı sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Yaş arttıkça sosyal medya bağımlılığı düzeyleri azalmış; bekar bireylerin puanları evlilere göre daha yüksek bulunmuştur.
12. Çalışmamızda OKB ve sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişkilerin daha iyi anlaşılabilmesi için ruminasyonun rolünün dikkatle incelenmesi gerektiği ortaya çıkmıştır.
13. Bulgular, psikiyatrik belirtilerle dijital davranışlar arasındaki etkileşimin anlaşılması açısından klinik gözlemlerle desteklenebilecek niteliktedir. Özellikle sosyal medya bağımlılığı ile negatif ruminasyon arasındaki ilişkiler göz önüne alındığında, müdahale programlarında ruminatif düşünce biçimlerinin hedef alınması; pozitif ruminasyonun desteklenmesi gibi stratejiler sosyal medya bağımlılığının azaltılmasında ve tedavisinde klinik fayda sağlayabilir. Bu bağlamda, özellikle psiko-eğitim ve bilişsel yeniden yapılandırma oturumlarında bu içeriklerin yapılandırılmış biçimde ele alınması, tedavi etkinliğini artırabilir. Klinik uygulamada, OKB belirtileri daha şiddetli olan bireylerde dijital ortamlarda ortaya çıkabilecek problemlili davranışların da göz önünde bulundurulması yararlı olabilir. Bu kişilerde

sosyal medya gibi dijital mecralarda daha yoğun ve kontrolsüz kullanım görülebileceği için, davranışsal risklerin değerlendirilmesi tedavi sürecine önemli katkı sağlayabilir.

14. Çalışmamızın güçlü yönleri arasında, sosyal medya bağımlılığı, ruminasyon ve OKB arasındaki ilişkilerin doğrudan klinik görüşmelerle değerlendirilen tanıli bir hasta örnekleminde incelenmiş olması yer almaktadır. Bulgular yalnızca öz bildirim ölçeklerine değil, DSM-5 tanı kriterlerine göre yapılandırılmış klinik değerlendirme (SCID-5-CV) ile tanısı doğrulanmış bireylerden elde edilen verilere dayanmaktadır. Bu yaklaşım, psikopatolojinin klinik yansımalarının daha gerçekçi ve güvenilir biçimde ortaya konmasına olanak sağlamaktadır.
15. Çalışmamızın sınırlılıkları arasında, araştırmanın tek bir merkezde yürütülmesi ve örneklem sayısının sınırlı olması yer almaktadır. Bu durum, elde edilen bulguların farklı klinik ve kültürel örneklemelere genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Ayrıca sosyal medya bağımlılığı ve ruminasyon düzeyleri yalnızca öz bildirim ölçekleriyle değerlendirilmiş; dijital davranışların nesnel ölçüm yöntemleri (örneğin uygulama kullanım verileri) kullanılmamıştır. Bununla birlikte, çalışmada kullanılan Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği literatürde sınırlı kullanılmaktadır; bu durum, karşılaştırmalı yorumları güçleştirmiştir. Son olarak, çalışmamız kesitsel bir araştırma olduğundan, değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkileri ortaya koymak mümkün olmamıştır. Çalışmada bazı değişkenler (sosyal medya kullanım süresi ve günlük sosyal medya platformlarına giriş sayısı) öz bildirimle elde edilmiş ve kategorik olarak değerlendirilmiştir.
16. Gelecek çalışmalara yönelik önerilerimiz arasında, örneklem büyüklüğünün artırılması, farklı klinik grupların dahil edilmesi, sosyal medya bağımlılığının daha ayrıntılı analiz edilmesi ve dijital davranışların nesnel ölçüm yöntemleriyle desteklenmesi yer almaktadır. Ayrıca ruminasyon, tedavi edilebilir bir bilişsel süreç olduğundan, sosyal medya bağımlılığına yönelik müdahalelerde doğrudan hedef alınarak ruminasyonu azaltmayı amaçlayan müdahale protokollerinin geliştirilmesi değerlidir. Bu bağlamda özellikle randomize kontrollü çalışmaların yapılması, klinik uygulamalar

açısından önemli katkıları sağlayacaktır. Ayrıca, kesitsel olmayan, izlem çalışmaları ya da deneysel tasarımlar kullanılarak neden-sonuç ilişkilerin daha net biçimde test edilmesi gerekmektedir.



## 7. KAYNAKÇA

1. **American Psychiatric Association DS, Association AP.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Published online 2013.
2. **Sadock BJ.** Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Published online 2007.
3. **Bayar R, Yavuz M.** Obsesif kompulsif bozukluk. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri.* **2008**; 62:185-192.
4. **Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA.** The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry.* **1988**; 45(12):1094-1099.
5. **Eğ; rilmez A, Gülseren L, Gülseren Ş, Kültür S.** Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients. *Psychopathology.* **1997**; 30(2):106-110.
6. **Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atlı H.** Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* **2004**; 45(5):362-366.
7. **Nolen-Hoeksema S, Morrow J.** A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *J Pers Soc Psychol.* **1991**; 61(1):115.
8. **Edmondson KA.** *Forgiveness and Rumination: Their Relationship and Effects on Psychological and Physical Health.* The University of Tennessee, **2004**:
9. **McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S.** Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav Res Ther.* **2011**; 49(3):186-193.
10. **Nolen-Hoeksema S.** An interactive model for the emergence of gender differences in depression in adolescence. *J Res Adolesc.* **1994**; 4(4):519-534.
11. **Yang H, Wang Z, Song J, et al.** The positive and negative rumination scale: Development and preliminary validation. *Curr Psychol.* **2020**; 39(2):483-499.
12. **Kuss DJ, Griffiths MD.** Social networking sites and addiction: Ten lessons learned. *Int J Environ Res Public Health.* **2017**; 14(3):311.
13. **Bat ZBAVM, Vural ZBA, Bat M.** Yeni bir iletişim ortamı olarak sosyal medya: ege üniversitesi iletişim fakültesine yönelik bir araştırma. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi.* **2010**; 5(20):3348-3382.
14. Digital 2024: Global Overview Report — DataReportal – Global Digital Insights.
15. Digital 2024: Turkey — DataReportal – Global Digital Insights.
16. **Schou Andreassen C, Pallesen S.** Social network site addiction-an overview. *Curr Pharm Des.* **2014**; 20(25):4053-4061.
17. **Cheng C, Lau Y, Chan L, Luk JW.** Prevalence of social media addiction across 32 nations: Meta-analysis with subgroup analysis of classification schemes and cultural values. *Addict Behav.* **2021**; 117:106845.
18. **Meng S-Q, Cheng J-L, Li Y-Y, et al.** Global prevalence of digital addiction in general population: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* **2022**; 92:102128.

19. **Grisham JR, Williams AD.** Cognitive control of obsessional thoughts. *Behav Res Ther.* **2009**; 47(5):395-402.
20. **Freeston MH, Ladouceur R.** What do patients do with their obsessive thoughts? *Behav Res Ther.* **1997**; 35(4):335-348.
21. **Andreassen CS, Billieux J, Griffiths MD, et al.** The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychol Addict Behav.* **2016**; 30(2):252.
22. **Wang P, Wang X, Wu Y, et al.** Social networking sites addiction and adolescent depression: A moderated mediation model of rumination and self-esteem. *Pers Individ Dif.* **2018**; 127:162-167.
23. **WHO.** ICD-11. 11th.
24. **Bayraktar E.** Obsesif-kompulsif bozukluk. *Psikiyatr Dünyası.* **1997**; 1(1):25-32.
25. **Bulut S, Fıstıkcı N, Topçuoğlu V.** İlgörüsü Az Olan Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar.* **2014**; 6(2):126-141.
26. **APA.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Published online 2013.
27. **Juang Y, Liu C.** Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci.* **2001**; 55(6):623-627.
28. **Labad J, Menchon JM, Alonso P, et al.** Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depress Anxiety.* **2008**; 25(10):832-838.
29. **Öztürk MO, Uluşahin NA.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* 18th ed. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, **2023**:
30. **Jenike MA, Baer L, Minichiello WE.** Obsessive compulsive disorders: Theory and management. (*No Title*). Published online 1986.
31. **Rollin HR.** Psychiatry in Britain one hundred years ago. *Br J Psychiatry.* **2003**; 183(4):292-298.
32. **Holdorff B.** Carl Westphal (1833–1890). *J Neurol.* **2005**; 252(10).
33. **Oberbeck A, Steinberg H.** Are the current concepts of obsessive disorders a novelty? From Westphal (1877) and Thomsen (1895) to ICD-10 and DSM-5. *Nervenarzt.* **2015**; 86:1162-1167.
34. **Berrios GE.** What is phenomenology? A review. *J R Soc Med.* **1989**; 82(7):425-428.
35. **Özerdem A.** Obsesif-kompulsif bozukluk ve psikoz üzerine bir gözden geçirme. *Klin Psikiyatr Derg.* **1998**; 1(2):98-102.
36. **Turner SM, Michelson L.** Obsessive-Compulsive Disorders. *Behav Theor Treat Anxiety.* Published online 1984:239-277.
37. **Cooper R, Blashfield RK.** Re-evaluating DSM-I. *Psychol Med.* **2016**; 46(3):449-456.
38. **Goldstein WN.** Obsessive-compulsive behavior, DSM-III, and a psychodynamic classification of psychopathology. *Am J Psychother.* **1985**; 39(3):346-359.
39. **DSM-IV-TR. APA.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* American Psychiatric Association Washington, DC, **2000**:
40. **Blashfield RK, Keeley JW, Flanagan EH, Miles SR.** The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol.* **2014**; 10(1):25-51.
41. **Bulut S, Fıstıkcı N, Topçuoğlu V.** İlgörüsü Az Olan Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Curr*

- Approaches Psychiatry*. **2014**; 6(2):126-141.
42. **El-Sayegh S, Bea S, Agelopoulos A.** Obsessive-compulsive disorder: unearthing a hidden problem. *Cleve Clin J Med*. **2003**; 70(10):824-840.
  43. **Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA.** Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry*. **2002**; 59(2):115-123.
  44. **Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC.** The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. **2010**; 15(1):53-63.
  45. **Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al.** The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry*. **1994**; 55:5-10.
  46. **Beşiroğlu L, Ağargün MY.** The correlates of healthcare seeking behavior in obsessive-compulsive disorder: a multidimensional approach. *Türk Psikiyatr Derg*. **2006**; 17:213-222.
  47. **Fawcett EJ, Power H, Fawcett JM.** Women are at greater risk of OCD than men: a meta-analytic review of OCD prevalence worldwide. *J Clin Psychiatry*. **2020**; 81(4):13075.
  48. **Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z.** Türkiye ruh sağlığı profili raporu. *Birinci baskı, Ankara*. Published online 1998.
  49. **Hollander E, Kim S, Braun A, Simeon D, Zohar J.** Cross-cutting issues and future directions for the OCD spectrum. *Psychiatry Res*. **2009**; 170(1):3-6.
  50. **Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, et al.** Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Prim*. **2019**; 5(1):52.
  51. **Bloch MH, Green C, Kichuk SA, et al.** Long-term outcome in adults with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. **2013**; 30(8):716-722.
  52. **Goodman WK, Grice DE, Lapidus KAB, Coffey BJ.** Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin*. **2014**; 37(3):257-267.
  53. **Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Ravizza L.** Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur psychiatry*. **1999**; 14(8):434-441.
  54. **Rasmussen SA, Eisen JL.** The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. **1992**; 53:4-10.
  55. **Cilliçilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R.** Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry*. **2004**; 45(5):367-374.
  56. **Nestad G, Samuels JF, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR.** Obsessions and compulsions in the community. *Acta Psychiatr Scand*. **1994**; 89(4):219-224.
  57. **Fontenelle LF, Mendlowicz M V, Marques C, Versiani M.** Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *J Psychiatr Res*. **2004**; 38(4):403-411.
  58. **Mathews CA, Nievergelt CM, Azzam A, et al.** Heritability and clinical features of multigenerational families with obsessive-compulsive disorder and hoarding. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet*. **2007**; 144(2):174-182.
  59. **Rachman S.** A cognitive theory of obsessions. In: *Behavior and Cognitive Therapy Today*.

- Elsevier, **1998**; : 1998:209-222.
60. **Demet MM.** Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Genetik Çalışmalar. / *Bull Clin Psychopharmacol.* **2005**; 15(1):15.
  61. **Rasmussen SA, Tsuang MT.** Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* **1986**; 143(3):317-322.
  62. **Klein DF, Rabkin JG.** *Anxiety: New Research and Changing Concepts.* Vol 70. Raven Press New York, **1981**:
  63. **Korkmaz S, Önal E, Yüce H, Atmaca M.** Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında triptofanhidroksilaz gen polimorfizmi. *Anatol J Psychiatry/Anadolu Psikiyatr Derg.* **2016**; 17(2).
  64. **Hemmings SMJ, Kinnear CJ, Niehaus DJH, et al.** Investigating the role of dopaminergic and serotonergic candidate genes in obsessive-compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol.* **2003**; 13(2):93-98.
  65. **Mattheisen M, Samuels JF, Wang Y, et al.** Genome-wide association study in obsessive-compulsive disorder: results from the OCGAS. *Mol Psychiatry.* **2015**; 20(3):337-344.
  66. **Brakoulias V, Starcevic V, Belloch A, et al.** Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): an international collaboration. *Compr Psychiatry.* **2017**; 76:79-86.
  67. **Tonkonogy J, Barreira P.** Obsessive-compulsive disorder and caudate-frontal lesion. *Cogn Behav Neurol.* **1989**; 2(3):203-209.
  68. **Insel TR.** Toward a neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* **1992**; 49(9):739-744.
  69. **Atmaca M, Yildirim H, Ozdemir H, Aydin A, Tezcana E, Ozlera S.** Volumetric MRI assessment of brain regions in patients with refractory obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry.* **2006**; 30(6):1051-1057.
  70. **Choi J-S, Kang D-H, Kim J-J, et al.** Left anterior subregion of orbitofrontal cortex volume reduction and impaired organizational strategies in obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res.* **2004**; 38(2):193-199.
  71. **Szeszko PR, Robinson D, Alvir JM, et al.** Orbital frontal and amygdala volume reductions in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* **1999**; 56(10):913-919.
  72. **Szeszko PR, MacMillan S, McMeniman M, et al.** Brain structural abnormalities in psychotropic drug-naïve pediatric patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* **2004**; 161(6):1049-1056.
  73. **Scarone S, Colombo C, Livian S, et al.** Increased right caudate nucleus size in obsessive-compulsive disorder: detection with magnetic resonance imaging. *Psychiatry Res Neuroimaging.* **1992**; 45(2):115-121.
  74. **Fouche J-P, Du Plessis S, Hattingh C, et al.** Cortical thickness in obsessive-compulsive disorder: multisite mega-analysis of 780 brain scans from six centres. *Br J Psychiatry.* **2017**; 210(1):67-74.
  75. **Boedhoe PSW, Schmaal L, Abe Y, et al.** Distinct subcortical volume alterations in pediatric and

- adult OCD: a worldwide meta-and mega-analysis. *Am J Psychiatry*. **2017**; 174(1):60-69.
76. **Piras F, Piras F, Caltagirone C, Spalletta G.** Brain circuitries of obsessive compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis of diffusion tensor imaging studies. *Neurosci Biobehav Rev*. **2013**; 37(10):2856-2877.
  77. **Karadağ F, Oğuzhanoglu NK, Yüksel D, et al.** The comparison of pre-and post-treatment 99mTc HMPAO brain SPECT images in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res Neuroimaging*. **2013**; 213(2):169-177.
  78. **Busatto GF, Zamignani DR, Buchpiguel CA, et al.** A voxel-based investigation of regional cerebral blood flow abnormalities in obsessive-compulsive disorder using single photon emission computed tomography (SPECT). *Psychiatry Res Neuroimaging*. **2000**; 99(1):15-27.
  79. **Harrison BJ, Soriano-Mas C, Pujol J, et al.** Altered corticostriatal functional connectivity in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. **2009**; 66(11):1189-1200.
  80. **Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A, Phillips ML.** Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. **2004**; 61(6):564-576.
  81. **Via E, Cardoner N, Pujol J, et al.** Amygdala activation and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*. **2014**; 204(1):61-68.
  82. **Yaryura-Tobias JA, Neziroglu F.** The action of chlorimipramine in obsessive-compulsive neurosis: a pilot study. *Curr Ther Res*. **1975**; 17(1):111-116.
  83. **Hoehn-Saric R, Ninan P, Black DW, et al.** Multicenter double-blind comparison of sertraline and desipramine for concurrent obsessive-compulsive and major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*. **2000**; 57(1):76-82.
  84. **Goodman WK, Price LH, Delgado PL, et al.** Specificity of serotonin reuptake inhibitors in the treatment of obsessive-compulsive disorder: comparison of fluvoxamine and desipramine. *Arch Gen Psychiatry*. **1990**; 47(6):577-585.
  85. **Leonard HL, Swedo SE, Rapoport JL, et al.** Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents: a double-blind crossover comparison. *Arch Gen Psychiatry*. **1989**; 46(12):1088-1092.
  86. **Pittenger C, Bloch MH.** Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. **2014**; 37(3):375.
  87. **Katz RJ, DeVeaugh-Geiss J, Landau P.** Clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. **1990**; 28(5):401-414.
  88. **Perse TL, Greist JH, Jefferson JW, Rosenfeld R, Dar R.** Fluvoxamine treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. **1987**; 144(12):1543-1548.
  89. **Thorän P, Åsberg M, Bertilsson L, Mellström B, Sjöqvist F, Träskman L.** Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder: II. Biochemical aspects. *Arch Gen Psychiatry*. **1980**; 37(11):1289-1294.
  90. **Stein DJ.** Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders. *Biol Psychiatry*. **2000**; 47(4):296-304.

91. **Koo M-S, Kim E-J, Roh D, Kim C-H.** Role of dopamine in the pathophysiology and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Expert Rev Neurother.* **2010**; 10(2):275-290.
92. **Zor R, Keren H, Hermesh H, Szechtman H, Mort J, Eilam D.** Obsessive-compulsive disorder: a disorder of pessimal (non-functional) motor behavior. *Acta Psychiatr Scand.* **2009**; 120(4):288-298.
93. **Machlin SR, Harris GJ, Pearlson GD, Hoehn-Saric R, Jeffery P, Camargo EE.** Elevated medial-frontal cerebral blood flow in obsessive-compulsive patients: a SPECT study. *Am J Psychiatry.* **1991**; 148(9):1240-1242.
94. **Rubin RT, Villanueva-Meyer J, Ananth J, Trajmar PG, Mena I.** Regional xenon 133 cerebral blood flow and cerebral technetium 99m HMPAO uptake in unmedicated patients with obsessive-compulsive disorder and matched normal control subjects: determination by high-resolution single-photon emission computed tomography. *Arch Gen Psychiatry.* **1992**; 49(9):695-702.
95. **Kim CH, Cheon KA, Koo M-S, et al.** Dopamine transporter density in the basal ganglia in obsessive-compulsive disorder, measured with [<sup>123</sup>I] IPT SPECT before and after treatment with serotonin reuptake inhibitors. *Neuropsychobiology.* **2007**; 55(3-4):156-162.
96. **Grados MA, Specht MW, Sung H-M, Fortune D.** Glutamate drugs and pharmacogenetics of OCD: a pathway-based exploratory approach. *Expert Opin Drug Discov.* **2013**; 8(12):1515-1527.
97. **Rosenberg DR, Keshavan MS.** Toward a neurodevelopmental model of obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry.* **1998**; 43(9):623-640.
98. **Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S.** Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology.* **2005**; 30(9):1735-1740.
99. **Sampaio AS, Fagerness J, Crane J, et al.** Association between polymorphisms in GRIK2 gene and obsessive-compulsive disorder: a family-based study. *CNS Neurosci Ther.* **2011**; 17(3):141-147.
100. **Rotge JY, Aouizerate B, Tignol J, Bioulac B, Burbaud P, Guehl D.** The glutamate-based genetic immune hypothesis in obsessive-compulsive disorder. An integrative approach from genes to symptoms. *Neuroscience.* **2010**; 165(2):408-417.
101. **Rosenberg DR, MacMASTER FP, Keshavan MS, Fitzgerald KD, Stewart CM, Moore GJ.** Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessive-compulsive disorder patients taking paroxetine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* **2000**; 39(9):1096-1103.
102. **Pittenger C, Bloch MH, Williams K.** Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: neurobiology, pathophysiology, and treatment. *Pharmacol Ther.* **2011**; 132(3):314-332.
103. **Marazziti D, Mucci F, Fontenelle LF.** Immune system and obsessive-compulsive disorder. *Psychoneuroendocrinology.* **2018**; 93:39-44.
104. **Fluitman S, Denys D, Vulink N, Schutters S, Heijnen C, Westenberg H.** Lipopolysaccharide-induced cytokine production in obsessive-compulsive disorder and generalized social anxiety disorder. *Psychiatry Res.* **2010**; 178(2):313-316.
105. **Tükel R, Demet MM.** *Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar.* 2nd ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, **2021**:

106. **Foroughipour M, Behdani F, Hebrani P, Marvast MN, Esmatinia F, Akhavanrezayat A.** Frequency of obsessive-compulsive disorder in patients with multiple sclerosis: A cross-sectional study. *J Res Med Sci Off J Isfahan Univ Med Sci.* **2012**; 17(3):248.
107. **Freud S.** Some thoughts on development and regression-aetiology. *Stand Ed.* **1917**; 16:339-357.
108. **Topçuoğlu V.** Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klin Psikiyatr.* **2003**; 6(1):46-50.
109. **Şenormancı Ö, Konkan R, Güçlü OG, Sungur MZ.** Obsesif kompulsif bozukluğun metakognitif modeli. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar.* **2012**; 4(3):335-349.
110. **Salkovskis PM.** Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. *Curr Controv anxiety Disord.* Published online 1996:103-133.
111. **Salzman L, Thaler FH.** Obsessive-compulsive disorders: a review of the literature. *Am J Psychiatry.* **1981**; 138(3):286-296.
112. **Carr AT.** Compulsive neurosis: a review of the literature. *Psychol Bull.* **1974**; 81(5):311.
113. **Salkovskis PM.** Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther.* **1989**; 27(6):677-682.
114. **Shafran R, Rachman S.** Thought-action fusion: a review. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* **2004**; 35(2):87-107.
115. **Group OCCW.** Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behav Res Ther.* **2005**; 43(11):1527-1542.
116. **Rosso G, Albert U, Asinari GF, Bogetto F, Maina G.** Stressful life events and obsessive-compulsive disorder: clinical features and symptom dimensions. *Psychiatry Res.* **2012**; 197(3):259-264.
117. **McCarty R.** Cross-fostering: Elucidating the effects of gene×environment interactions on phenotypic development. *Neurosci Biobehav Rev.* **2017**; 73:219-254.
118. **Rasmussen SA, Eisen JL.** Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* **1990**; 51:10-13.
119. **Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al.** The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry.* **1989**; 46(11):1006-1011.
120. **Rasmussen SA, Eisen JL.** The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin.* **1992**; 15(4):743-758.
121. **Hollander E, Kim S, Khanna S, Pallanti S.** Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders: diagnostic and dimensional issues. *CNS Spectr.* **2007**; 12(S3):5-13.
122. **Grubu OKBA.** Obsesif Kompulsif Bozuklukta Klinik Özellikler: Çok Merkezli Bir Ulusal Veri Çalışması. 49. *Ulus Psikiyatr Kongresi, İzmir (Sözel Bildir.* Published online 2013.
123. **Williams MT, Farris SG, Turkheimer E, et al.** Myth of the pure obsessional type in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety.* **2011**; 28(6):495-500.
124. **Lee H-J, Kwon S-M.** Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive

- obsessions. *Behav Res Ther.* **2003**; 41(1):11-29.
125. **Besiroglu L, Sozen M, Ozbebit Ö, et al.** The involvement of distinct neural systems in patients with obsessive-compulsive disorder with autogenous and reactive obsessions. *Acta Psychiatr Scand.* **2011**; 124(2):141-151.
  126. **Keeley ML, Storch EA, Merlo LJ, Geffken GR.** Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev.* **2008**; 28(1):118-130.
  127. **Eisen JL, Sibrava NJ, Boisseau CL, et al.** Five-year course of obsessive-compulsive disorder: predictors of remission and relapse. *J Clin Psychiatry.* **2013**; 74(3):7286.
  128. **Huppert JD, Simpson HB, Nissenon KJ, Liebowitz MR, Foa EB.** Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: a comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depress Anxiety.* **2009**; 26(1):39-45.
  129. **Isomura K, Brander G, Chang Z, et al.** Metabolic and cardiovascular complications in obsessive-compulsive disorder: a total population, sibling comparison study with long-term follow-up. *Biol Psychiatry.* **2018**; 84(5):324-331.
  130. **Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquillo JG, et al.** Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res.* **2005**; 135(2):121-132.
  131. **Demal U, Lenz G, Mayrhofer A, Zapotoczky H-G, Zitterl W.** Obsessive-compulsive disorder and depression: A retrospective study on course and interaction. *Psychopathology.* **1993**; 26(3-4):145-150.
  132. **Rasmussen SA, Eisen JL.** The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* **1994**; 55:5-10.
  133. **Marcks BA, Weisberg RB, Dyck I, Keller MB.** Longitudinal course of obsessive-compulsive disorder in patients with anxiety disorders: a 15-year prospective follow-up study. *Compr Psychiatry.* **2011**; 52(6):670-677.
  134. **Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL.** Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. *J Clin Psychiatry.* **1994**; 55:15-27.
  135. **Yaryura-Tobias JA, Grunes MS, Todaro J, McKay D, Neziroglu FA, Stockman R.** Nosological insertion of axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* **2000**; 14(1):19-30.
  136. **Gentil AF, de Mathis MA, Torresan RC, et al.** Alcohol use disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: the importance of appropriate dual-diagnosis. *Drug Alcohol Depend.* **2009**; 100(1-2):173-177.
  137. **Mancebo MC, Grant JE, Pinto A, Eisen JL, Rasmussen SA.** Substance use disorders in an obsessive compulsive disorder clinical sample. *J Anxiety Disord.* **2009**; 23(4):429-435.
  138. **Blom RM, Koeter M, van den Brink W, de Graaf R, Ten Have M, Denys D.** Co-occurrence of obsessive-compulsive disorder and substance use disorder in the general population. *Addiction.* **2011**; 106(12):2178-2185.

139. **Attademo L, De Giorgio G, Quartesan R, Moretti P.** Schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: from comorbidity to schizo-obsessive disorder. *Riv Psichiatr.* **2012**; 47(2):106-115.
140. **Lieuwe de Haan MD, Linszen DH, Gorsira R.** Clozapine and obsessions in patients with recent-onset schizophrenia and other psychotic disorders. *J Clin Psychiatry.* **1999**; 60:364-365.
141. **de Silva P, Marks M.** Traumatic experiences, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder. *Int Rev Psychiatry.* **2001**; 13(3):172-180.
142. **Gershuny BS, Baer L, Radomsky AS, Wilson KA, Jenike MA.** Connections among symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder: a case series. *Behav Res Ther.* **2003**; 41(9):1029-1041.
143. **Fineberg NA, Hollander E, Pallanti S, et al.** Clinical advances in obsessive-compulsive disorder: a position statement by the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *Int Clin Psychopharmacol.* **2020**; 35(4):173-193.
144. **Association AP, Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB.** Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Published online 2007.
145. **Geller DA, Biederman J, Stewart SE, et al.** Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* **2003**; 160(11):1919-1928.
146. **Del Casale A, Sorice S, Padovano A, et al.** Psychopharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Curr Neuropharmacol.* **2019**; 17(8):710-736.
147. **Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, et al.** Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract.* **2012**; 16(2):77-84.
148. **Issari Y, Jakubovski E, Bartley CA, Pittenger C, Bloch MH.** Early onset of response with selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* **2016**; 77(5):21133.
149. **Greist JH, Bandelow B, Hollander E, et al.** WCA recommendations for the long-term treatment of obsessive-compulsive disorder in adults. *CNS Spectr.* **2003**; 8(S1):7-16.
150. **Skapinakis P, Caldwell DM, Hollingworth W, et al.** Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry.* **2016**; 3(8):730-739.
151. **Salkovskis PM.** Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* **1999**; 37:S29-S52.
152. **Abramowitz JS.** Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behav Ther.* **1996**; 27(4):583-600.
153. **Hay P, Sachdev P, Cumming S, et al.** Treatment of obsessive-compulsive disorder by psychosurgery. *Acta Psychiatr Scand.* **1993**; 87(3):197-207.
154. **Sheth SA, Neal J, Tangherlini F, et al.** Limbic system surgery for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: a prospective long-term follow-up of 64 patients. *J Neurosurg.* **2013**; 118(3):491-497.

155. **Nolen-Hoeksema S.** The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol.* **2000**; 109(3):504.
156. **Rippere V.** What's the thing to do when you're feeling depressed: A pilot study. *Behav Res Ther.* Published online 1977.
157. **Martin LL, Tesser A.** Some ruminative thoughts. In: *Ruminative Thoughts.* Psychology Press, **2013**; ; 2013:1-47.
158. **Matthews G, Wells A.** Rumination, depression, and metacognition: The S-REF model. *Depress rumination Nature, theory Treat.* Published online 2003:125-151.
159. **Lyubomirsky S, Tucker KL, Caldwell ND, Berg K.** Why ruminators are poor problem solvers: clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *J Pers Soc Psychol.* **1999**; 77(5):1041.
160. **Nolen-Hoeksema S.** Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychol Bull.* **1987**; 101(2):259.
161. **Roelofs J, Huibers M, Peeters F, Arntz A, Van Os J.** Positive and negative beliefs about depressive rumination: A psychometric evaluation of two self-report scales and a test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognit Ther Res.* **2010**; 34:196-205.
162. **Michl LC, McLaughlin KA, Shepherd K, Nolen-Hoeksema S.** Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: longitudinal evidence in early adolescents and adults. *J Abnorm Psychol.* **2013**; 122(2):339.
163. **Hamesch U, Copley M, Lang J.** Emotional versus cognitive rumination: Are they differentially affecting long-term psychological health? The impact of stressors and personality in dental students. *Stress Heal.* **2014**; 30(3):222-231.
164. **Block J.** The five-factor framing of personality and beyond: Some ruminations. *Psychol Inq.* **2010**; 21(1):2-25.
165. **Nolan SA, Roberts JE, Gotlib IH.** Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognit Ther Res.* **1998**; 22(5):445-455.
166. **Davis RN, Nolen-Hoeksema S.** Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognit Ther Res.* **2000**; 24:699-711.
167. **Watkins E, Moulds ML.** Reduced concreteness of rumination in depression: A pilot study. *Pers Individ Dif.* **2007**; 43(6):1386-1395.
168. **Memedovic S, Slade T, Ross J, et al.** Rumination and problematic substance use among individuals with a long-term history of illicit drug use. *Drug Alcohol Depend.* **2019**; 203:44-50.
169. **Tang H, Xiong T, Shi J, et al.** Global and reflective rumination are related to suicide attempts among patients experiencing major depressive episodes. *BMC Psychiatry.* **2021**; 21:1-9.
170. **Smith JM, Alloy LB.** A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clin Psychol Rev.* **2009**; 29(2):116-128.
171. **Kirkegaard Thomsen D.** The association between rumination and negative affect: A review. *Cogn Emot.* **2006**; 20(8):1216-1235.
172. **Feldman GC, Joormann J, Johnson SL.** Responses to positive affect: A self-report measure of rumination and dampening. *Cognit Ther Res.* **2008**; 32:507-525.

173. **Seligman MEP, Csikszentmihalyi M.** *Positive Psychology: An Introduction*. Vol 55. American Psychological Association, **2000**:
174. **Yang H, Li H.** Training positive rumination in expressive writing to enhance psychological adjustment and working memory updating for maladaptive ruminators. *Front Psychol.* **2020**; 11:789.
175. **Watkins ER.** Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychol Bull.* **2008**; 134(2):163.
176. **Nolen-Hoeksema S.** Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol.* **1991**; 100(4):569.
177. **Watkins ER, Nolen-Hoeksema S.** A habit-goal framework of depressive rumination. *J Abnorm Psychol.* **2014**; 123(1):24.
178. **Papageorgiou C, Wells A.** *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. Wiley Online Library, **2004**:
179. **Conway M, Csank PAR, Holm SL, Blake CK.** On assessing individual differences in rumination on sadness. *J Pers Assess.* **2000**; 75(3):404-425.
180. **Robinson MS, Alloy LB.** Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognit Ther Res.* **2003**; 27:275-291.
181. **Alloy LB, Abramson LY, Metalsky GI, Hartlage S.** The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. *Br J Clin Psychol.* **1988**; 27(1):5-21.
182. **Beck AT.** Cognitive models of depression. Published online 2002.
183. **Harkin B, Webb TL, Chang BPI, et al.** Does monitoring goal progress promote goal attainment? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychol Bull.* **2016**; 142(2):198.
184. **Schmidt AM, DeShon RP.** Prior performance and goal progress as moderators of the relationship between self-efficacy and performance. *Hum Perform.* **2009**; 22(3):191-203.
185. **Pomaki G, Karoly P, Maes S.** Linking goal progress to subjective well-being at work: The moderating role of goal-related self-efficacy and attainability. *J Occup Health Psychol.* **2009**; 14(2):206.
186. **Trincas R, Schepisi C, Leombruni E, Di Mauro VE, Mancini F.** Goals and functions of rumination: A review. *Clin Neuropsychiatry.* **2018**; 15(6).
187. **Martin LL, Shrira I, Startup HM.** Rumination as a function of goal progress, stop rules, and cerebral lateralization. *Depress rumination Nature, theory Treat.* Published online 2003:153-175.
188. **Papageorgiou C, Wells A.** An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognit Ther Res.* **2003**; 27:261-273.
189. **Wood AM, Tarrier N.** Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clin Psychol Rev.* **2010**; 30(7):819-829.
190. **Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S.** Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognit Ther Res.* **2003**; 27:247-259.
191. **Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG, Triplett KN, Vishnevsky T, Lindstrom CM.** Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory. *Anxiety, Stress*

- Coping*. **2011**; 24(2):137-156.
192. **Watkins E, Moberly NJ, Moulds ML**. Processing mode causally influences emotional reactivity: distinct effects of abstract versus concrete construal on emotional response. *Emotion*. **2008**; 8(3):364.
  193. **Sutherland K, Bryant RA**. Rumination and overgeneral autobiographical memory. *Behav Res Ther*. **2007**; 45(10):2407-2416.
  194. **Luminet O, Rimé B, Bagby RM, Taylor G**. A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. *Cogn Emot*. **2004**; 18(6):741-766.
  195. **Pascual-Vera B, Belloch A**. Functional links of obsessive, dysmorphic, hypochondriac, and eating-disorders related mental intrusions. *Int J Clin Heal Psychol*. **2018**; 18(1):43-51.
  196. **Kollarik M, van den Hout M, Heinzl C V, Hofer PD, Lieb R, Wahl K**. Effects of rumination on unwanted intrusive thoughts: A replication and extension. *J Exp Psychopathol*. **2020**; 11(1):2043808720912583.
  197. **Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S**. Rethinking Rumination. *Perspect Psychol Sci*. **2008**; 3(5):400-424.
  198. **Wells A, Papageorgiou C**. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behav Res Ther*. **1998**; 36(9):899-913.
  199. **Abramowitz JS, Taylor S, McKay D**. Obsessive-compulsive disorder. *Lancet (London, England)*. **2009**; 374(9688):491-499.
  200. **Wahl K, Ertle A, Bohne A, Zurowski B, Kordon A**. Relations between a ruminative thinking style and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical samples. *Anxiety Stress Coping*. **2011**; 24(2):217-225.
  201. **Wahl K, van den Hout M, Lieb R**. Rumination on unwanted intrusive thoughts affects the urge to neutralize in nonclinical individuals. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. **2019**; 20:4-12.
  202. **Dar KA, Iqbal N**. Worry and rumination in generalized anxiety disorder and obsessive compulsive disorder. *J Psychol*. **2015**; 149(8):866-880.
  203. **Wahl K, van den Hout M, Heinzl C V, et al**. Rumination about obsessive symptoms and mood maintains obsessive-compulsive symptoms and depressed mood: An experimental study. *J Abnorm Psychol*. **2021**; 130(5):435.
  204. **Raines AM, Vidaurri DN, Portero AK, Schmidt NB**. Associations between rumination and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Pers Individ Dif*. **2017**; 113:63-67.
  205. **Wang P, Cao W, Chen T, et al**. Mediating Role of Rumination and Negative Affect in the Effect of Mind-Wandering on Symptoms in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Front Psychiatry*. **2021**; 12:755159.
  206. **Evren C**. *Davranışsal Bağımlılıklar Temel Başvuru Kitabı*. 2. Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, **2023**:
  207. **Boyd DM, Ellison NB**. Social network sites: Definition, history, and scholarship. *J Comput Commun*. **2007**; 13(1):210-230.
  208. **Griffiths MD, Kuss DJ, Demetrovics Z**. Social networking addiction: An overview of

- preliminary findings. *Behav Addict*. Published online 2014:119-141.
209. **Dwivedi YK, Kapoor KK, Chen H.** Social media marketing and advertising. *Mark Rev.* **2015**; 15(3):289-309.
  210. TÜİK Kurumsal.
  211. **Andreassen CS.** Online social network site addiction: A comprehensive review. *Curr Addict reports.* **2015**; 2(2):175-184.
  212. **Albrecht U, Kirschner NE, Grüsser SM.** Diagnostic instruments for behavioural addiction: an overview. *GMS Psycho-Social Med.* **2007**; 4:Doc11.
  213. **Kuss DJ, Griffiths MD.** Online social networking and addiction—a review of the psychological literature. *Int J Environ Res Public Health.* **2011**; 8(9):3528-3552.
  214. **Tullett-Prado D, Stavropoulos V, Gomez R, Doley J.** Social media use and abuse: Different profiles of users and their associations with addictive behaviours. *Addict Behav Reports.* **2023**; 17:100479.
  215. **Griffiths M.** A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. *J Subst Use.* **2005**; 10(4):191-197.
  216. **Su W, Han X, Yu H, Wu Y, Potenza MN.** Do men become addicted to internet gaming and women to social media? A meta-analysis examining gender-related differences in specific internet addiction. *Comput Human Behav.* **2020**; 113:106480.
  217. **Lee SL, Park MSA, Tam CL.** The relationship between facebook attachment and obsessive-compulsive disorder severity. *Cyberpsychology.* **2015**; 9(2).
  218. **Karadağ A, Akçınar B.** Üniversite öğrencilerinde sosyal medya bağımlılığı ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişki. *Bağımlılık Derg.* **2019**; 20(3):154-166.
  219. **Fontes-Perryman E, Spina R.** Fear of missing out and compulsive social media use as mediators between OCD symptoms and social media fatigue. *Psychol Pop Media.* **2022**; 11(2):173.
  220. **Avci U, Karaoglan Yilmaz FG, Yilmaz R.** Parental attitude and Instagram addiction: The mediating role of obsessive-compulsive disorder. *Psychol Sch.* **2023**; 60(3):830-842.
  221. **Feinstein BA, Hershenberg R, Bhatia V, Latack JA, Meuwly N, Davila J.** Negative social comparison on Facebook and depressive symptoms: Rumination as a mechanism. *Psychol Pop media Cult.* **2013**; 2(3):161.
  222. **Mitra R, Rangaswamy DM.** Excessive Social Media use and its Association with Depression and Rumination in an Indian Young Adult Population: A Mediation Model. *J Psychosoc Res.* **2019**; 14(1):223-231.
  223. **Dempsey AE, O’Brien KD, Tiamiyu MF, Elhai JD.** Fear of missing out (FoMO) and rumination mediate relations between social anxiety and problematic Facebook use. *Addict Behav reports.* **2019**; 9:100150.
  224. **Onat Kocabiyik O.** The Role of Social Comparison and Rumination in Predicting Social Media Addiction. *Int J Res Educ Sci.* **2021**; 7(2):327-338.
  225. **Zsido AN, Arato N, Lang A, Labadi B, Stecina D, Bandi SA.** The role of maladaptive cognitive emotion regulation strategies and social anxiety in problematic smartphone and social

- media use. *Pers Individ Dif*. **2021**; 173:110647.
226. **Chentsova VO, Bravo AJ, Mezquita L, Pilatti A, Hogarth L.** Internalizing symptoms, rumination, and problematic social networking site use: A cross national examination among young adults in seven countries. *Addict Behav*. **2023**; 136:107464.
227. **Gao F, Du X.** A meta-analysis of rumination and digital addiction. *Pers Individ Dif*. **2025**; 238:113074.
228. **First MB.** Structured clinical interview for the DSM (SCID). *Encycl Clin Psychol*. Published online 2014:1-6.
229. **Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, et al.** DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin klinisyen versiyonunun türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatr Derg*. **2019**; 30(1):51-56.
230. **Karamustafaloğlu KO, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H.** Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bursa Savaş Ofset*. **1993**; 86.
231. **Tutgun-Ünal A, Deniz L.** Development of the social media addiction scale. *AJIT-e Acad J Inf Technol*. **2015**; 6(21):51-70.
232. **Demirci I.** The adaptation of the Bergen Social Media Addiction Scale to Turkish and its evaluation of relationship with depression and anxiety symptoms/Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, depresyon ve anksiyete belirtileriyle ilişkisinin . *Anadolu Psikiyatr Derg*. **2019**; 20(SI 1):15-23.
233. **Meltem İnsel.** Pozitif ve negatif ruminasyon ölçeğinin Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Published online 2022.
234. **Mancebo MC, Greenberg B, Grant JE, et al.** Correlates of occupational disability in a clinical sample of obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. **2008**; 49(1):43-50.
235. **Coban DA, Tan O.** The predictors of occupational disability in obsessive-compulsive disorder in a large clinical sample. Published online 2019.
236. **Aguglia A, Signorelli MS, Albert U, Maina G.** The impact of general medical conditions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Investig*. **2018**; 15(3):246.
237. **Burchi E, Makris N, Lee MR, Pallanti S, Hollander E.** Compulsivity in alcohol use disorder and obsessive compulsive disorder: Implications for neuromodulation. *Front Behav Neurosci*. **2019**; 13:70.
238. **Liu L, Yao Y-W, Fang X-Y, et al.** Compulsivity-related behavioral features of problematic usage of the internet: A scoping review of paradigms, progress, and perspectives. *J Behav Addict*. **2024**; 13(2):429-449.
239. **Kempf CA, Ehrhard KA, Stoner SC.** Evaluation of obsessive-compulsive symptoms in relation to smartphone use. *Ment Heal Clin*. **2020**; 10(2):44-48.
240. **Guazzini A, Gursesli MC, Serritella E, Tani M, Duradoni M.** Obsessive-compulsive disorder (OCD) types and social media: are social media important and impactful for OCD people? *Eur J Investig Heal Psychol Educ*. **2022**; 12(8):1108-1120.

241. **Andreassen CS, Pallesen S, Griffiths MD.** The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addict Behav.* **2017**; 64:287-293.
242. **Koçak O, Arslan H, Erdoğan A.** Social media use across generations: from addiction to engagement. *Eur Integr Stud.* **2021**;(15):63-77.
243. **Andreassen CS, Torsheim T, Brunborg GS, Pallesen S.** Development of a Facebook addiction scale. *Psychol Rep.* **2012**; 110(2):501-517.
244. **Turel O, Serenko A.** The benefits and dangers of enjoyment with social networking websites. *Eur J Inf Syst.* **2012**; 21:512-528.
245. **Andreassen CS, Billieux J, Griffiths MD, et al.** The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychol Addict Behav.* **2016**; 30(2):252-262.
246. **Çiftçi H.** Üniversite öğrencilerinde sosyal medya bağımlılığı. *MANAS Sos Araştırmalar Derg.* **2018**; 7(4).
247. **Çam E, Isbulan O.** A new addiction for teacher candidates: Social networks. *Turkish Online J Educ Technol.* **2012**; 11(3):14-19.
248. **Koc M, Gulyagci S.** Facebook addiction among Turkish college students: The role of psychological health, demographic, and usage characteristics. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw.* **2013**; 16(4):279-284.
249. **Oberst U, Wegmann E, Stodt B, Brand M, Chamarro A.** Negative consequences from heavy social networking in adolescents: The mediating role of fear of missing out. *J Adolesc.* **2017**; 55:51-60.
250. **Sütterlin S, Paap MCS, Babic S, Kübler A, Vögele C.** Rumination and age: some things get better. *J Aging Res.* **2012**; 2012(1):267327.
251. **Emery L, Sorrell A, Miles C.** Age differences in negative, but not positive, rumination. *Journals Gerontol Ser B.* **2020**; 75(1):80-84.
252. **Aslan İ, YAŞAR ME.** Measuring social media addiction among university students. *Int J Contemp Econ Adm Sci.* **2020**; 10(2):468-492.
253. **Chung KL, Morshidi I, Yoong LC, Thian KN.** The role of the dark tetrad and impulsivity in social media addiction: Findings from Malaysia. *Pers Individ Dif.* **2019**; 143:62-67.
254. **Jasso-Medrano JL, López-Rosales F.** Measuring the relationship between social media use and addictive behavior and depression and suicide ideation among university students. *Comput Human Behav.* **2018**; 87:183-191.
255. **Müller KW, Dreier M, Beutel ME, Duvén E, Giralt S, Wölfling K.** A hidden type of internet addiction? Intense and addictive use of social networking sites in adolescents. *Comput Human Behav.* **2016**; 55:172-177.
256. **Kırık A, Arslan A, Çetinkaya A, Gül M.** A quantitative research on the level of social media addiction among young people in Turkey. *Int J Sport Cult Sci.* **2015**; 3(3):108-122.
257. **Allahverdi FZ.** Relationship between perceived social media addiction and social media

- applications frequency usage among university students. *Psychol Sch.* **2022**; 59(6):1075-1087.
258. **Hoşgör H, HOŞGÖR SKOÇTDG, TANDOĞAN Ö.** Üniversite öğrencileri arasında sosyal medyadaki gelişmeleri kaçırma korkusu yaygınlığının farklı değişkenler açısından incelenmesi. *J Acad Value Stud.* **2019**; 3(17):213-223.
259. **Syahputra Y, Ifdil I, Hafni M, Solihatun S, Oktara TW, Erwinda L.** Narcissism and social media addiction: gender, social demographics, and social media use. *COUNS-EDU Int J Couns Educ.* **2022**; 7(2):69-79.
260. **Rai D, Jaisooriya TS, Narayanaswamy JC, Arumugham SS, Reddy YCJ.** Behavioural addictions in obsessive compulsive disorder—Prevalence and clinical correlates. *Psychiatry Res Commun.* **2022**; 2(1):100016.
261. **Lee S-L, Park MS-A, Tam C-L.** The relationship between Facebook attachment and obsessive-compulsive disorder severity. *Cyberpsychology J Psychosoc Res Cybersp.* **2015**; 9(2).
262. **Bilgin M.** Ergenlerde sosyal medya bağımlılığı ve psikolojik bozukluklar arasındaki ilişki. *J Int Sci Res.* **2018**; 3(3):237-247.
263. **Mishra S, Malathi H, Deep P.** Addictive digital media use and psychiatric symptoms: a cross-sectional study. *Multidiscip Sci J.* **2023**; 5.
264. **Bernal-Ruiz C, Rosa Alcázar AI, González-Calatayud V, Rosa-Alcázar E.** Is there a relationship between problematic Internet use and responses of social anxiety, obsessive-compulsive and psychological well-being among adolescents? Published online 2017.
265. **Hussain Z, Griffiths MD.** Problematic social networking site use and comorbid psychiatric disorders: A systematic review of recent large-scale studies. *Front psychiatry.* **2018**; 9:686.
266. **Bloch M, Misiak B.** Problematic online behaviors and their early patterns of co-occurrence in young adults: insights from directed and undirected networks. *Front Psychiatry.* **2025**; 16:1446338.
267. **Aksoy T.** POZİTİF VE NEGATİF RUMİNASYON ÖLÇEĞİNİN TÜRK KÜLTÜRÜNE UYARLANMASI VE GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI. Published online 2021.
268. **Freeston MH, Ladouceur R.** What do patients do with their obsessive thoughts? *Behav Res Ther.* **1997**; 35(4):335-348.
269. **Watkins E.** Appraisals and strategies associated with rumination and worry. *Pers Individ Dif.* **2004**; 37(4):679-694.
270. **Wahl K, Ertle A, Bohne A, Zurowski B, Kordon A.** Relations between a ruminative thinking style and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical samples. *Anxiety, Stress Coping.* **2011**; 24(2):217-225.
271. **Gilbert KE, Nolen-Hoeksema S, Gruber J.** Positive emotion dysregulation across mood disorders: How amplifying versus dampening predicts emotional reactivity and illness course. *Behav Res Ther.* **2013**; 51(11):736-741.
272. **Vanderlind WM, Everaert J, Joormann J.** Positive emotion in daily life: Emotion regulation and depression. *Emotion.* **2022**; 22(7):1614.
273. **Bipeta R, Yerramilli SS, Karredla AR, Gopinath S.** Diagnostic stability of internet addiction in

- obsessive-compulsive disorder: Data from a naturalistic one-year treatment study. *Innov Clin Neurosci*. **2015**; 12(3-4):14.
274. **Hong W, Liu R-D, Ding Y, Fu X, Zhen R, Sheng X.** Social media exposure and college students' mental health during the outbreak of CoViD-19: the mediating role of rumination and the moderating role of mindfulness. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw*. **2021**; 24(4):282-287.
  275. **Yang C, Carter MDK, Webb JJ, Holden SM.** Developmentally salient psychosocial characteristics, rumination, and compulsive social media use during the transition to college. *Addict Res Theory*. **2020**; 28(5):433-442.
  276. **Castro-Calvo J, Beltrán-Martínez P, Flayelle M, Billieux J.** Rumination across internet use disorders (IUDs): a systematic review. *Curr Addict Reports*. **2022**; 9(4):540-570.
  277. **Baltacı Ö.** The predictive relationships between the social media addiction and social anxiety, loneliness, and happiness. *Int J Progress Educ*. **2019**; 15(4):73-82.
  278. **Longstreet P, Brooks S.** Life satisfaction: A key to managing internet & social media addiction. *Technol Soc*. **2017**; 50:73-77.
  279. **Sahin C.** The Predictive Level of Social Media Addiction for Life Satisfaction: A Study on University Students. *Turkish Online J Educ Technol*. **2017**; 16(4):120-125.

## 8. EKLER

### EK-1

#### Sosyodemografik Veri Formu

|                                                                  |                                                                           |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1.Yaş                                                            |                                                                           |
| 2.Cinsiyet                                                       | 1.Kadın<br>2.Erkek                                                        |
| 3. Eğitim Durumu                                                 | 1.Okula gitmedim. 2. İlkokul 3.Ortaokul<br>4.Lise 5.Üniversite            |
| 4. Medeni durum                                                  | 1.Bekar<br>2.Evli                                                         |
| 5. Meslek                                                        | 1.Çalışmıyor<br>2.Çalışıyor                                               |
| 6. Yaşadığı yer                                                  | 1.İl merkezinden küçük<br>2.İl merkezi                                    |
| 7. Daha önce psikiyatri başvurusu                                | 1.Yok<br>2.Var                                                            |
| 8. Ek Tıbbi Hastalık                                             | 1.Yok<br>2.Var<br>Varsa tanısı:                                           |
| Alışkanlıklar:                                                   | 1.Yok<br>2.Var                                                            |
| 9.Sigara                                                         | Var ise günlük kullanım miktarı:                                          |
| 10.Alkol                                                         | 1.Yok<br>2.Var<br>Miktarı ve sıklığı:                                     |
| 11.Madde                                                         | 1.Yok<br>2.Var<br>Var ise kullanılan madde türü:<br>Sıklığı:              |
| 12.Şuan kullandığınız cep telefonunu kaç yıldır kullanıyorsunuz? |                                                                           |
| 13. Ne kadar süredir sosyal medya kullanıyorsunuz?               | 1. 1 yıldan daha az<br>2. 1-3 yıl<br>3. 3-5 yıl<br>4. 5 yıldan daha fazla |

|                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>14. Hangi sosyal medya sitelerini kullanıyorsunuz?</p> <p>Sosyal medya hesaplarınızda günde ortalama ne kadar zaman geçiriyorsunuz?</p> | <p>1. X(eski ismi ile Twitter)<br/>1. Kullanmıyorum. 2. Kullanıyorum<br/>Günlük ortalama kullanım süresi.....</p> <p>2. Facebook<br/>1. Kullanmıyorum. 2. Kullanıyorum<br/>Günlük ortalama kullanım süresi.....</p> <p>3. Instagram<br/>1. Kullanmıyorum. 2. Kullanıyorum<br/>Günlük ortalama kullanım süresi.....</p> <p>4. Threads<br/>1. Kullanmıyorum. 2. Kullanıyorum<br/>Günlük ortalama kullanım süresi.....</p> <p>5. Snapchat<br/>1. Kullanmıyorum. 2. Kullanıyorum<br/>Günlük ortalama kullanım süresi.....</p> <p>6. TikTok<br/>1. Kullanmıyorum. 2. Kullanıyorum<br/>Günlük ortalama kullanım süresi.....</p> <p>7. Youtube<br/>1. Kullanmıyorum. 2. Kullanıyorum<br/>Günlük ortalama kullanım süresi.....</p> <p>8. Diğer</p> |
| <p>15. Sosyal medya hesaplarınıza günlük ortalama kaç defa giriş yapıyorsunuz?</p>                                                         | <p>1. 10'dan az<br/>2. 10-20 arası<br/>3. 20 'den fazla<br/>Yöntem:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>16. Sosyal medyaya bağımlı olduğunuzu düşünüyor musunuz?</p>                                                                            | <p>1. Hayır<br/>2. Kısmen<br/>3. Evet</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

**EK-2****Obsesif Kompulsif Bozukluk Veri Formu**

|                                           |                                                               |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1. Obsesif Kompulsif Belirti Başlama Yaşı | Obsesyon:<br>Kompulsiyon:                                     |
| 2. İlk Tedavi Yaşı                        |                                                               |
| 3. Komorbid Psikiyatrik Hastalık          | 1. Yok<br>2. Var<br>Varsa Tanı:                               |
| 4. Hastane Yatış Öyküsü                   | 1. Yok<br>2. Var<br>Varsa kaç defa:                           |
| 5. EKT Uygulaması                         | 1. Yok<br>2. Var                                              |
| 6. Özkıyım Girişimi Öyküsü                | 1. Yok<br>2. Var<br>Varsa; Sayısı..... Yöntemi.....           |
| 7. Travmatik Olay Öyküsü                  | 1. Yok<br>2. Var                                              |
| 8. OKB Başlatıcı Stres Etkeni             | 1.Yok<br>2.Var                                                |
| 9. İçgörü                                 | 1. Yok<br>2. Var                                              |
| 10.Tedavi Uyumu                           | 1.Yok<br>2.Var<br>Yoksa nedenleri:                            |
| 11. Kullandığı Tedavi                     | 1. Antidepresan<br>2. Antidepresan + Antipsikotik<br>3. Diğer |

### EK-3

## Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOKÖ) ve Belirti Kontrol Listesi

### Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

İsim: .....

Tarih: .....

### Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Var olan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları "P" ile işaretleyiniz.

(Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyazise ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. "s" ile işaretlenen semptomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir.)

| Şimdi | Geçmişte |                                                                                                 |
|-------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |          | <b>SALDIRGANLIK OBSESYONLARI</b>                                                                |
|       |          | Kendine zarar vereceğinden korkma                                                               |
|       |          | Başkalarına zarar vereceğinden korkma                                                           |
|       |          | Şiddet içeren veya korkutucu imgeler                                                            |
|       |          | Müstehten veya hakaret edici sözler söyleme korkusu                                             |
|       |          | Utandırılacak bir şey yapmaktan korkma*                                                         |
|       |          | İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örn. arkadaşını yaralama)                                |
|       |          | Çalacağından korkma                                                                             |
|       |          | Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örn. çarpma/kaçma, motorlu araç kazası) |
|       |          | Olan kötü olaylardan kendinin sorumlu olacağı korkusu (örn. yangın, hırsızlık)                  |
|       |          | Diğer .....                                                                                     |
|       |          | <b>KİRLENME OBSESYONLARI</b>                                                                    |
|       |          | Vücut atık veya salgılarından (örn. idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek            |
|       |          | Kir veya mikroplardan kaygılanmak                                                               |
|       |          | Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örn. asbestoz, radyasyon, toksik atıklar)               |
|       |          | Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örn. temizlik maddeleri, çözücüler)              |
|       |          | Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı                                                     |
|       |          | Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örn. böcekler)                                             |
|       |          | Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak                                                |
|       |          | Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)                                      |
|       |          | Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçları düşünmemek               |
|       |          | Diğer .....                                                                                     |

**CİNSEL OBSESYONLAR**

|       |       |                                                                             |
|-------|-------|-----------------------------------------------------------------------------|
| _____ | _____ | Yasaklanmış veya sapıklık derecesinde cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler |
| _____ | _____ | Çocuklar veya inest ilişkisi ile ilgili                                     |
| _____ | _____ | Homoseksüel ilişkisi ile ilgili*                                            |
| _____ | _____ | Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*                              |
| _____ | _____ | Diğer .....                                                                 |

**BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI**

(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır)

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
|-------|-------|-------|

**DİNİ OBSESYONLAR**

|       |       |                                                         |
|-------|-------|---------------------------------------------------------|
| _____ | _____ | Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili |
| _____ | _____ | Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi                  |
| _____ | _____ | Diğer .....                                             |

**EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR**

|       |       |                                                                                                        |
|-------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| _____ | _____ | Doğaüstü düşünce ile birlikte (örn. eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceği) |
| _____ | _____ | Doğaüstü düşünceler olmadan                                                                            |

**DİĞER OBSESYONLAR**

|       |       |                                                  |
|-------|-------|--------------------------------------------------|
| _____ | _____ | Bilme veya hatırlama ihtiyacı                    |
| _____ | _____ | Belirli şeyleri söyleme korkusu                  |
| _____ | _____ | Doğru şeyi söyleyememe korkusu                   |
| _____ | _____ | Birşeyler kaybetme korkusu                       |
| _____ | _____ | İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler         |
| _____ | _____ | Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma      |
| _____ | _____ | Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma* |
| _____ | _____ | Uğurlu veya uğursuz sayılar                      |
| _____ | _____ | Özel anlamı olan renkler                         |
| _____ | _____ | Batıl itikatlar                                  |
| _____ | _____ | Diğer .....                                      |

---

**Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)**

**SOMATİK OBSESYONLAR**

- \_\_\_\_\_ Hastalık ile ilgili\*
- \_\_\_\_\_ Vücudun bir parçası veya görünümü ile aşırı ilgili  
(örn. dismorfofobi)
- \_\_\_\_\_ Diğer .....

**TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI**

- \_\_\_\_\_ Aşırı veya törensel el yıkama
- \_\_\_\_\_ Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat
- \_\_\_\_\_ Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin aşırı temizliği ile ilgili
- \_\_\_\_\_ Kirleticilerle teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
- \_\_\_\_\_ Diğer .....

**KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI**

- \_\_\_\_\_ Kilit, ocak, alet vb.lerinin kontrolü
- \_\_\_\_\_ Başkalarına zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
- \_\_\_\_\_ Kendine zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
- \_\_\_\_\_ Korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etmek
- \_\_\_\_\_ Hata yapıp yapmadığını kontrol etmek
- \_\_\_\_\_ Somatik obsesyonlara bağlı kontroller
- \_\_\_\_\_ Diğer .....

**TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR**

- \_\_\_\_\_ Tekrar okuma veya yazma
- \_\_\_\_\_ Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi  
(örn. kapıdan girme/çıkma, sandalyeye oturma/kalkma)
- \_\_\_\_\_ Diğer .....

**SAYMA KOMPULSİYONLARI**

\_\_\_\_\_

**SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI**

\_\_\_\_\_

**BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI**

[Hobilerden, maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır (örn. eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek).]

---

**DİĞER KOMPULSİYONLAR**

|       |       |                                                                                                                 |
|-------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| _____ | _____ | Zihinsel törenler (kontrol veya sayma dışında)                                                                  |
| _____ | _____ | Aşırı liste hazırlama                                                                                           |
| _____ | _____ | Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi                                                                     |
| _____ | _____ | Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*                                                                        |
| _____ | _____ | Göz kırpma veya gözlerini dikme töreni davranışları*                                                            |
| _____ | _____ | Kendine .....; başkalarına ..... zarar gelmemesi veya kötü olaylara ..... karşı önlem alma (kontrol etme değil) |
| _____ | _____ | Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları*                                                                  |
| _____ | _____ | Batıl davranışlar                                                                                               |
| _____ | _____ | Trikotillomani*                                                                                                 |
| _____ | _____ | Kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar*                                                               |
| _____ | _____ | Diğer .....                                                                                                     |

**Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)**

İsim: .....

Tarih: .....

**HEDEF SEMPTOM LİSTESİ**

OBSESYONLAR:

1.

.....

2.

.....

3.

.....

.....

KOMPULSİYONLAR:

1.

.....

2.

.....

3.

.....

.....

KAÇINMA:

1.

.....

2.

.....

3.

.....

.....

## **YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSIYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS)**

“Şimdi, obsesif düşünceleriniz hakkında bazı sorular soracağım.” (Hastanın hedef obsesyonlarına yönelik olarak sorunuz.)

### **1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN**

**Soru:** Obsesif düşünceler ne oranda zamanınızı alıyor? [Obsesyonlar kısa ve gelip geçici ise, saat olarak belirtilmesi güç olabilir. Bu durumlarda, obsesyonların oluş sıklığına göre süreyi tahmin etmelisiniz. İstenmeyen olayların görülme sıklığını ve bu durumun günde kaç saat sürdüğünü göz önüne almalısınız. Sorun:] Obsesif düşünceler ne sıklıkla oluşuyor? [Düşünceye dalma gibi ego ile uyumlu ve rasyonel olan (abartılı olmayan) düşüncelerin saf dışı bırakıldığından emin olunuz.]

- 0: Yok.
- 1: Hafif, günde 1 saatten az veya seyrek.
- 2: Orta, günde 1-3 saat veya sık.
- 3: Ciddi, günde 3-8 saat veya çok sık.
- 4: İleri boyutlarda, günde 8 saatten fazla veya yaklaşık sürekli.

### **1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM** (toplam puanlamaya katılmaz)

**Soru:** Ortalama olarak, bir gün içinde birbirini izleyen kaç saat süreyle obsesif düşüncelerden kurtuluyorsunuz? [Gerekliyorsa sorunuz:] Obsesif düşüncelerden kurtulduğunuz en uzun süre ne kadardır?

- 0: Yok.
- 1: Uzun, her gün, aralıksız 8 saatten uzun semptomsuz dönem.
- 2: Orta, her gün, 3-8 saat süren aralıksız semptomsuz dönem.
- 3: Kısa, her gün 1-3 saat süren aralıksız semptomsuz dönem.
- 4: İleri derecede kısa, günde 1 saatten az süren semptomsuz dönem.

### **2. OBSESİF DÜŞÜNCELERDEN ETKİLENME**

**Soru:** Obsesif düşünceleriniz sosyal yaşantınızı veya iş hayatınızı ne oranda etkilemektedir? Bu nedenle gerçekleştiremediğiniz herhangi bir şey oluyor mu? [Hasta o anda çalışmıyorsa, çalışması halinde performansının ne kadar etkilenebileceğini gözönünde bulundurunuz.]

---

- 0: Hiç.
- 1: Hafif, sosyal veya mesleki uğraşlar çok hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok.
- 2: Orta, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olmakla birlikte hâlâ başa çıkılabilir durumda.
- 3: Ciddi, sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış.
- 4: İleri derecede, iş göremez durumda.

### **3. OBSESİF DÜŞÜNCELERE KARŞI DUYULAN RAHATSIZLIK**

**Soru:** Obsesif düşünceler sizi ne kadar rahatsız ediyor? [Çoğu zaman, rahatsızlık anksiyete ile eşdeğerdir. Buna rağmen hastalar, obsesyonlarının "rahatsız edici" olduklarını kabul etmelerine karşın "anksiyete"yi reddederler. Burada, sadece obsesyonların doğurduğu anksiyeteden bahsedilmektedir. Yaygın anksiyete ve diğer semptomlarla birlikte görülen anksiyetelerin bu bölümün kapsamı içine alınmaları gerekir.]

- 0: Hiç.
- 1: Hafif, fazla rahatsızlık vermeyen.
- 2: Orta, rahatsız edici, fakat başedilebilir.
- 3: Ciddi, çok fazla rahatsız edici.
- 4: İleri derecede, yaklaşık sürekli ve kısıtlayıcı rahatsızlık.

### **4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME**

**Soru:** Obsesif düşüncelere karşı direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? Aklınıza geldiklerinde, hangi sıklıkla önemsemiyor veya başka şeylere dikkat etmeye çalışıyorsunuz? [Sadece obsesyonları önleme çabalarını değerlendiriniz. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları gözönüne almayınız. Hastanın obsesyonlara karşı ne kadar direndiği, onları kontrol etme yeteneği ile ilişkili olabilir veya olmayabilir. Bu madde, istenmeyen düşüncelerin ciddiyet derecesinin doğrudan değerlendirilmesi yerine sağlık göstergesini, örneğin, kaçınma ve kompulsiyonu gerçekleştirme dışında kalan yöntemlerle hastanın obsesyonlara karşı çabalamasını, değerlendirmektedir. Bu yüzden, hastanın çabası arttıkça, işlevlerindeki etkilenme o miktarda azalacaktır. Direnmenin "aktif" ve "pasif" türleri vardır. Davranış terapisindeki hastalar, obsesif semptomlar ile hiç mücadele etmeyerek (örn. "bırak, düşünceler gelsin"; pasif direnme) veya istemli olarak bu düşünceleri aklına getirerek, başa çıkmaya çalışıyor olabilirler. Bu maddede, bu tür davranış tekniklerinin kullanılıyor olmasını direnme olarak kabul ediniz. Obsesyonların çok az olması halinde, hasta onlara karşı direnme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda "0" puan veriniz.]

---

- 0: Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki, çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.
- 1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.
- 2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.
- 3: Çaba göstermeden tüm obsesyonlara teslim olmuştur, fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.
- 4: Tam ve gönüllü olarak obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.

### **5. OBSESİF DÜŞÜNCELERİ KONTROL ETME DERECEŚİ**

**Soru:** Obsesif düşüncelerinizi ne kadar kontrol edebiliyorsunuz? Obsesif düşüncelerinizi önlemede veya dikkatinizi başka yöne çekmede ne kadar başarılısınız? Aklınızdan çıkarabiliyor musunuz? [Bir önceki maddede yer alan direnmenin aksine, hastanın obsesyonlarını kontrol etme yeteneği, istenmeyen düşüncelerin ciddiyeti ile daha yakından ilgilidir.]

- 0: Tam olarak kontrol edebiliyor.
- 1: Büyük oranda kontrol edebiliyoruz, genellikle biraz çaba ve dikkatini toplayarak obsesyonları durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor.
- 2: Orta derecede kontrol edebiliyor, obsesyonları bazen durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor.
- 3: Az miktarda kontrol edebiliyor, obsesyonları durdurmada veya aklından çıkarmada nadiren başarılı oluyor. Dikkatini sadece zorlukla başka konulara yöneltebiliyor.
- 4: Kontrol edemiyor, tamamıyla istemsiz olarak obsesyonlar mevcuttur. Bir an bile aklından çıkaramamaktadır.

“Bundan sonra yer alan bazı sorular, kompulsif davranışlarınız ile ilgilidir.” [Hastanın hedef kompulsiyonunu spesifik olarak belirtiniz.]

### **6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN ZAMAN**

**Soru:** Kompulsif davranışlar için ne kadar zaman harcıyorsunuz? [Günlük yaşam etkinlikleri törensel olarak uygulama varsa, şu soruyu sorunuz:] Bu inançlarınız nedeniyle, günlük sıradan etkinlikler için diğer insanlardan ne kadar fazla zaman harcıyorsunuz? [Kompulsiyonlar kısa süreli ve gelip geçici ise, bunların uygulanması sırasında geçen sürenin toplam şu kadar saat şeklinde ifade edilebilmesi olanaksız olabilir. Bu durumda, ne sıklıkta uygulandığına göre harcanan süreyi tahmin ediniz. Kompulsiyonların günde kaç kez olduğunu ve günde kaç saat etkilendiğini birlikte değerlendiriniz. Kompulsif davranışların günde kaç kez tekrarlandığı değil,

hangi sıklıkta oluştuğu dikkate alınmalıdır. Örneğin, günde 20 kez banyoya giderek, her seferinde ellerini 5 kez hızla yıkayan bir hasta, 5 veya  $5 \times 20 = 100$  değil, 20 kez kompulsif davranış gösteriyor demektir. Şu soruyu sorunuz:] Kompulsiyonları ne sıklıkta yapıyorsunuz? [Çoğu zaman kompulsiyonlar gözlemlenebilir davranışlardır (örn. el yıkama), fakat bazı kompulsiyonlar görülebilir değildir (örn. içten kontrol etme).]

0: Hiç.

1: Hafif (günde 1 saatten az) veya seyrek olarak.

2: Orta (günde 1-3 saat) veya sık sık kompulsif davranışlar.

3: Ciddi (günde 3-8 saat) veya çok sık kompulsif davranışlar.

4: İleri derecede (günde 8 saatten fazla) veya nerdeyse sürekli olarak kompulsif davranışlar (sayılamayacak kadar fazla).

#### **6b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN SÜRE (Toplam puanlamaya katılmaz)**

**Soru:** Ortalama olarak, bir gün içinde birbirini izleyen kaç saat süreyle kompulsif davranışlardan kurtuluyorsunuz? [Gerekliyorsa sorunuz:] Kompulsif davranışlardan kurtulduğunuz en uzun süre ne kadardır?

0: Hiç semptom yok.

1: Uzun, her gün, aralıksız 8 saatten uzun süren semptomsuz dönem.

2: Orta, her gün, 3-8 saat süren aralıksız semptomsuz dönem.

3: Kısa, her gün, 1-3 saat süren aralıksız semptomsuz dönem.

4: İleri derecede kısa, günde 1 saatten az süren semptomsuz dönem.

#### **7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ**

**Soru:** Kompulsif davranışlarınız sosyal yaşantınızı veya iş hayatınızı ne oranda etkilemektedir? Bu nedenle gerçekleştiremediğiniz herhangi bir şey oluyor mu? [Hasta o anda çalışmıyorsa, çalışması halinde performansının ne kadar etkilenebileceğini gözönünde bulundurunuz.]

0: Hiç.

1: Hafif, sosyal veya mesleki uğraşlar çok hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok.

2: Orta, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olmakla birlikte hâlâ başağıkılabilir durumda.

3: Ciddi, sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış.

4: İleri derecede, iş göremez durumda.

## **8. KOMPULSİF DAVRANIŞLARA KARŞI DUYULAN RAHATSIZLIK**

**Soru:** Kompulsif davranışlarınız engellenseydi neler hissederdiniz? [Duraklayınız] Ne kadar rahatsız olurdunuz? [Kompulsif davranış ikna edilmeden aniden kesilmesi halinde, hastanın duyacağı rahatsızlık derecesini değerlendiriniz. Her zaman olmamakla birlikte, çoğunlukla, kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi huzursuzluğu azaltır. Görüşmeyi yapan kişi, kompulsiyonun yukarıda bahsedildiği şekilde engellenmesi durumunda anksiyetenin azaldığı kanısına ulaşıyorsa, şu soru sorulmalıdır:] Tamamlandığına ikna olana kadar kompulsif davranışınızı sürdürürken ne kadar anksiyete duyarsınız?

0: Hiç.

- 1: Kompulsif davranışın engellenmesi halinde veya kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi esnasında hafif anksiyete.
- 2: Orta, kompulsif davranışın engellenmesi halinde sıkıntı duyduğunu, fakat başedilebilir düzeyde olduğunu veya kompulsiyonun gerçekleştirilmesi sırasında anksiyetenin artabildiğini fakat başa çıkabildiğini bildirmektedir.
- 3: Ciddi kompulsiyonların engellenmesi halinde veya kompulsif davranışlar sırasında, anksiyete belirgin şekilde artmaktadır.
- 4: İleri derecede, kompulsif davranışa en ufak bir müdahale halinde veya kompulsiyon sırasında iş göremez duruma sokan anksiyete.

## **9. KOMPULSİF DAVRANIŞLARA KARŞI DİRENME**

**Soru:** Kompulsif davranışlara karşı direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? [Sadece direnme çabalarını değerlendiriniz. Kompulsiyonları kontrol başarılarını veya başarısızlıklarını dikkate almayınız. Hastanın kompulsiyona karşı ne kadar direndiği, onları kontrol etme yeteneği ile paralellik gösterebilir veya göstermeyebilir. Bu madde, kompulsiyonların ciddiyetini doğrudan ölçüm yerine, sağlık göstergesini değerlendirmektedir (örn. hastanın kompulsiyona karşı gösterdiği çabalar). Hastanın direnme çabaları arttıkça, işlevleri o derece az etkilenecektir. Kompulsiyonlar çok azsa, hasta onlara karşı direnme gereksinimi duymayabilir. Bu durumda "0" puan veriniz.]

- 0: Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki, çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.
  - 1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.
  - 2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.
  - 3: Çaba göstermeden tüm kompulsiyonlara teslim olmuştur, fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.
  - 4: Kompulsiyonlara, tam ve gönüllü olarak boyun eğmiştir.
-

- 3: Çaba göstermeden tüm kompulsiyonlara teslim olmuştur, fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.
- 4: Kompulsiyonlara, tam ve gönüllü olarak boyun eğmiştir.

#### **10. KOMPULSİF DAVRANIŞLARI KONTROL ETME DERECE**

**Soru:** Sizi kompulsif davranışı yapmaya iten şey ne kadar güçlü? [Duraklayınız] Kompulsiyonlar üzerine ne kadar kontrolünüz var? (Bir önceki maddede yer alan direnmenin aksine, hastanın kompulsiyonları kontrol etme yeteneği, kompulsiyonların ciddiyeti ile daha yakından ilgilidir.)

- 0: Tam olarak kontrol edebiliyor.
- 1: Büyük oranda kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için bir miktar baskı hissediyor, fakat genellikle kontrol edebiliyor.
- 2: Orta derecede kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için büyük baskı hissediyor, zorlukla kontrol edebiliyor.
- 3: Az miktarda kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için çok büyük baskı hissediyor, tamamlamak zorunda kalıyor, sadece güçlüklerle geciktirebiliyor.
- 4: Kontrol edemiyor, tamamiyle istemsiz olarak kompulsiyonları gerçekleştirmektedir, bir an için bile geciktirememektedir.

“Bundan sonra yer alan sorular, hem obsesyonlar, hem de kompulsiyonlar hakkındadır. Sorunlarla ilgili bazı sorular bulunmaktadır.” Bu sorular denyseldir ve toplam Y-BOCS puanlamasına dahil edilmezler, fakat semptomların değerlendirilmesinde yardımcı olabilirler.

#### **11. HAFTANIN OBSESYONLARI VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA İÇGÖRÜSÜ**

**Soru:** Düşünceleriniz ve davranışlarınızın mantıklı olduğunu düşünüyor musunuz? [Duraklayınız] Kompulsiyonlarınızı gerçekleştiremediğiniz takdirde ne olacağını tahmin ediyorsunuz? Gerçekten birşeyler olacağına inanıyor musunuz? [Görüşme sırasında izlediğiniz hastanın inançlarına dayanarak hastanın obsesyonu/obsesyonları hakkındaki içgörüsünü değerlendiriniz.]

- 0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.
- 1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının saçmalığını ve aşırılığını kabul etmekle birlikte anksiyete dışında dikkate alınacak bir şey olmadığı konusunda tatmin olmuş değil (örn. uzun süre şüpheleri vardır).
- 2: Orta derecede bir içgörü. İsteksizce de olsa düşünce veya davranışlarının saçmalığını veya aşırılığını kabul etmekle birlikte kararsızdır. Gerçekçi olmayan korkuları olabilir, fakat değişmeyen inançları yoktur.

- 3: Zayıf içgörü. Düşünce davranışlarının mantıksız veya aşırı olmadığına inanmaktadır, fakat karşı kanıtların geçerliliğini de kabul etmektedir.
- 4: İçgörüsü kaybolmuş, hayal dünyasında. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğuna tam olarak inanmış durumdadır, karşı kanıtlara karşı tepkisizdir.

## **12. KAÇINMA**

**Soru:** Obsesyonel düşünceleriniz nedeniyle veya istemeden kompulsif hareketler yapacağınız endişesi ile herhangi bir şeyi yapmaktan, herhangi bir yere gitmekten veya herhangi biri ile birlikte olmaktan kaçındığınız oluyor mu? [Yanıt “evet” ise şu soruyu sorunuz:] Bu kaçınma ne oranda oluyor? [Hastanın ne kadar kaçındığını değerlendiriniz. Bazen kompulsiyonlar, hastanın korktuğu bir şey ile temastan “kaçınma” şeklinde olabilir. Örneğin, törensi bir tarzda elbise yıkama, kaçınma davranışı değil, kompulsiyon olarak kabul edilmelidir. Hasta çamaşır yıkamıyor ise, bu durum kaçınma olarak kabul edilmelidir.]

- 0: Görünen bir kaçınma yok.
- 1: Hafif, en alt düzeyde kaçınma var.
- 2: Orta, görülen, açık bir kaçınma var.
- 3: Ciddi, çok fazla kaçınma var.
- 4: İleri derecede, aşırı boyutlarda kaçınma, semptomları başlatabilecek olan hemen her şeyi yapmaktan kaçınmaktadır.

## **13. KARARSIZLIK DERESESİ**

**Soru:** Diğer kişilerin bir seferde karar verdikleri ufak şeyler hakkında karar verirken zorlanıyor musunuz (örn. sabahları hangi kıyafetleri giyeceğiniz hakkında)? [Derin düşünceyi gösteren karar verme güçlüklerini değerlendirmeyiniz. Rasyonel olarak karar vermenin güç olduğu karmaşıklık durumlarını da değerlendirmeyiniz.]

- 0: Kararsızlık yok.
  - 1: Hafif, bazı küçük şeyler hakkında karar verme güçlüğü.
  - 2: Orta, başkalarının ikinci bir kez düşünmeyecekleri şeyler hakkında bile karar verirken güçlük çektiğini belirtmektedir.
  - 3: Ciddi, önemli olmayan konularda bile sürekli yarar/zarar değerlendirmesi yapmaktadır.
  - 4: İleri derecede, karar verme yetisi kaybolmuş, iş göremez durumdadır.
-

#### **14. AŞIRI SORUMLULUK HİSSİ**

**Soru:** Yaptıklarınız sonucunda olanlar hakkında kendinizi çok fazla sorumlu hissediyor musunuz? Hiçbir şekilde kontrolünüz altında olmayan olayların sonucu hakkında kendinizi suçlu hissediyor musunuz? [Normal sorumluluk duygusu, değersiz hissedilme duygusu ve patolojik suçluluk ile karıştırılmamalıdır. Suçluluk duyan bir kişi, kendini veya yaptıklarını kötü, şeytani olarak nitelendirir.]

- 0: Yok.
- 1: Hafif, sadece sorulduğunda bahsedilen hafif sorumluluk artışı.
- 2: Orta, hastanın kendiliğinden bahsettiği, açıkça görülen düşünceler; hasta kendi kontrol edebileceği olayların dışında kalanlar için aşırı sorumluluk hissetmektedir.
- 3: Ciddi, bu tür duygular yaygındır ve önde gelmektedir; kesinlikle kendi kontrolü dışında kalan olaylardan bile kendini sorumlu hissetmektedir. Kendini anlamsız, hatta saçma bir şekilde suçlamaktadır.
- 4: İleri, delilik derecesinde sorumluluk (örn. kompulsiyonlarını gerçekleştiremediği için, binlerce kilometre ötede olan bir depremde kendini suçlu hissetmek).

#### **15. HAREKETLERDE BELİRGİN YAVAŞLAMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ**

**Soru:** Size verilen görevlere başlarken veya bitirirken güçlük çekiyor musunuz? Birçok olağan iş, olması gerekenden daha uzun sürüyor mu? [Depresyona bağlı ikincil psikomotor yavaşlama ile karıştırmayınız. Özel bir obsesyon saptanmasa bile, olağan işlerin gerçekleştirilmesi için harcanan zaman artışını değerlendiriniz.]

- 0: Yok.
- 1: Hafif, bazen başlarken veya bitirirken gecikme.
- 2: Orta, sıklıkla olağan işlerin uzun sürmesi, ancak genellikle tamamlanması. Sıklıkla geç olması.
- 3: Ciddi, olağan görevlerin başlanmasında ve bitirilmesinde yaygın ve belirgin zorlanma. Genellikle geç olması.
- 4: İleri derecede, işlemin tümünde yardım görmeden, olağan işlevlere başlayamama ve bitirememe.

#### **16. PATOLOJİK KUŞKU**

**Soru:** Bir işi tamamladığınız zaman, onu doğru olarak yaptığınızdan şüpheleniyor musunuz? Onu başardığınızdan şüpheleniyor musunuz? Olağan şeyleri yaparken, algılarınızı (örn. gördüklerinize, duyduklarınıza ve dokunma duyunuza) güvenmediğiniz oluyor mu?

---

0: Hiç.

- 1: Hafif, sadece sorulduğu zaman bahsedilen hafif patolojik kuşku. Verilen örnekler normal sınırlar içinde olabilir.
- 2: Orta, hasta bu düşünceleri kendisi belirtir, hastanın bazı davranışlarında açık olarak vardır; hasta patolojik kuşkudan rahatsızdır. Performansını bir miktar etkilemekle birlikte bahsedilebilir boyutlardadır.
- 3: Ciddi, algıları hakkındaki kuşkuları belirgindir; patolojik kuşku sıklıkla performansını etkilemektedir.
- 4: İleri derecede, algıları hakkındaki kuşkuları sürekli; patolojik kuşkuları hemen her tür faaliyetini belirgin olarak etkilemektedir. İşgöremez durumdadır (örn. hasta "gördüklerime inanamıyorum." diye belirtmektedir).

(Madde 17 ve 18 hastalığın global ciddiyeti ile ilgilidir. Görüşmecinin sadece obsesif kompulsif semptomların ciddiyetini değil, global işlevselliği de dikkate alması gereklidir.)

**17. GLOBAL CİDDİYET:** Hastanın hastalığının ciddiyeti hakkında görüşmecinin edindiği kanı. 0'dan (hastalığın olmaması durumunda), 6'ya (en ciddi hastalık durumu) kadar derecelendirilir. [Hasta tarafından belirtilen rahatsızlık duyumunu, gözlenen belirtileri ve hastanın belirttiği işlevsel yetersizlikleri dikkate alınız. Sizin kanınız, hem bu bilgilerin ortalama puanlaması, hem de edinilen bilgilerin doğruluğu ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi için gereklidir. Bu kanıya, görüşmeyi yaparken edindiğiniz bilgilerin ışığı altında varmalısınız.]

0: Hastalık yok.

- 1: Hafif, şüpheli, gelip geçici hastalık; işlevsel bozukluk yok.
- 2: Hafif semptomlar, işlevsel bozukluk az.
- 3: Orta derecede semptomlar, çabayla işlevsel olabiliyor.
- 4: Orta-ciddi derecede semptomlar, işlevsellik kısıtlanmış.
- 5: Ciddi semptomlar, büyük oranda yardımla işlevsel olabiliyor.
- 6: İleri boyutlarda ciddi semptomlar, işgöremez durumda.

**18. GLOBAL DÜZELME:** Kendi kanınıza göre, ilaç tedavisine bağlı olsun veya olmasın, İLK DEĞERLENDİRMENİN YAPILDIĞI DÖNEMDEN BUGÜNE kadar meydana gelen iyileşmeyi derecelendiriniz.

0: Çok daha kötü.

1: Daha kötü.

---

- 2: Biraz daha kötü.
- 3: Değişiklik yok.
- 4: Bir miktar iyileşme var.
- 5: Daha iyi.
- 6: Çok daha iyi.

**19. GÜVENİRLİK:** Derecelendirme puanlarının güvenilirliğini değerlendiriniz. Güvenirliği etkileyen faktörler arasında hastanın doğal iletişim kurma yeteneği ve hasta ile kooperasyon kurulmaması bulunur. Obsesif-kompulsif semptomların tipi ve ciddiyeti, hastanın düşüncelerini yoğunlaştırmasını, dikkatini ve rahat konuşmasını etkileyebilir (örn. bazı obsesyonlar, hastanın kullandığı kelimeleri çok dikkatli olarak seçmesine neden olabilir.).

- 0: Mükemmel, edinilen bilgilerden şüphelenmek için hiçbir neden yok.
- 1: İyi, güvenirliliği kötü yönde etkileyebilecek faktör(ler) var.
- 2: Orta, güvenirliliği kesin olarak azaltan faktör(ler) var.
- 3: Zayıf, güvenirlilik çok az.

17 ve 18'inci maddeler, Clinical Global Impression Scale'den uyarlanmıştır. (Guy W: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology: Publication 76-338. Washington, D.C., U.S. Department of Health, Education, and Welfare (1976)).

Y-BOCS'un geliştirilmesi, kullanılması ve psikometrik özellikleri hakkında şu kaynaklardan daha ayrıntılı bilgi edinilebilir. [Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al.: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Part I. Development, use, and reliability, Arch Gen Psychiatry (46: 1006-1011, 1989)] ve [Goodman WK, Price LP, Rasmussen SA, et al.: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Part II. Validity. Arch Gen Psychiatry (46: 1012-1016, 1989)].

Y-BOCS'un çocuklar için uyarlanmış olan düzenlemesinin [Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) (Goodman WK, Rasmussen SA, Price LH, Mazure C, Rapoport JL, Heninger GR, Charney DS) kopyaları, Dr. Goodman'dan temin edilebilir.

## YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (9/89)

HASTA ADI: \_\_\_\_\_ Y-BOCS TOPLAM PUANI (Madde 1-10 toplamı) \_\_\_\_\_  
 PROTOKOL: \_\_\_\_\_ TARİH: \_\_\_\_\_  
 HEKİM: \_\_\_\_\_

|                                                                         |                                                |                              |                           |                         |                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------|
| 1. OBSESYONLARLA GEÇEN ZAMAN                                            | Yok<br>0                                       | Hafif<br>1                   | Orta<br>2                 | Ciddi<br>3              | İleri<br>4                                         |
| 1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM<br>(Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)    | Semptom yok<br>0                               | Ortalama<br>uzun<br>1        | Uzun<br>2                 | Çok<br>kısa<br>3        | Kısa<br>4                                          |
| 2. OBSESYONLARDAN ETKİLENME                                             | 0                                              | 1                            | 2                         | 3                       | 4                                                  |
| 3. OBSESYONLARDAN RAHATSIZ OLMA                                         | 0                                              | 1                            | 2                         | 3                       | 4                                                  |
| 4. OBSESYONLARA KARŞI DİRENME                                           | Sürekli<br>direnme<br>0<br>Tam<br>kontrol<br>0 | 1<br>Yeterli<br>kontrol<br>1 | 2<br>Orta<br>kontrol<br>2 | 3<br>Az<br>kontrol<br>3 | 4<br>Tam<br>teslimiyet<br>4<br>Kontrol<br>yok<br>4 |
| 5. OBSESYONLARIN KONTROLÜ                                               | 0                                              | 1                            | 2                         | 3                       | 4                                                  |
| OBSESYON ALITTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____                          |                                                |                              |                           |                         |                                                    |
| 6. KOMPULSİYONLARLA GEÇEN ZAMAN                                         | Yok<br>0                                       | Hafif<br>1                   | Orta<br>2                 | Ciddi<br>3              | İleri<br>4                                         |
| 6b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM<br>(Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz) | Semptom yok<br>0                               | Uzun<br>1                    | Ortalama<br>uzun<br>2     | Kısa<br>3               | Çok<br>kısa<br>4                                   |
| 7. KOMPULSİYONLARDAN ETKİLENME                                          | 0                                              | 1                            | 2                         | 3                       | 4                                                  |
| 8. KOMPULSİYONLARDAN RAHATSIZ OLMA                                      | 0                                              | 1                            | 2                         | 3                       | 4                                                  |
| 9. KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENME                                        | Sürekli<br>direnme<br>0<br>Tam<br>kontrol<br>0 | 1<br>Yeterli<br>kontrol<br>1 | 2<br>Orta<br>kontrol<br>2 | 3<br>Az<br>kontrol<br>3 | 4<br>Tam<br>teslimiyet<br>4<br>Kontrol<br>yok<br>4 |
| 10. KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ                                           | 0                                              | 1                            | 2                         | 3                       | 4                                                  |
| KOMPULSİYON ALITTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____                       |                                                |                              |                           |                         |                                                    |
| 11. OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI<br>HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ           | Mükemmel<br>0                                  | 1                            | 2                         | 3                       | Yok<br>4                                           |
| 12. KAÇINMA                                                             | Yok<br>0                                       | Hafif<br>1                   | Orta<br>2                 | Ciddi<br>3              | İleri<br>4                                         |
| 13. KARARSIZLIK                                                         | 0                                              | 1                            | 2                         | 3                       | 4                                                  |
| 14. PATOLOJİK SORUMLULUK                                                | 0                                              | 1                            | 2                         | 3                       | 4                                                  |
| 15. YAVAŞLAMA                                                           | 0                                              | 1                            | 2                         | 3                       | 4                                                  |
| 16. PATOLOJİK KUŞKU                                                     | 0                                              | 1                            | 2                         | 3                       | 4                                                  |
| 17. GLOBAL CİDDİYET                                                     | 0                                              | 1                            | 2                         | 3                       | 4                                                  |
| 18. GLOBAL DÜZELME                                                      | 0                                              | 1                            | 2                         | 3                       | 4                                                  |
| 19. GÜVENİRLİK                                                          | MÜKEMMEL = 0                                   | İYİ = 1                      | ORTA = 2                  | ZAYIF = 3               |                                                    |

## EK-4

### Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği

| Madde no |                                                                                                            | Hıçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sık sık | Her zaman |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|-------|---------|-----------|
| 1.       | Yakın zamanda sosyal medyada neler olup bittiği hakkında oldukça fazla düşünüyorum.                        |              |         |       |         |           |
| 2.       | Yapmam gereken bir iş varsa öncesinde sosyal medyayı kontrol ederim.                                       |              |         |       |         |           |
| 3.       | Belli bir süre sosyal medyaya girmede sosyal medyaya girme düşüncesi zihnimi meşgul eder.                  |              |         |       |         |           |
| 4.       | Hayatımın sosyal medya olmadan sıkıcı, boş ve zevksiz olacağını düşünüyorum.                               |              |         |       |         |           |
| 5.       | İnternete bağlı değilken yoğun bir şekilde sosyal medyaya girmeyi düşünürüm.                               |              |         |       |         |           |
| 6.       | Sosyal medyada neler olup, bittiğini merak ederim.                                                         |              |         |       |         |           |
| 7.       | Sosyal medyada düşündüğümde daha fazla zaman geçirdiğim olur.                                              |              |         |       |         |           |
| 8.       | Sosyal medya ile bağlantımı kesmeye karar verdiğimde kendi kendime birkaç dakika daha derim.               |              |         |       |         |           |
| 9.       | Sosyal medyayı uzun süre kullanmaktan asla vazgeçemem.                                                     |              |         |       |         |           |
| 10.      | Sosyal medyayı, planladığımdan daha fazla kullandığım olur.                                                |              |         |       |         |           |
| 11.      | Yaşamımdaki olumsuz düşüncelerden kurtulmak için sosyal medyada gezinmeyi tercih ederim.                   |              |         |       |         |           |
| 12.      | Sosyal medya ile eylemlere oyun, sohbet, fotoğraflara bakmak, vs.) uzun süreler ayırırım.                  |              |         |       |         |           |
| 13.      | Kişisel problemlerimi unutmak için sosyal medya kullanırım.                                                |              |         |       |         |           |
| 14.      | Kendimi yalnız hissettiğim zamanlarda sosyal medyada vakit geçiririm.                                      |              |         |       |         |           |
| 15.      | Yaşamımdaki olumsuz düşüncelerden kurtulmak için sosyal medyada gezinmeyi tercih ederim.                   |              |         |       |         |           |
| 16.      | Problemlerimden ve bunaldığımda sığındığım en iyi yer sosyal medyadır.                                     |              |         |       |         |           |
| 17.      | Sosyal medya kullandığım süre boyunca her şeyi unuturum.                                                   |              |         |       |         |           |
| 18.      | Sosyal medya kullanımını durdurmaya çalışıp başaramadığım olur.                                            |              |         |       |         |           |
| 19.      | Sosyal medya kullanımını denetim altına almak için yoğun bir istek duyarım.                                |              |         |       |         |           |
| 20.      | Sosyal medya kullanımını bırakmak için sonuç vermeyen çabalar gösteririm.                                  |              |         |       |         |           |
| 21.      | Sosyal medya kullanımını denetim altına almak için sonuç vermeyen çabalar gösteririm.                      |              |         |       |         |           |
| 22.      | Sosyal medyada harcadığım zamanı azaltmaya çalışır, başarısız olurum.                                      |              |         |       |         |           |
| 23.      | Mesleğime çalışanlarıma olumsuz bir etki yapmasına rağmen sosyal medyayı daha fazla kullanırım.            |              |         |       |         |           |
| 24.      | Sosyal medyadan dolayı hobilerime, boş zaman ve dinlenme faaliyetlerime daha az öncelik veririm.           |              |         |       |         |           |
| 25.      | Eş veya aile üyelerini sosyal medyadan dolayı ihmal ettiğim olur.                                          |              |         |       |         |           |
| 26.      | Arkadaşlarımı sosyal medyadan dolayı ihmal ettiğim olur.                                                   |              |         |       |         |           |
| 27.      | Sosyal medya dolayısıyla başladığım aktiviteleri zamanında bitiremem.                                      |              |         |       |         |           |
| 28.      | Sosyal medya dolayısıyla daha fazla zaman geçirmek için okula veya işle ilgili çalışmalarını ihmal ederim. |              |         |       |         |           |
| 29.      | Sosyal medyada zaman geçirmeyi arkadaşlarımla zaman geçirmeye tercih ederim.                               |              |         |       |         |           |
| 30.      | Sosyal medyada geçirdiğim zaman yüzünden okul çalışmalarım ya da işlerim sekteye uğrar.                    |              |         |       |         |           |
| 31.      | Sosyal medya yüzünden üretkenliğim azalır.                                                                 |              |         |       |         |           |
| 32.      | Sosyal medyada zaman geçirmeyi arkadaşlarımla zaman geçirmeyi tercih ederim.                               |              |         |       |         |           |
| 33.      | İnsanlar sosyal medyada geçirdiğim zamanın miktarı konusunda beni eleştirirler.                            |              |         |       |         |           |
| 34.      | Kendimi sosyal medyada ne kadar süre gezindiğimi saklamaya çalışırken bulurum.                             |              |         |       |         |           |
| 35.      | Sosyal medya yüzünden yemek yemeyi unuttuğum zamanlar olur.                                                |              |         |       |         |           |
| 36.      | Sosyal medya kullanımı yüzünden kişisel bakıma daha az vakit ayırdığım olur.                               |              |         |       |         |           |
| 37.      | Sosyal medya kullanımı yüzünden uyku düzenimde değişiklikler/bozukluklar olur.                             |              |         |       |         |           |
| 38.      | Sosyal medya kullanımı yüzünden fiziksel sorunlar (sırt, baş, göz, ağrıları vb.) yaşadığım olur.           |              |         |       |         |           |
| 39.      | Sosyal medya kullanımı benim için önemli kişilerle olan ilişkilerimde problem yaşamama neden olur.         |              |         |       |         |           |
| 40.      | Sosyal medya kullanımının yaşamımda sorunlar oluşturur.                                                    |              |         |       |         |           |
| 41.      | Yapmam gereken işler çoğaldıkça, sosyal medya kullanma isteğim de ölçüde artar.                            |              |         |       |         |           |

## EK-5

### Bergen Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği

| <b>Son bir yılınızı düşünerek sosyal medya (Facebook, Instagram, Twitter, vb.) kullanımınız hakkındaki aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşadığınızı belirtiniz.</b> |                                                                                                   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| <i>(1) Çok nadir (2) Nadir (3) Bazen (4) Sıkça (5) Oldukça sık</i>                                                                                                  |                                                                                                   |   |   |   |   |   |
| 1                                                                                                                                                                   | Sosyal medyayı düşünerek ya da sosyal medya kullanmayı planlayarak çok fazla zaman harcadınız mı? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2                                                                                                                                                                   | Sosyal medyayı giderek daha fazla kullanma arzusu hissettiniz mi?                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3                                                                                                                                                                   | Sosyal medyayı kişisel sorunlarınızı unutmak için kullandınız mı?                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4                                                                                                                                                                   | Sosyal medya kullanmayı bırakma denemeleriniz başarısızlıkla sonuçlandı mı?                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5                                                                                                                                                                   | Sosyal medya kullanmanız yasaklansaydı rahatsız ve sıkıntılı olur muydunuz?                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6                                                                                                                                                                   | Sosyal medyayı çok fazla kullanmanız işlerinizi/çalışmalarınızı olumsuz etkiledi mi?              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

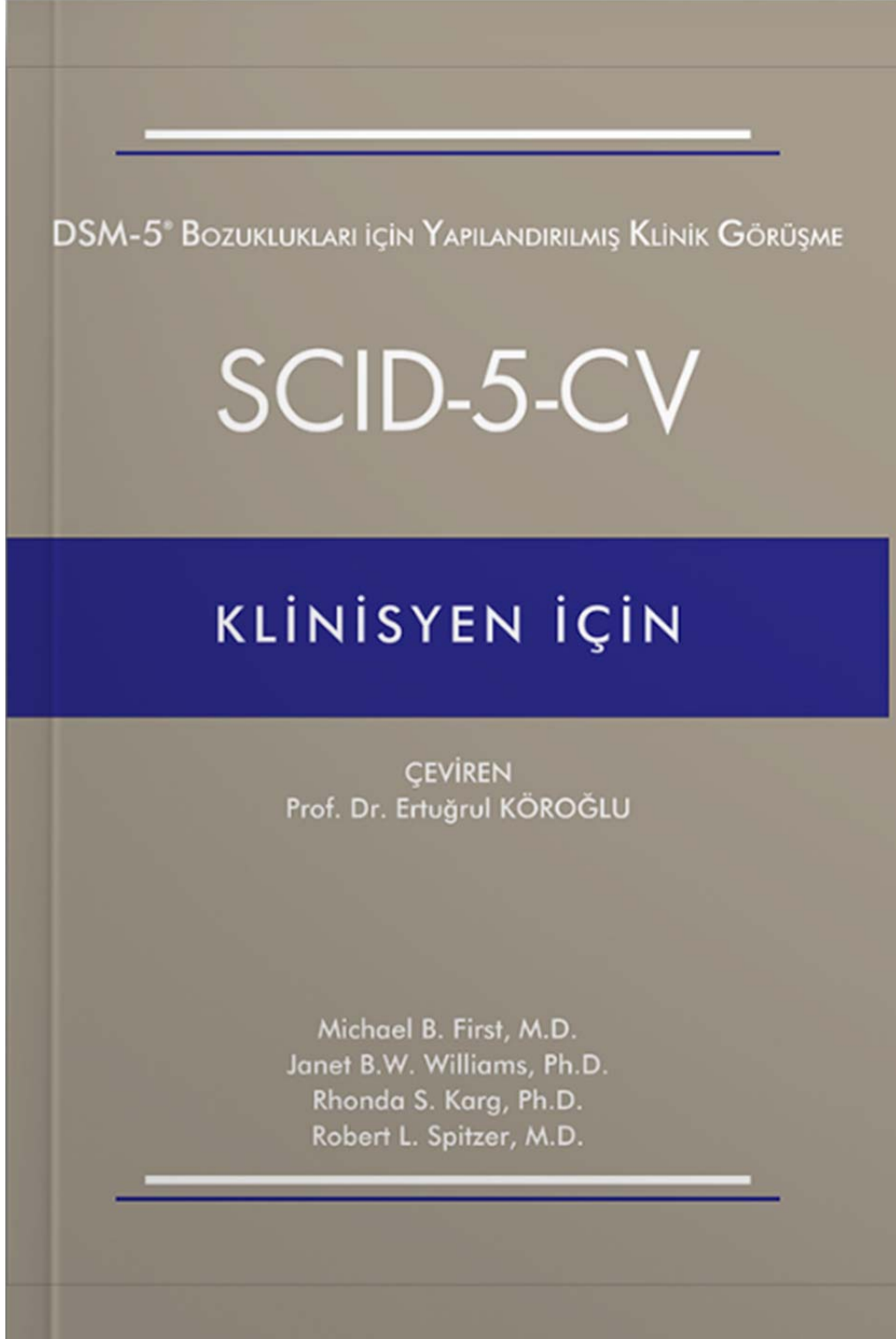
## EK-6

### Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği

| Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği                                                                                                                                                                                                                     |        |         |            |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|------------|-------------|
| Lütfen olumsuz duygularınız (üzüntü, öfke, utanç vb.) olduğu zamanları hatırlayın veya hayal edin. Aşağıda yer alan ifadeleri ne sıklıkla düşündüğünüzü size en uygun olacak şekilde işaretleyiniz.<br>1= asla; 2 = bazen; 3 =sık sık; 4 = her zaman     |        |         |            |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                          | 1=Asla | 2=Bazen | 3= Sık sık | 4=Her zaman |
| 1. Kendimi kabul etmekte zorlanırım.                                                                                                                                                                                                                     |        |         |            |             |
| 2. İşe yaramaz biri olduğumu düşünürüm.                                                                                                                                                                                                                  |        |         |            |             |
| 3. Sakinleşmem gerektiğini düşünürüm.                                                                                                                                                                                                                    |        |         |            |             |
| 4. Bunun için ne yapabileceğimi düşünürüm.                                                                                                                                                                                                               |        |         |            |             |
| 5. Kendimi gizlemem gerektiğini düşünürüm.                                                                                                                                                                                                               |        |         |            |             |
| 6. Kötü şeylerin daha kötüye gideceğini düşünürüm.                                                                                                                                                                                                       |        |         |            |             |
| 7. Yaşadığım zorluklardan tecrübe edinerek daha güçlü çıkacağımı düşünürüm.                                                                                                                                                                              |        |         |            |             |
| 8. Talihsizliklerin asla tek başına gelmeyeceğini düşünürüm.                                                                                                                                                                                             |        |         |            |             |
| 9. Neşelenmeyi düşünürüm.                                                                                                                                                                                                                                |        |         |            |             |
| 10. Böyle şeylerin hep benim başıma geldiğini düşünürüm.                                                                                                                                                                                                 |        |         |            |             |
| 11. Olayların her zaman kötüye gideceğini düşünürüm.                                                                                                                                                                                                     |        |         |            |             |
| 12. Aksiliklerin her zaman üst üste geleceğini düşünürüm.                                                                                                                                                                                                |        |         |            |             |
| Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği                                                                                                                                                                                                                     |        |         |            |             |
| Lütfen olumlu duygularınız olduğu zamanları (mutluluk, heyecan, coşku vb.) hatırlayın veya hayal edin. Aşağıda yer alan ifadeleri ne sıklıkla düşündüğünüzü size en uygun olacak şekilde işaretleyiniz.<br>1= asla; 2 = bazen; 3 =sık sık; 4 = her zaman |        |         |            |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                          | 1=Asla | 2=Bazen | 3= Sık sık | 4=Her zaman |
| 1. Hayatın ne kadar harika olduğunu düşünürüm                                                                                                                                                                                                            |        |         |            |             |
| 2. Mutlu günlerin uzun sürmeyeceğini düşünürüm.                                                                                                                                                                                                          |        |         |            |             |
| 3. Kendimle gurur duyarım.                                                                                                                                                                                                                               |        |         |            |             |
| 4. Enerjik olduğumu düşünürüm.                                                                                                                                                                                                                           |        |         |            |             |
| 5. Gücümün zirvesinden düştüğümü düşünürüm.                                                                                                                                                                                                              |        |         |            |             |
| 6. Ne kadar mutlu olduğumu düşünürüm.                                                                                                                                                                                                                    |        |         |            |             |
| 7. Harika olduğumu düşünürüm.                                                                                                                                                                                                                            |        |         |            |             |
| 8. Her zaman bu kadar şanslı olmayacağımı düşünürüm.                                                                                                                                                                                                     |        |         |            |             |
| 9. Aşırı neşenin kedere yol açacağını düşünürüm.                                                                                                                                                                                                         |        |         |            |             |
| 10.Parlak bir geleceğim olacağını düşünürüm.                                                                                                                                                                                                             |        |         |            |             |
| 11.Bu kadar memnun olmanın iyi olmayacağını düşünürüm.                                                                                                                                                                                                   |        |         |            |             |

EK-7

DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme – Klinisyen Versiyonu



**EK-8**

**Hasta Grubu için Aydınlatılmış Onam Formu**

**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**  
**Hasta Grubu**

**Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Takipli Olgularda Ruminasyonun Sosyal Medya Kullanımı ile İlişkisi**

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, katılımcıya '*Klinik ve sosyodemografik veri formu, Obsesif Kompulsif Bozukluk Veri Formu, SCID-5-CV, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği*' klinisyen tarafından, '*Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği, Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği, Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği*' sizin tarafınızdan uygulanacaktır. Anlamadığınız noktalar araştırmacılar tarafından açıklanacaktır. Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

**Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.**

---

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

**Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

**Görüşme tanığı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

**Katılımcı ile görüşen hekim**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

## EK-9

### Kontrol Grubu için Aydınlatılmış Onam Formu

#### AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU Kontrol Grubu

#### Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Takipli Olgularda Ruminasyonun Sosyal Medya Kullanımı ile İlişkisi

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, katılımcıya '*Klinik ve Sosyodemografik veri formu*' klinisyen tarafından, '*Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği, Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği, Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği*' sizin tarafınızdan uygulanacaktır. Anlamadığınız noktalar araştırmacılar tarafından açıklanacaktır. Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

**Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.**

---

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

#### **Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

#### **Görüşme tanığı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

#### **Katılımcı ile görüşen hekim**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

**EK-10**

**Etik Kurul Kararı**

