



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANKARA DIŞKAPI
YILDIRIM BEYAZIT SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
MERKEZİ**

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

Klinik Eğitim Sorumlusu: Prof. Dr. Sibel ÖRSEL

**OBSESİF KOMPÜLSİF BOZUKLUKTA SEMPTOM
BOYUTLARIYLA BİLİŞSEL ÖZELLİKLER ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Başak ŞAHİN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2019



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANKARA DIŞKAPI
YILDIRIM BEYAZIT SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
MERKEZİ**

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

Klinik Eğitim Sorumlusu: Prof. Dr. Sibel ÖRSEL

**OBSESİF KOMPÜLSİF BOZUKLUKTA SEMPTOM
BOYUTLARIYLA BİLİŞSEL ÖZELLİKLER ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Başak şAHİN

Tez Danıőmanı: Uzm. Dr. Yasir şAFAK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2019

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince bilgi birikimden ve tecrübelerinden faydalandığım, kendisinden çok şey öğrendiğim Prof. Dr. Sibel ÖRSEL'e,

Bize sadece çalışma arkadaşı değil aile olmayı da öğreten, mesleki gelişimime önemli katkısı olduğuna inandığım Doç. Dr. Hasan KARADAĞ'a

Tez sürecimin her aşamasında desteğini hissettiğim, beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum, bu süreçte kıymetli zamanını benden esirgemeyen tez danışmanım Uzm. Dr. Yasir ŞAFAK'a,

Psikiyatri ve psikoterapi konusunda beni yüreklendiren, bu alanda yoluma ışık tutan, heyecanı ve enerjisi ile mesleki motivasyon kaynağım olan Doç. Dr. Kadir ÖZDEL'e,

Psikiyatri eğitimim süresince aile ve çift terapisi alanında deneyimlerinden yararlandığım ve beraber vaka takip etmekten keyif duyduğum Doç. Dr. Süheyla DOĞAN BULUT'a

Rotasyonlarım sırasında birikimlerinden faydalandığım, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Numune Eğitim Araştırma Hastanesi AMATEM birimi ve Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği'nin değerli hocaları ve uzmanlarına,

Asistanlığımın ilk günlerinde elimden tutan, bana yürümeyi öğreten, bildiklerini paylaşmaktan çekinmeyen, değerli kıdemlim Uzm. Dr. Nefise ÖZTÜRK'e

Tanımaktan ve beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum, her ihtiyacım olduğunda yanımda olacağını bildiğim ve her ihtiyacı olduğunda yanında olacağım değerli meslektaşım ve arkadaşım Uzm. Dr. Ayşegül KERVANCIOĞLU'na

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, bu süreçte birçok şey paylaştığım, çok değerli asistan arkadaşlarıma, kliniğimizin kıymetli uzmanlarına,

Beraber çalışmış olduğum kliniğimizin kıymetli psikolog, hemşire ve personeline,

Bugüne gelmemde katkılarını yadsıyamayacağım, maddi ve manevi destekleri ile her an yanımda olan değerli annem Meryem ÖRNEK ve babam Hüseyin ÖRNEK'e

Beraber paylaştığımız her anı mucizeye çeviren yol arkadaşım Miraç Burak ŞAHİN'e

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

Dr. Başak ŞAHİN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	4
2.1.1. Tanım.....	4
2.1.2. Tarihçe	4
2.1.3. Epidemiyoloji	5
2.1.4. Etiyoloji	6
2.1.4.1. Biyolojik Etkenler.....	6
2.1.4.1.1. Genetik	6
2.1.4.1.2. Nörokimyasal Etmenler.....	7
2.1.4.1.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları.....	8
2.1.4.2. Psikososyal Etkenler	9
2.1.4.2.1. Psikoanalitik Kuram	9
2.1.4.2.2. Bilişsel Davranışçı Kuram.....	10
2.1.5. Tanı ve Klinik özellikler.....	13
2.1.5.1. Tanı	13
2.1.5.2. Klinik Özellikler	16
2.1.5.3. Semptom Boyutları	17
2.1.5.4. Eşlik Eden Ruhsal Bozukluklar	19
2.1.5.5. Tedavi ve Prognoz	20
2.2. Obsesif İnançlar	22
2.3. Anksiyete Duyarlılığı (Sensitivitesi)	25
2.4. Ruminatif Tepki Biçimi	26
2.5. Bilişsel Kaynaşma.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırma Yeri ve Süresi.....	29
3.2. Örneklem Grubunun Seçimi	29
3.3. Etik Kurul Onayı.....	30
3.4. Araştırmanın Bütçesi	30

3.5. Veri Toplama Araçları	30
3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu	30
3.5.2. DSM 5 Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID 5-CV)	30
3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	31
3.5.4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	31
3.5.5. Boyutsal Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (BOKÖ)	31
3.5.6. Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (YBOKÖ)	32
3.5.7. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ASI-3)	32
3.5.8. Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 (OIÖ-44)	33
3.5.9. Bilişsel Kaynaşma Ölçeği (BKÖ)	33
3.5.10. Ruminatif Tepkiler Ölçeği (RTÖ)	33
3.6. İstatistiksel analiz	34
4. BULGULAR	35
4.1. OKB Grubu ve Kontrol Grubuna Ait Özellikler	35
4.1.1. OKB Grubu ve Kontrol Grubuna Ait Sosyodemografik Veriler	35
4.1.2. OKB Grubu ve Kontrol Grubuna Ait Klinik Veriler	39
4.1.3. OKB Grubuna Ait Klinik Veriler	43
4.1.4. OKB Grubu ve Kontrol Grubunun Ölçekler Açısından Karşılaştırılması	44
4.1.5. Korelasyon Analizleri	46
4.1.6. Hiyerarşik Regresyon Analizleri	53
5. TARTIŞMA	58
5.1. Sosyodemografik Veriler	58
5.2. Klinik Özellikler	60
6. SONUÇ	75
7. KAYNAKLAR	77
8. ÖZGEÇMİŞ	95
9. EKLER	96
EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	96
EK-2 BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ	101
EK-3 BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	103
EK-4 BOYUTSAL OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ	104
EK-5 YALE BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ	108
EK-6 ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ	109
EK-7 OBSESİF İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ 44	110
EK-8 RUMİNATİF TEPKİLER ÖLÇEĞİ	112
EK-9 BİLİŞSEL KAYNAŞMA ÖLÇEĞİ	113

KISALTMALAR

5-HIAA	: 5-Hidroksi İndol Asetik Asit
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
ASI 3	: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi 3
ASO	: Antistreptolizin O
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BKÖ	: Bilişsel Kaynaşma Ölçeği
BOKÖ	: Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CNCG	: Cross National OCD Collaborative Group
DEK	: Düşünce Eylem Kaynaşması
DSM	: Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
ECA	: Epidemiological Catchment Area
ERP	: Maruz Bırakma ve Yanıt Önleme
ICD	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
OBQ	: Obsessive Beliefs Questionnaire
OCCGW	: Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu
OİÖ 44	: Obsesif İnanışlar Ölçeği 44
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PANDAS	: Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal Infection
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
RTÖ	: Ruminatif Tepkiler Ölçeği
SCID 5-CV	: DSM 5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SPECT	: Tek Foton Emisyon Tomografisi
SSGI	: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri
YBOKÖ	: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	OKB ve kontrol gruplarının cinsiyet, yaş, medeni durum açısından karşılaştırılması	35
Tablo 2.	OKB grubu ve kontrol grubunun eğitim süreleri açısından karşılaştırılması	36
Tablo 3.	OKB ve kontrol gruplarının çalışma durumu ve gelir düzeyleri açısından karşılaştırılması	37
Tablo 4.	OKB ve kontrol gruplarının yaşadığı yer ve birlikte yaşadığı kişilere göre dağılımları açısından karşılaştırılması.....	38
Tablo 5.	OKB ve kontrol gruplarının çocukluk dönemi tetikleyici faktörleri açısından karşılaştırılması	40
Tablo 6.	OKB ve kontrol gruplarının geçmiş ve şuan başka psikiyatrik hastalık tedavisi alma durumları ve intihar girişimi öyküsü açısından karşılaştırılması.....	41
Tablo 7.	OKB ve kontrol gruplarının eşlik eden OKB ilişkili bozukluk açısından karşılaştırılması	42
Tablo 8.	OKB ve kontrol gruplarının sigara, alkol ve madde kullanımı açısından karşılaştırılması	43
Tablo 9.	OKB grubunun klinik verileri	44
Tablo 10.	BDÖ ve BAÖ puanlarının OKB ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması	45
Tablo 11.	OKB ve kontrol grubunun BOKÖ ve YBOCS ölçek puanları açısından karşılaştırılması	45
Tablo 12.	ASI 3, OİÖ 44, BKÖ ve RTÖ ölçeklerinin hasta ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması	46
Tablo 13.1.	OKB grubu verilerinin korelasyon analizi (N=100)	48
Tablo 13.2.	OKB grubu verilerinin korelasyon analizi (N=100)	50
Tablo 14.	Depresyon ve anksiyete puanları (Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)) karıştırıcı faktör olarak değerlendirildiğinde korelasyon analizleri	52
Tablo 15.	BOKÖ-bulaşı Bilişsel Kaynaşma, Ruminatif Tepki ve Anksiyete Sensitizasyonu (BKÖ, RTÖ ve ASI 3) ölçekleri ile öngörmede hiyerarşik regresyon analizi (N=100).....	53
Tablo 16.	BOKÖ bulaşı Obsesif İnanışlar (OİÖ 44) ölçekleri ile öngörmede regresyon analizi (N=100).....	54

Tablo 17.	BOKÖ zarardan kaçınmayı Bilişsel Kaynaşma, Ruminatif Tepki ve Anksiyete Sensitizasyonu (BKÖ, RTÖ ve ASI 3) ölçekleri ile öngörmede hiyerarşik regresyon analizi (N=100).....	55
Tablo 18.	BOKÖ zarardan kaçınmayı Obsesif İnanışlar (OIÖ 44) ölçekleri ile öngörmede regresyon analizi (N=100).....	55
Tablo 19.	BOKÖ düşünceleri Bilişsel Kaynaşma, Ruminatif Tepki ve Anksiyete Sensitizasyonu (BKÖ, RTÖ ve ASI 3) ölçekleri ile öngörmede hiyerarşik regresyon analizi (N=100).....	56
Tablo 20.	BOKÖ düşünceleri Obsesif İnanışlar (OIÖ 44) ölçekleri ile öngörmede regresyon analizi (N=100).....	56
Tablo 21.	BOKÖ simetriyi Bilişsel Kaynaşma, Ruminatif Tepki ve Anksiyete Sensitizasyonu (BKÖ, RTÖ ve ASI 3) ölçekleri ile öngörmede hiyerarşik regresyon analizi (N=100).....	57
Tablo 22.	BOKÖ simetriyi Obsesif İnanışlar (OIÖ 44) ölçekleri ile öngörmede regresyon analizi (N=100).....	57

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.	OKB ve Kontrol gruplarının eğitim durumlarına göre dağılımlarının grafiksel gösterimi.....	36
Şekil 2.	OKB ve Kontrol gruplarının çalışma durumlarına göre dağılımlarının grafiksel gösterimi.....	37
Şekil 3.	OKB ve Kontrol gruplarının gelir durumlarına göre dağılımlarının grafiksel gösterimi.....	38
Şekil 4.	OKB ve Kontrol gruplarının birlikte yaşadığı kişilere göre dağılımlarının grafiksel gösterimi.....	39
Şekil 5.	OKB ve Kontrol gruplarının çocukluk döneminde bakım veren kişiye göre dağılımlarının grafiksel gösterimi.....	40
Şekil 6.	OKB ve Kontrol gruplarının şiddet görme durumlarına göre dağılımlarının grafiksel gösterimi.....	41
Şekil 7.	OKB ve kontrol gruplarının eşlik eden OKB ilişkili bozukluğa göre dağılımlarının grafiksel gösterimi.....	42

ÖZET

OBSESİF KOMPÜLSİF BOZUKLUKTA SEMPTOM BOYUTLARIYLA BİLİŞSEL ÖZELLİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk (OKB) semptom boyutlarına özgü bilişsel farklılıkları tespit etmek, semptom boyutları ile bilişsel özellikler arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne başvuran 100 OKB tanılı hasta, 100 sağlıklı kontrol dâhil edildi. Hastaların değerlendirilmesinde Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Boyutsal Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (BOKÖ), Yale Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi 3 (ASI), Obsesif İnanışlar Ölçeği 44 (OIÖ), Ruminatif Tepkiler Ölçeği (RTÖ), Bilişsel Kaynaşma Ölçeği (BKÖ) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan OKB ve kontrol grubu yaş, cinsiyet ve medeni durum açısından benzerdi. OKB grubunda semptom şiddetini ölçen ve bilişsel özellikleri değerlendiren ölçek puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. OKB semptom boyutları ve bilişsel özellikler ile yapılan ikili korelasyon analizlerinde BOKÖ bulaş alt boyutunun ASI fiziksel ve ASI sosyal dışında diğer tüm bilişsel özelliklerle anlamlı pozitif yönde korelasyonu saptanmıştır. Diğer tüm alt boyutların incelenen tüm bilişsel özelliklerle anlamlı pozitif yönde korelasyonu saptanmıştır. Hiyerarşik regresyon analizlerinde BOKÖ bulaş alt tipi için anlamlı yordayıcı bulunamaz iken; BOKÖ zarardan kaçınma için ASI bilişsel ve OIÖ sorumluluk; BOKÖ kabul edilemez düşünceler için ASI bilişsel, OIÖ sorumluluk, BKÖ; BOKÖ simetri için ASI bilişsel ve BKÖ anlamlı yordayıcı olarak saptanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızın sonucunda bazı bilişsel özelliklerin bazı semptom boyutları ile daha yakın ilişkide olduğu ve hatta bazı semptom boyutlarını yordadığı gösterilmiştir. Elde edilen bulguların bilişsel davranışçı terapi uygulamalarında bu bilişsel özelliklere spesifik müdahalelere yol gösterecek ve bu doğrultuda, ortaya çıkan sonuçların ve önerilen modelin yeni araştırmalara yol göstererek bilişsel faktörler ve

OKB semptom boyutları ilişkisinin daha iyi anlaşılmasına ve etkili terapi müdahaleleri geliştirilmesine yarar sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Obsesyon, kompülsiyon, obsesif kompülsif bozukluk, semptom boyutları, bilişsel özellikler



ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SYMPTOM DIMENSIONS AND COGNITIVE FEATURES IN OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

Objective: In this study, it was aimed to determine the cognitive differences specific to symptom dimensions of obsessive compulsive disorder (OCD) and to investigate the relationship between symptom dimensions and cognitive features.

Method: The study included 100 OCD patients and 100 healthy controls who applied to the Psychiatry Clinic of Dışkapı Training and Research Hospital. Sociodemographic Data Form, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale, Dimensional Obsession Compulsion Scale (DOCS), Yale Brown Obsessive Compulsion Scale (YBOCS), Anxiety Sensitivity Index 3 (ASI), Obsessive Beliefs Questionnaire 44 Cognitive Fusion Scale (CFS) was used to evaluate the patients.

Result: The OCD and control groups were similar in terms of age, gender and marital status. In the OCD group, the scale scores measuring symptom severity and evaluating cognitive features were significantly higher than the control group. Correlation analyzes with OCD symptom dimensions and cognitive features revealed a significant positive correlation between DOCS contamination subscale and all other cognitive features except ASI physical and ASI social. A significant positive correlation was found between all other sub-dimensions and all cognitive features examined. In the hierarchical regression analysis, no significant predictor was found for the DOCS contamination subtype; ASI cognitive and OBQ responsibility for DOCS harm avoidance; ASI cognitive, OBQ responsibility, CFS for DOCS unacceptable thoughts; ASI cognitive, and CFS for DOCS symmetry were found to be a significant predictors.

Discussion And Conclusion: Our results were shown that some cognitive features were more closely related to some symptom dimensions and even predicted symptom dimensions. The findings of this study will guide specific interventions to these cognitive features in cognitive behavioral therapy applications and, in this direction, will lead to

new researches of the results and the proposed model, which will help to better understand the relationship between cognitive features and OCD symptom dimensions and to develop effective therapy interventions.

Keywords; obsession, compulsion, obsessive compulsive disorder, symptom dimensions, cognitive features



1. GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB); genellikle kronik seyir gösteren, dönemsel alevlenmelerle giden, kişinin akademik, sosyal ve mesleki işlevselliğinde belirgin bozulmaya yol açan obsesyon ve kompülsiyonlarla karakterize ruhsal bir bozukluktur [1]. Obsesyon, kaygı ve/veya sıkıntı hissine yol açan inatçı, istenmeyen düşünce, fikir, imaj, imge ve dürtüler olarak tanımlanmaktadır [2]. Kompülsiyonlar ise obsesyonlara yanıt olarak, katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre gerçekleştirilmek zorunda hissedilen yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemler olarak tanımlanmaktadır [2].

OKB, bir çok farklı obsesyon ve kompülsiyon ile klinik prezantasyonu olabilen heterojen bir bozukluktur. Belirtilerdeki bu heterojeniteyi değerlendirmek amacıyla farklı birçok ölçek geliştirilmiştir [3-6]. Bu ölçeklerin bazıları belirti kategorilerine göre ölçüm yaparken, bazıları belirti şiddeti üzerinden ölçüm yapmaktadır. Belirti şiddeti ölçen ölçeklerle ilgili genel bir kısıtlılık obsesyon ve kompülsiyon çeşidi daha az olan hastaların daha az puan alması, belirti çeşitliliği ile hastalığın şiddetinin karıştırılmasıdır. Bununla beraber bu ölçekler çoğunlukla obsesyonları kompülsiyonlardan ayrı olarak değerlendirmektedir. Yapısal analizler OKB'nin obsesyonlar ve kompülsiyonlar olarak ayrı değerlendirilemeyeceğini, obsesyon ve kompülsiyonların birlikte karakterize olması gerektiğini göstermektedir [4, 7]. Mevcut ölçeklerdeki bir diğer kısıtlılık da, OKB'nin gelişmesinde ve sürdürümünde önemli rolü olduğu düşünülen kaçınma davranışlarının ölçümünde dikkate alınmamasıdır. OKB hastalarında kompülsiyonların yanı sıra kaçınma davranışları da sıklıkla görülebileceğinden ölçeklerdeki bu eksikliğin belirtilerin şiddetinin gözden kaçmasına neden olabileceği belirtilmektedir [8]. Yapılan analizler sonucunda, obsesyon ve kompülsiyonların beraber kümelenirilebileceği, birbirleri ile ilişkili 4 temel belirti boyutu saptanmıştır. Bunlar: 1) bulaş ve temizleme, 2) sorumluluk, zarar ve kontrol, 3) simetri, sıralama ve düzenleme, 4) cinsel, dini ve zarar verme ile ilişkili istenmeyen düşünceler [9]. Bütün bu bilgiler ışığında; Abramowitz ve arkadaşları 2010 yılında Boyutsal Obsesyon Kompülsiyon Ölçeğini (BOKÖ) geliştirmiştir [8]. Ölçek her biri

kendi içinde genel tanımları ve örnekleri içeren dört farklı obsesyon kompülsiyon belirti boyutunu, kaçınma davranışlarını da dahil ederek değerlendirmektedir. Böylece ölçek her bir belirti boyutunda obsesyon, kompülsiyon ve kaçınma davranışı arasındaki bağlantıyı ortaya koymakta ve mevcut obsesyon ve kompülsiyonların türünden bağımsız olarak belirtilerin şiddetini ölçmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Şafak ve arkadaşları tarafından 2017 yılında yapılmıştır [9].

OKB ile ilgili yapılan çalışmalarda, hastalığın oluşması ve sürdürümünde obsesyonlar ile ilişkili değerlendirme, biliş ve inançların rolü vurgulanmıştır. Obsesif Kompülsif Bilişler Çalışma Grubu (OCCWG) 1997 yılında OKB ile ilişkili 6 inanç kümesi tanımlamıştır [10]. Bunlar; 1) Abartılmış sorumluluk, 2) Tehlikeyi büyük görme, 3) Mükemmeliyetçilik, 4) Belirsizliğe tahammülsüzlük, 5) Düşüncenin kontrol edilebilirliği ve 6) Düşünceye aşırı önem vermedir. OKB'nin bilişsel modeli, belli belirti tipleri ile bazı obsesif inançların ilişkili olduğunu daha önce yapılan çalışmalar ile ortaya konmuştur [11]. OCCWG'nin yapmış olduğu literatürde tanımlanmış tüm önemli inanış alanlarını bir araya getiren “Obsesif İnanışlar Ölçeği (OIÖ)” belirli inançlar ile semptomların ilişkisini değerlendirmek amacıyla çoğu çalışmada kullanılmaktadır [12]. Daha önce Boyutsal Obsesyon Kompülsiyon Ölçeğiyle obsesif inanışlar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar mevcuttur [13, 14].

Anksiyete duyarlılığı, kişinin kaygının fiziksel, psikolojik veya sosyal açıdan zararlı sonuçlara yol açabileceğine inanması olarak tanımlanabilir [15]. Birçok çalışmada OKB hastalarında, kontrol grubuna göre artmış anksiyete duyarlılık düzeyleri bildirilmiştir. Literatürde OKB semptom boyutları ile anksiyete duyarlılığı arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma mevcuttur [16-18].

Ruminasyon, olumlu sonuca ulaşmak için bir eylem olmaksızın, mevcut sorunlu durumu, olumsuz düşünceleri ve sıkıntı duygusunu tekrar tekrar ve pasif olarak analiz etme eğilimi olarak tanımlanır [19]. Ruminatif düşünce biçimi, majör depresif atakların şiddeti ve uzunluğu için yordayıcı bir faktördür ve son yıllarda, yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu gibi çeşitli anksiyete bozukluklarında da bir transdiagnostik faktör olarak incelenmiştir [20-22]. Bugüne kadar ruminatif düşünce biçimi ile OKB arasındaki ilişki az sayıda çalışma ile incelenmiş olup, ruminasyon yapma eğilimi ile obsesif

semptomlarının ciddiyeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır [23, 24]. Ruminatif düşünce biçimi ve semptom boyutları arasındaki ilişki, 2017 yılında yapılan bir çalışma ile incelenmiş, kabul edilemez düşünce semptom boyutu ile ruminatif düşünce biçimi arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur [25].

Bilişsel kaynaşma, düşünceleri rastgele zihinsel olaylar olarak görmekten çok tamamı ile dikkate almak eğilimi olarak tanımlanır [26]. Örneğin, bir bebeğe zarar vermekle ilgili istenmeyen, girici düşüncelere sahip bir kişi, bu düşüncelere sebep olmasını kötü biri olması ile ilişkilendirebilir. Bilişsel kaynaşma kavramı, düşünce eylem kaynaşmasının moral tipi ile benzer özellikler göstermesinin yanı sıra, iki kavram arasında farklılıklar bulunmaktadır [27]. Bilişsel füzyon ile OKB semptom boyutları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı kısıtlıdır [27, 28].

Yapılan deneysel ve uzunlamasına araştırmalardan elde edilen güçlü kanıtlara rağmen, yukarıda açıklanan bilişsel yapılar tek tek, obsesif kompulsif semptomların değişkenliğini tam olarak açıklamamaktadır. Buna göre, mevcut modellerin açıklayıcı gücünü artıracak ek yapıları dikkate almak değerlidir. Bu bilgiler ışığında bu çalışmanın amacı, OKB’de boyutsal yaklaşıma göre semptom boyutlarına özgü bilişsel özellikleri, literatürde son yıllarda çalışılan bilişsel özellikleri de içerecek şekilde, yeniden değerlendirmek ve her bir semptom boyutuna özgü bilişsel özellikleri detaylı bir şekilde tespit etmektir. Bunun yanı sıra hastalık şiddetini ölçen YBOKÖ ve BOKÖ birlikte kullanılmış, bu bilişsel yapıların ölçek puanları üzerine etkisi araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmanın hipotezleri; 1) Obsesif kompulsif bozuklukta bazı bilişsel özellikler semptom boyutları üzerinde değişik derecelerde etkiye sahiptir. 2) Obsesif kompulsif bozuklukta bazı bilişsel özellikler, bazı semptom boyutlarını daha iyi yordar.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.1. Tanım

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonlarla karakterize, akademik, sosyal, kişilerarası ilişkiler ve mesleki alanlarda işlevselliğin önemli ölçüde bozulduğu, genellikle kronik seyirli, toplumun yaklaşık %1-2'sini etkileyen ruhsal bir bozukluktur [1].

Obsesyon, istenmeyen, girici, kişiye rahatsızlık veren düşünce, imge, imaj ve dürtüler olarak tanımlanırken [2], kompulsiyonlar ise obsesyonların neden olduğu sıkıntı duygusunu azaltmaya yönelik, kişinin belirli kurallara göre gerçekleştirilmek zorunda hissettiği yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemler olarak tanımlanmaktadır [2]. Başlangıçta obsesyonun verdiği rahatsızlık hissini azaltma amacı ile yapılan kompulsiyonlar bir süre sonra denetlenmez hale gelmektedir.

2.1.2. Tarihçe

Obsesyon ve kompulsiyonların tarihinin insanlık tarihi kadar eski olduğu düşünülmektedir [29]. 17. yüzyılda Shakespeare'in eseri Macbeth'de, Lady Macbeth ve eşi bir plan yaparak Kral Duncan'ı öldürürler. Lady Macbeth, işlediği suçun vicdan azabı ile baş edemez. "Arabistan'ın bütün kokulu sabunları getirilse bu elin kirleri temizlenemez" diyerek devamlı ellerini yıkar, ancak ellerindeki kan izlerinin temizlendiğine bir türlü ikna olmaz [29].

Psikiyatri literatürüne bakıldığında ise ilk kez 1838'de Esquirol, obsesif kompulsif belirtileri; "zeka düzeyi normal olan bir kişinin istem dışı zihnine gelen ve mevcut duygudurum ile ilişkisi olmayan düşünceler" olarak tanımlamış, bu yıllarda Fransız literatüründe 'şüphe hastalığı' olarak adlandırılmıştır [30]. Obsesyon kavramı ilk kez 1866 yılında Morel tarafından kullanılmıştır [30]. 1878 yılında Westpahl,

obsesyonun hastanın isteği dışında zihnine gelen düşünceler olduğundan bahsetmiş, bunun bir düşünce hastalığı olduğunu vurgulamıştır [31]. Yirminci yüzyıla gelindiğinde, Pierre Janet ‘psikasteni’ başlığı altında fobi, obsesyon ve kompülsiyonları toplamış, bu hastalığı irade zayıflaması nedeni ile görülen bir klinik durum olarak tanımlamıştır [29]. Freud, obsesif kompülsif bozukluk ve fobilerin farklı ruhsal köken ve psikodinamik etkenlerden kaynaklandığı ileri sürmüş, fobik nevroz ve obsesif kompülsif nevroz olarak iki ayrı başlık altında toplamıştır [29].

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından, 1952’de yayınlanan Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-DSM I’de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM I) psikiyatrik hastalıklar ilk defa kategorize edilerek incelenmiş ve tanılar için tepki (obsessive compulsive reaction) sözcüğü kullanılmıştır. 1968’de yayınlanan DSM II’de ise, ‘tepki’ sözcüğü yerine, belirtiler (symptom) başlığı altında sınıflandırmalar yapılmıştır [32]. DSM III ile psikiyatrik sınıflandırmada, araştırma verilerine dayanarak tanı ölçütleri ve ayırıcı tanıya yol gösterecek dışlama ölçütleri geliştirilmiştir [32, 33]. DSM IV-TR’deki belirgin değişiklik kompülsiyonların tanımlanmasında olmuştur. DSM III-R’de kompülsiyonlardan ‘davranışlar’ olarak söz edilirken; DSM IV-TR’de ‘obsesyonların kaygı/sıkıntıyı provoke eden doğasını azaltmak için tasarlanan eylemler ve zihinsel aktiviteler’ olarak bahsedilmiştir [33, 34].

Obsesif Kompülsif Bozukluk DSM 5’de, DSM IV-TR’deki ‘Anksiyete Bozuklukları’ bölümünden çıkartılarak, ‘Obsesif Kompülsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar’ başlığı altında incelenmiştir [2].

2.1.3. Epidemiyoloji

Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada’da 1980’lerde OKB’nin sıklığı ile ilgili yapılan araştırmalarda; yaşam boyu sıklığı %2,5-3 olarak bulunmuştur [35].

Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre; 12 aylık OKB sıklığı %0,5 olarak tespit edilmiştir [36]. Ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalarla yaşam boyu sıklığı %2,5-6,2 arasında, 12 aylık sıklığı %0,5-5,6 arasında tespit edilmiştir [37-39].

Obsesif Kompulsif Bozukluk, özgül fobi, alkol madde kötüye kullanımı ve majör depresyondan sonra en sık görülen dördüncü ruhsal bozukluk olarak bildirilmiştir [40]. Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) verilerine göre OKB yeti yitimine sıklıkla neden tıbbi durumlar arasında yer almaktadır [41].

Araştırmalar OKB'nin kadın ve erkeklerde benzer görülme sıklığı olduğunu göstermektedir [1]. Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre kadınlarda erkeklerden 3 kat fazla görüldüğü bildirilmiştir [36]. Yapılan çalışmalar OKB'nin ortalama başlangıç yaşının 18-25 civarında olduğunu, ortalama başlangıç yaşının erkeklerde 19; kadınlarda ise 22 olduğunu göstermektedir. Hastaların 2/3'ünde semptomlar 25 yaşından önce başlar, çocukluk yaş grubunda görülen vakalar bildirilmiştir [1]. Ancak genellikle hekime başvuru belirtiler ortaya çıktıktan 10-15 yıl sonra olmaktadır [1, 29].

2.1.4. Etiyoloji

OKB'nin patofizyolojisi henüz tam olarak aydınlatılamamış olmasına rağmen etiyolojide rol oynadığı düşünülen faktörler; biyolojik etkenler, psikososyal etkenler başlıkları altında incelenebilir.

2.1.4.1. Biyolojik Etkenler

2.1.4.1.1. Genetik

Birçok çalışmada OKB'nin ortaya çıkmasında genetik etkenlerin rolü olduğu gösterilmiştir [42-45]. OKB'de kalıtımın rolüne ilişkin veriler, aile ve ikiz çalışmalarına dayanmaktadır. Yapılan ikiz çalışmalarında, monozigotlarda konkordans oranı %70-80, dizigotlarda konkordans oranı %20-50 oranında saptanmıştır [42]. Bunun yanı sıra, OKB'ye sahip olan kişilerin akrabalarında, kontrol grubu ailelerine göre 3-5 kat daha yüksek oranda OKB ve obsesif kompulsif belirtiler olduğu bildirilmiştir [1].

Yapılan çalışmalarda OKB tanısı alan çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında %20-25 gibi yüksek oranda OKB belirtilerine rastlanmıştır olup, bu

sonuçlar OKB’de erken başlangıcın daha fazla ailesel ykllk ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür [43, 44].

Ülkemizde OKB tanısı konulan ocuk ve ergenlerden oluşan hasta grubunda yapılan bir çalışmada, birinci derece akrabalarında %11 oranında OKB belirtileri varlığı gösterilmiştir [45].

2.1.4.1.2. Nörokimyasal Etmenler

Monoamin hipotezi:

Seratonerjik etkinliği olan klomipraminin OKB’de belirtileri azalttığı gözlendikten sonra, serotonin sisteminin OKB etiyopatogenezinde önemli olduğu anlaşılmıştır. Daha sonra yapılan çalışmalarda OKB tedavisinde klomipraminin, desimipramin ve amitriptiline üstünlüğünün gösterilmesi, noradrenejik antidepresanlar ile aynı etkinliğin gözlenmemesi bu hipotezi güçlendirmiştir [46]. OKB hastalarının beyin omurilik sıvısında (BOS) serotonin metaboliti olan 5-Hidroksi İndol Asetik Asit (5-HIAA) düzeylerinde artış görülmüştür. Bu durum serotonin geri dönüşümünün artışı ile ilişkilidir [47]. Bir başka çalışmada BOS’ta 5-HIAA düzeyi ile klomipramine yanıt arasında güçlü bir ilişki belirlenmiştir [48]. Tüm bu bulgular serotoninin OKB etiyopatogenezindeki önemli rolüne vurgu yapmaktadır.

OKB nörokimyasal etiyopatogenezinde, dopaminin rolü üzerine yapılmış çalışma verileri bulunmaktadır. OKB’de dopamin ve serotonin sistemleri arasında sinaptik bağlantıların bulunması ve dopamin ile ilişkili hastalıklarda obsesif kompülsif belirtilerin de gözlenmesi, OKB belirtilerinin açıklanmasında dopaminin rolü olabileceğini düşündürmüştür. OKB tedavisinde dopamin blokajı yapılan ajanların Seçici Serotonin Gerilim İnhibitrleriyle (SSGI) beraber güçlendirici tedavide kullanılması ve Tourette bozukluğu ile birlikteliğinin sık görülmesi de OKB’de dopamin hipotezini destekleyen bulgulardır [49].

OKB fizyopatolojisinde glutamat disfonksiyonun rol oynadığı destekleyen çalışmalar vardır [50]. OKB hastaları ile yapılan bir çalışmada anterior singulat kortekste glutamat konsantrasyonu kontrol grubuna göre anlamlı oranda düşük bulunmuştur [51].

OKB etiopatogenezi ile ilişkisi olduğu düşünülen diğer nörotransmitter ve nöropeptidler ise; noradrenalin, somatostatin, ve arjinin-vazopressin, endorfindir.

Nöroimmunoloji:

Streptokok enfeksiyonları ve çocuklarda OKB gelişimi ile ilgili olası bağlantılar OKB'nin immünolojik bir kökeni olabileceğini düşündürmüştür. Akut romatizmal ateşin bir bulgusu olan Sydenham Koresi'nin OKB ve Tourette sendromu gibi psikiyatrik hastalıklarla birliktelik göstermesi bu görüşü destekler niteliktedir. Obsesif belirtiler Sydenham Koresine %80 oranında eşlik eder [52]. Bu alanda yapılan çalışmalar doğrultusunda ilk defa 1998 yılında beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrası ortaya çıkan obsesyonlara ve eşlik eden koreiform hareketlerle kendini gösteren PANDAS (**P**ediatric **A**utoimmune **N**euro**p**sychiatric **D**isorder **A**ssociated with **S**treptococcal infection) tanımlanmıştır [53]. Swedo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, OKB ve Tourette Bozukluğu tanısı alan çocukların bir kısmında, hastalığın alevlendiği dönemde anti-nöronal antikorların pozitif olduğu saptanmıştır [53]. 2006 yılında yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı başlangıçlı OKB'de erişkin çağ başlangıçlı OKB'ye göre, daha yüksek Antistreptolizin Antikor (ASO) düzeyleri, çocuklukta daha sık tonsilit geçirme öyküsü olduğu bulunmuştur [54]. Tüm bu bulgular OKB'nin immünolojik bir kökeni de olabileceğini düşündürmektedir.

2.1.4.1.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

OKB etiopatogenezinde beyin belirli bölgelerinde hastalığın oluşumu ve belirtilerin ortaya çıkmasına yol açabilecek yapısal ve işlevsel değişimler araştırılmıştır. Parkinson Hastalığı, Tourette Sendromu, Sydenham Koresi gibi bazal gangliyonlarda yapısal hasar oluşan hastalıklarda obsesif kompulsif belirtiler görülmesi, bazal gangliyonların OKB etiopatogenezinde rolü olabileceğini düşündürmüştür [55]. Yapılan çalışmalarda, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik

rezonans görüntüleme (MRI) bulgularında, OKB hastalarında sağlıklı kişilere göre kortikal ve subkortikal bölgelerde farklılıklar bulunmuştur [56, 57]. Yapılan tek foton emisyon tomografisi (SPECT) çalışmalarında orbitofrontal korteks ve kaudat çekirdekte hipermetabolizma olduğu bildirilmiştir [29]. OKB'nin etiopatogeneze yönelik yapılan pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışmalarında, kontrol grubuna kıyasla tüm serebral hemisferlerde, kaudat çekirdekte ve orbital girusta glikoz metabolizmasının önemli ölçüde arttığı bildirilmiştir [58].

2.1.4.2. Psikososyal Etkenler

2.1.4.2.1. Psikoanalitik Kuram

Sigmund Freud, 19. yy sonlarında OKB hakkında bilimsel görüşleri ortaya atan ilk kişi olmuştur. Freud, obsesif kompulsif belirtileri; kişiye yabancı, istemsiz zihne gelen düşünceler ve dürtüler ve kişinin karşı koyamadığı eylemler olarak tanımlamış, bugün mevcut olan yaklaşımın temelini ortaya atmıştır [59].

Psikanalitik yaklaşıma göre OKB, ödipal istekler sonucunda ortaya çıkmaktadır. Kişi ödipal çatışmaların neden olduğu anksiyete duygusu ile baş edemez ve anal sadistik döneme regrese olur [1]. Bu regresyon ile beraber libidinal organizasyon genital bölgeden anal bölgeye yönelir. Ancak, anal sadistik dürtüler birey için sıkıntı vericidir ve bu gerileme sorunu çözmez. OKB'nin temel belirtileri olan obsesyonlar ve kompülsiyonlar dürtülerin çarpıtılmış biçimde yansımalarıdır ya da süperegounun dürtülere karşı olan tehditleri ve id ile süperego arasındaki çatışmanın ortaya çıkış biçimidir [60].

Psikanalitik kurama göre, obsesif kompulsif kişi kabul edilemez bu dürtülerle başa çıkmak için anal döneme özgü savunma mekanizmaları olan; *yalıtma* (isolation), *yapma-bozma* (undoing) ve *karşıt tepki kurma* (reaction-formation) kullanmaktadır. Obsesif kompulsif belirtilerin şeklini ve niteliğini belirleyen de bu savunma mekanizmalarıdır [61]. Karşıt tepki kurmada idden kaynaklanan yasak, kabul edilmeyen dürtü ve isteklere karşı tepkiler oluşturulur. Görünen, bastırılmış olanın tam zıttıdır [62]. Örneğin bilinç dışı kirlilik ve pislenme eğilimlerine karşı kişi anormal

derece titiz görünebilmektedir [29]. Yalıtma, bir deneyimin ya da fikrin duygusal boyutu ile bilişsel boyutunun birbirinden ayrılması anlamına gelir [63]. Bu bağlantının koparılması sonucunda kişiyi rahatsız eden bu düşünce etkinliğini kaybeder. Yapma bozma savunma düzeneğinin devreye girmesi ile bir yandan idden kaynaklanan kabul edilemez dürtüler doyuma ulaştırılırken, bir yandan süperegonun katı tutumu nedeni ile doyum sonlandırılır [64]. İşlevselliği daha iyi olan obsesif kişiler biliş ve duygulanımı birbirinden ayırmada akılcılaştırma, düşünselleştirme gibi daha olgun savunma mekanizmaları kullanırlar [63].

Freud'dan sonraki dönemde, OKB adına psikanalitik kuramda belirgin bir ilerleme kaydedilmemiştir. Anna Freud, OKB'nin karşıt tepki oluşturma savunma düzeneği ile tekrarlayıcı davranışlar görülen diğer bozukluklardan ayrıldığını savunmuştur [65]. Yakın zaman literatürü incelendiğinde; Mallinger, altta yatan güçsüzlük kaygıları sonucu oluşan kontrol çabaları yetersiz kaldığında hastalık belirtilerinin ortaya çıktığını savunmuştur [66]. Salzman ise belirtilerin temelinde öfkeden ziyade utanç, zayıflık ve yetersizlik duygularının açığa çıkmasını önleme çabasının yattığını söylemiştir [67].

2.1.4.2.2. Bilişsel Davranışçı Kuram

Davranışçı Kuram:

Davranışçı görüş; OKB'nin oluşumu ve sürdürümünü açıklamada Mowrer'in korkunun oluşumunu açıklayan iki aşamalı öğrenme kuramını kullanmıştır. Bu kurama göre klasik koşullanmayla öğrenilen korku, edimsel koşullanmayla artarak pekişir. Önceden nötral olan uyaran (örneğin; yer zemini) olumsuz bir olay ya da deneyimle ilişkilendirilir (örneğin; annenin kızması) ve sonuç olarak bir korku nesnesi oluşur. Klasik koşullanma ile tetiklenen bu sürecin edimsel koşullanma ile pekiştiği düşünülmektedir [68]. Korkulan durum ya da nesneden kaçınma (olumsuz pekiştirici), anksiyetenin verdiği rahatsızlık hissini azaltır, bu durum zaman içinde problemin sürmesini sağlar. Daha sonraki aşamada ise anksiyete yaratan düşünceler ya da durumlar, kaçınma yanıtlarını harekete geçirmekte, anksiyetenin azalması da bu yanıtları pekiştirmektedir. Öğrenme ilkelerine göre obsesyonlar koşullanmış

uyaranlardır ve anksiyete oluşturlar. Oluşan anksiyete kaçma, kaçınma, tekrarlama gibi stratejiler kullanılarak azaltılır [69]. Tetikleyici uyaran ile her karşılaşmada artan kaygı, tekrarlamalar ile azalmakta bu da olumsuz pekiştireç olarak patolojinin sürdürümüne katkı sağlamaktadır [69].

OKB’de öğrenme modelleri ile ilgili araştırmalarda temizlik-bulaş tipi OKB hastalarının yalnızca yaklaşık %10’unda semptomlara neden olabilecek direkt ya da indirekt koşullandırıcı bir olay tespit etmişlerdir [70, 71]. Bu durum davranışçı modelin tek başına semptomların oluşumunu ve sürmesini açıklamada yeterli olmadığını düşündürmektedir. Davranışçı kuram ile ilgili bir başka sorun da OKB hastalarının büyük bir bölümünde birden fazla türde obsesyon olması ve obsesyon içeriğinin zaman içinde değişebilmesidir [72]. Bu yüzden araştırmacılar OKB patogenezi için daha iyi açıklamak için intrüzyonların yorumlanma biçimine odaklı bilişsel ve bilişsel davranışçı kuramlar üzerine yoğunlaşmışlardır [70].

Bilişsel Kuram:

OKB’nin bilişsel kuramının temeli, 1978 yılında Rachman ve Silva’nın intrüzif düşünce, imge, istek ve dürtüler (obsesyon) ile ilgili yaptıkları çalışmaya dayanmaktadır [72]. Sağlıklı gönüllüler ve OKB hastalarının karşılaştırıldığı bu çalışmada; sağlıklı gönüllülerin yaklaşık %84’ünde OKB hastalarına benzer obsesyonların olduğu görülmüştür [73]. Bu temele dayanarak, OKB semptomatolojisinde; obsesyonların kendisinin değil, bu düşünceler ile ilgili işlevsel olmayan inançlar ve hatalı değerlendirmelerin rol oynadığı düşünülmüştür. Bilişsel kurama göre; OKB’nin oluşması ve devam etmesinde kişinin inançları, duruma yönelik değerlendirmeleri ve yorumları temel rol oynar. Bu nedenle bilişsel özelliklerin incelenmesi bilişsel modellerin oluşturulmasında anahtar öneme sahiptir [74].

OKB’nin bilişsel kuramını incelemek ve değerlendirme araçları geliştirmek amacı ile bir araya gelen bir grup araştırmacının oluşturduğu Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (OCCWG) OKB semptomatolojisinde rol oynadığı inanılan altı inanç alanı belirlemişlerdir [10]: 1) *Abartılmış sorumluluk*, 2) *Düşünceye fazla önem verme*, 3) *Düşüncüyü kontrol etmenin önemi ile ilgili aşırı kaygı duyma*, 4) *Tehlikeyi büyük görme*, 5) *Belirsizliğe tahammülsüzlük*, 6) *Mükemmeliyetçilik*.

Bunun yanı sıra, Freeston OKB'si olan kişilerde dikkat çeken bazı bilişsel özelliklerini şu şekilde sıralamıştır: 1) *Düşüncenin önemini abartma (düşünceyle eylemi bir görme, büyüsel düşünce)*, 2) *Kendi kontrolünün ötesindeki olaylarla ve kötü bir sonuca yol açmış olmakla ilgili abartılı sorumluluk hissi*, 3) *Mutlak kesinlik, düşünceler ve eylemler üzerinde tam, kesin veya mükemmel kontrol sahibi olma arayışı*, 4) *Olumsuz olayların olma olasılığını gerçekten olma olasılıktan daha yüksek görme*, 5) *Düşüncelerin yol açtığı kaygının kabullenilemez veya zarar verici olduğuna inanma* [75].

OKB'nin bilişsel kuramı ile ilgili başka bir kavram da *düşünce-eylem kaynaşmasıdır* (DEK). DEK terimi düşünceleri ve eylemleri eş değer görme anlamına gelir (Örneğin; sevdiği birinin zarar görmesi ile ilgili zihnine bir düşünce gelmesi kişi tarafından bu düşüncenin eylemin gerçekte olması ile eş değer olduğu ve/veya gerçekleşme olasılığını artıracığı inancı gibi). DEK, OKB'de sık görülür ve özellikle dini, saldırganlık ve cinsel obsesyonu olan kişilerle ilgilidir [76].

Anksiyete bozukluklarının bilişsel kuramında yer alan *tehlikeyi büyük görme* çoğu anksiyete bozukluğunda olduğu gibi OKB'de de sık görülür. Tehlikeyi büyük görme eğiliminin yıkama, kontrol etme, şüphe, zihinsel nötralizasyon gibi semptomların ciddiyeti ile ilişkili olduğu çalışmalarda gösterilmiştir [77, 78].

Belirsizliğe tahammülsüzlük, sonuçları kesin olarak öngörülemeyen durumlarla baş etme güçlüğü olarak tanımlanabilir. Daha çok yaygın anksiyete bozukluğunda çalışılan bu fenomen, OKB'de son dönemde gündeme gelmiştir.

Mükemmeliyetçilik, bir şeyi 'tam olarak doğru' yapmanın mümkün ve gerekli olduğu inancı ve bu amaçla katı ve yüksek standartlar koyma eğilimi olarak tanımlanabilir. Depresyon ve yeme bozukluklarında olduğu gibi OKB'li bireylerde normal popülasyona göre daha yüksek seviyelerde mükemmeliyetçilik gösterme eğilimindedirler. Hatalı ve ya eksik yapmak ve bu durumun olası sonuçları ile ilgili oldukça kaygılıdırlar [79].

İlk kez Flavell tarafından tanımlanan *metakognisyon (üst biliş)* terimi kişinin kendi düşünceleri hakkındaki düşüncelerini tanımlar [69, 80]. OKB'de metakognisyon; düşüncelerin anlamı ve gücü hakkındaki düşünceler ve kişinin gerçekleştirdiği ritüeller hakkındaki düşünceler olarak iki boyutta incelenmektedir. Örneğin, düşüncelerin bir

şekilde tehlikeli ya da çok önemli olduğu şeklindeki girici düşünceleri kontrol etmesi ya da önlemesi gerektiği, bu ritüelleri yapmaz ise rahatlayamayacağı düşüncesi bir metakognisyonudur. OKB belirtilerinin sürdürümünde metakognisyonun rolü olduğuna dair görüşler mevcuttur [81].

OKB'nin bilişsel kuramın gelişmesinde Salkovskis'in 1985 yılında yaptığı çalışmanın önemi büyüktür. Bu çalışmada patolojinin kaynağının intrüzif düşüncelerin hatalı yorumlanması olduğu, obsesyonel düşüncelerin temelinde artmış sorumluluk algısı olduğu öne sürülmüştür [82]. OKB'li birey, zihnine gelen istenmeyen ve rahatsızlık veren düşünceden kendisini sorumlu tutmakta ve kendi ve başkalarının başına gelebilecek bir tehlike olarak değerlendirmektedir. Kişi içinde bulunduğunu düşündüğü bu tehlikeli durum ile ilgili önlem almaya ya da olabilecek sonuçları engellemeye çalıştığında dikkat istenmeyen düşünceye yöneltilir, bu durum kaygının daha da artmasına neden olur, kaygının azaltılması için kompülsiyon ve nötralizasyon davranışları yapar [83]. Kompülsiyonların, düşünceleri baskılama girişimlerinin ve obsesyonları nötralize etme çabalarının, kişinin düşüncelerin tehlikeli olmadığını öğrenmesine engel olduğu düşünülmektedir.

Rachman'a göre OKB'de istenmeyen düşünce, imge, imaj ve dürtülerin hatalı yorumlanması ve olası sonuçları ile ilgili yanlış değerlendirmeler obsesyonlara yol açmaktadır [84]. Kişi intrüzif düşünceler ile ilgili felaketleştirici değerlendirmeler yapar, bu düşünceler obsesyona dönüşür. Felaketleştirici yorumlamalar devam ettikçe obsesyonun şiddetinin ve kaygı düzeyinin artacağı, kaygı düzeyi arttıkça ortaya çıkan nötralizasyon ve kaçınma davranışlarının kişinin obsesyonunun felakete sebep olacağı varsayımının yanlış olabileceğini ispatlamasına engel olacağı belirtilmektedir [84].

2.1.5. Tanı ve Klinik özellikler

2.1.5.1. Tanı

Obsesif Kompulsif Bozukluk, yapılandırılmış sınıflandırma sistemlerine ilk kez 1980 yılında yayınlanan, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı III (DSM III) ile girmiştir. DSM IV-TR'de, 'Anksiyete Bozuklukları' kategorisinde yer alırken,

yeni tanı sınıflamasında bu kategoriden ayrılmıştır. 2013 yılında yayınlanan DSM 5'te 'Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar' başlığı altında sınıflandırılmıştır. DSM 5'teki bir diğer farklılık da iç görü tanımı ile ilişkilidir. DSM IV-TR'de iç görü ile ilişkili, yalnızca 'iç görüşü az olan' şeklinde tanımlanırken, DSM 5'te 'iç görüşü iyi ya da oldukça iyi', 'iç görüşü kötü', 'iç görüşü yok, sanrılar inancılar' şeklinde tanımlanmıştır. Ayrıca DSM 5' de ilk kez "tik ile ilişkili" alt tip tanımlanmıştır.

DSM 5'e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanı kriterleri şunlardır;

A) Obsesyonların, kompülsiyonların ya da her ikisinin birlikte varlığı

Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden gelen, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ve imgeler
2. Kişi, bu düşüncelere, dürtülere ya da imgelere aldırılmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirme (bir kompülsiyonu yerine getirerek) girişiminde bulunur.

Kompülsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır.

1. Kişinin obsesyonlara bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yineleyici davranışlar (örneğin; el yıkama, düzenleme, kontrol) ya da zihinsel eylemler (örneğin; dua etme, 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 etkisizleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

B) Obsesyonlar ya da kompülsiyonlar kişinin zamanını alır ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olur.

C) Obsesyonlar ve kompülsiyonlar, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

D) Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileri ile daha iyi açıklanamaz (örneğin; yaygın anksiyete bozukluğunda olduğu gibi aşırı kaygılar, beden dismorfik bozuklukta olduğu gibi dış görünüşle aşırı uğraşma, biriktirme bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme, trikotillomanide 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, cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu cinsel dürtüler ya da düşlemler, yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler, majör depresif bozuklukta olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar, şizofreni kapsamında ve psikoza giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrılarla uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında olduğu gibi tekrarlayıcı davranış örüntüleri).

Obsesif Kompulsif Bozukluk, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayınladığı Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması 10'da (International Classification of Disease, ICD 10) ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırmasında F 42 kodu ile yer almaktadır [85]. Kısaca tanı koyabilmek için belirtilerin en az iki hafta süre ile bulunması, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olması gerekmektedir.

ICD 10 Obsesif-Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri:

Kesin tanı koyabilmek için, obsesyonel belirtiler ya da kompulsif eylemler, en az iki hafta (üst üste iki hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı ve sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri engelleyici nitelikte olmalıdır. Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır:

- A. Bunlar kişinin kendi düşünceleri, imgeleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar;
- B. Bu düşünceler ya da eylemlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır; (hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ya da eylemler bulunabilir)

- C. Bu eylemi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da sıkıntının giderilmesi söz konusudur);
- D. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır [85].

2.1.5.2. Klinik Özellikler

Obsesif kompulsif bozukluğun temel klinik belirtilerini obsesyon ve kompülsiyonlar oluşturur. Obsesyonlar inatçı, kişiye rahatsızlık veren, uygunsuz düşünce, dürtü, istek ve imgelerdir. Kompülsiyonlar ise obsesyonun neden olduğu anksiyeteyi/sıkıntıyı azaltmaya yönelik yapılan tekrarlayıcı davranışlardır [52]. OKB hastalarının büyük çoğunluğunda, obsesyon ve kompülsiyonlar beraber görülür. Yapılan çalışmalarda sadece obsesyonlar (%9-29) ya da sadece kompülsiyonlarla (%11-31) seyreden vakalar olduğu gösterilmiştir [86, 87].

En sık görülen obsesyonlar kirlenme ve bulaş obsesyonları olup, yaklaşık hastaların %50'sini etkilemektedir [88, 89]. İkinci sıklıkta görülen şüphe tipi olup, hastaların yaklaşık %40'ında görülür [89]. Diğer obsesyonların görülme oranları yaklaşık olarak şu şekildedir: Somatik obsesyonlar %30, simetri obsesyonları %30, saldırganlık obsesyonları %30, cinsel obsesyonlar %25, dini obsesyonlar %10 [90].

Kompülsiyonlar ve kaçınma davranışları OKB'nin en belirleyici semptomlarındandır. Hastalar tarafından en sık tanımlanan kompülsiyonlar; kontrol %60, yıkama/yıkanma %50, sayma %35, dua etme %35, simetri ve düzen %30 olarak bildirilmiştir. Hastaların büyük çoğunluğunda birden fazla kompülsiyon bulunur [90].

Ülkemizde 2013 yılında yapılan 351 OKB hastasından oluşan örnekleme sahip çalışmada, olguların %76'sında bulaş, %68'inde simetri, %44 ünde saldırganlık, %26'sında dini, %17'sinde somatik, %16'sında cinsel obsesyonlar saptanmıştır. Hastaların yaklaşık %29'unda iki, %50'sinde üç ve daha fazla obsesyon olduğu bulunmuştur [91].

2.1.5.3. Semptom Boyutları

OKB tanısına sahip bireyler, obsesyonlar, kompülsiyonlar ve kaçınma davranışları açısından heterojen bir gruptur ve belirtiler kişiye özgüdür. Örneğin; bir yayaya çarpmak ile ilgili obsesyonları olan bir kişi, bu durumun yarattığı sıkıntıyı azaltmak için sürekli olarak yol kenarlarını kontrol edebilir veya araba kullanmaktan kaçınabilir. Bir başka kişi, cinsel inrüzif düşünceler nedeni ile cezalandırılmaktan korktuğu için zihinsel nötralizasyon yapabilir. Bir başka kişi ise bu belirtilerin hepsine aynı anda sahip olabilir. Bu nedenlerle obsesyon, kompülsiyon ve kaçınma davranışlarının klinik prezantasyonu her hastada farklılık göstermektedir.

Yapısal analizler, OKB'nin obsesyon ve kompülsiyon olarak ayıramayacağını, belirli türden obsesyon ve kompülsiyonların birlikte ortaya çıkma eğiliminde olduğunu göstermektedir [7, 92]. Bu yaklaşım doğrultusunda, obsesyon ve kompülsiyonların beraber karakterize olduğu bazı semptom boyutları tanımlanmıştır. OKB ile ilişkili literatüre bakıldığında obsesyon ve kompülsiyonlarla ilişkili 4 farklı belirti boyutu olduğu görülmektedir: 1) bulaş ve temizleme, 2) sorumluluk, zarardan kaçınma ve kontrol, 3) simetri, sıralama ve düzenleme, 4) cinsel, dini ve zarar verme ile ilişkili istenmeyen düşünceler [8]. Bu semptom boyutları; eşlik eden hastalıklar, genetik geçiş, tedaviye yanıt oranı açısından birbirinden farklı özelliklere sahiptir [92].

Bulaş ve temizleme;

Mikroplar ve kirlenme hakkında endişe duyma ile karakterizedir. Örneğin; belirli bir nesne ya da kişi ile temas edildiği ya da yakın olunduğu zaman kirlenmiş olmak ile ilgili düşünce ve/ve ya hislere sahip olma, mikropların, hastalığın ya da kirliliğin yayılması-bulaş ile ilgili düşüncelere sahip olma, kirlenme/bulaş ile ilgili endişelerden dolayı el yıkama, el dezenfektanı kullanma, banyo yapma, kıyafet değiştirme ya da nesneleri yıkama gibi davranışlarının olması, kirlenme nedeniyle belli insanlardan, nesnelerden ya da yerlerden kaçınma [9].

Sorumluluk, zarardan kaçınma ve kontrol;

Zarardan, yaralanmadan veya talihsizlikten sorumlu olma konusunda endişe duyma ile karakterizedir. Örneğin; zararlı ya da korkunç bir şeyin olmasına neden

olabilecek bir hata yapmış olma şüphesi, korkunç bir kaza, felaket, yaralanma veya başka bir talihsiz olayın meydana gelebileceği ve kişinin bunu önlemek için yeterince dikkatli olmadığı düşüncesi, bir şeyleri belli bir düzende yaparak, belirli sayıları sayarak ya da uğursuz sayı ve kelimelerden kaçınarak tehlike veya talihsizliğin engellenebileceği düşüncesi, kaybedilmesi pek muhtemel olmayan önemli şeyleri kaybetme düşüncesi (ör; cüzdan, kimlik kartı, evraklar), elektrik düğmeleri, kilit ve cüzdan gibi eşyaları gereğinden fazla kontrol etmek, kötü bir şey olmadığı (veya olmayacağı) konusunda güvence almak için bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek ya da tekrar tekrar sormak, yanlış bir şey yapmadığından emin olmak için geçmiş olayları zihinsel olarak gözden geçirmek, zarar veya felaketlerin meydana gelmesini önleyebilmek için özel bir rutini takip etmeye ihtiyaç duymak, zarara yol açma korkusu nedeniyle bazı uğursuz sayılardan kaçmaya ve ya belli sayıları saymaya ihtiyaç duymak [9].

Simetri, sıralama ve düzenleme;

Simetri ve bir şeylerin “tam olması” gereksinimiyle ilgili endişe duyma ile karakterizedir. Örneğin; simetri, düzgünlük, eşitlik veya kesinlik ihtiyacı, bir şeylerin “tam” olmadığı hissi, “tam” veya “eşit” olduğunu hissedene kadar belli bir eylemi tekrarlamak, anlamsız şeyleri saymak, gereksiz yere eşyaları düzenleme, “tam doğru” hissettirene kadar bir şeyleri tekrar tekrar aynı şekilde söylemek [9].

Cinsel, dini ve zarar verme ile ilişkili istenmeyen düşünceler;

Kişiye rahatsızlık veren kabul edilemez düşünceler ile ilgili endişe duyma ile karakterizedir. Örneğin; cinsellik, ahlaksızlık veya şiddetle ilgili isteğiniz dışında zihninize gelen rahatsız edici düşünceler, gerçekte yapmak istemediğiniz çirkin, uygunsuz veya utandırıcı şeylerle ilgili düşünceler, kötü bir düşünceden dolayı özel bir rutini uygulamak veya bir eylemi tekrar etmek, istenmeyen veya rahatsız edici bir düşünceden kurtulmak için zihinsel olarak belli işlemleri gerçekleştirmek veya dua etmek, istenmeyen veya rahatsız edici düşünceleri tetikleyen belli kişilerden, yerlerden veya durumlardan kaçınmak [9].

Bazı araştırmacılar biriktiriciliği bir semptom boyutu olarak değerlendirse de, araştırmalar yukarıda belirtilen boyutlarına kıyasla; biriktiriciliğin diğer psikopatoloji türleriyle daha güçlü ilişkili olduğu (örneğin: kişilik bozuklukları), daha erken başlangıç gösterdiği, farklı nöronal aktivite modellerine sahip olma eğiliminde olduğu ve OKB için etkinliği kanıtlanmış tedavilere daha zayıf yanıt verdiği anlaşılmıştır [93-96]. Bu nedenle, birçok çalışmacı biriktiriciliği OKB'den farklı bir sendrom olarak değerlendirmektedir [97-101].

2.1.5.4. Eşlik Eden Ruhsal Bozukluklar

Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hastaların yaklaşık 2/3'üne başka bir psikiyatrik hastalık eşlik eder. En sık eşlik eden ruhsal hastalık majör depresyon olarak bildirilmiştir [1]. Hastaların yaklaşık %30'unda değerlendirmenin yapıldığı anda major depresif epizoda rastlanmıştır. Bunların önemli bir kısmı OKB'ye ikincil olduğu belirtilmiştir [90].

Anksiyete bozuklukları da OKB ile sıklıkla birliktelik gösterir. Yapılan birçok çalışmada, OKB'nin anksiyete bozukluğu ile yaşam boyu %40-60 gibi yüksek oranda komorbidite gösterdiği bildirilmektedir[102]. Yapılan bir çalışmada, OKB tanısı alan hastalarda yaşam boyu %46 oranında fobik bozukluk, %13,8 oranında panik bozukluk komorbiditesi bildirilmiştir [103]. Yaygın anksiyete bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğu da OKB'ye eşlik edebilir.

Şizofreni ve OKB birlikte görülme oranı sanılandan daha sıktır. Yapılan bir çalışmada, OKB'nin şizofreni komorbidite oranı %12,2 oranında bir arada bulunduğu saptanmıştır. OKB ve şizofreni eş tanılı hastaların önemli bir kısmında, şizofreni başlangıcının OKB'den daha önce olduğu bildirilmiştir [103].

Obsesif kompulsif bozukluk ile Tourette sendromu komorbiditesine ilişkin birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan bir çalışmada, obsesif kompulsif bozukluk ve Tourette bozukluğu komorbiditesinin yalnız obsesif kompulsif bozukluk ya da yalnız Tourette bozukluğu görülmesine oranına göre daha ağır bir klinik semptomatoloji oluşturduğu, bipolar bozukluk, sosyal fobi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

eş tanı görülme oranlarının arttığı belirtilmiştir [104]. OKB hastalarında yaşam boyu Tourette sendromu yaygınlığı %5-10 olarak belirtilirken, Tourette sendromu olanlarda OKB eş tanı oranı%30-40 civarındadır [105].

OKB hastalarında kişilik bozukluğu eş tanısı söz konusu olduğunda semptom şiddeti artar. C kümesi kişilik bozuklukları (çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu) OKB'ye en sık eşlik eden gruptur [106].

2.1.5.5. Tedavi ve Prognoz

Farmakoterapi

OKB'nin farmakoterapisinde, birçok çalışmada etkinliği kanıtlanan seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI) ve klomipramin ilk seçenek ilaçlardır[1]. OKB tedavisi yapılan birçok meta analiz çalışması SSGI'lara göre klomipramini daha etkin bulmuştur [107-109]. Ancak yan etki profili açısından daha güvenilir olması nedeniyle günümüz OKB farmakoterapisinde ilk sırada SSGI'ler tercih edilmektedir. Antidepresan ilaçların OKB'de etkilerinin ortaya çıkması için tedavinin en az 12 hafta sürdürülmesi gerekir. Etki başlangıcının geç olması, orbitofrontal kortekste serotonin salınımında SSGI'lara bağlı olan değişikliğin daha geç ortaya çıkması ile ilişkilendirilmiştir [110]. Antidepresan tedaviye yanıt vermeyen vakalarda antipsikotik güçlendirme tedavisinin etkinliğinin gösterildiği çalışmalar mevcuttur [111, 112]. Bunun yanı sıra valproik asit, lityum, karbamazepin, buspiron, klonazepam güçlendirme tedavisinde önerilen diğer ajanlardır [29].

Psikoterapi

Davranışçı terapi:

Davranışçı kurama göre, herkesin aklına gelebilecek ve olumsuz duygu uyandırmayacak nötral düşünceler OKB'ye sahip olan kişide, anksiyete ile ilişkilendirilmekte, bir süre sonra düşüncenin kendisi rahatsız edici özellik kazanmaktadır (klasik koşullanma). İstemsizce zihne gelen bu düşünce, imge, imajların yarattığı kaygıdan korunmak için kaçınma davranışları kullanılmaktadır. Bu

kaçınma davranışı kaygıyı azaltır ve böylece kaçınma davranışı bir tür pekiştireç rolü oynamaktadır (edimsel koşullanma). Tıpkı kaçınma davranışlarında olduğu gibi, kompulsif davranışlar da olumsuz duygulanımı azaltır ve pekiştireç görevi görür. Kişi kaygı ile başa çıkarken kaçınma ve tekrarlama gibi stratejiler kullandığından, artan kaygı nedeni ile bu stratejileri daha çok kullanmakta ve bir kısır döngü yaşamaktadır. Bu görüş, maruz bırakma ve yanıt önleme (exposure and response prevention-ERP) olarak bilinen davranışçı terapi yaklaşımının gelişmesine neden olmuştur [113]. Maruz bırakma (exposure) korkulan durumla yüzleşme iken, yanıt önleme (response prevention) ise kompülsiyon ve ritüellerin engellenmesini hedefler. Amaç, obsesyonların oluşturduğu anksiyeteyi söndürmek ve alışma durumunun ortaya çıkışını sağlamaktır.

OKB hastalarının anksiyete ile başa çıkmak kullandığı bir başka yol, obsesif düşünceleri tetikleyen ortamlardan uzak durmaktır. Kişinin kaçınma davranışları, bireyin yaşam alanlarındaki aktivitelerini kısıtlayarak, yaşam kalitesinin düşmesine neden olur. Fobilerde olduğu gibi, OKB’de de hastalığın devamına neden olan, bu kaçınma davranışlarıdır. Obsesyonel düşünce ile koşullanma yoluyla oluşan olumsuz emosyonel durum arasındaki bağlantının söndürülebilmesi ancak hastanın düşüncelerden kaçmaması veya bu düşünceleri çeşitli ritüellerle nötralize etmemesi ile mümkündür.

Davranışçı terapi ile ilgili ilk çalışmalar Victor Meyer (1966) tarafından yapılmıştır. ERP’nin OKB’de etkin bir tedavi olduğunu gösteren çok sayıda kontrollü çalışma vardır [114]. ERP’nin OKB tedavisinde etkinliği olmasına rağmen tüm semptomlarını iyileştirmede tek başına yeterli olmadığına dair yayınlar mevcuttur [115].

Bilişsel Terapi:

Bilişsel terapinin OKB tedavisinde önemli bir yeri olduğuna dair kanıtlar literatürde mevcuttur [116, 117]. 2013 yılında yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, OKB en etkin iki yaklaşımın davranışçı terapi (maruz bırakma ve yanıt önleme) ve bilişsel terapi olduğu bulunmuştur [118].

Bilişsel terapisinin temel noktası, kişiyi rahatsız eden intrüzif düşüncelere yönelik hatalı değerlendirme ve işlevsel olmayan yorumların daha gerçekçi ve duruma uygun yorumlara dönüştürülmesidir. Bilişsel terapi sayesinde kaygı yaratan uyum bozucu düşünce hatalarını fark etmeyi, yeniden yapılandırma sonucu daha akılcı alternatif bir düşünce öğrenirler. Özellikle zihinsel kompülsiyonları olan ve depresyonun eşlik ettiği hastalarda bilişsel terapi iyi bir seçenek olabilir [117].

Bilişsel yaklaşımın temel hedefi; zihne gelen girici düşünceleri normalize etmek, hastanın düşünce hatalarını belirlemek, kişinin obsesyonlara atfettiği önemi azaltmak, zihinsel kontrol çabalarına müdahale etmek, uyum bozucu temel inançlar ile çalışmaktır [119]. Bilişsel terapisinin amacı daha olumlu düşünmeyi sağlamak değil, daha gerçekçi ve daha az tehdit edici düşünce biçimlerinin gelişmesini sağlamaktır [29].

Bilişsel terapide öncelikle hastayı değişim için hazırlamak gerekir. Terapideki ilk basamak kişiyi hastalık ve tedavi konusunda bilgilendirmektir. Bir sonraki aşamada bilişsel yapılandırma aracılığıyla tehdit-tehlike-aşırı sorumluluk algılarının ne oranda gerçekçi olduğu, hasta ile birlikte gözden geçirilir. Bu süreçte abartılı tehdit-tehlike-aşırı sorumluluk algılarının çeşitli bilişsel hatalar sonucu nasıl ortaya çıktığı hastaya aktarılır.

2.2. Obsesif İnançlar

OKB'nin bilişsel modeline göre, hastalığın gelişmesi ve sürdürümünde intrüzif düşüncelerin hatalı yorumlanmasının önemli bir rolü bulunmaktadır. Kişinin sahip olduğu obsesif inanışlar, bu hatalı yorumlamaların temelini oluşturur.

OKB'ye özgü obsesif inanışları belirleme amacı ile 1997 yılında oluşturulan Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (The Obsessive Compulsive Cognitions Working Group) OKB ile ilişkili 6 inanç kümesi tanımlamıştır [10].

Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu tarafından geliştirilen obsesif inanışlar ölçeğinin kısa formu olan OBQ-44 inanç alanlarını deneysel olarak 3 boyutta birleştirmiştir. Bunlar; Artmış sorumluluk algısı/abartılı tehdit algısı,

mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük, düşüncelere önem verme/düşünceleri kontroldür [120].

Artmış Sorumluluk / Tehlike Beklentisi

Kişinin sahip olduğu işlevsel olmayan abartılı sorumluluk inançları ve kendine atfettiği sorumluluk OKB semptomatolojisi üzerinde etkilidir [82, 83].

Artmış sorumluluk nedeni ile intrüzif düşüncenin hatalı değerlendirilmesi/yorumlanması sonucu kaygı ortaya çıkar. Oluşan kaygıyı azaltmaya yönelik nötralizasyon ve kompülsiyon davranışları obsesyonların oluşması ve sürdürümünde önemli rol oynar.

Artmış sorumluluk bilişleri olan kişi, içinde bulunduğu durum ile ilgili kendi ve çevresinin zarar görme ihtimalini olduğundan yüksek görmekte, olabilecek kötü sonuçları engellemesi gerektiğini, engel olamadığında ortaya çıkabilecek sonuçlardan kendisinin sorumlu olacağını düşünmektedir [120]. Örneğin; kontrol etme kompülsiyonları olan birisi ocağı açık unutma ihtimalini ve evde yangın çıkarsa buna kendisinin sebep olma ihtimalini olduğundan çok daha yüksek olarak değerlendirmektedir [121].

Sorumluluk tehlike beklentisine yönelik inanışların bulaş obsesyonları ve yıkama/temizlenme kompülsiyonları ile ilişkili olduğu farklı çalışmalarda gösterilmiştir [122, 123].

Lopatka ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, artmış sorumluluk bilişleri olan hastaların daha çok kontrol etme kompülsiyonları görüldüğü bildirilmiştir [124]. Julien ve arkadaşlarının 126 OKB hastası ile yaptığı çalışmada ‘artmış sorumluluk/abartılmış tehdit algısı’ inançlarının ruminasyon için yordayıcı olduğunu bildirilmiştir [125].

Mükemmeliyetçilik/Kesinlik

Kişi bir işi tamamlama konusunda, yüksek ve rijit standartlar belirlemekte ve hata yapmaya ve belirsizlik durumuna karşı mevcut durumla uyumsuz bir kaygı yaşamaktadır [120]. Mükemmeliyetçilik ve kesinlik ihtiyacı, OKB’nin yanı sıra

anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğunda da sıklıkla karşılaşılan bir özelliktir [10, 126].

Frost ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; OKB grubunda ‘mükemmeliyetçilik’ inançları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulmuştur [127]. Rhéaume ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ‘mükemmeliyetçilik’ ve ‘sorumluluk’ inançlarının OKB grubunda anlamlı düzeyde yüksek olmasının yanında, bu inançların aynı zamanda OKB belirtilerinin yordayıcısı olduğunu göstermiştir [128].

Düşüncelere Önem Verme/ Düşünceleri Kontrol Etme

OKB hastaları istenmeyen ve rahatsız edici girici düşünceleri zihninden uzaklaştırmak için yoğun çaba sarf eder [120]. Bunun nedeni bu kişilerin bir şeyi düşünmenin onu gerçekte yapmakla eş değer olduğu ya da korkunç bir şey yapmakla ilgili düşünmenin gerçekleşme olasılığını artıracak inancına sahip olmasıdır. Bu durum “Düşünce eylem kaynaşması” ile açıklanır [84]. İki tip düşünce eylem kaynaşması vardır: 1) *Olasılık tip düşünce eylem kaynaşması*, kişinin kötü bir düşünceye sahip olma durumunun, gerçekte kötü bir sonuca neden olabileceği inancıdır (örneğin, bir kişide annesinin şiddetli bir kaza geçireceği düşüncesinin olması gerçekte bu kazanın oluşma ihtimalini artıracak olarak anlamlandırılır). Kişi bu olasılığı azaltmak ve olası kötü sonucu engellemek bazı eylemler yapmalıdır. 2) *Ahlak veya moral tip düşünce eylem kaynaşması* ise kişinin kabul edilemeyen, istenmeyen düşüncelere sahip olmasının ile o eylemi gerçekte yapmayı istemenin eşdeğer olduğuna dair inancıdır (Kişinin çocuğunun kaza geçirdiğine dair düşünce ya da imgelere sahip olması bunu istediği ya da kendinin bu duruma sebep olacağı şeklinde yorumlanır).

Tüm bu inanç alanlarının OKB semptomatolojisi ile yakın ilişkili olması yanı sıra, anksiyete bozukluklarında da görülme oranı yüksektir. Düşünceleri kontrol etmeye yönelik inançlar diğer anksiyete bozukluklarından farklı olarak OKB'ye spesifik bulunmuştur [11].

Çok sayıda çalışmacı, obsesif inanışlar ile ve OKB belirti şiddeti arasındaki spesifik ilişkiyi araştırmıştır. Bir çok çalışmada anksiyete veya depresyon puanları göz önünde bulundurulduğunda, obsesif bilişler ve OKB belirtileri arasında ilişki bulunmuştur [123, 129-132].

Konkan ve arkadaşlarının (2012) Türkiye’de OKB tanısı almış kişileri obsesif inançları açısından incelendiği bir çalışmada, kontrol grubuna oranla OKB’si olan grupta obsesif inançların anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür [133].

2.3. Anksiyete Duyarlılığı (Sensitivitesi)

Anksiyete duyarlılığı, kişinin fiziksel, psikolojik veya sosyal açıdan zararlı sonuçlara yol açabileceğine inanması nedeni ile kaygının neden olduğu/olabileceği sonuçlardan korkma eğilimini yansıtan bir özellik olarak kavramsallaştırılmıştır [134].

Anksiyete duyarlılığı kavramı başlangıçta tek boyutlu olarak kabul edilmiş ancak yapılan faktör analizleri sonucu üç alt boyutu olan bir kavram olarak değerlendirilmiştir. Bu üç alt faktörden biri olan *fiziksel anksiyete duyarlılığı*; kaygının fiziksel belirtilerinin oluşturduğu sonuçlardan kaygı duyma olarak tanımlanmıştır [135]. Bir diğer alt faktör olan *bilişsel anksiyete duyarlılığı*; kaygı sebebi ile kişinin bilişsel kontrolünü kaybetmesinden kaygı duyma hali olarak tanımlanırken son alt faktör olan *sosyal anksiyete duyarlılığı*; kaygı belirtilerinin başkaları tarafından gözlenmesinin getirdiği olumsuz sosyal sonuçlardan kaygı duyma olarak kavramsallaştırılmıştır [135].

Anksiyete bozukluğu tanı grubundan, panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu semptomların başlangıcı ve sürdürümünde anksiyete duyarlılığının temel rol oynadığına dair kanıtlar bulunmaktadır [134, 136-138].

Anksiyete duyarlılığı alt boyutları ve OKB semptom boyutları arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma vardır [16-18]. Calamari ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı çalışmada, anksiyete duyarlılığının OKB’nin biriktiricilik dışında tüm

septomlarla ile ilişkili olduğu, bulaş ve zarar verme obsesyonlarının, en yüksek ilişkiye sahip belirti boyutları olduğu bulunmuştur [139]. 2012 yılında Wheaton ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, OKB semptom boyutları ile anksiyete duyarlılığı arasındaki ilişki incelenmiş, anksiyete duyarlılığının fiziksel boyutu OKB'nin bulaş boyutu arasında, anksiyete duyarlılığının bilişsel boyutunun ile OKB'nin simetri boyutu arasında, son olarak anksiyete duyarlılığının bilişsel ve sosyal boyutları ile OKB'nin kabul edilemez düşünceler alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur [123]. Raines ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmada, önceki çalışmadan farklı olarak anksiyete duyarlılığının sosyal boyutu ile OKB simetri alt boyutu arasında ilişki bulunurken, bulaş alt boyutu ile anksiyete duyarlılığı arasında ilişki bulunamamıştır [17]. Poli ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı çalışmada anksiyete duyarlılığı sosyal alt boyutu ile OKB simetri alt boyutu arasında ve anksiyete duyarlılığının bilişsel alt boyutu ile OKB kabul edilemez düşünceler alt boyutu ilişkisi bulunmuştur [18].

2.4. Ruminatif Tepki Biçimi

Ruminasyon, bireyin problemini çözmek için harekete geçmeksizin, içinde bulunduğu duygu durumunu ve olası sebep ve sonuçları tekrar tekrar düşünmesi olarak tanımlanmıştır [19]. Ruminatif tepki biçimi daha çok depresif boyutta ele alınmış, depresyonun hem ortaya çıkışından hem de sürdürümünde rol alan bir faktör olduğu gösterilmiştir [140].

Son zamanlarda ruminatif düşünce biçimi, majör depresif atakların başlangıç ve sürdürümünde yordayıcı faktör olması dışında, yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu gibi çeşitli anksiyete bozukluklarında bir transdiagnostik faktör olarak incelenmektedir [25].

Obsesif kompulsif bozukluk ve ruminasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma vardır [24, 25, 141]. Obsesyon ve ruminasyon ilişkisine bakıldığında; her ikisi de tekrarlayıcılık, gericilik ve kontrol edilemezlik ile karakterize edilen benzer bilişsel süreçleri içerir. Daha önce bahsedildiği gibi obsesyonun; istenmeyen, kişiye

rahatsızlık veren girici düşüncelerin yanlış değerlendirilmesi, önem ve anlam atfedilmesi sonucu ortaya çıktığını varsayılmaktadır. Devam eden hatalı değerlendirmeler, düşünceleri kontrol etme ve düşünce bastırma çabalarının obsesyonların sürmesine katkı sağlandığı düşünülmektedir. İntrüzif düşünceler ile ilgili ruminasyonların, diğer tüm intrüzif düşüncelerin olumsuz değerlendirilmesine neden olabileceği varsayılır. Diğer bir deyişle, OKB hastalarının, tekrar eden girici düşüncelerin sebeplerini ve sonuçlarını anlamaya çalışma eğilimleri daha yüksektir ve bu daha sonra daha fazla girici düşünceye ve sıkıntı hissine neden olabilir [25]. Bu kavramsallaştırmaya uygun olarak, Freeston ve Ladouceur (1997), OKB hastalarının, istenmeyen düşüncelerin getirdiği sıkıntı hissi ile başa çıkmanın bir yolu olarak bu düşüncelerinin doğasını ve kendileri üzerinde etkilerini analiz etmek gibi ruminatif stratejileri kullanmaya daha yatkın olduklarını bulmuştur [142]. Dolayısıyla ruminasyon, depresyonu olan bireylerde etkili problem çözme becerilerini olumsuz etkilediği gibi, OKB da mevcut olan istenmeyen intrüzif düşünceyi deneyimlemenin getirdiği sıkıntıyı da artırabilir.

2.5. Bilişsel Kaynaşma

Bilişsel kaynaşma, bireyin içsel deneyimleri ile dış gerçeklik arası mesafeyi koruyamamasını ifade eden bir terimdir. Bir başka deyişle, kişi düşünceleri rastgele akla gelen zihinsel olaylar olarak görmekten çok, tamamen dikkate alma eğilimindedir [27]. Örneğin, zihnine bir çocuğa zarar verme ile ilgili istenmeyen bir düşünce gelen kişi, bu düşüncelerin kendisinin kötü biri olması ile ilişkilendirebilir. Bilişsel kaynaşma kavramı temelde, düşünce eylem kaynaşması ile benzerdir. Bazı yazarlar, bilişsel kaynaşma ile düşünce eylem kaynaşmasının ahlak tipi ile önemli ölçüde örtüştüğünü öne sürerler [143]. Bununla beraber bazı temel farklılıklar mevcuttur; bilişsel kaynaşma, kişinin zihninde canlandığı olay ile gerçekte yaşanan olay arasında ayırım yapamadığı bir durum olarak kavramsallaştırılmışken, düşünce eylem kaynaşması, kişinin düşüncelerin ahlaki karşılığı olduğu veya düşüncelerin eylemleri etkileyebileceğine inandırdığı bilişsel bir önyargı olarak kavramsallaştırılmıştır.

Bilişsel kaynaşma ve obsesif kompulsif bozukluk semptom boyutları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı kısıtlıdır. Reuman ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı, 250 katılımcının olduğu çalışmada bilişsel kaynaşma ile OKB'nin kabul edilemez düşünceler boyutu için anlamlı bir yordayıcı olduğu bulunmuştur [27]. 2018 yılında yapılan bir başka çalışmada, bilişsel kaynaşmanın kabul edilemez düşünceler ve zarardan kaçınma alt boyutları için yordayıcı olduğu bildirilmiştir [28].



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Yeri ve Süresi

Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne 01.11.2018-01.04.2019 tarihleri arasında ayaktan başvuran çalışmaya dâhil olma kriterlerini karşılayan 100 OKB hastası ve 100 sağlıklı gönüllü çalışmaya alınmıştır.

3.2. Örneklem Grubunun Seçimi

Çalışmaya dâhil edilen OKB hastaları ayaktan polikliniğe başvuran ardışık hastalardan seçilirken, kontrol grubu sağlıklı gönüllülerden rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Çalışmaya katılan hastalar ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş ve aydınlatılmış onam yazısı alınmıştır.

Hastalara DSM 5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID 5-CV) [144] uygulanarak OKB tanısı konulmuş; birlikte bulunabilecek ek tanılar tespit edilmiştir.

Dâhil Edilme Kriterleri:

- ✓ DSM 5'e göre OKB tanısı almış olması
- ✓ 18-65 yaş arasında olması
- ✓ Okuma yazma biliyor olması
- ✓ Bilgilendirilmiş onam verebilme kabiliyeti olması

Dışlama Kriterleri:

- ✓ Primer nörolojik bozukluk veya mental retardasyon bulunması
- ✓ DSM 5 tanı ölçütlerine göre psikotik bozukluk, bipolar afektif bozukluk, kişilik bozuklukları eş tanısı olması.

- ✓ Madde Kullanımına Bozukluğu olması
- ✓ Geçirilmiş kafa travması ya da operasyonu bulunması
- ✓ Kognitif mental bozukluk (demans, deliryum) olması
- ✓ Çalışmada kullanılacak ölçekleri doldurabilecek düzeyde okuma-yazma bilmemesi.

3.3. Etik Kurul Onayı

Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurul komitesinden 15/10/2018 tarihli 55/17 numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçesi, araştıracının kendi kaynaklarından karşılanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik ve klinik özelliklere ilişkin bilgilerin derlenmesi amacıyla kliniğimiz tarafından oluşturulmuştur. Bu form; yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, cinsiyet, yaşanılan yer, ekonomik durum gibi sosyodemografik bilgileri ve hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresince aldığı tedaviler, eşlik eden ruhsal hastalıklar, alkol ve madde kullanım öyküsü gibi klinik verileri içermektedir.

3.5.2. DSM 5 Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID 5-CV)

DSM 5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID 5-CV), DSM 5 tanılarını koymak için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme kılavuzudur [145]. Kılavuz,

DSM 5 sınıflandırmasını ve tanı ölçütlerini bilen klinisyenler ya da eğitilmiş ruh sağlığı uzmanları tarafından uygulanabilmektedir. SCID 5 ağır bilişsel kusuru, ağır psikotik belirtileri, psikomotor ajitasyonu olmayan, 18 yaş üstü bireylerde uygulanabilmektedir. Gerekli görülürse ek bilgiler ışığında düzeltme yapılabilir ve birden fazla oturumda tamamlanabilir. SCID 5-CV'nin İngilizce formu Boylam Psikiyatri Enstitüsü tarafından yapılan çeviri ve geri çevirisi ile beraber kontrolleri ve eşdeğerliliği Amerikan Psikiyatri Birliği ile karşılıklı olarak kabul edilmiş ve metin oluşturulmuştur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [144].

3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 21 maddeden oluşan bir ölçektir [146]. Depresif belirtilerin sorgulandığı ölçekte kişinin “son bir haftada kendini nasıl hissettiğini en iyi tanımlayan cümleyi” belirtmesi istenmektedir. Her bir maddede dört seçenek vardır ve 0-3 arası puanlama yapılmaktadır. Toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek depresyon puanları ile ilişkilidir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [147].

3.5.4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından, 1988 yılında anksiyete belirtilerinin şiddetini belirlemek amacıyla geliştirilen 21 maddeden oluşan bir ölçektir [148]. Toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek anksiyete düzeyi ile ilişkilidir. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [149].

3.5.5. Boyutsal Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (BOKÖ)

2010 yılında Abramowitz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ölçekte, her biri kendi içinde genel tanımları ve örnekleri içeren dört farklı obsesyon ve

kompülsiyon belirti boyutu başlığı tanımlanmıştır [8]. *Bulaş, sorumluluk, kabul edilemez düşünceler ve simetri* belirti boyutlarına ait beşer madde bulunmakta, her madde 0-4 arası puanlanmaktadır. OKB’de belirti şiddeti ölçen diğer ölçeklerden farklı olarak, *kaçınma davranışları* belirti boyutlarının şiddetinin ölçümünde göz önüne alınmıştır. Ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışması Şafak ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [9].

3.5.6. Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (YBOKÖ)

Obsesif kompülsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilen yarı yapılandırılmış bir ölçektir [6]. Ölçek, obsesyon ve kompülsiyonların şiddeti, kişiye verdiği rahatsızlık derecesi, kişinin hastalığa dair içgörü düzeyini, hastalığın genel seyrini değerlendiren 19 sorudan oluşmaktadır. Semptom şiddetini ölçmek amacı ile yalnız ilk 10 madde kullanılmaktadır, her sorunun puanı 0-4 arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 40 olup, artmış semptom şiddeti ile ilişkilidir. Ayrıca ölçeğin yanında Y-BOKÖ Belirti Kontrol Listesi bulunmaktadır. Türkçe’ye uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [150].

3.5.7. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ASI-3)

Ölçek anksiyete duyarlılığını çok boyutlu olarak değerlendirilebilmesi amacıyla Taylor ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir [151]. Ölçek, özgün ASI gibi, fiziksel, bilişsel ve sosyal alt boyutları olan ve her alt boyutta 6’şar madde bulunan toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçek beşli likert tipi ölçüm sağlamaktadır. ‘0’ çok az anlamına gelirken ‘4’ çok fazla anlamına gelmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 0-72 arasındadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar artmış anksiyete duyarlılığı ile ilişkilidir. Uygulayıcılardan her bir maddede yer alan ifadelerle ilgili şimdiye kadar ki deneyimlerini dikkate alarak ya da o maddeyle ilgili deneyimi yoksa o durumu yaşaması halinde nasıl hissedebileceğini düşünerek ilgili ifadeyle ne derecede hemfikir

olduğunu belirtmesi istenmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Mantar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [152].

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

Ölçeğin 87 maddeden oluşan uzun formu, Obsesif Kompulsif Bilişsel Çalışma Grubu (OCCWG) tarafından OKB ile ilişkili olan işlevsel olmayan inanışların incelenmesi amacı ile geliştirilmiştir [12]. Ölçeğin 44 maddeden oluşan kısaltılmış formu, yedili derecelendirme (1=kesinlikle katılmıyorum, 7=kesinlikle katılıyorum gibi) ile verilen anlatımlara katılımcının ne kadar katıldığını belirtmeleri istenen bir öz bildirim ölçeğidir [120]. Ölçekten alınan puanlar 0-308 arasında değişmektedir. Ölçek “sorumluluk/tehdit algısı”, “mükemmeliyetçilik/kesinlik” ve “düşüncelerin önemi/kontrolü” olmak üzere 3 alt faktör yapısına sahiptir. Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik güvenilirlik çalışması Boysan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [153].

3.5.9. Bilişsel Kaynaşma Ölçeği (BKÖ)

Gillanders ve arkadaşları tarafından 2014 yılında geliştirilmiş, yedi maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir [154]. Düşüncelerin gerçeğe uygun olan içeriğine aşırı ve abartılı anlam yüklenmesini ölçmeyi tasarlamıştır. Toplam 7 maddeden oluşan ölçek; yaşanan gerçeklik ve düşünceler arası mücadele ve karmaşık ilişkiyi değerlendirir. 1'den (“Asla doğru”) 7'ye (“Her zaman doğru”) doğru giden sıralama düşünce kaynaşmasının yüksek olduğunu gösterir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-49 arasında değişmektedir. Ölçek, yüksek oranda iç tutarlılık gösterir. Sağlıklı kontroller ve psikopatoloji arasında anlamlı ölçüde ayrım yapabilir.

3.5.10. Ruminatif Tepkiler Ölçeği (RTÖ)

Nolen-Hoeksema ve Morrow tarafından 1991 yılında geliştirilen ve Tepki Biçimleri Envanterinin bir alt ölçeği olan Ruminatif Tepkiler Ölçeği (RTÖ), 22

maddeden ve "Derinlemesine Düşünme" ve "Geviş Getirir Gibi Düşünme" olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır [155]. 4'lü likert tipinde geliştirilen ölçekte, (1) hiçbir zaman ile (4) her zaman arasında değişen yanıt seçenekleri bulunmaktadır. Ölçek maddelerine verilen cevaplara 1 ile 4 arasında değişen puanlar verilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 22, en yüksek puan 88'dir. Ölçekten alınan yüksek puanlar artmış ruminasyon eğilimini ifade eder. Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik güvenilirlik çalışması Neziroğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [156].

3.6. İstatistiksel analiz

İstatistiksel analizi IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) programında yapıldı. Şekiller Microsoft Office Excel (Microsoft, ABD) programı kullanılarak yapıldı.

Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogrov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uymadığı tespit edilen sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı veriler ortanca (1. çeyrek-3. çeyrek değerleri) ve ortalama değer şeklinde gösterildi. Kategorik veriler ise hasta sayısı olarak gösterildi.

OKB ve kontrol gruplarına ait sürekli değişkenleri karşılaştırmak için Mann-Whitney U testi kullanıldı. OKB ve kontrol gruplarına ait kategorik değişkenleri karşılaştırmasında ise Pearson Ki-kare testi veya Fisher'in kesin testlerinden uygun olan test kullanıldı.

Sürekli değişkenlerin korelasyonunda Spearman korelasyon testi kullanıldı. Karıştırıcı faktör olarak değerlendirilen Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete puanlarının etkisini kontrol ederek diğer ölçekler arasında korelasyon olup olmadığının değerlendirilmesinde Partial (Kısmi) korelasyon testi kullanıldı. Ölçek puanlarının birbiri üzerine etkisi multiple regresyon analizleri ile değerlendirildi. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. OKB Grubu ve Kontrol Grubuna Ait Özellikler

4.1.1. OKB Grubu ve Kontrol Grubuna Ait Sosyodemografik Veriler

OKB ve kontrol grubunun ortalama yaş değerleri sırasıyla $34,91 \pm 10,9$ ve $34,64 \pm 10,13$ idi. İki grup arasında yaş değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,855$).

Gruplar cinsiyet dağılımı açısından karşılaştırıldığında, OKB grubunun %77'si ($N=77$) kadın ve %23'ü ($N=23$) erkek, kontrol grubunun %67'si ($N=67$) kadın ve %33'ü ($N=33$) erkek olarak saptandı. İki grup arasında cinsiyet dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,115$).

OKB grubunun %47'si ($N=47$) evli, %42'si ($N=42$) bekâr, %11'i ($N=11$) boşanmış iken, kontrol grubunun %54'ü ($N=54$) evli, %42'si ($N=42$) bekâr, %4'ü ($N=4$) boşanmış idi. İki grup arasında cinsiyet dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,153$) (Tablo 1).

Tablo 1. OKB ve kontrol gruplarının cinsiyet, yaş, medeni durum açısından karşılaştırılması

		OKB (N=100)	Kontrol (N=100)	p değeri
Yaş (yıl)	$\bar{x} \pm SD$	$34,91 \pm 10,9$	$34,64 \pm 10,13$	0,855*
Cinsiyet	Erkek	23	33	0,115**
	Kadın	77	67	
Medeni Durum	Evli	47	54	0,153**
	Bekâr	42	42	
	Boşanmış	11	4	

* Değerler ortanca (1. Çeyrek-3. Çeyrek değeri) şeklinde gösterildi. P değeri Mann-Whitney U testi ile hesaplandı.

** Değerler hasta sayısı olarak gösterildi. P değeri Ki-kare testi ile hesaplandı.

Md (Q1-Q3): ortanca (1. Çeyrek-3. Çeyrek değeri)

$\bar{x} \pm SD$: ortalama $\pm$ standart sapma

Çalışmaya katılan OKB ve kontrol grubunun eğitim süreleri açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$). OKB grubunda ilkokul ve ortaokul mezunu olma durumu kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekken; yüksekokul ve üniversite mezunu olma durumu anlamlı olarak düşük saptandı (Tablo 2, Şekil 1).

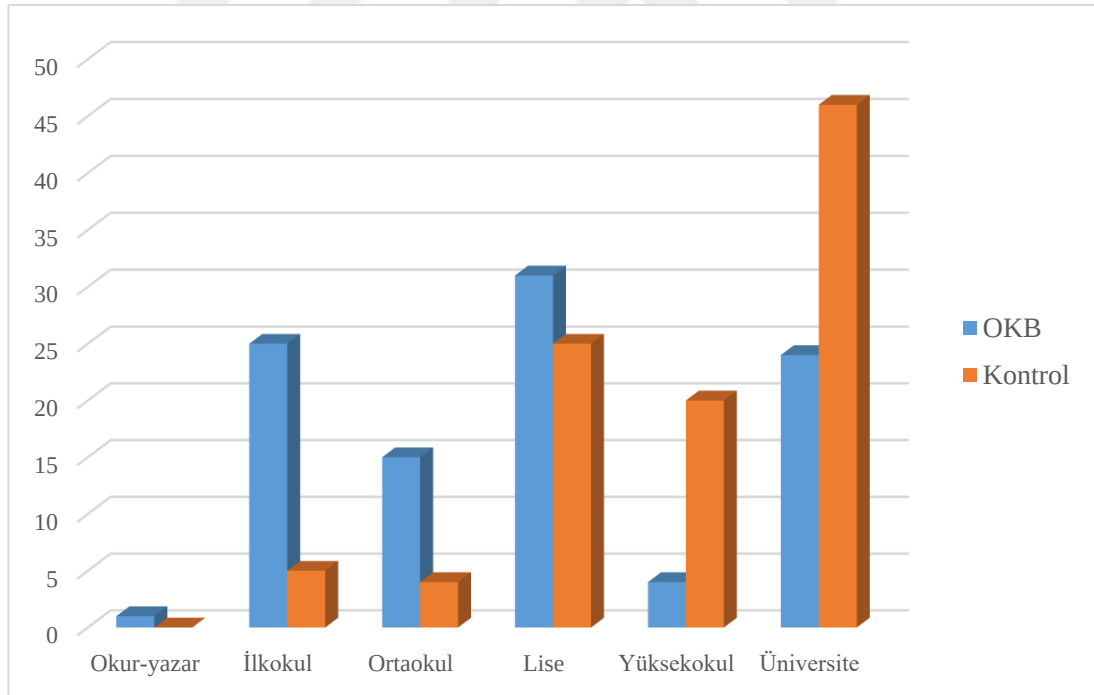
Tablo 2. OKB grubu ve kontrol grubunun eğitim süreleri açısından karşılaştırılması

		OKB (N=100)	Kontrol (N=100)	p değeri*
Eğitim Süre (yıl)	$\bar{x}\pm SD$	10,03 $\pm$ 3,73	12,87 $\pm$ 2,62	<0,001*
Eğitim Durumu	Okuryazar	1	0	<0,001
	İlkokul	25†	5	
	Ortaokul	15†	4	
	Lise	31	25	
	Yüksekokul	4†	20	
	Üniversite	24†	46	

* Değerler ortalama şeklinde gösterildi. P değeri Mann-Whitney U testi ile hesaplandı.

**Değerler hasta sayısı olarak gösterildi. Ki-kare testi

†: Kontrol grubundan anlamlı olarak farklı



Şekil 1. OKB ve Kontrol gruplarının eğitim durumlarına göre dağılımlarının grafiksel gösterimi

Çalışmaya katılan iki grup, meslek grupları açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$). OKB grubunda

işsiz, öğrenci ve ev hanımı olma dağılımları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekken, memur olma anlamlı olarak düşüktü. OKB ve kontrol grubu gelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$). OKB grubunda 1500 TL'den az ve 1500-5000 TL arasında kazanma durumu kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekken 5000 TL ve üzeri kazanıyor olma durumları anlamlı olarak düşüktü (Tablo 3, Şekil 2 ve 3).

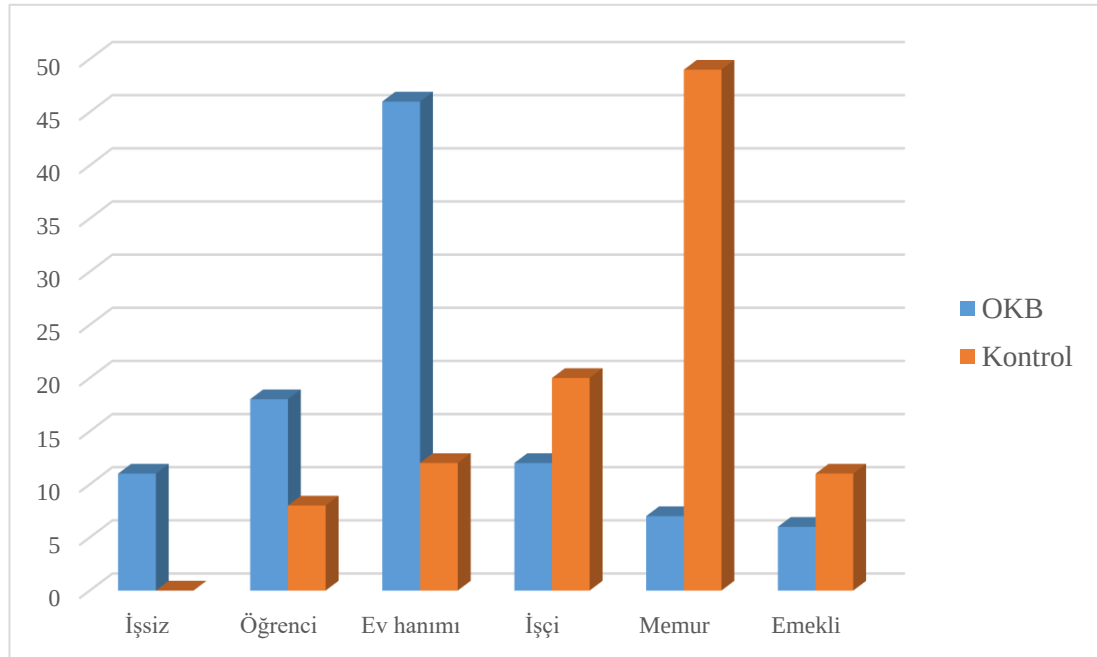
Tablo 3. OKB ve kontrol gruplarının çalışma durumu ve gelir düzeyleri açısından karşılaştırılması

		OKB (N=100)	Kontrol (N=100)	p değeri*
Çalışma Durumu	İşsiz	11†	0	<0,001
	Öğrenci	18†	8	
	Ev hanımı	46†	12	
	İşçi	12	20	
	Memur	7†	49	
	Emekli	6	11	
Gelir Düzeyi	1500 TL den az	24†	10	<0,001
	1500-5000 TL	69†	50	
	5000 TL ve üzeri	7†	40	

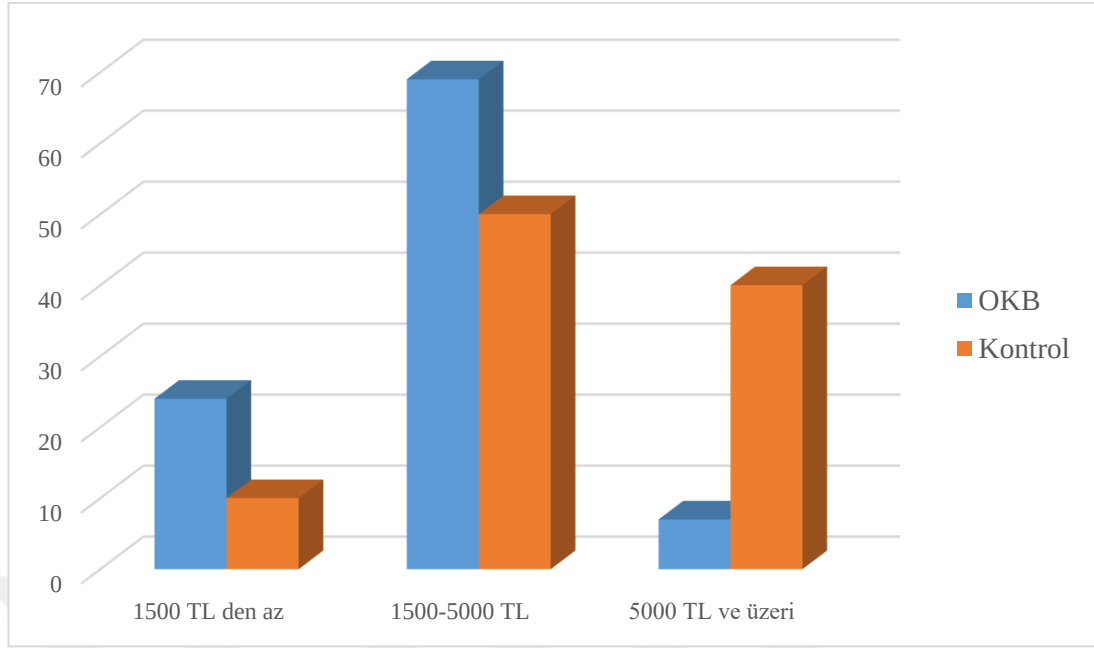
Değerler hasta sayısı olarak gösterildi.

*Ki-kare testi

†: Kontrol grubundan anlamlı olarak farklı



Şekil 2. OKB ve Kontrol gruplarının çalışma durumlarına göre dağılımlarının grafiksel gösterimi



Şekil 3. OKB ve Kontrol gruplarının gelir durumlarına göre dağılımlarının grafiksel gösterimi

OKB ve kontrol grubu yaşadığı yere göre karşılaştırıldığında, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,271$) (Tablo 4).

Çalışmaya katılan iki grup, birlikte yaşadığı kişiler açısından karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,003$). OKB grubunda kontrol grubuna göre anne ve/veya baba ile yaşıyor olma durumu daha sıkken, arkadaş ile yaşıyor olma durumu daha nadir olduğu görüldü (Tablo 4, Şekil 4).

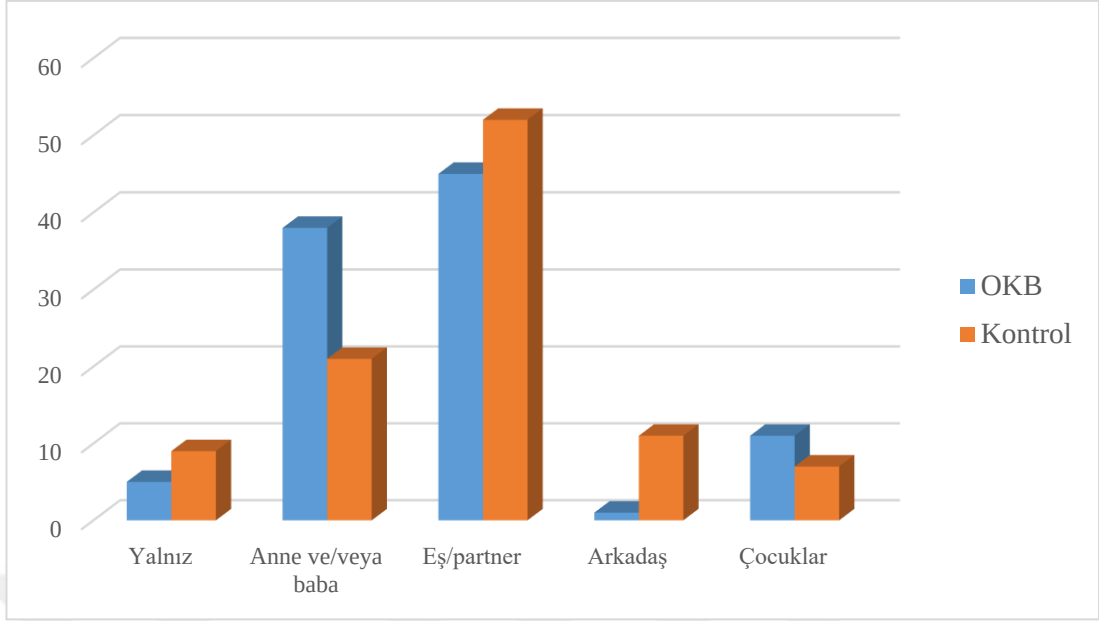
Tablo 4. OKB ve kontrol gruplarının yaşadığı yer ve birlikte yaşadığı kişilere göre dağılımları açısından karşılaştırılması

		OKB (N=100)	Kontrol (N=100)	p değeri*
Yaşadığınız Y er	Şehir merkezi	85	92	0,271
	İlçe	14	7	
	Köy	1	1	
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	5	9	0,003
	Anne ve/veya baba	38†	21	
	Eş/partner	45	52	
	Arkadaş	1†	11	
	Çocuklar	11	7	

Değerler hasta sayısı olarak gösterildi.

*Ki-kare testi

†: Kontrol grubundan anlamlı olarak farklı



Şekil 4. OKB ve Kontrol gruplarının birlikte yaşadığı kişilere göre dağılımlarının grafiksel gösterimi

4.1.2. OKB Grubu ve Kontrol Grubuna Ait Klinik Veriler

OKB ve kontrol grupları, anne baba ayrılığı, anne ve/veya babadan ayrı büyüme, çocukluk döneminde göç/yer değiştirme ve ailede farklı dinsel ve/veya etnik kökene sahip olma açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (hepsi için $p>0,05$) (Tablo 5).

Çalışmaya katılan iki grup çocukluk döneminde bakım veren ebeveyn açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$). OKB grubunda sadece baba tarafından büyütülmüş olma durumu daha sık iken; kontrol grubunda anne tarafından ve akrabalar tarafından büyütülme daha sık idi (Tablo 5, Şekil 5).

OKB ve kontrol grubu çocukluk döneminde şiddet görmüş olma durumu açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,002$). OKB grubunda hastaların %31'inin ($N=31$) çocukluk döneminde şiddet görme öyküsü var iken, kontrol grubunda bu değer %13 ($N=13$) idi (Tablo 5, Şekil 6).

Tablo 5. OKB ve kontrol gruplarının çocukluk dönemi tetikleyici faktörleri açısından karşılaştırılması

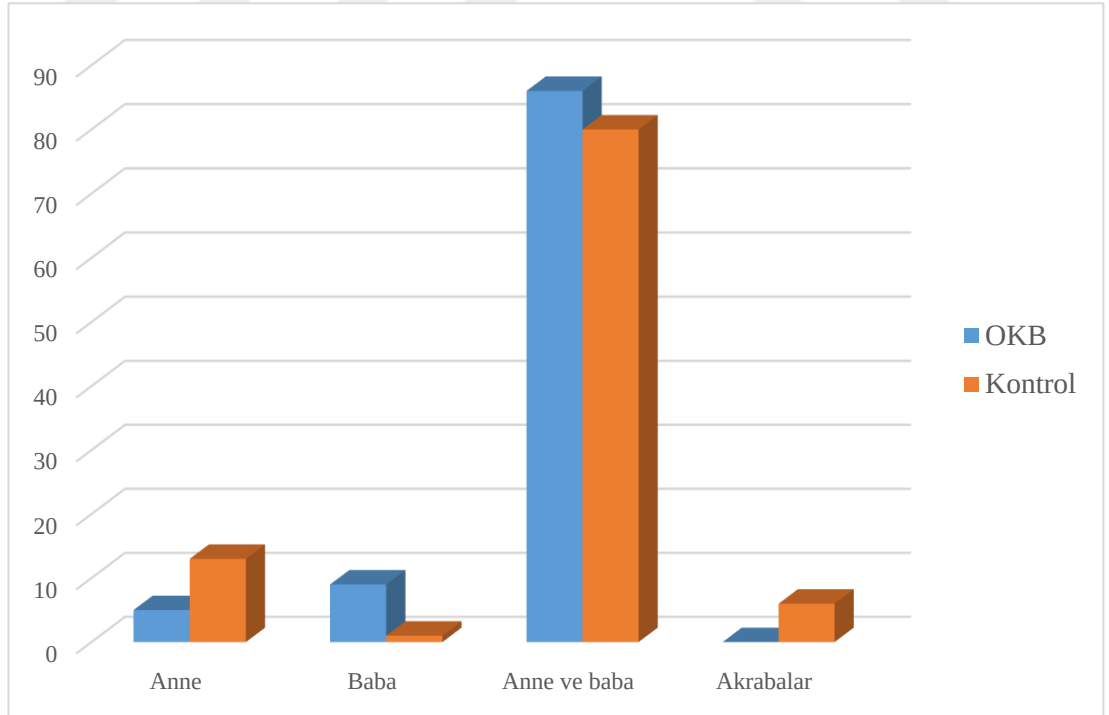
		OKB (N=100)	Kontrol (N=100)	p değeri*
Kim Büyüttü	Anne	5†	13	0,001
	Baba	9†	1	
	Anne ve baba	86	80	
	Akrabalar	0†	6	
Anne Baba Ayrı	Evet	21	23	0,733
	Hayır	79	77	
Anne Baba Ayrılık	Evet	9	10	0,809
	Hayır	91	90	
Göç Yer Değiştirme	Evet	19	21	0,724
	Hayır	81	79	
Farklı Dinsel Etnik	Evet	2	2	>0,999**
	Hayır	98	98	
Şiddet Görme	Evet	31	13	0,002
	Hayır	69	87	

Değerler hasta sayısı olarak gösterildi.

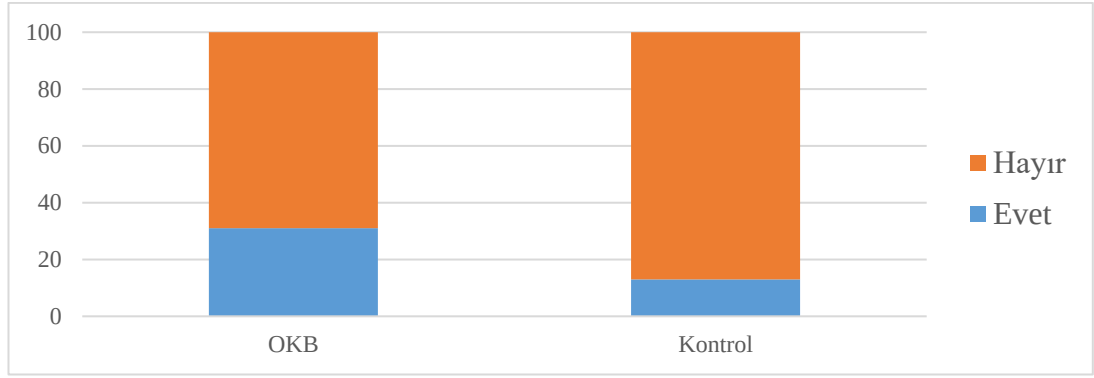
*Ki-kare testi

** Fisherin kesin testi

†: Kontrol grubundan anlamlı olarak farklı



Şekil 5. OKB ve Kontrol gruplarının çocukluk döneminde bakım veren kişiye göre dağılımlarının grafiksel gösterimi



Şekil 6. OKB ve Kontrol gruplarının şiddet görme durumlarına göre dağılımlarının grafiksel gösterimi

Geçmişte başka psikiyatrik hastalık tedavisi alma durumlarına göre her iki grup karşılaştırıldığında geçmişte başka psikiyatrik tedavi alma öyküsü OKB grubunda daha sık iken ($p=0,005$); şu an başka psikiyatrik hastalık nedeni ile tedavi alma durumu açısından iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,113$). Çalışmaya katılan OKB hastalarının %29'u ($N=29$) daha önce başka bir psikiyatrik hastalık tanısı almış olup, bu hastalıkların dağılımı şu şekilde idi: Major Depresyon %16, Yaygın Anksiyete Bozukluğu %6, Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu %2, Panik Bozukluk %1, Posttravmatik Stres Bozukluğu %1, Konversiyon Bozukluğu %1, Bedensel Belirti Bozukluğu %1, Tourette Sendromu %1.

Her iki grup geçmişte intihar girişimi öyküsü olup olmaması açısından karşılaştırıldığında OKB grubunda %13 iken kontrol grubunda %2 olarak saptandı ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,005$) (Tablo 6).

Tablo 6. OKB ve kontrol gruplarının geçmiş ve şuan başka psikiyatrik hastalık tedavisi alma durumları ve intihar girişimi öyküsü açısından karşılaştırılması

		OKB (N=100)	Kontrol (N=100)	p değeri*
Geçmiş Başka Psikiyatrik Hastalık Tedavi	Evet	29	13	0,005
	Hayır	71	87	
Şuan Başka Psikiyatrik Hastalık Tedavi	Evet	19	11	0,113
	Hayır	81	89	
İntihar Girişimi	Evet	13	2	0,005**
	Hayır	87	98	

Değerler hasta sayısı olarak gösterildi.

*Ki-kare testi

** Fisherin kesin testi

Eşlik eden OKB ilişkili bozukluk olup olmasına göre iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$). OKB grubunda hastaların %49’unda ($N=49$) eşlik eden OKB ilişkili bozukluk bulunurken, kontrol grubunda bu değer %24 ($N=24$) olarak bulundu. OKB grubu ve kontrol grubunda gözlenen bu farklılık biriktiricilik ve bedensel takıntılar alanından kaynaklanmakta idi (Tablo 7, Şekil 7).

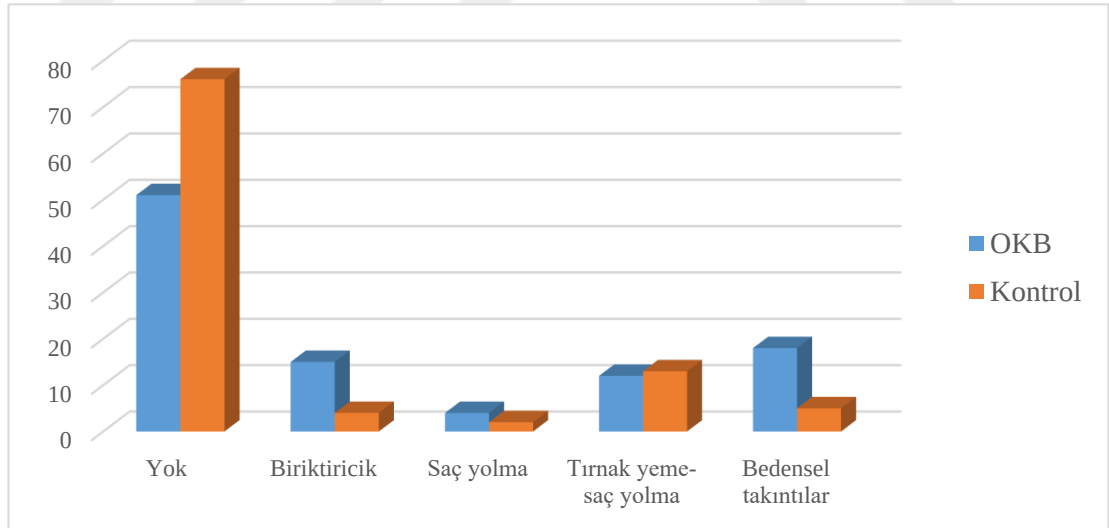
Tablo 7. OKB ve kontrol gruplarının eşlik eden OKB ilişkili bozukluk açısından karşılaştırılması

	OKB (N=100)	Kontrol (N=100)	p değeri*
Eşlik Eden OKB ilişkili bozukluk			
Yok	51†	76	0,001
Biriktiricik	15†	4	
Saç yolma	4	2	
Tırnak yeme-cilt yolma	12	13	
Bedensel takıntılar	18†	5	

Değerler hasta sayısı olarak gösterildi.

*Ki-kare testi

†: Kontrol grubundan anlamlı olarak farklı



Şekil 7. OKB ve kontrol gruplarının eşlik eden OKB ilişkili bozukluğa göre dağılımlarının grafiksel gösterimi

Sigara, alkol ve madde kullanım durumları, OKB ve kontrol grupları arasında karşılaştırıldığında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 8).

Tablo 8. OKB ve kontrol gruplarının sigara, alkol ve madde kullanımı açısından karşılaştırılması

		OKB (N=100)	Kontrol (N=100)	p değeri*
Sigara	Evet	31	36	0,454
	Hayır	69	64	
Alkol-Madde	Evet	0	2	0,497**
	Hayır	100	98	

Değerler hasta sayısı olarak gösterildi.

*Ki-kare testi

** Fisherin kesin testi

4.1.3. OKB Grubuna Ait Klinik Veriler

OKB grubunun klinik verileri incelendiğinde; hastalık başlangıcındaki obsesyon tipi: kirlenme bulaş %49 (N=49), şüphe %28 (N=28), istenmeyen düşünceler %15 (N=15), simetri %5(N=5) ve %3 (N=3) diğer obsesyonlar olarak saptandı.

Şu anki obsesyon tiplerine bakıldığında ise; kirlenme bulaş %41 (N=41), şüphe %26 (N=26), istenmeyen düşünceler %19 (N=19), simetri %12 (N=12) ve %2 (N=2) diğer obsesyonlar idi.

Obsesyonların seyri incelendiğinde, hastaların %28'inde (N=28) obsesyonların sürekli artış gösterdiği, %13'ünde (N=13) obsesyonlarının süreç içinde azalarak seyrettiği, %59'unda (N=59) ise obsesyonların zaman zaman artıp zaman zaman azaldığını saptandı.

Kişinin obsesyonları açıklama biçimi incelendiğinde, hastaların %24'ü (N=24) ailesel/irsi/genetik nedenle olduğunu, %9'u (N=9) beyninde var olan bir sorun nedeni ile obsesyonlara sahip olduğunu, %5'i (N=5) büyüsel bir şeyler olabileceğini, %45'i (N=45) yaşadığı olaylardan kaynaklandığını, %17'si ise diğer sebeplere bağlı olabileceğini belirtti.

OKB grubu, tedavi alma durumları açısından değerlendirildiğinde hastaların %72'si (N=72) obsesyonları nedeni ile geçmişte tedavi alırken, şu an %64'ü (N=64) tedavi almakta idi.

OKB grubunun ortalama hastalık süreleri $11,8 \pm 7,37$ yıl idi.

Tablo 9. OKB grubunun klinik verileri

		N
İlk Obsesyon Tipi	Kirlenme bulaş	49
	Şüphe kontrol	28
	İstenmeyen düşünceler	15
	Simetri düzen	5
	Diğer	3
Şu Anki Obsesyon Tipi	Kirlenme bulaş	41
	Şüphe kontrol	26
	İstenmeyen düşünceler	19
	Simetri düzen	12
	Diğer	2
Obsesyonların Seyri	Sürekli arttı	28
	Azaldı	13
	Zaman zaman arttı zaman zaman azaldı	59
Obsesyonları Açıklama Biçimi	Ailesel/irisi/genetik	24
	Beynimde sorun yok	9
	Büyüsel bir şeyler olabilir	5
	Yaşadığım olaylar neden oldu	45
	Diğer	17
Eski Tedavi Öyküsü	Evet	72
	Hayır	28
Şuan Tedavi Öyküsü	Evet	64
	Hayır	36
Hastalık Süresi	Md (Q1-Q3)	11(5-17)
	$\bar{x} \pm SD$	$11,8 \pm 7,37$

Md (Q1-Q3): ortanca (1. Çeyrek-3. Çeyrek değeri)

$\bar{x} \pm SD$: ortalama $\pm$ standart sapma

N: sayı

4.1.4. OKB Grubu ve Kontrol Grubunun Ölçekler Açısından Karşılaştırılması

OKB grubu ve kontrol grubu Beck depresyon ölçeği (BDÖ) ve Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) puanları açısından karşılaştırıldı. BDÖ ortalama değerleri OKB ve kontrol gruplarında sırasıyla; $19,47 \pm 12,98$ ve $9,39 \pm 8,58$ idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,001$). Benzer şekilde BAÖ ortalama değeri OKB grubunda $19,47 \pm 15,05$ iken, kontrol grubunda $8,58 \pm 8,9$ idi ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı idi ($p < 0,001$) (Tablo 10).

Tablo 10. BDÖ ve BAÖ puanlarının OKB ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

		OKB (N=100)	Kontrol (N=100)	p değeri*
BDÖ	Md (Q1-Q3)	16,5(9,25-29)	7(3-13)	<0,001
	$\bar{x}\pm SD$	19,47 $\pm$ 12,98	9,39 $\pm$ 8,58	
BAÖ	Md (Q1-Q3)	17(8,25-28)	5(1,25-14)	<0,001
	$\bar{x}\pm SD$	19,47 $\pm$ 15,05	8,58 $\pm$ 8,9	

Değerler ortanca (1. Çeyrek-3. Çeyrek değeri) şeklinde gösterildi.

* Mann-Whitney U testi

OKB ve kontrol grubu semptom şiddetini belirleyen ölçekler olan ‘Boyutsal Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (BOKÖ) toplam ve alt ölçek puanları (BOKÖ bulaş, BOKÖ zarardan kaçınma, BOKÖ düşünceler, BOKÖ simetri), Yale Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (YBOKÖ) toplam ve alt ölçek puanları (YBOKÖ obsesyon ve YBOKÖ kompülsiyon) puanları açısından karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (hepsi için $p<0,001$) (Tablo 11).

Tablo 11. OKB ve kontrol grubunun BOKÖ ve YBOCS ölçek puanları açısından karşılaştırılması

		OKB (N=100)	Kontrol (N=100)	p değeri*
BOKÖ toplam	Md (Q1-Q3)	27 (18-38)	10,5 (5-15)	<0,001
	$\bar{x}\pm SD$	30,87 $\pm$ 17,55	10,35 $\pm$ 6,62	
BOKÖ bulaş	Md (Q1-Q3)	8(5-13,75)	3(1,25-5)	<0,001
	$\bar{x}\pm SD$	8,74 $\pm$ 5,75	3,22 $\pm$ 2,16	
BOKÖ zarardan kaçınma	Md (Q1-Q3)	6(3-11)	2(0-4)	<0,001
	$\bar{x}\pm SD$	7,21 $\pm$ 5,53	2,46 $\pm$ 2,06	
BOKÖ düşünceler	Md (Q1-Q3)	8(4-12)	1(0-4)	<0,001
	$\bar{x}\pm SD$	8,19 $\pm$ 5,77	2,2 $\pm$ 2,21	
BOKÖ simetri	Md (Q1-Q3)	6(1,25-10)	2(0-4)	<0,001
	$\bar{x}\pm SD$	6,73 $\pm$ 5,64	2,47 $\pm$ 2,2	
YBOKÖ toplam	Md (Q1-Q3)	21 (14-28,75)	2 (0-4,75)	<0,001
	$\bar{x}\pm SD$	21,51 $\pm$ 9,48	2,96 $\pm$ 3,35	
YBOKÖ obsesyon	Md (Q1-Q3)	11(7-15)	1(0-3)	<0,001
	$\bar{x}\pm SD$	10,95 $\pm$ 4,63	1,72 $\pm$ 1,78	
YBOKÖ kompülsiyon	Md (Q1-Q3)	10(6,25-15)	0(0-2)	<0,001
	$\bar{x}\pm SD$	10,56 $\pm$ 5,13	1,24 $\pm$ 1,78	

Değerler ortanca (1. Çeyrek-3. Çeyrek değeri) şeklinde gösterildi.

* Mann-Whitney U testi

Bilişsel faktörler olarak incelediğimiz Obsesif İnanışlar Ölçeği 44 (OIÖ 44) toplam ve alt ölçekleri (OIÖ sorumluluk, OIÖ mükemmeliyetçilik, OIÖ önem verme), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi 3 (ASI 3) toplam ve alt ölçekleri (ASI fiziksel, ASI sosyal, ASI bilişsel), Bilişsel Kaynaşma Ölçeği (BKÖ), Ruminatif Tepkiler Ölçeği

(RTÖ) puanları açısından karşılaştırıldığında OKB grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (her biri için $p<0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. ASI 3, OİÖ 44, BKÖ ve RTÖ ölçeklerinin hasta ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

		OKB (N=100)	Kontrol (N=100)	p değeri*
OİÖ toplam	Md (Q1-Q3)	157(125-209,25)	136(101-173,75)	0,002
	$\bar{x}\pm SD$	166,09 $\pm$ 62,33	137,17 $\pm$ 46,98	
OİÖ sorumluluk	Md (Q1-Q3)	59,5(46-78,5)	49,5(37-69,5)	0,003
	$\bar{x}\pm SD$	62,97 $\pm$ 26,07	51,74 $\pm$ 20,15	
OİÖ mükemmeliyetçilik	Md (Q1-Q3)	63,5(47-88)	57(44-72)	0,019
	$\bar{x}\pm SD$	66,52 $\pm$ 26,28	57,7 $\pm$ 18,99	
OİÖ önem verme	Md (Q1-Q3)	42(29-56)	27,5(18-43)	<0,001
	$\bar{x}\pm SD$	42,43 $\pm$ 18,31	30,61 $\pm$ 15,21	
ASI Toplam	Md (Q1-Q3)	24(8,25-38,75)	11(5-23,75)	<0,001
	$\bar{x}\pm SD$	25,83 $\pm$ 19,25	14,09 $\pm$ 11,45	
ASI Fiziksel	Md (Q1-Q3)	6(1-15)	3(1-8)	0,006
	$\bar{x}\pm SD$	8,27 $\pm$ 7,36	5,09 $\pm$ 5,3	
ASI Sosyal	Md (Q1-Q3)	6(2-10,75)	3(1-6)	<0,001
	$\bar{x}\pm SD$	6,69 $\pm$ 5,77	3,66 $\pm$ 3,5	
ASI Bilişsel	Md (Q1-Q3)	10,5(4-17)	4(2-9)	<0,001
	$\bar{x}\pm SD$	11,05 $\pm$ 8,04	5,58 $\pm$ 4,6	
BKÖ	Md (Q1-Q3)	29(20,25-40)	17(13-27,5)	<0,001
	$\bar{x}\pm SD$	29,84 $\pm$ 12,17	19,84 $\pm$ 9,4	
RTÖ	Md (Q1-Q3)	50(40-61,5)	40(35-47,75)	<0,001
	$\bar{x}\pm SD$	51,02 $\pm$ 14,73	42,09 $\pm$ 11,32	

Değerler ortanca (1. Çeyrek-3. Çeyrek değeri) şeklinde gösterildi.

* Mann-Whitney U testi

4.1.5. Korelasyon Analizleri

OKB hastalarında; semptom şiddeti belirleyen BOKÖ toplam ve alt ölçekleri (BOKÖ bulaş, BOKÖ zarardan kaçınma, BOKÖ düşünceler, BOKÖ simetri) ve YBOKÖ toplam ve alt ölçekleri (YBOKÖ obsesyon, YBOKÖ kompulsiyon) ile bilişsel özellikleri ölçen OİÖ toplam ve alt ölçekleri (OİÖ sorumluluk, OİÖ mükemmeliyetçilik, OİÖ önem verme), ASI toplam ve alt ölçekleri (ASI Fiziksel, ASI Sosyal, ASI Bilişsel) BKÖ, RTÖ değerleri ile ikili korelasyon analizleri yapıldı.

BOKÖ bulaş ile BDÖ ($r=0,346$), OİÖ sorumluluk ($r=0,309$), OİÖ mükemmeliyetçilik ($r=0,272$), OİÖ önem verme ($r=0,293$), OİÖ toplam ($r=0,288$), BKÖ ($r=0,261$), RTÖ ($r=0,207$), ASI bilişsel ($r=0,026$), ve ASI toplam ($r=0,033$) arasında anlamlı ilişki saptandı. BAÖ, BOKÖ düşünceler, ASI fiziksel ve ASI Sosyal arasında anlamlı ilişki saptanmadı (hepsi için $p>0,05$).

BOKÖ zarardan kaçınma ile BAÖ ($r=0,495$), BDÖ ($r=0,471$), OİÖ sorumluluk ($r=0,432$), OİÖ mükemmeliyetçilik ($r=0,328$), OİÖ önem verme ($r=0,263$), OİÖ toplam ($r=0,395$), BKÖ ($r=0,489$), RTÖ ($r=0,47$), ASI fiziksel ($r=0,288$), ASI sosyal ($r=0,288$), ASI bilişsel ($r=0,529$) ve ASI toplam ($r=0,421$) arasında anlamlı ilişki saptandı.

BOKÖ kabul edilemez düşünceler ile BAÖ ($r=0,471$), BDÖ ($r=0,465$), OİÖ sorumluluk ($r=0,424$), OİÖ mükemmeliyetçilik ($r=0,317$), OİÖ önem verme ($r=0,306$), OİÖ toplam ($r=0,447$), BKÖ ($r=0,616$), RTÖ ($r=0,43$), ASI fiziksel ($r=0,324$), ASI sosyal ($r=0,342$), ASI bilişsel ($r=0,54$) ve ASI toplam ($r=0,457$) arasında anlamlı ilişki saptandı.

BOKÖ simetri ile BAÖ ($r=0,486$), BDÖ ($r=0,523$), OİÖ-sorumluluk ($r=0,409$), OİÖ-mükemmeliyetçilik ($r=0,368$), OİÖ önem verme ($r=0,397$), OİÖ toplam ($r=0,426$), BKÖ ($r=0,478$), RTÖ ($r=0,415$), ASI fiziksel ($r=0,464$), ASI sosyal ($r=0,432$), ASI bilişsel ($r=0,556$) ve ASI toplam ($r=0,555$) arasında anlamlı ilişki saptandı.

BOKÖ toplam ile; BAÖ ($r=0,537$), BDÖ ($r=0,612$), OİÖ sorumluluk ($r=0,535$), OİÖ mükemmeliyetçilik ($r=0,427$), OİÖ önem verme ($r=0,409$), OİÖ toplam ($r=0,528$), BKÖ ($r=0,623$), RTÖ ($r=0,516$), ASI fiziksel ($r=0,390$), ASI sosyal ($r=0,439$), ASI bilişsel ($r=0,633$), ve ASI toplam ($r=0,556$) arasında anlamlı ilişki saptandı (Tablo 13.1).

Tablo 13.1. OKB grubu verilerinin korelasyon analizi (N=100)

		BAÖ	BDÖ	OİÖ sorumluluk	OİÖ mükemmeliyetçilik	OİÖ önemverme	OİÖ toplam	BKÖ	RTÖ	ASI Fiziksel	ASI Sosyal	ASI Bilişsel	ASI Toplam
BOKÖ bulaş	rho	0,158	0,346	0,309	0,272	0,293	0,288	0,261	0,207	0,135	0,187	0,223	0,213
	p	0,117	<0,001	0,002	0,006	0,003	0,004	0,009	0,039	0,186	0,063	0,026	0,033
BOKÖ zarardan kaçınma	rho	0,495	0,471	0,432	0,328	0,263	0,395	0,489	0,47	0,288	0,288	0,529	0,421
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,008	<0,001	<0,001	<0,001	0,004	0,002	<0,001	<0,001
BOKÖ düşünceler	rho	0,471	0,465	0,424	0,317	0,306	0,447	0,616	0,43	0,324	0,342	0,54	0,457
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001
BOKÖ simetri	rho	0,486	0,523	0,409	0,368	0,397	0,426	0,478	0,415	0,464	0,432	0,556	0,555
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
BOKÖ toplam	rho	0,537	0,612	0,535	0,427	0,409	0,528	0,623	0,516	0,390	0,439	0,633	0,556
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

rho: Spearman korelasyon katsayısı

YBOKÖ ile yapılan korelasyon analizleri incelendiğinde; YBOKÖ obsesyon ile BAÖ ($r=0,446$), BDÖ ($r=0,565$), OİÖ sorumluluk ($r=0,54$), OİÖ mükemmeliyetçilik ($r=0,472$), OİÖ önem verme ($r=0,503$), OİÖ toplam ($r=0,561$), BKÖ ($r=0,613$), RTÖ ($r=0,479$), ASI fiziksel ($r=0,264$), ASI sosyal ($r=0,267$), ASI bilişsel ($r=0,418$) ve ASI toplam ($r=0,365$) arasında anlamlı ilişki saptandı.

YBOKÖ kompülsiyon ile BAÖ ($r=0,509$), BDÖ ($r=0,59$), OİÖ sorumluluk ($r=0,525$), OİÖ mükemmeliyetçilik ($r=0,445$), OİÖ önem verme ($r=0,467$), OİÖ toplam ($r=0,53$), BKÖ ($r=0,605$), RTÖ ($r=0,515$), ASI fiziksel ($r=0,226$), ASI sosyal ($r=0,314$), ASI bilişsel ($r=0,429$) ve ASI toplam ($r=0,379$) arasında anlamlı ilişki saptandı.

YBOKÖ toplam ile BAÖ ($r=0,494$), BDÖ ($r=0,591$), OİÖ sorumluluk ($r=0,544$), OİÖ mükemmeliyetçilik ($r=0,466$), OİÖ önem verme ($r=0,500$), OİÖ toplam ($r=0,556$), BKÖ ($r=0,626$), RTÖ ($r=0,512$), ASI fiziksel ($r=0,246$), ASI sosyal ($r=0,291$), ASI bilişsel ($r=0,433$) ve ASI toplam ($r=0,377$) arasında anlamlı ilişki saptandı (Tablo 13.2).

Tablo 13.2. OKB grubu verilerinin korelasyon analizi (N=100)

		BAÖ	BDÖ	OİÖ-sorumluluk	OİÖ mükemmeliyetçilik	OİÖ önemverme	OİÖ toplam	BKÖ	RTÖ	ASI Fiziksel	ASI Sosyal	ASI Bilişsel	ASI Toplam
YBOKÖ obsesyon	rho	0,446	0,565	0,54	0,472	0,503	0,561	0,613	0,479	0,264	0,267	0,418	0,365
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,009	0,007	<0,001	<0,001
YBOKÖ kompülsiyon	rho	0,509	0,59	0,525	0,445	0,467	0,53	0,605	0,515	0,226	0,314	0,429	0,379
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,025	0,001	<0,001	<0,001
YBOKÖ toplam	rho	0,494	0,591	0,544	0,466	0,500	0,556	0,626	0,512	0,246	0,291	0,433	0,377
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,015	0,003	<0,001	<0,001

rho: Spearman korelasyon katsayısı

Korelasyon analizlerine Beck depresyon ölçeği ve Beck anksiyete ölçeklerinin etkileri kontrol edilerek devam edildiğinde bulgular şu şekilde idi:

BOKÖ bulaş ile OİÖ önem verme arasında zayıf korelasyon izlendi. ($r=0,201$). BOKÖ zarardan kaçınma ile OİÖ sorumluluk ($r=0,202$), BKÖ ($r=0,263$), RTÖ ($r=0,208$) ve ASI bilişsel ($r=0,263$) arasında anlamlı pozitif ilişki saptandı. BOKÖ kabul edilemez düşünceler ile BKÖ ($r=0,440$) ve ASI bilişsel ($r=0,252$) arasında anlamlı pozitif ilişki saptandı. BOKÖ simetri ile OİÖ-önem verme ($r=0,233$), ASI bilişsel ($r=0,269$) ve ASI toplam ($r=0,252$) arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı. BOKÖ toplam ile OİÖ sorumluluk ($r=0,252$), OİÖ önem verme ($r=0,217$), OİÖ toplam ($r=0,223$), BKÖ ($r=0,355$), ASI Bilişsel ($r=0,270$) arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı.

YBOKÖ obsesyon ile OİÖ sorumluluk ($r=0,283$), OİÖ mükemmeliyetçilik ($r=0,238$), OİÖ önem verme ($r=0,364$), OİÖ toplam ($r=0,310$) ve BKÖ ($r=0,369$) arasında anlamlı pozitif ilişki saptandı. YBOKÖ kompülsiyon ile OİÖ sorumluluk ($r=0,224$), OİÖ önem verme ($r=0,278$), OİÖ toplam ($r=0,219$) ve BKÖ ($r=0,321$) arasında anlamlı pozitif ilişki saptandı. YBOKÖ-toplam ile OİÖ sorumluluk ($r=0,264$), OİÖ mükemmeliyetçilik ($r=0,211$), OİÖ önem verme ($r=0,334$), OİÖ toplam ($r=0,275$), BKÖ ($r=0,361$) arasında pozitif korelasyon saptandı (Tablo 14).

Tablo 14. Depresyon ve anksiyete puanları (Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)) karıştırıcı faktör olarak değerlendirildiğinde korelasyon analizleri

		OİÖ sorumluluk	OİÖ mükemmeliyetçilik	OİÖ önemverme	OİÖ toplam	BKÖ	RTÖ	ASI Fiziksel	ASI Sosyal	ASI Bilişsel	ASI Toplam
BOKÖ bulaş	r	0,175	0,159	0,201	0,144	0,089	0,002	-0,023	0,062	-0,010	0,015
	p	0,085	0,117	0,049	0,156	0,385	0,984	0,824	0,543	0,919	0,880
BOKÖ zarardan kaçınma	r	0,202	0,085	0,066	0,146	0,263	0,208	-0,043	-0,019	0,263	0,072
	p	0,047	0,405	0,519	0,152	0,009	0,040	0,679	0,850	0,009	0,482
BOKÖ düşünceler	r	0,186	0,074	0,102	0,190	0,440	0,163	0,000	0,012	0,252	0,112
	p	0,067	0,470	0,319	0,061	0,000	0,109	0,996	0,910	0,012	0,271
BOKÖ simetri	r	0,125	0,128	0,233	0,129	0,198	0,083	0,196	0,115	0,269	0,252
	p	0,219	0,209	0,022	0,207	0,051	0,415	0,056	0,259	0,007	0,012
BOKÖ toplam	r	0,252	0,165	0,217	0,223	0,355	0,160	0,044	0,062	0,270	0,158
	p	0,012	0,104	0,033	0,028	0,000	0,114	0,671	0,543	0,007	0,120
YBOKÖ obsesyon	r	0,283	0,238	0,364	0,310	0,369	0,123	-0,016	-0,013	0,042	-0,001
	p	0,005	0,018	0,000	0,002	0,000	0,226	0,874	0,901	0,681	0,988
YBOKÖ kompülsiyon	r	0,224	0,169	0,278	0,219	0,321	0,148	-0,103	0,001	0,012	-0,042
	p	0,026	0,097	0,006	0,030	0,001	0,145	0,316	0,993	0,905	0,683
YBOKÖ toplam	r	0,264	0,211	0,334	0,275	0,361	0,143	-0,064	-0,006	0,028	-0,024
	p	0,009	0,037	0,001	0,006	0,000	0,161	0,533	0,954	0,786	0,818

r: Kısmi (Partial) Korelasyon katsayısı

4.1.6. Hiyerarşik Regresyon Analizleri

Anlamlı outlier (uç değer) analizi yapıldı. Anlamlı uç değer varlığında, bu değerler değerlendirilmeye alınmadı. Variance Inflation Factor (VIF) analizi yapılarak multikolinerite araştırıldı. Bütün prediktörlerde değerin 5'ten küçük olması nedeniyle multikolinerite sorunu düşünülmedi. İleri incelemeler sonucu linearite ve homoscedasticity varsayımlarının yerine getirildiği gösterildi. BOKÖ toplam ve alt grup puanlarını öngörmek için bilişsel faktörler ile hiyerarşik regresyon analizi yapıldı.

BOKÖ bulaş puanları ile bilişsel faktörler ile yapılan hiyerarşik regresyon analizinin ilk aşamasında, BKÖ puanları varyansın anlamlı bir kısmını açıklamaktaydı ($R^2=0,068$; $p=0,009$). İkinci aşamada modele RTÖ eklendiğinde modelin açıkladığı varyansta anlamlı yükseliş görülmedi ($\Delta R^2=0,003$, $p=0,608$). Son aşamada modele ASI-Fiziksel, ASI-Sosyal, ASI-Bilişsel parametreleri eklendi. Modelin açıkladığı varyans miktarında anlamlı olmayan artış tespit edildi ($R^2=0,075$, $p=0,200$; $\Delta R^2=0,004$, $p=0,939$). Final model varyansın %7,5'ini açıklamasına rağmen istatistiksel olarak anlamsızdı ($p=0,200$). Final modelde bağımsız anlamlı belirleyici olmadığı görüldü (Tablo 15).

Tablo 15. BOKÖ-bulaş Bilişsel Kaynaşma, Ruminatif Tepki ve Anksiyete Sensitizasyonu (BKÖ, RTÖ ve ASI 3) ölçekleri ile öngörmeye hiyerarşik regresyon analizi (N=100)

Prediktör	Model 1		Model 2		Model 3	
	R^2	p	R^2	p	R^2	p
	0,068	0,009	0,071	0,007	0,075	0,200
	ΔR^2	p	ΔR^2	p	ΔR^2	p
	0,068	0,009	0,003	0,608	0,004	0,939
	β (SE)	p	β (SE)	p	β (SE)	p
BKÖ	0,12(0,05)	0,009	0,1(0,06)	0,107	0,09(0,07)	0,206
RTÖ			0,03(0,05)	0,608	0,02(0,06)	0,783
ASI Fiziksel					0(0,12)	0,988
ASI Sosyal					0,04(0,16)	0,810
ASI Bilişsel					0,04(0,13)	0,768

SE: standart hata

Kriter: BOKÖ bulaş

BOKÖ bulaş puanlarını öngörmek için yapılan regresyon analizine Obsesif İnanışlar Ölçeği ile devam edildi. Yapılan lineer regresyon analizinde modelin varyansın %11,7'sini açıkladığı ($p=0,008$); ancak modelde bağımsız anlamlı belirleyici olmadığı görüldü (Tablo 16).

Tablo 16. BOKÖ bulaş Obsesif İnanışlar (OIÖ 44) ölçekleri ile öngörmede regresyon analizi (N=100)

Prediktör	Model	
	R ²	p
	0,117	0,008
	β (SE)	p
OİÖ sorumluluk	0,03(0,04)	0,405
OİÖ mükemmeliyetçilik	0,02(0,04)	0,606
OİÖ önem verme	0,04(0,05)	0,352

SE: standart hata

Kriter: BOKÖ bulaş

BOKÖ zarardan kaçınma puanlarını öngörmek için bilişsel faktörler ile yapılan hiyerarşik regresyon analizinin ilk aşamasında, BKÖ puanları varyansın anlamlı bir kısmını açıklamaktaydı ($R^2=0,282$; $p<0,001$). İkinci aşamada modele RTÖ eklendiğinde modelin açıkladığı varyansta anlamlı yükseliş görüldü ($\Delta R^2=0,051$, $p=0,008$). Son aşamada modele ASI Fiziksel, ASI Sosyal, ASI Bilişsel parametreleri eklendi. Modelin açıkladığı varyans miktarında anlamlı artış tespit edildi ($R^2=0,418$, $p<0,001$; $\Delta R^2=0,084$, $p=0,006$). Final model varyansın %41,8'ini açıklamaktaydı. Final modelde bağımsız anlamlı belirleyicinin ASI Bilişsel olduğu görüldü (Tablo 17).

BOKÖ zarardan kaçınma puanlarını öngörmek için yapılan regresyon analizine Obsesif İnanışlar Ölçeği ile devam edildi. Yapılan lineer regresyon analizinde modelin varyansın %24,1'sini açıkladığı ($p<0,001$) ve modelde bağımsız anlamlı belirleyici olarak OİÖ sorumluluk olduğu tespit edildi (Tablo 18).

Tablo 17. BOKÖ zarardan kaçınmayı Bilişsel Kaynaşma, Ruminatif Tepki ve Anksiyete Sensitizasyonu (BKÖ, RTÖ ve ASI 3) ölçekleri ile öngörmede hiyerarşik regresyon analizi (N=100)

Prediktör	Model 1		Model 2		Model 3	
	R ²	p	R ²	p	R ²	p
	0,282	<0,001	0,334	<0,001	0,418	<0,001
	ΔR^2	p	ΔR^2	p	ΔR^2	p
	0,282	<0,001	0,051	0,008	0,084	0,006
	β (SE)	p	β (SE)	p	β (SE)	p
BKÖ	0,24(0,04)	<0,001	0,15(0,05)	0,004	0,1(0,05)	0,066
RTÖ			0,11(0,04)	0,008	0,06(0,04)	0,145
ASI Fiziksel					-0,04(0,09)	0,633
ASI Sosyal					-0,13(0,12)	0,270
ASI Bilişsel					0,33(0,1)	0,001

SE: standart hata

Kriter: BOKÖ zarardan kaçınma

Tablo 18. BOKÖ zarardan kaçınmayı Obsesif İnanışlar (OIÖ 44) ölçekleri ile öngörmede regresyon analizi (N=100)

Prediktör	Model	
	R ²	p
	0,241	<0,001
	β (SE)	p
OİÖ sorumluluk	0,12(0,04)	0,001
OİÖ mükemmeliyetçilik	-0,01(0,03)	0,713
OİÖ önem verme	-0,02(0,04)	0,588

Kriter: BOKÖ zarardan kaçınma

BOKÖ kabul edilemez düşünceler puanlarını öngörmek için bilişsel faktörler ile yapılan hiyerarşik regresyon analizinin ilk aşamasında, BKÖ puanları varyansın anlamlı bir kısmını açıklamaktaydı ($R^2=0,391$; $p<0,001$). İkinci aşamada modele RTÖ eklendiğinde modelin açıkladığı varyansta anlamlı değişiklik görülmedi ($\Delta R^2=0,005$, $p=0,383$). Son aşamada modele ASI Fiziksel, ASI Sosyal, ASI Bilişsel parametreleri eklendi. Modelin açıkladığı varyans miktarında anlamlı artış tespit edildi ($R^2=0,446$, $p<0,001$; $\Delta R^2=0,05$, $p=0,047$). Final model varyansın %44,6'ini

açıklamaktaydı. Final modelde bağımsız anlamlı belirleyicilerin BKÖ ve ASI Bilişsel olduğu görüldü (Tablo 19).

BOKÖ kabul edilemez düşünceler puanlarını öngörmek için yapılan regresyon analizine Obsesif İnanışlar Ölçeği ile devam edildi. Yapılan linear regresyon analizinde modelin varyansın %22,1'ini açıkladığı ($p<0,001$) ve modelde bağımsız anlamlı belirleyici olarak OİÖ sorumluluk olduğu tespit edildi (Tablo 20).

Tablo 19. BOKÖ düşünceleri Bilişsel Kaynaşma, Ruminatif Tepki ve Anksiyete Sensitizasyonu (BKÖ, RTÖ ve ASI 3) ölçekleri ile öngörmeye hiyerarşik regresyon analizi (N=100)

Prediktör	Model 1		Model 2		Model 3	
	R ²	p	R ²	p	R ²	p
	0,391	<0,001	0,396	<0,001	0,446	<0,001
	ΔR^2	p	ΔR^2	p	ΔR^2	p
	0,391	<0,001	0,005	0,383	0,050	0,047
	β (SE)	p	β (SE)	p	β (SE)	p
BKÖ	0,3(0,04)	<0,001	0,27(0,05)	<0,001	0,23(0,05)	<0,001
RTÖ			0,04(0,04)	0,383	0(0,04)	0,958
ASI Fiziksel					0,03(0,1)	0,759
ASI Sosyal					-0,18(0,12)	0,154
ASI Bilişsel					0,24(0,1)	0,015

SE: standart hata

Kriter: BOKÖ düşünceler

Tablo 20. BOKÖ düşünceleri Obsesif İnanışlar (OİÖ 44) ölçekleri ile öngörmeye regresyon analizi (N=100)

Prediktör	Model	
	R ²	p
	0,221	<0,001
	β (SE)	p
OİÖ sorumluluk	0,12(0,04)	0,003
OİÖ mükemmeliyetçilik	-0,02(0,03)	0,620
OİÖ önem verme	0(0,04)	0,993

Kriter: BOKÖ düşünceler

BOKÖ simetri puanlarını öngörmek için bilişsel faktörler ile yapılan hiyerarşik regresyon analizinin ilk aşamasında, BKÖ puanları varyansın anlamlı bir kısmını açıklamaktaydı ($R^2=0,261$; $p<0,001$). İkinci aşamada modele RTÖ eklendiğinde

modelin açıkladığı varyansta anlamlı olmayan yükseliş görüldü ($\Delta R^2=0,025$, $p=0,070$). Son aşamada modele ASI Fiziksel, ASI Sosyal, ASI Bilişsel parametreleri eklendi. Modelin açıkladığı varyans miktarında anlamlı artış tespit edildi ($R^2=0,405$, $p<0,001$; $\Delta R^2=0,119$, $p=0,001$). Final model varyansın %40,5'ini açıklamaktaydı. Final modelde bağımsız anlamlı belirleyicilerin BKÖ ve ASI Bilişsel olduğu görüldü (Tablo 21).

BOKÖ simetri puanlarını öngörmek için yapılan regresyon analizine Obsesif İnanışlar Ölçeği ile devam edildi. Yapılan linear regresyon analizinde modelin varyansın %23,8'ini açıkladığı ($p<0,001$); ancak modelde bağımsız anlamlı belirleyici olmadığı görüldü (Tablo 22).

Tablo 21. BOKÖ simetriyi Bilişsel Kaynaşma, Ruminatif Tepki ve Anksiyete Sensitizasyonu (BKÖ, RTÖ ve ASI 3) ölçekleri ile öngörmeye hiyerarşik regresyon analizi (N=100)

Prediktör	Model 1		Model 2		Model 3	
	R^2	p	R^2	p	R^2	p
	0,261	<0,001	0,286	<0,001	0,405	<0,001
	ΔR^2	p	ΔR^2	p	ΔR^2	p
	0,261	<0,001	0,025	0,070	0,119	0,001
	β (SE)	p	β (SE)	p	β (SE)	p
BKÖ	0,24(0,04)	<0,001	0,17(0,06)	0,002	0,11(0,05)	0,045
RTÖ			0,08(0,05)	0,07	0,03(0,05)	0,461
ASI Fiziksel					0,17(0,1)	0,081
ASI Sosyal					-0,13(0,13)	0,289
ASI Bilişsel					0,24(0,1)	0,017

SE: standart hata

Kriter: BOKÖ simetri

Tablo 22. BOKÖ simetriyi Obsesif İnanışlar (OIÖ 44) ölçekleri ile öngörmeye regresyon analizi (N=100)

Prediktör	Model	
	R^2	p
	0,238	<0,001
	β (SE)	p
OİÖ sorumluluk	0,05(0,04)	0,211
OİÖ mükemmeliyetçilik	0,01(0,03)	0,659
OİÖ önem verme	0,08(0,04)	0,072

Kriter: BOKÖ simetri

5. TARTIŞMA

Obsesif Kompulsif Bozukluk literatüründe semptom boyutları ile yapılan çalışma sayısı kısıtlıdır. Bu çalışmada obsesif kompulsif semptom boyutlarında bilişsel faktörleri kapsamlı olarak değerlendirmek, bilişsel farklılıkları tespit etmek amaçlanmıştır. Semptom boyutlarına özgü bilişsel faktörlerin tespit edilmesinin terapi müdahalelerinin belirlenmesi açısından önemli sonuçlar elde edilmesi beklenmektedir.

5.1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmaya katılan OKB ve kontrol grubunun ortalama yaş değerleri sırasıyla $34,91 \pm 10,9$ ve $34,64 \pm 10,13$ idi. İki grup yaş dağılımı açısından benzerdi. Literatüre bakıldığında Demet ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı çalışmada yaş ortalaması erkeklerde $31,38 \pm 16,33$, kadınlarda $33,79 \pm 11,05$ olarak bulunmuştur [157]. Tezcan ve arkadaşları Türk ve Fransız hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarında ise, Türk hastalar için $35,3 \pm 10,5$, Fransız hastalar için $37,9 \pm 12,1$ yaş ortalaması bildirmişlerdir [158]. Lensi ve arkadaşları erkekler için $30,8 \pm 11,6$, kadınlar için $34,7 \pm 13,2$, Eğrilmez ve arkadaşları erkeklerde $31,58 \pm 10,37$, kadınlarda $37,62 \pm 13,02$, Juang ve Liu $28,9 \pm 12,8$, Okasha ve arkadaşları $23,7 \pm 5,12$, bildirmişlerdir [87, 88, 159, 160]. Çalışma popülasyonumuzun ortalama yaş dağılımı, literatürdeki diğer çalışmalara benzerdi.

Çalışmaya katılan OKB grubunun %77'si (N=77) kadın ve %23'ü (N=23) erkek iken, kontrol grubunda bu değerler sırası ile %67 (N=67) kadın ve %33 (N=33) idi. İki grup cinsiyet dağılımları açısından benzerdi. OKB grubu kendi içinde cinsiyet dağılımı açısından değerlendirildiğinde kadın hastaların çoğunlukta olduğu görüldü. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında; Lapsekili ve arkadaşlarının (2010), Beşiroğlu ve arkadaşlarının (2007), Doğan ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmalarda, OKB grubunda cinsiyet açısından anlamlı fark olmadığı gösterilmiştir [161-163]. Demet ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada kadın/erkek oranı 3 olarak bulunmuştur [157]. Tezcan ve arkadaşları Türk ve Fransız hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarında ise, kadın/erkek oranının Türk hastalar için 2,75, Fransız hastalar için 1,31 olarak

bildirilmiştir [158]. Geniş örneklemlili ECA ve CNCG (Cross-National OCD Collaborative Group Study) çalışmaları OKB'nin yaşam boyu görülme sıklığı, kadınlarda erkeklere göre yüksek bulunmuştur [164]. Bizim çalışmamızda, OKB grubunda kadın sayısı erkek sayısının yaklaşık üç katı olarak bulunmuştur. Daha önce birçok çalışmada OKB görülme sıklığı kadın ve erkek cinsiyette eşit olarak bildirilmiş olup, çalışmamız bulguları bu duruma aykırı sonuç göstermektedir. Bu farklılığın sebeplerinden biri, polikliniğe tedavi için başvuran hastaların çoğunun kadın olması olabilir. Daha önce literatürde de bildirildiği gibi, kadınların erkeklerden daha çok yardım arayışı içinde olmaları [165, 166], erkeklerin kadınlara göre sorunlarını daha çok inkâr etmelerine ya da yardım talep etme konusunda kadınlara göre çekimser olmaları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca önceki çalışmalarda kadınların sorunlarını daha kolay tanıdıkları bu nedenle tüm sağlık hizmetlerinden erkeklerden daha çok faydalandıkları da ileri sürülmektedir [167, 168].

Çalışmaya katılanlar medeni durum açısından incelendiğinde OKB grubunun %42'si (N=42) evli, %47'si (N=47) bekâr, %11'i (N=11) boşanmış iken, kontrol grubunda bu değerler sırası ile %42 (N=42), %54 (N=54) ve %4 (N=4) idi. İki grup arasında medeni durum açısından farklılık bulunmadı. OKB ve kontrol grubunun yaş, cinsiyet ve medeni durum açısından benzer olması çalışmanın güvenilirliği açısından önemliydi.

Çalışmaya katılan OKB ve kontrol grubu eğitim süreleri açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü. OKB grubunun ortalama eğitim süresi $10,03 \pm 3,73$ yıl bulunurken, kontrol grubunun ortalama eğitim süreleri $12,87 \pm 2,62$ olarak bulundu. Eğitim düzeyleri açısından karşılaştırıldığında OKB hastalarında ilkökul ve ortaokul mezunu olma oranları kontrol grubuna göre yüksek iken, yüksekokul ve üniversite mezunu olma daha düşük saptandı. Çalışmada ortaya çıkan bu sonuç hastanenin bulunduğu bölgenin düşük sosyokültürel bir yerleşim alanında bulunması ile ilişkilendirilebilir.

OKB ve kontrol grubu çalıştıkları meslek dağılımlarına göre değerlendirildiğinde iki grup arasında farklılık saptandı. OKB grubunda çalışmayan hasta oranı %57 bulunurken, kontrol grubunda bu oran %12 olarak bulundu. İlk olarak OKB grubunda çalışmaya dâhil edilen hastaların çoğunun kadın ve ev hanımı

olmasının bu durumu açıklayabileceği düşünülmüştür. Bunun yanı sıra, bu bulgu OKB'nin kişinin mesleki ve sosyal işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen, süregelen bir rahatsızlık olduğunu gösteren literatür bulguları ile uyumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir. OKB'de özellikle sosyal ilişkiler ve bağımsız yaşam alanında işlevselliğin önemli ölçüde azaldığını belirten çalışmalar mevcuttur [169, 170].

Çalışmaya katılanlar gelir düzeyi açısından değerlendirildiğinde, iki grup arasında farklılık saptandı. OKB hastalarının, %24'ü 1500 TL ve daha az, %69'u 1500-5000 TL arası, %7'si 5000 TL ve üzeri gelir düzeyine sahipken bu oranın kontrol grubunda sırası ile %10, %50 ve %40 olduğu görüldü. Bu durum OKB grubunda çalışmayan katılımcı sayısının çokluğu ile ilişkilendirilebilir.

OKB ve kontrol grubu yaşadığı yer açısından karşılaştırıldığında her iki grubun dağılımının benzer olduğu görüldü. Çalışmaya katılan her iki grubunda büyük çoğunluğu şehir merkezinde yaşamakta idi. Bu bulgu daha önce yapılan çalışma bulguları ile uyumluydu [171]. Çalışmamızın yapıldığı hastanenin ve bununla bağlantılı olarak başvuran hastaların şehir merkezinde olması bu durumu açıklamaktadır.

5.2. Klinik Özellikler

OKB ve kontrol grubu; anne baba ayrılığı, anne ve/veya babadan ayrı büyüme, göç/yer değiştirme, farklı dinsel ve/veya etnik kökene sahip olma açısından benzerdi.

Çocukluk döneminde duygusal/fiziksel/cinsel şiddet görmüş olma durumlarına göre iki grup karşılaştırıldığında ise OKB grubunda şiddet gören hasta sayısı (%31) kontrol grubuna göre (%13) anlamlı olarak yüksekti. Bu bulgu OKB hastalarında normal popülasyona göre çocukluk çağı travmalarının daha sık yaşantılandığını gösteren literatür bulguları ile uyumluydu [172-174].

Çalışmaya katılan OKB ve kontrol grubu, geçmişte başka psikiyatrik hastalık tanısı alma açısından karşılaştırıldığında, OKB grubunun geçmişte psikiyatrik tanı almış olma durumu anlamlı olarak yüksekti. Çalışmaya katılan OKB hastalarının %29'u (N=29) daha önce başka bir psikiyatrik hastalık tanısı almış olup, bu

hastalıkların dağılımı şu şekilde idi: Major Depresyon %16, Yaygın Anksiyete Bozukluğu %6, Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu %2, Panik Bozukluk %1, Posttravmatik Stres Bozukluğu %1, Konversiyon Bozukluğu %1, Bedensel Belirti Bozukluğu %1, Tourette Sendromu %1. OKB ile ilgili literatüre bakıldığında komorbiditenin sık görüldüğü bildirilmektedir. OKB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik hastalık depresyon olarak bildirilmiştir [89]. Rasmussen ve arkadaşları, OKB'li hastaların 2/3'ünün hayatları boyunca en az bir kere depresyon geçirdiklerini, 1/3'ünün hali hazırda depresyon belirtilerinin olduğunu belirtmiştir [175]. Tezcan ve arkadaşları OKB tanısı olan Türk hastaların %43,3'ünde, Fransız hastaların %23,3'ünde depresif bozukluk bildirmişlerdir [158]. Bizim çalışmamızda da literatür bulguları ile uyumlu olarak en sık major depresyonun OKB ye eşlik ettiği bulunmuştur.

Çalışmaya katılan iki grup intihar girişimi öyküsü açısından karşılaştırıldığında, OKB grubunda intihar girişimi öyküsü kontrol grubuna göre anlamı olarak yüksek bulundu. Literatürde OKB ve intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma vardır. OKB'de intihara eğilim ve girişimi ile ilgili yapılan çalışma bulguları çelişkilidir. Karno ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada OKB'de intihar düşünceleri ve girişimi oranının normal popülasyona göre artmadığı, ancak anksiyete bozukluğu ya da duygudurum bozukluğu tanıya eşlik ettiğinde intihar düşüncelerinin ve intihar girişiminin arttığı bildirilmiştir [103]. ABD'de yapılan Epidemiyolojik Alan Çalışması (ECA) verilerinin analizi sonucunda sadece OKB tanısı olan hastaların, intihar düşünce girişimlerinin normal popülasyona göre yüksek olduğu, anksiyete bozukluğu ve afektif bozukluk komorbiditesinde hem semptom şiddetinin hem de intihar girişimlerinin artış gösterdiği bildirilmiştir [176]. OKB hastalarında artmış intihar düşünceleri ve intihar girişimini bildiren çok sayıda çalışma vardır [177-182]. Çalışmamızda literatüre benzer şekilde OKB hastalarında intihar girişimi öyküsü, OKB olmayan gruba göre yüksek olmak ile birlikte, bu alanda yapılacak daha spesifik çalışmalar ile daha kesin sonuçlara ihtiyaç duyulmaktadır.

Obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkili bozukluklar eşlik etme açısından karşılaştırıldığında, OKB grubunda, kontrol grubuna göre OKB ilişkili bozukluk belirtilerinin eşlik etme oranının daha sık olduğu gözlemlendi. Çalışmaya katılan OKB grubunun %49'unda (N=49) eşlik eden OKB ilişkili bozukluk belirtileri gözlenirken,

kontrol grubunda bu oran %24 (N=24) olarak bulundu. OKB grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu gözlenen OKB ilişkili bozukluk belirtileri; beden ile ilişkili takıntılar (%18) ve biriktiricilik (%15) idi. Phillips ve arkadaşlarının yaptığı 442 OKB hastasından oluşan çalışmada, %12 oranında beden dismorfik bozukluk komorbiditesi bildirilmiştir [183]. Bir başka çalışmada OKB’de beden dismorfik bozukluk komorbiditesi %15 oranında bulunmuştur [184]. Literatürde biriktiricilik ile en sık komorbidite gösteren psikiyatrik hastalık OKB olarak tanımlanmıştır [185]. Yapılan çalışmalarda OKB hastalarının yaklaşık üçte birinde biriktiricilik davranışının tabloya eşlik ettiği belirtilmiştir [186, 187]. Ülkemizde, Say ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada, 90 OKB hastasından oluşan çalışmada, hastaların %21’inde eşlik eden OKB ilişkili bozukluk bulunduğu, dağılımına bakıldığında deri yolma bozukluğu %9, saç yolma bozukluğu %5, beden algı bozukluğu %4, biriktiricilik %3 olduğu bildirilmiştir [188]. Çalışmamızda bulunan OKB ilişkili bozukluk belirtileri eşlik etme oranı, bu çalışmaya göre yüksektir. Bizim çalışmamızda OKB ilişkili bozukluk belirtileri sosyodemografik veri formu ile taranmıştır. OKB ile ilişkili bozukluk tanısı koymak amaçlanmamıştır. Bu alanda yapılacak daha spesifik çalışmalar ile literatüre katkı sağlanabilir.

Sigara, alkol ve madde kullanımı açısından OKB ve kontrol grupları karşılaştırıldığında, iki grubun sonuçları benzerdi. Daha önce yapılan çalışmalarda alkol kullanım bozukluğunun OKB’ye önemli oranda eşlik ettiği görülmüştür [189, 190]. Bu bulgu çalışmamız bulguları ile uyumlu değildir. Bu durum çalışmaya katılan OKB popülasyonu ile ilişkili olabilir.

OKB hastalarının klinik verileri değerlendirildiğinde, ilk ortaya çıkan obsesyon tipinin: kirlenme-bulaş %49, şüphe %28, kabul edilemez düşünceler %15, simetri %5 olduğu gözlemlendi. Hastaların şu anda sahip olduğu baskın obsesyon tipi sıklığı şu şekilde idi: kirlenme-bulaş %41, şüphe %26, istenmeyen düşünceler %19, simetri %9. Literatüre bakıldığında obsesyonların görülme sıklıkları şu şekilde sıralanmıştır: 1.Kirlenme-bulaş, 2.Patolojik şüphe, 3.Kabul edilemez düşünceler, 4.Simetri [1]. Çalışmamızın bulguları literatür ile uyumludur. Rasmussen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, obsesyon tiplerinin görülme sıklığı şu şekilde bulunmuştur: Kirlenme bulaş %45, patolojik şüphe %42, somatik %36, simetri %31,

agresyon ile ilgili obsesyonlar %28, cinsellik ile obsesyonlar %26 [175]. Kirlenme bulaş alt tipinin görünme sıklığı benzer olmasına rağmen bizim çalışmamızda diğer obsesyon tiplerinin sıklığı daha az bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan OKB hastalarının hastalık seyri değerlendirildiğinde, hastaların %59'u (N=59) hastalık belirtilerinin zaman zaman artıp zaman zaman azaldığını belirtirken, %28'i (N=28) şikâyetlerinin sürekli artış gösterdiğini, %13'ü (N=13) ise zamanla şikâyetlerinde azalma olduğunu belirtmiştir. Rasmussen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada OKB'nin gidişinin %55 hastada artma ve azalmalarla giden kronik bir seyir, %10-15 hastada sürekli ilerleme ile giden seyir, %10 hastada ise düzelme dönemleri ile giden epizodik seyir görüldüğü bildirilmiştir [175]. OKB hastalarının 40 yıllık izlem ile değerlendirildiği başka bir çalışmada ise, hastaların yaklaşık %50'sinde belirtilerin şiddetinin artarak sürdüğü, %30'unda aynı şiddette seyrettiği, %20'sinde azalma gösterdiği saptanmıştır [191]. İlk çalışmanın bulguları, çalışmamız sonuçları ile benzerdir. Çalışmanın sonucundaki veriler, literatürde belirtildiği gibi OKB'nin ilerleyici bir hastalık olduğu bilgisi ile uyumludur.

OKB hastaları, hastalığın ortaya çıkış nedeni ile ilgili değerlendirmelere bakıldığında hastaların %24'ü hastalığının genetik olduğunu, %9 hasta beyinde bir sorun olabileceğini, %5 hasta büyüsel bir şeyler olabileceğini, %45'i yaşadığı olaylardan kaynaklandığını, %17'i hastalığının diğer nedenlere bağlı olabileceğini belirtmiştir. Bu bulgular çalışma sonrası planlanan tedavi aşamasında psikoeğitim açısından yol gösterici olabilir.

Grupların ölçek puanları açısından değerlendirilmesi;

OKB ve kontrol grupları Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanları karşılaştırıldığında, OKB grubunda ölçek puanları anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. OKB grubunun ortalama BDÖ puanı $19,47 \pm 12,98$ iken, kontrol grubunda bu değer $9,39 \pm 8,58$ idi. Literatür bulgularına bakıldığında OKB'ye depresif semptomların sıklıkla eşlik ettiği, yaklaşık 2/3 hastada depresif semptomların bulunduğu belirtilmektedir. Çalışmamız sonuçları bu bilgi ile uyumludur.

Her iki grup Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) puanları açısından karşılaştırıldığında, OKB grubunun puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. OKB grubunun BAÖ puanı $19,47 \pm 15,05$ iken, kontrol grubunda bu değer $8,58 \pm 8,9$ idi. Daha önce yapılan çalışmalarda da OKB hastalarının kaygı düzeylerinin normal popülasyona göre daha yüksek olduğu, anksiyete bozuklukları komorbiditesinin sık olduğu gösterilmiştir [89, 103, 192]. Anksiyete puanlarının OKB hastalarında anksiyete bozukluğu komorbiditesinin normal popülasyona göre daha sık gözlenmesinin yanı sıra, obsesyonun kaygı yaratan bir doğası olması ile ilişkilendirilebilir.

OKB ve kontrol grubu, obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini ölçmek için kullanılan Yale Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ve Boyutsal Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (BOKÖ) puanları açısından karşılaştırıldığında hem ölçek toplam puanları hem de ölçek alt puanları OKB grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti. Bu bulgu beklenen bir bulguydu.

Her iki grup, Obsesif İnanış Ölçeği 44 puanları açısından karşılaştırıldığında, hem ölçeğin toplam puanı (OİÖ toplam), hem alt boyutları olan OİÖ abartılmış sorumluluk/abartılmış tehdit algısı, OİÖ mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük, OİÖ düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme puanları OKB grubunda anlamlı yüksek olarak saptandı. OKB’de işlevsel olmayan inançların değerlendirilmesi amacı ile kullanılan ölçek puanlarının OKB grubunda kontrol grubuna göre yüksek olması beklenen bir bulguydu.

Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (OCCWG), OKB hasta örneklemini üzerindeki çalışmasında OİÖ 44 toplam puanı ortalama $174,3 \pm 50,2$; “abartılmış sorumluluk/abartılmış tehdit algısı” alt ölçeği puanı ortalama $64,5 \pm 22,4$; “mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük” alt ölçeği ortalama puanı $69,9 \pm 22,1$; “düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme” alt ölçeği ortalama puanı $39,8 \pm 16,3$ olarak bulunmuştur [120]. Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak OİÖ-44 ortalama toplam puanı $166,09 \pm 62,33$, “abartılmış sorumluluk/abartılmış tehdit algısı” ortalama puanı $62,97 \pm 26,07$ “mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük” alt ölçeği toplam puanı $66,52 \pm 26,28$ “düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme” alt ölçeği ortalama puanı $42,43 \pm 18,31$ olarak bulunmuştur. Literatürde obsesif

inancılar şiddeti açısından OKB ve kontrol grubunun karşılaştırıldığı çalışmalarda, benzer olarak OKB grubunda anlamlı yükseklik saptanmıştır [11, 120, 131]. Bu bulgular bilişsel kuramın öne sürdüğü, obsesif inanışlar ile obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi doğrular niteliktedir.

OKB ve kontrol grubu Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ASI) puanları açısından karşılaştırıldığında hem toplam puan hem alt ölçekler olan ASI-sosyal, ASI-fiziksel, ASI-bilişsel puanları OKB grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu bulgu OKB grubunda, kontrol grubuna göre artmış anksiyete duyarlılık düzeylerini işaret etmektedir. Literatürde OKB ve anksiyete duyarlılığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, benzer şekilde OKB hastalarında normal popülasyona göre artmış anksiyete duyarlılığı olduğu bildirilmiştir [123, 193].

OKB ve kontrol grubu bilişsel kaynaşma ölçeği puanları açısından karşılaştırıldığında, OKB grubunun puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu bulgu OKB’de bilişsel kaynaşma düzeyinin, OKB olmayan popülasyona göre artmış olduğunu göstermektedir. Reuman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, OKB hastalarında bilişsel kaynaşma şiddetinin normal popülasyona göre artmış olduğu gösterilmiştir [27].

Her iki grup, ruminatif tepkiler ölçeği puanları açısından karşılaştırıldığında, OKB grubunun ölçek puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdaki bu bulgu OKB grubunun, OKB olmayan gruba göre daha sık ruminasyon yaptığını göstermektedir. Ruminasyon ve OKB ilişkisini inceleyen çalışmalar ile ilgili literatüre bakıldığında, OKB hastalarında normal popülasyona göre daha sık ruminasyon izlendiği gözlenmektedir [24, 25].

KORELASYON ANALİZLERİ

Obsesif İnanışlar Ölçeği-44

BOKÖ ve OİÖ 44 ilişkisini inceleyen korelasyon analizlerine bakıldığında, BOKÖ toplam ve alt boyut puanlarının, her bir OİÖ alt ölçek puanları ile pozitif yönde korele olduğu görülmektedir. OKB gelişimi ve sürdürümünde obsesif inanışların rolü bir çok çalışmada vurgulanmıştır. Literatüre bakıldığında, daha önceki çalışmalarda

özellikle ‘düşüncelere önem verme-düşünceyi kontrol etme’ inanç alanının OKB gelişimi ve sürdürümünde önemli olduğu vurgulanmıştır [194]. Emmelkamp ve Aardema, belirli bilişsel alanların belirli obsesif kompulsif semptomlarla ilişkisi olup olmadığının araştırdıkları çalışmalarında, düşüncelere önem verme-düşünceyi kontrol etme inançlarının obsesif kompulsif semptomların çoğuyla ilişkili bulmuştur [194]. Bu bulgular ışığında, OKB hastalarında kişiye rahatsızlık veren, intrüzif düşüncelere sahip olmanın bu düşüncelerin gerçekleşme ihtimalini artırdığı ve kontrol altına alınması gerektiğine ilişkin inançların toplum örneklemine göre yüksek olduğu düşünülmektedir. ‘Abartılmış sorumluluk/abartılmış tehdit algısı’, OKB de önemli olduğu düşünülen inanç alanlarından biridir. Julien ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, obsesif kompulsif bozukluk belirtileri ve obsesif inanışlar ilişkisini araştırmış, olumsuz duygulanım kontrol edildiğinde dahi ‘abartılmış sorumluluk/abartılmış tehdit algısı’ inanç alanının semptomların önemli bir yordayıcısı olduğunu saptamıştır [125]. Lopatka ve arkadaşlarının OKB hastalarında yaptıkları bir çalışmada sorumluluk inançlarında değişim olduğunda kontrol etme kompulsiyonunun azaldığını bildirmiştir [124]. ‘Mükemmeliyetçilik ve kesinlik ihtiyacı’nın OKB’de önemli bir inanç alanı olduğuna dair literatürde bulgular mevcuttur [66, 195, 196]. Rhéaume ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ‘mükemmeliyetçilik’ ve ‘sorumluluk’ inançlarının OKB grubunda anlamlı düzeyde yüksek olduğunu, OKB belirtilerinin öngörücüsü olduğunu göstermiştir [128]. Wu ve Cortesi ‘mükemmeliyetçilik’ inançlarının depresyon ve sorumluluk-tehdit algısı kontrol edildikten sonra da OKB belirtilerinin öngörücüsü olduğunu bildirmiştir [197].

Çalışmamızda bir sonraki adımda BOKÖ ve OİÖ 44 ilişkisi depresyon ve anksiyete puanları kontrol edilerek incelenmeye devam edilmiştir. Depresyon ve anksiyete puanları kontrol edildiğinde yalnızca; BOKÖ bulaş ile OİÖ önem verme arasında ($r=0,201$), BOKÖ zarardan kaçınma ile OİÖ sorumluluk arasında ($r=0,202$), BOKÖ simetri ile OİÖ önem verme arasında ($r=0,233$) ve son olarak BOKÖ toplam ile OİÖ sorumluluk, OİÖ önem verme, OİÖ toplam arasında anlamlı pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0,475$, $r=0,252$, $r=0,217$, $r=0,223$). BOKÖ kabul edilemez düşünceler boyutu ile OİÖ 44 toplam ve alt ölçekler arasında anlamlı ilişki bulunamadı.

Ülkemizde OKB hastaları ile yapılan bir çalışmada, OKB hastaları ve sağlıklı kontrol grubu obsesif inanışlar açısından değerlendirilmiş, ölçeğin toplam puanları ve alt puanları OKB grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Ancak her iki grubun sürekli kaygı düzeyi ve depresyon puanları kontrol altına alındığında hem toplam puan, hem de üç alt boyut puanı açısından OKB grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmediği gözlenmiştir [133]. Daha önce Tolin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, obsesif inanışların OKB'ye spesifik olup olmadığı araştırılmış, kaygı ve depresyon düzeyleri kontrol edildiğinde kontrol grubu ile anlamlı farklılık olmadığı gözlenmiştir [11]. Bu iki çalışmaya ait sonuçlar çalışmamız bulguları ile benzer olup, obsesif inanışların gerçekte OKB'ye özgü olmayabileyeceği, kaygı ve depresyonla belirtileri ile de anlamlı olarak ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Obsesif inanışların, OKB'ye ne denli spesifik olduğunu belirlemek amacı ile daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3

BOKÖ ve ASI-3 arasındaki ilişkiyi inceleyen korelasyon analizlerine bakıldığında, BOKÖ bulaş ile ASI bilişsel ve ASI toplam arasında anlamlı pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır, ASI fiziksel ve ASI sosyal ile anlamlı ilişki bulunamamıştır. BOKÖ zarardan kaçınma, BOKÖ kabul edilemez düşünceler, BOKÖ simetri ve BOKÖ toplam puanları ile ASI toplam ve alt boyutlarının her biri arasında anlamlı pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır. Daha önce semptom boyutları ve anksiyete duyarlılığı ilişkisini inceleyen çalışma sayısı kısıtlıdır [16-18]. Literatüre bakıldığında; Calamari ve arkadaşları yaptığı çalışmada anksiyete duyarlılığı ile OKB'nin biriktiricilik dışındaki tüm semptom boyutlarını ilişkili bulmuştur [139]. Wheaton ve arkadaşları yaptıkları çalışmada BOKÖ bulaş ile ASI-fiziksel, BOKÖ zarardan kaçınma ve BOKÖ simetri ile ASI bilişsel, BOKÖ kabul edilemez düşünceler ile ASI sosyal ve ASI bilişsel arasında ilişki bulunmuştur [16]. Bu çalışmanın bulguları ile bizim çalışmamızda benzer olan tek veri, OKB'nin kabul edilemez düşünceler boyutu ile ASI bilişsel arasındaki ilişkidir. Raines ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yine çalışmamıza benzer şekilde OKB'nin kabul edilemez düşünceler boyutu ile ASI bilişsel arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur [17]. Bu çalışmada da çalışmamıza

benzer şekilde ve ilk çalışmanın aksine bulaş alt tipi ile ASI fiziksel arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Depresyon ve anksiyete puanları kontrol edilerek analizlere devam edildiğinde; BOKÖ bulaş ile ASI bilişsel ve ASI-toplam arasındaki anlamlı ilişki kaybolmuştur. Bu bulgu bulaş tipinde eşlik eden anksiyete ve depresyon semptomları olmadığında anksiyete duyarlılığının artmadığı yönünde yorumlanabilir. BOKÖ zarardan kaçınma, BOKÖ kabul edilemez düşünceler ve BOKÖ toplam puanları ile yalnızca ASI bilişsel puanları arasında, BOKÖ simetri puanları ile ASI bilişsel ve ASI toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Poli ve arkadaşları yaptıkları çalışmada depresyon ve anksiyete belirtileri kontrol edilerek yapılan analizlerde BOKÖ kabul edilemez düşünceler ile ASI bilişsel arasında, BOKÖ simetri ile ASI fiziksel, ASI bilişsel ve ASI sosyal arasında anlamlı ilişki saptanmıştır [18]. ASI ile ilgili yapılan çalışmaların ortak bulgusu OKB'nin kabul edilemez düşünceler alt boyutu ile ASI bilişsel arasındaki anlamlı ilişki bulunmasıdır [16-18]. Bu bulgu çalışmamız verileri ile de uyumludur. Bu bulgu; kaygının bilişsel sonuçları ile ilgili yaşanan endişenin ya da bir başka deyişle bilişsel kontrolü kaybetme endişesinin, depresyon ve kaygı belirtileri kontrol edildiğinde dahi, bulaş alt tipi dışında diğer OKB boyutları ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bilişsel Kaynaşma Ölçeği

BOKÖ ve BKÖ arasındaki ilişkiyi inceleyen korelasyon analizlerine bakıldığında, BOKÖ bulaş, BOKÖ zarardan kaçınma, BOKÖ kabul edilemez düşünceler, BOKÖ simetri ve BOKÖ toplam puanları ile BKÖ puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır. Depresyon ve anksiyete belirtileri kontrol edilerek korelasyon analizine devam edildiğinde, BOKÖ bulaş ve BOKÖ simetri ile BKÖ arasında gözlenen pozitif korelasyon kaybolmuştur. Bu bulgu, OKB'nin bulaş ve simetri tipinde depresyon ve kaygı puanlarının OKB'nin BKÖ puanlarına anlamlı olarak etki etmesi ile ilişkilendirilebilir. BOKÖ kabul edilemez düşünceler, BOKÖ zarardan kaçınma ve BOKÖ toplam puanları ile BKÖ puanı arasında anlamlı pozitif yönlü korelasyon bulundu. Bu bulgudan yola çıkılarak depresyon ve anksiyete belirtilerinden bağımsız olarak OKB'nin kabul edilemez düşünceler ve zarardan kaçınma boyutunun bilişsel kaynaşma ile anlamlı ilişkisi olduğu düşünülebilir.

Literatüre bakıldığında Bilişsel kaynaşma ve OKB semptom boyutları arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma vardır [27, 28]. Reuman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bilişsel kaynaşmanın, kabul edilemez düşünceler boyutu için önemli bir yordayıcı olduğu bulunmuştur [27]. Benzer şekilde, 92 OKB hastası ile yapılan bir çalışmada (2018) bilişsel kaynaşmanın, OKB semptom şiddeti ile ilişkisi olduğu bulunmuştur [28]. Aynı çalışmada genel stres düzeyi ve obsesif inançlar kontrol edildiğinde dahi, bilişsel kaynaşmanın kabul edilemez düşünceler için önemli bir yordayıcısı olduğu bulunmuştur. Çalışma sonuçlarında, özellikle kabul edilemez düşünceler ve bilişsel kaynaşma ilişkisi dikkat çekmekte olup, bu bulgu çalışmamız bulguları ile uyumludur.

Ruminatif Tepkiler Ölçeği

BOKÖ ve RTÖ arasındaki ilişkiyi inceleyen korelasyon analizlerine bakıldığında, BOKÖ bulaş, BOKÖ zarardan kaçınma, BOKÖ kabul edilemez düşünceler, BOKÖ simetri ve BOKÖ toplam puanları ile RTÖ arasında anlamlı pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır. Obsesif kompulsif bozukluk ve ruminasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma vardır [24, 25, 141]. Obsesyon ve ruminasyon ilişkisine bakıldığında; her ikisi de tekrarlayıcılık, giricilik ve kontrol edilemezlik ile karakterize edilen benzer bilişsel süreçleri içerir. Obsesif kompulsif bozukluğun metakognitif modeline göre, ruminatif yani tekrarlayıcı düşünce OKB'nin sürdürümüne katkı sağlamaktadır. Watkins ve arkadaşlarının (2016) 116 hasta ile yaptığı bir çalışmada OKB ve ruminasyon arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu bildirilmiştir [24, 141]. Bu çalışmanın sonuçları bizim çalışmamıza benzerdir. Çalışmamızda depresyon ve anksiyete puanları kontrol edilerek korelasyon analizleri devam edildiğinde, yalnızca BOKÖ zarardan kaçınma ile RTÖ arasında anlamlı pozitif yönlü korelasyon saptanmış, diğer BOKÖ alt boyut ve toplam puanı arasındaki ilişki kaybolmuştur. Wahl ve arkadaşlarının (2011) normal popülasyonda yaptığı çalışmada, depresyon puanları kontrol edildiğinde dahi obsesif kompulsif semptomlar ve ruminasyon arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur [24]. Ancak bu çalışmada anksiyete puanları ölçülmemiş ve değerlendirilmemiştir ayrıca çalışma OKB hastaları ile değil sağlıklı gönüllüler ile yapılmıştır. Bu bulgu çalışmamız bulguları ile uyumlu değildir. Bizim çalışma bulgularımız ışığında zarardan kaçınma alt boyutu hariç diğer

alt boyutlarının, ruminasyon ile ilişkili olduğunu, ancak bu ilişkinin obsesif belirtilerden ziyade daha çok depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğu tartışılabilir. Ayrıca zarardan kaçınma alt boyutunda ruminasyonun ayırıcı bir bilişsel faktör olabileceği düşünülmüştür. Ancak buna dair daha geniş literatür bilgisine ihtiyaç vardır.

Hiyerarşik Regresyon Analizleri

BOKÖ bulaş alt boyutunun yordayıcılarını tespit etmek amacı ile bilişsel faktörler ile yapılan regresyon analizinde, bilişsel faktörlerden yalnızca BKÖ modelde anlamlı yükselmeye neden olmuştur. Bununla beraber final modelde bilişsel faktörlerin hiçbirisi yordayıcı olarak bulunamamıştır. OKB ilişkili literatürde birçok kez obsesif inanışların OKB'nin bulaş alt tipi için yordayıcı olduğu bildirilmiştir [123, 198, 199]. Bununla beraber, OKB bulaş alt tipi ile obsesif inanışlar arasında ilişki olmadığını savunan çalışmalar da mevcuttur [26, 200, 201]. Poli ve arkadaşlarının (2017), BOKÖ ve OİÖ-44 kullanarak, OKB semptom boyutlarında anksiyete duyarlılığı ve obsesif inanışlar ilişkisi incelediği çalışmada BOKÖ bulaş alt tipi ile yapılan regresyon analizlerinde hem ASI-3, hem de OİÖ puanlarının anlamlı yordayıcı olmadığı bildirilmiştir [18]. Literatürde ile ilişkili en güncel çalışmalardan biri olan bu çalışmanın bulguları çalışmamız ile benzerdir. Wheaton ve arkadaşlarının (2010) BOKÖ ve OİÖ 44 kullanarak yaptıkları bir çalışmada, OİÖ-sorumluluk alt tipi BOKÖ bulaş alt boyutunun anlamlı bir yordayıcısı olarak bulunmuştur [123]. Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında obsesif kompulsif belirtiler ile obsesif bilişler ilişkisi incelenmiş, OİÖ mükemmeliyetçilik/kesinlik alt boyutunun OKB'nin bulaş tipinin önemli bir yordayıcısı olduğu bulunmuştur [202]. Reuman ve arkadaşlarının (2016), BOKÖ, BKÖ ve OİÖ 44 kullanarak yaptığı çalışmada OKB alt boyutları ile bilişsel kaynaşma ve obsesif inançlar arasındaki ilişkiye bakılmış, OKB bulaş alt tipi için BKÖ ve OİÖ 44 puanlarının yordayıcı olmadığı saptanmıştır [27]. Yine Reuman ve arkadaşlarının (2018) aynı ölçekleri kullanarak yaptığı bir diğer çalışmada bilişsel kaynaşmanın OKB bulaş alt tipi için yordayıcı olmadığı bulunmuştur [28]. Bu güncel iki çalışmanın bulguları bizim çalışmamız ile benzerdir. Raines ve arkadaşlarının (2017) BOKÖ ve RTÖ kullanarak yaptığı, ruminasyon ve bulaş alt tipi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada ruminasyonun depresyon ve anksiyete skorları kontrol

edildiğinde bulaş alt boyutu ile anlamlı ilişkisi olmadığı saptanmıştır[25]. Bu bulgu çalışmamız sonuçları ile örtüşmektedir. Bizim çalışmamızın sonuçları göz önüne alındığında değerlendirilen bilişsel faktörlerin OKB bulaş tipini değerlendirme ve öngörme konusunda yeterli olmadığı, bu alanda daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

BOKÖ zarardan kaçınma alt boyutunun yordayıcılarını tespit etmek amacı ile bilişsel faktörler ile yapılan regresyon analizinde final modelde anlamlı belirleyicilerin ASI-bilişsel ve OİÖ sorumluluk olduğu görülmüştür. Wheaton ve arkadaşlarının (2010) yaptığı obsesif inanışlar ve OKB semptom boyutları ilişkisini inceleyen çalışmada, çalışmamız bulgularına benzer şekilde yalnızca OİÖ sorumluluk alt boyutunun, BOKÖ zarardan kaçınma için yordayıcı olduğu bulunmuştur [123]. Poli ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada, OİÖ toplam puanının BOKÖ zarardan kaçınma boyutunun yordayıcısı olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada ASI toplam ve alt boyutları ile BOKÖ arasındaki ilişki incelenmiş, ASI puanlarının BOKÖ zarardan kaçınma için yordayıcı olmadığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bu çalışmadan farklı olarak ASI-bilişsel, zarardan kaçınma boyutu için yordayıcı bulunmuştur. Wheaton ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir diğer çalışmada ise BOKÖ zarardan kaçınma puanlarının anlamlı yordayıcısı olarak OİÖ toplam, ASI fiziksel ve ASI bilişsel puanları bulunmuştur [16]. Reuman ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada BOKÖ zarardan kaçınma puanlarının tek yordayıcısı olarak OİÖ toplam puanı bulunmuştur [27]. Aynı çalışmada BKÖ ile yapılan regresyon analizlerinde, bilişsel kaynaşmanın BOKÖ zarardan kaçınma için yordayıcı olmadığı belirtilmiştir. Bu çalışma bilişsel kaynaşmanın yordayıcı olmaması çalışmamız bulguları ile benzerdir. Her üç çalışmada da OİÖ toplam puanları ile regresyon analizleri yapılmış, alt boyutlar regresyon modeline katılmamıştır. Bu bulgudan yola çıkarak; çalışmamız bulgularında OİÖ sorumluluk alt boyutunun yordayıcı olarak bulunmasının daha spesifik bir sonuç olduğu söylenebilir. Raines ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada depresyon ve anksiyete skorları kontrol edildiğinde ruminasyon ve zarardan kaçınma alt boyutu arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır [25]. Bizim çalışmamızda da benzer bir sonuç saptanmıştır. Çalışmamız bulgularından yola çıkarak BOKÖ zarardan kaçınma alt tipinde sorumluluk ve tehlike beklentisi ile ilgili obsesif bilişlerin ve anksiyete

duyarlılığının bilişsel kısmının belirtileri yordadığı, bilişsel tedavi planlanan hastalarda bu alanlarda yapılacak müdahalelerin yararlı olabileceği düşünülmektedir.

BOKÖ kabul edilemez düşünceler alt boyutunun yordayıcılarını saptamak amacı ile bilişsel faktörler ile yapılan regresyon analizlerinde final modelde anlamlı belirleyicilerin BKÖ, ASI-bilişsel ve OİÖ-sorumluluk olduğu görülmüştür. Ülkemizde PADUA envanteri, OİÖ-44 ve DEKÖ (Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği) kullanılarak yapılan bir tez çalışmasında (2012) OKB kendine ve başkalarına zarar verme düşüncelerinin yordayıcısı olarak OİÖ-sorumluluk ve OİÖ mükemmeliyetçilik alt boyutu ve üst bilişleri değerlendiren DEKÖ bulunmuştur. Bu bulgu bizim çalışma bulgularımız ile benzerdir. Bizim çalışmamızda farklı olarak bilişsel kaynaşmayı değerlendirmek amacı ile DEKÖ yerine BKÖ kullanılmış olup, benzer şekilde bu alt boyutta yordayıcı olarak bulunmuştur. Reuman ve arkadaşlarının, BKÖ kullanarak yaptığı bir başka çalışmada çalışmamız bulgularına benzer şekilde BKÖ, BOKÖ-kabul edilemez düşünceler boyutunun yordayıcısı saptanmıştır. Aynı çalışmada OİÖ-düşüncelere önem verme, düşünceleri kontrol etme ve OİÖ-sorumluluk bu alt boyutun yordayıcısı olarak bulunmuştur. Yine Reuman ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada BKÖ ve OİÖ-düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme puanlarının kabul edilemez düşünceler alt boyutunda yordayıcı olduğu bulunmuştur. Wheaton ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada OİÖ'nün yalnızca düşüncelere önem verme-düşünceleri kontrol etme boyutunun anlamlı yordayıcısı olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızın bulguları OİÖ 44 doğrultusunda diğer çalışmalardan farklıdır. Çalışmamızda kabul edilemez düşüncelerin oluşumu ve sürdürümünde işaret edilen, düşüncelere önem verme/ düşünceleri kontrol etme ile ilgili işlevsel olmayan inançları değerlendiren OİÖ alt boyutu, anlamlı yordayıcı olarak bulunmamıştır. Çalışmamızın bu bulgusuna benzer bir bulgu Wheaton ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada dikkat çekmektedir. Bu çalışmada BOKÖ kabul edilemez düşünceler için OİÖ düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme boyutunun yordayıcı olarak bulunamamıştır. Aynı çalışmada dikkat çeken başka bir bulgu ise ASI toplam ve alt boyut puanlarının BOKÖ kabul edilemez düşünceler için yordayıcı olarak bulunamamasıdır. Literatürde OKB'nin kabul edilemez düşünceler boyutu ile OİÖ-düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme arasında anlamlı ilişki olmadığını savunan çalışmalar mevcuttur [203]. Bu alanda daha

ayrıntılı ve spesifik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ruminasyon ile kabul edilemez düşünceler boyutu ilişkisinin incelendiği çalışmalara bakıldığında, çalışma bulgularımıza uyumsuz sonuçlar dikkat çekmektedir. Daha önce yapılan çalışmalar da kabul edilemez düşünce boyutu ile ruminasyon arasında anlamlı ilişki saptanmıştır [24, 25]. Bu bulgunun çalışmamız bulguları uyumlu olmasına rağmen, bizim çalışmamızın aksine Raines ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, depresyon ve anksiyete puanları kontrol edildiğinde dahi bu anlamlı ilişki korunmaktadır. Bu çalışmada ruminasyonun, kabul edilemez düşünceler alt boyutu için anlamlı yordayıcı olduğu saptanmıştır [25]. Çalışmamız bulgularından yola çıkarak BOKÖ kabul edilemez düşünceler alt boyutunda sorumluluk ve tehlike beklentisi ile ilgili obsesif bilişlerin ve anksiyete duyarlılığının bilişsel kısmının ve son olarak bilişsel kaynaşmanın belirtileri yordadığı, bilişsel tedavi planlanan hastalarda bu alanlarda yapılacak müdahalelerin yararlı olabileceği düşünülmektedir.

BOKÖ simetri alt boyutunun yordayıcılarını tespit etmek amacı ile bilişsel faktörler ile yapılan regresyon analizinde final modelde anlamlı belirleyicilerin BKÖ ve ASI bilişsel olduğu saptanmıştır. Bu alanda yapılan çalışmalar kısıtlı olmak ile beraber literatür bulguları birbiri ile uyumsuzdur. Wheaton ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada, OİÖ mükemmeliyetçilik/kesinlik alt tipinin BOKÖ simetri boyutunun yordayıcısı olduğu saptanmıştır. Yine Wheaton ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir diğer çalışmada, OİÖ toplam puanı, ASI bilişsel ve ASI fiziksel puanları BOKÖ simetri alt boyutunun yordayıcısı olarak bulunmuştur. Poli ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada ise bu bulgulardan farklı olarak BOKÖ simetrisinin anlamlı yordayıcısının ASI sosyal ve OİÖ toplam olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında çalışmamız bulgularına benzer şekilde OİÖ mükemmeliyetçilik alt tipinin simetri alt boyutu için yordayıcı olmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada DEKÖ, BOKÖ simetri boyutunun anlamlı yordayıcısı olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da benzer bilişsel yapıları değerlendiren BKÖ, anlamlı yordayıcı olarak bulunmuştur. BOKÖ ve bilişsel faktörlerin ilişkisini inceleyen iki çalışmada çalışmamız bulguları ile uyumlu olarak BOKÖ simetri alt tipi için bilişsel kaynaşma puanları yordayıcı bulunmamıştır [27, 28]. Ancak bahsedilen bu çalışmada bu bulguya ek olarak simetri alt tipinin yordayıcısı olarak OİÖ mükemmeliyetçilik/kesinlik bulunmuş olup, bu bulgu daha önce yapılan çalışma verileri ile uyumludur. Raines ve

arkadaşlarının yaptığı çalışmada simetri alt boyutu ile ruminasyon arasında, depresyon ve anksiyete puanları kontrol edildiğinde anlamlı sonuç bulunamamıştır. Bu bulgu çalışmamız sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda beklenenin aksine ve diğer çalışma bulguları ile çelişkili olarak OİÖ mükemmeliyetçilik/kesinlik alt boyutunun simetri boyutu için yordayıcı olmadığı bulunmuştur. Simetri boyutunun yordayıcılarını tespit etmek için bu alanda yapılacak daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamız bulgularından yola çıkarak BOKÖ simetri alt boyutunda anksiyete duyarlılığının bilişsel kısmının ve bilişsel kaynaşmanın belirtileri yordadığı, bilişsel tedavi planlanan hastalarda bu alanlarda yapılacak müdahalelerin yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın sonuçlarının yorumlanmasında çalışmanın bazı kısıtlılıklarının olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. OKB ve kontrol grubu, yaş cinsiyet ve medeni durum açısından benzer olmasına rağmen, eğitim düzeyleri açısından farklılık göstermekteydi. Çalışmada değerlendirilen bilişsel özelliklerin kişinin eğitim düzeyi ile ilişkili olabileceği düşünüldüğünde, kontrol grubuyla eğitim düzeylerinin benzer olmaması bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. İki grup arasında kadın/erkek oranının benzer olmasına rağmen, OKB örnekleminde kadın sayısının erkek sayısından fazla olması çalışma açısından kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Çalışmadaki bir diğer kısıtlılık, OKB grubunun örnekleminin tek bir merkezden seçilmesidir. Bu durumun örneklem çeşitliliğini daraltması nedeni ile tüm OKB popülasyonunu doğru yansıtmayabileceği düşünülmektedir. Bu alanda yapılacak çalışmalarda, çok merkezli hasta seçiminin, örneklem çeşitliliği açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Çalışmanın, örneklem sayısı açısından alanda yapılan diğer çalışmalara benzer olmasının yanı sıra, daha geniş örneklemlerle yapılacak çalışmaların, özellikle yordayıcılığı saptamak amacı ile yapılan hiyerarşik regresyon analizlerinde daha doğru sonuç vereceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ

Bu çalışma, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) semptom boyutları ve bilişsel özellikler arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır. Bu doğrultuda, OKB semptom boyutlarının açıklanmasında bilişsel faktörlerin göreceli katkıları değerlendirilmiş, hangi bilişsel faktörün hangi boyuta ne derece katkısı olduğu araştırılmıştır.

Çalışmanın bulgularına bakıldığında;

BOKÖ bulaş alt boyutunun bilişsel faktörler ile ilişkisini incelemek amacı ile yapılan korelasyon analizlerinde BDÖ, OİÖ sorumluluk, OİÖ mükemmeliyetçilik, OİÖ önem verme, OİÖ toplam, BKÖ, RTÖ, ASI bilişsel ve ASI toplam ile anlamlı ilişki saptandı. Ancak bilişsel faktörlerin yordayıcılığını saptamak için yapılan hiyerarşik regresyon analizi modellerinde anlamlı yordayıcı bulunamadı.

BOKÖ zarardan kaçınma alt boyutunun bilişsel faktörler ile ilişkisini incelemek amacı ile yapılan korelasyon analizlerinde BAÖ, BDÖ, OİÖ sorumluluk, OİÖ mükemmeliyetçilik, OİÖ önem verme, OİÖ toplam, BKÖ, RTÖ, ASI fiziksel, ASI sosyal, ASI bilişsel ve ASI toplam ile anlamlı ilişki saptandı. Bilişsel faktörlerin yordayıcılığını saptamak için yapılan hiyerarşik regresyon analizi modellerinde anlamlı bağımsız belirleyicilerin ASI bilişsel ve OİÖ sorumluluk olduğu görüldü.

BOKÖ kabul edilemez düşünceler alt boyutunun bilişsel faktörler ile ilişkisini incelemek amacı ile yapılan korelasyon analizlerinde BAÖ, BDÖ, OİÖ sorumluluk, OİÖ mükemmeliyetçilik, OİÖ önem verme, OİÖ toplam, BKÖ, RTÖ, ASI fiziksel, ASI sosyal, ASI bilişsel ve ASI toplam ile anlamlı ilişki saptandı. Bilişsel faktörlerin yordayıcılığını saptamak için yapılan hiyerarşik regresyon analizi modellerinde anlamlı bağımsız belirleyicilerin BKÖ, ASI bilişsel ve OİÖ sorumluluk olduğu görüldü.

BOKÖ simetri alt boyutunun bilişsel faktörlerin ile ilişkisini incelemek amacı ile yapılan korelasyon analizlerinde BAÖ, BDÖ, OİÖ sorumluluk, OİÖ mükemmeliyetçilik, OİÖ önem verme, OİÖ toplam, BKÖ, RTÖ, ASI fiziksel, ASI sosyal, ASI bilişsel ve ASI toplam anlamlı ilişki saptandı. Bilişsel faktörlerin

yordayıcılığını saptamak için yapılan hiyerarşik regresyon analizi modellerinde anlamlı bağımsız belirleyicilerin BKÖ ve ASI bilişsel olduğu görüldü.

Çalışma, OKB’de güncel yaklaşım olan boyutsal yaklaşım doğrultusunda son dönemlerde araştırılmakta olan bilişsel faktörlerin bir arada değerlendirildiği ilk çalışmadır. Çalışma sonucunda bulaş alt boyutu hariç her semptom boyutu için yordayıcı olan bilişsel faktörler tespit edilmiştir. Araştırmanın kısıtlılıklarına rağmen elde edilen bu bulgu doğrultusunda, her semptom boyutuna özgü bilişsel özellikler olduğu, bilişsel davranışçı terapi uygulamalarında bu bilişsel özelliklere spesifik müdahalelere yol göstereceği söylenebilir. Bu doğrultuda, ortaya çıkan sonuçların ve önerilen modelin yeni araştırmalara yol göstererek bilişsel faktörler ve OKB semptom boyutları ilişkisinin daha iyi anlaşılmasına ve etkili terapi müdahaleleri geliştirilmesine yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Benjamin, J., *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 2005, Philadelphia: Williams & Wilkins.
2. Association, A.P., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. 2013: American Psychiatric Pub.
3. Foa, E.B., et al., *The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version*. Psychological assessment, 2002. **14**(4): p. 485.
4. Deacon, B.J. and J.S. Abramowitz, *Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings*. Journal of clinical psychology, 2004. **60**(4): p. 429-441.
5. Sanavio, E., *Obsessions and compulsions: the Padua Inventory*. Behaviour research and therapy, 1988. **26**(2): p. 169-177.
6. Goodman, W.K., et al., *The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability*. Archives of general psychiatry, 1989. **46**(11): p. 1006-1011.
7. McKay, D., et al., *A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms*. Clinical psychology review, 2004. **24**(3): p. 283-313.
8. Abramowitz, J.S., et al., *Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale*. Psychological assessment, 2010. **22**(1): p. 180.
9. Şafak, Y., et al., *Obsesif Kompulsif Bozuklukta Boyutsal Yaklaşım: Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Türkçe'nin Psikometrik Özellikleri*. Turk Psikiyatri Dergisi, 2018. **29**(2).
10. Ther, B.R., *Cognitive assessment of obsessivecompulsive disorder. Obsessive compulsive cognitions working group*. Behav Res Ther, 1997. **35**(7): p. 667-81.
11. Tolin, D.F., P. Worhunsky, and N. Maltby, *Are "obsessive" beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders*. Behaviour Research and Therapy, 2006. **44**(4): p. 469-480.

12. Group, O.C.C.W., *Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory*. Behaviour Research and Therapy, 2001. **39**(8): p. 987-1006.
13. Viar, M.A., et al., *Obsessive beliefs and dimensions of obsessive-compulsive disorder: An examination of specific associations*. Cognitive Therapy and Research, 2011. **35**(2): p. 108-117.
14. Fitch, K.E. and J.R. Cougle, *An evaluation of obsessive beliefs as predictors of performance on in vivo assessments of obsessive-compulsive symptoms*. Cognitive Therapy and Research, 2013. **37**(2): p. 207-220.
15. Taylor, S., *Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings*. Behaviour research and therapy, 1995. **33**(3): p. 243-258.
16. Wheaton, M.G., et al., *The relationship between anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptom dimensions*. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 2012. **43**(3): p. 891-896.
17. Raines, A.M., et al., *Obsessive compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions*. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2014. **3**(2): p. 71-76.
18. Poli, A., et al., *Anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptom dimensions: Further evidence of specific relationships in a clinical sample*. Personality and Individual Differences, 2017. **109**: p. 130-136.
19. Nolen-Hoeksema, S., B.E. Wisco, and S. Lyubomirsky, *Rethinking rumination*. Perspectives on psychological science, 2008. **3**(5): p. 400-424.
20. Abbott, M.J. and R.M. Rapee, *Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment*. Journal of abnormal psychology, 2004. **113**(1): p. 136.
21. Ehlers, A. and D.M. Clark, *A cognitive model of posttraumatic stress disorder*. Behaviour research and therapy, 2000. **38**(4): p. 319-345.
22. Fresco, D.M., et al., *Distinct and overlapping features of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective states*. Cognitive Therapy and Research, 2002. **26**(2): p. 179-188.

23. Watkins, E., et al., *Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series*. Behaviour research and therapy, 2007. **45**(9): p. 2144-2154.
24. Wahl, K., et al., *Relations between a ruminative thinking style and obsessive–compulsive symptoms in non-clinical samples*. Anxiety, Stress, & Coping, 2011. **24**(2): p. 217-225.
25. Raines, A.M., et al., *Associations between rumination and obsessive-compulsive symptom dimensions*. Personality and Individual Differences, 2017. **113**: p. 63-67.
26. Taylor, S., et al., *Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive–compulsive disorder?* Journal of Anxiety Disorders, 2006. **20**(1): p. 85-97.
27. Reuman, L., R.J. Jacoby, and J.S. Abramowitz, *Cognitive fusion, experiential avoidance, and obsessive beliefs as predictors of obsessive-compulsive symptom dimensions*. International Journal of Cognitive Therapy, 2016. **9**(4): p. 313-326.
28. Reuman, L., J. Buchholz, and J.S. Abramowitz, *Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions*. Journal of contextual behavioral science, 2018. **9**: p. 15-20.
29. Öztürk, M.O. and A. Uluşahin, *Saplanlı Zorlanlı Bozukluğu (Obsesif-Kompulsif Bozukluk-OKB) ve İlişkili Bozukluklar*, in *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 2015, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.: Ankara. p. 364-379.
30. Işık, U. and Ş. Şener, *Obsesif Kompulsif Bozukluk*, in *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, Y.I. Taner and A.S. Aysev, Editors. 2007, Golden Print. p. 507-519.
31. Tükel, R., M. Demet, and V. Topçuoğlu, *Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi*. Anksiyete Bozuklukları (Eds R Tükel, T Alkın), 2006: p. 277-298.
32. Özgüven, H.D., *Sınıflandırma Sistemleri*, in *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, Y.I. Taner and A.S. Aysev, Editors. 2007, Golden Print: İstanbul. p. 139-149.

33. Association, A.P., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM III*. 3 ed. 1980, Washington DC.
34. Association, A.P., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV-TR*. . 2000, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV-TR. .
35. Rasmussen, S.A. and J.L. Eisen, *Epidemiology of obsessive compulsive disorder*. The Journal of clinical psychiatry, 1990.
36. Erol, N., C. Kılıç, and M. Ulusoy, *Türkiye Ruh Sağlığı Profili. 1. baskı*. Ankara. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1997.
37. Çilli, A.S., et al., *Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey*. Comprehensive psychiatry, 2004. **45**(5): p. 367-374.
38. Doğan, O. and H. Gülmez, *Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi*. 1. ed. 1995, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları. 50-52.
39. Kırpınar, İ., et al., *Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI. DSM III-R ruhsal bozukluklarının yaşam boyu ve*, 1997. **12**: p. 253-265.
40. Çavaş, A., *Obsesif Kompulsif Bozukluk*, in *Affektif spektrum bozuklukları*, A. Verimli, Editor. 2004, Nobel Tıp Kitabevi: Ankara.
41. Murray, C.J., A.D. Lopez, and D.T. Jamison, *The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions*. Bulletin of the World Health Organization, 1994. **72**(3): p. 495.
42. Rauch, S., *Pathogenesis of obsessive-compulsive disorder*. Textbook of anxiety disorders, 2002.
43. Noshirvani, H.F., et al., *Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder*. The British Journal of Psychiatry, 1991. **158**(2): p. 260-263.
44. Bienvenu, O.J., et al., *The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study*. Biological psychiatry, 2000. **48**(4): p. 287-293.
45. Vural, P., S. Taneli, and Y. Taneli, *Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerde ailesel özellikler*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 9 (3), 2002: p. 172-177.

46. Zohar, J., et al., *Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update*. The Journal of clinical psychiatry, 2004. **65**: p. 18-21.
47. Hollander, E., et al., *Serotonergic and Nonadrenergic Sensitivity in Obsessive-Compulsive Disorder: Behavioral Findings*. The American journal of psychiatry, 1988. **145**(8): p. 1015.
48. Swedo, S.E., et al., *Cerebrospinal fluid neurochemistry in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder*. Archives of General Psychiatry, 1992. **49**(1): p. 29-36.
49. Pauls, D.L., et al., *Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder: evidence supporting a genetic relationship*. Archives of General Psychiatry, 1986. **43**(12): p. 1180-1182.
50. Stein, D.J., *Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders*. Biological psychiatry, 2000. **47**(4): p. 296-304.
51. Rosenberg, D.R., et al., *Reduced anterior cingulate glutamatergic concentrations in childhood OCD and major depression versus healthy controls*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2004. **43**(9): p. 1146-1153.
52. Işık, E. and Y.I. Taner, *Çocuk, Ergen ve Erişkinde Anksiyete Bozuklukluları*, in *Obsesif Kompulsif Bozukluk*. 2006, Golden Print: İstanbul. p. 443-462.
53. Swedo, S.E., et al., *Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases*. American Journal of Psychiatry, 1998. **155**(2): p. 264-271.
54. Morer, A., et al., *Subtyping obsessive-compulsive disorder: clinical and immunological findings in child and adult onset*. Journal of psychiatric research, 2006. **40**(3): p. 207-213.
55. Rapoport, J.L., *Obsessive compulsive disorder and basal ganglia dysfunction*. Psychological medicine, 1990. **20**(3): p. 465-469.
56. Behar, D., et al., *Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorder*. The American journal of psychiatry, 1984.

57. Luxenberg, J.S., et al., *Neuroanatomical abnormalities in obsessive-compulsive disorder detected with quantitative X-ray computed tomography*. The American journal of psychiatry, 1988. **145**(9): p. 1089.
58. Baxter, L.R., et al., *Local cerebral glucose metabolic rates in obsessive-compulsive disorder: a comparison with rates in unipolar depression and in normal controls*. Archives of general psychiatry, 1987. **44**(3): p. 211-218.
59. Geçtan, E., *Çağdaş Yaşam ve Normaldışı Davranışlar*. 1989, İstanbul: Remzi Kitabevi.
60. Fenichel, O., *Nevrozların psikoanalitik teorisi (çev) Tuncer S. Ege Ün matbaası, Bornova, İzmir, 1974: p. 234-236*.
61. Freud, S., *Some thoughts on development and regression: Aetiology*. SE, 1917. **16**: p. 339-57.
62. Topçuoğlu, V., *Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler*. Klinik Psikiyatri, 2003. **6**: p. 46-50.
63. McWilliams, N. and E. Kalem, *Psikanalitik tanı: Klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak*. 2010: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
64. Freud, S. and A. Eğrilmez, *Olgu öyküleri: " Sıçan adam"-Schreber," Kurt adam", bir kadın eşcinsellik olgusunun ruhsal kaynakları*. 1996: Payel.
65. Freud, A., *Obsessional neurosis: A summary of psycho-analytic views as presented at the congress*. International Journal of Psycho-Analysis, 1966. **47**: p. 116-122.
66. Mallinger, A.E., *The obsessive's myth of control*. Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 1984. **12**(2): p. 147-165.
67. Salzman, L., *Psychotherapeutic management of obsessive-compulsive patients*. American journal of Psychotherapy, 1985. **39**(3): p. 323-330.
68. Salkovskis, P., *Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems*. Current controversies in the anxiety disorders, 1996: p. 103-133.
69. Şenormancı, Ö., et al., *Obsesif kompulsif bozukluğun metakognitif modeli*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2012. **4**(3): p. 335-349.

70. Şafak, Y., et al., *Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı grup psikoterapisinin etkinliğinin değerlendirilmesi*. Turk Psikiyatri Derg, 2014. **25**: p. 225-233.
71. Jones, M.K. and R.G. Menzies, *The relevance of associative learning pathways in the development of obsessive-compulsive washing*. Behaviour Research and Therapy, 1998. **36**(3): p. 273-283.
72. Ertekin, E., *Obsesif Kompulsif Bozukluğun Psikoterapisi*, in *Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar* R. Tükel and M. Demet, Editors. 2017, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları: Ankara.
73. Rachman, S. and P. de Silva, *Abnormal and normal obsessions*. Behaviour research and therapy, 1978. **16**(4): p. 233-248.
74. Clark, D.A., *Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders: A commentary*. Cognitive and Behavioral Practice, 1999. **6**(4): p. 408-415.
75. Freeston, M.H. and R. Ladouceur, *What do patients do with their obsessive thoughts?* Behaviour research and therapy, 1997. **35**(4): p. 335-348.
76. Rachman, S. and R. Shafran, *Cognitive distortions: Thought-action fusion*. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 1999. **6**(2): p. 80-85.
77. Tolin, D.F., C.M. Woods, and J.S. Abramowitz, *Relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms*. Cognitive Therapy and Research, 2003. **27**(6): p. 657-669.
78. Türkçapar, M.H. and Y. Şafak, *Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel özellikler ve bilişsel tedaviler*. Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics, 2012. **5**(3): p. 69-75.
79. Antony, M.M., et al., *Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders*. Behaviour Research and Therapy, 1998. **36**(12): p. 1143-1154.
80. Flavell, J.H., *Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry*. American psychologist, 1979. **34**(10): p. 906.
81. Gwilliam, P., A. Wells, and S. Cartwright-Hatton, *Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the*

- metacognitive model*. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 2004. **11**(2): p. 137-144.
82. Salkovskis, P.M., *Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis*. Behaviour research and therapy, 1985. **23**(5): p. 571-583.
83. Salkovskis, P.M., *Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems*. Behaviour research and therapy, 1989. **27**(6): p. 677-682.
84. Rachman, S., *A cognitive theory of obsessions: Elaborations*. Behaviour research and therapy, 1998. **36**(4): p. 385-401.
85. Organization, W.H., *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. 1992: Geneva: World Health Organization.
86. Fontenelle, L.F., et al., *Early-and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study*. Journal of Psychiatric Research, 2003. **37**(2): p. 127-133.
87. Okasha, A., et al., *Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transcultural study*. Comprehensive psychiatry, 1994. **35**(3): p. 191-197.
88. Eđ, A., et al., *Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients*. Psychopathology, 1997. **30**(2): p. 106-110.
89. Tükel, R., et al., *Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder*. Comprehensive Psychiatry, 2002. **43**(3): p. 204-209.
90. Köroğlu, E., *Obsesif Kompulsif Bozukluk*, in *Psikiyatri Temel Kitabı* 2007, HYB Basım Yayın: Ankara. p. 343-352.
91. Beşiroğlu, L., *Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji: tedavi yanıtı için önemli mi*. Psikiyatride Güncel, 2014. **4**(3): p. 221-229.
92. Mataix-Cols, D., M.C. do Rosario-Campos, and J.F. Leckman, *A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder*. American Journal of Psychiatry, 2005. **162**(2): p. 228-238.
93. Frost, R., et al., *Mood, disability, and personality disorder symptoms in hoarding, obsessive compulsive disorder, and control subjects*. Behaviour Research and Therapy, 2000. **38**(11): p. 1071-1082.

94. Wheaton, M., et al., *Characterizing the hoarding phenotype in individuals with OCD: associations with comorbidity, severity and gender*. Journal of Anxiety Disorders, 2008. **22**(2): p. 243-252.
95. Abramowitz, J.S., et al., *Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder*. Journal of Consulting and clinical psychology, 2003. **71**(6): p. 1049.
96. Mataix-Cols, D., et al., *Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder*. American Journal of Psychiatry, 1999. **156**(9): p. 1409-1416.
97. Abramowitz, J.S., M.G. Wheaton, and E.A. Storch, *The status of hoarding as a symptom of obsessive-compulsive disorder*. Behaviour Research and Therapy, 2008. **46**(9): p. 1026-1033.
98. Abramowitz, J.S., D. McKay, and S. Taylor, *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions*. 2011: Elsevier.
99. Rachman, S., et al., *Separating hoarding from OCD*. Behaviour Research and Therapy, 2009. **47**(6): p. 520-522.
100. Saxena, S., *Is compulsive hoarding a genetically and neurobiologically discrete syndrome? Implications for diagnostic classification*. 2007, Am Psychiatric Assoc.
101. Wu, K. and D. Watson, *Relations between hoarding and obsessive-compulsive disorder*. Behaviour Research and Therapy, 2005. **43**(7): p. 897-921.
102. Karamustafalıoğlu, O. and H. Yumrukçal, *Depresyon ve anksiyete bozuklukları*. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 2011. **45**(2): p. 65-74.
103. Karno, M., et al., *The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities*. Archives of general psychiatry, 1988. **45**(12): p. 1094-1099.
104. Coffey, B.J., et al., *Tourette's disorder with and without obsessive-compulsive disorder in adults: are they different?* The Journal of nervous and mental disease, 1998. **186**(4): p. 201-206.
105. Leckman, J.F., et al., *"Just right" perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome*. The American journal of psychiatry, 1994. **151**(5): p. 675.

106. Matsunaga, H., et al., *Personality disorders in patients with obsessive-compulsive disorder in Japan*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1998. **98**(2): p. 128-134.
107. Jenike, M.A., et al., *A controlled trial of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: implications for a serotonergic theory*. The American journal of psychiatry, 1990. **147**(9): p. 1209.
108. Piccinelli, M., et al., *Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder*. Br J Psychiatry, 1995. **166**: p. 424-443.
109. Jefferson, J.W., et al., *Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis*. Archives of General psychiatry, 1995. **52**(1): p. 53-60.
110. El Mansari, M. and P. Blier, *Mechanisms of action of current and potential pharmacotherapies of obsessive-compulsive disorder*. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 2006. **30**(3): p. 362-373.
111. Bystritsky, A., et al., *Augmentation of serotonin reuptake inhibitors in refractory obsessive-compulsive disorder using adjunctive olanzapine: a placebo-controlled trial*. The Journal of clinical psychiatry, 2004.
112. McDougle, C.J., et al., *A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor–refractory obsessive-compulsive disorder*. Archives of general psychiatry, 2000. **57**(8): p. 794-801.
113. Steketee, G.S., J.B. Grayson, and E.B. Foa, *Obsessive-compulsive disorder: Differences between washers and checkers*. Behaviour Research and Therapy, 1985. **23**(2): p. 197-201.
114. Foa, E.B. and M.J. Kozak, *Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder*. 1996.
115. Yılmaz, B., *OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TEDAVİSİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR*. Lectio Scientific. **2**(1): p. 21-42.
116. Wilhelm, S., et al., *Effectiveness of cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: An open trial*. Journal of Cognitive Psychotherapy, 2005. **19**(2): p. 173.
117. Wilhelm, S., *Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A guide for professionals*. 2006: New Harbinger Publications Incorporated.

118. Ponniah, K., I. Magiati, and S.D. Hollon, *An update on the efficacy of psychological treatments for obsessive–compulsive disorder in adults*. Journal of obsessive-compulsive and related disorders, 2013. **2**(2): p. 207-218.
119. Clark, D.A., *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. 2004: Guilford Press.
120. Group, O.C.C.W., *Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief version*. Behaviour Research and Therapy, 2005. **43**(11): p. 1527-1542.
121. Blakey, S.M., J.S. Abramowitz, and B.L. Mahaffey, *Do obsessive beliefs predict body image disturbance?* Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2016. **11**: p. 96-100.
122. Tolin, D.F., R.E. Brady, and S. Hannan, *Obsessional beliefs and symptoms of obsessive–compulsive disorder in a clinical sample*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 2008. **30**(1): p. 31-42.
123. Wheaton, M.G., et al., *The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder*. Behaviour Research and Therapy, 2010. **48**(10): p. 949-954.
124. Lopatka, C. and S. Rachman, *Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis*. Behaviour Research and Therapy, 1995. **33**(6): p. 673-684.
125. Julien, D., et al., *The specificity of belief domains in obsessive–compulsive symptom subtypes*. Personality and Individual Differences, 2006. **41**(7): p. 1205-1216.
126. McEvoy, P.M. and A.E. Mahoney, *Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression*. Journal of Anxiety Disorders, 2011. **25**(1): p. 112-122.
127. Frost, R.O. and G. Steketee, *Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients*. Behaviour Research and Therapy, 1997. **35**(4): p. 291-296.
128. Rhéaume, J., et al., *Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms*. Behaviour Research and Therapy, 1995. **33**(7): p. 785-794.

129. Janeck, A.S., et al., *Too much thinking about thinking?: metacognitive differences in obsessive–compulsive disorder*. Journal of Anxiety disorders, 2003. **17**(2): p. 181-195.
130. Morillo, C., A. Belloch, and G. García-Soriano, *Clinical obsessions in obsessive–compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: Where are the differences?* Behaviour Research and Therapy, 2007. **45**(6): p. 1319-1333.
131. Sica, C., et al., *A study of the psychometric properties of the Obsessive Beliefs Inventory and Interpretations of Intrusions Inventory on clinical Italian individuals*. Journal of Anxiety Disorders, 2004. **18**(3): p. 291-307.
132. Wu, K.D. and S.A. Carter, *Further investigation of the Obsessive Beliefs Questionnaire: Factor structure and specificity of relations with OCD symptoms*. Journal of Anxiety Disorders, 2008. **22**(5): p. 824-836.
133. Konkan, R., et al., *Obsesif kompulsif bozukluk ve obsesif inançlar*. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2012. **13**(2).
134. Taylor, S., *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. 2014: Routledge.
135. Wheaton, M.G., et al., *Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3*. Journal of Anxiety disorders, 2012. **26**(3): p. 401-408.
136. Rodriguez, B.F., et al., *Factor structure and stability of the Anxiety Sensitivity Index in a longitudinal study of anxiety disorder patients*. Behaviour Research and Therapy, 2004. **42**(1): p. 79-91.
137. Schmidt, N.B., D.R. Lerew, and R.J. Jackson, *The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress*. Journal of abnormal psychology, 1997. **106**(3): p. 355.
138. Taylor, S., W.J. Koch, and R.J. McNally, *How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders?* Journal of anxiety disorders, 1992. **6**(3): p. 249-259.
139. Calamari, J.E., et al., *Anxiety sensitivity and obsessive—compulsive disorder*. Assessment, 2008. **15**(3): p. 351-363.

140. Nolen-Hoeksema, S., *Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes*. Journal of abnormal psychology, 1991. **100**(4): p. 569.
141. Watkins, E.R., *Depressive rumination and co-morbidity: evidence for brooding as a transdiagnostic process*. Journal of rational-emotive & cognitive-behavior therapy, 2009. **27**(3): p. 160-175.
142. Freeston, M.H., et al., *Self-report of obsessions and worry*. Behaviour Research and therapy, 1994. **32**(1): p. 29-36.
143. Reuven, O., N. Liberman, and R. Dar, *The effect of physical cleaning on threatened morality in individuals with obsessive-compulsive disorder*. Clinical Psychological Science, 2014. **2**(2): p. 224-229.
144. ELBİR, M., et al., *DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması*.
145. First, M.B., *Structured clinical interview for the DSM (SCID)*. The encyclopedia of clinical psychology, 2014: p. 1-6.
146. Beck, A., et al., *An inventory for measuring depression Arch Gen Psychiatry* 4: 561–571. Find this article online, 1961.
147. Hisli, N., *Beck Depresyon Envanterinin gecerliligi üzerine bit calisma (A study on the validity of Beck Depression Inventory.)*. Psikoloji Dergisi., 1988. **6**: p. 118-122.
148. Beck, A.T., et al., *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties*. Journal of consulting and clinical psychology, 1988. **56**(6): p. 893.
149. Ulusoy, M., N. Şahin, and H. Erkmén, *Turkish Version Of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. J Cognitive Psychotherapy. An International Quartely*, 1998. **12**(2).
150. Karamustafalıoğlu, K., et al., *Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması*. Bursa Savaş Ofset, 1993. **86**.
151. Taylor, S., et al., *Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3*. Psychological assessment, 2007. **19**(2): p. 176.

152. Mantar, A., *Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. 2008, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi.
153. Boysan, M., et al., *Obsesif İnanislar Ölçeği-44'ün (OIÖ-44) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirligi/The Validity and Reliability of the Turkish Version of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44)*. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 2010. **47**(3): p. 216.
154. Gillanders, D.T., et al., *The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire*. *Behavior therapy*, 2014. **45**(1): p. 83-101.
155. Nolen-Hoeksema, S., *Response styles questionnaire*. Unpublished manuscript, 1991.
156. Neziroğlu, G., *Ruminasyon, yaşantısal kaçınma ve problem çözme becerileri ile depresif belirtiler arasındaki ilişkilerin incelenmesi*. Unpublished Master's Thesis, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2010.
157. Demet, M.M., et al., *Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005. **6**(3): p. 133-144.
158. Tezcan, E., B. Millet, and M. Kuloğlu, *Türkiye ve Fransa'da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerinin karşılaştırılması*. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1998. **1**(1): p. 35-41.
159. Lensi, P., et al., *Obsessive–Compulsive Disorder: Familial–Developmental History, Symptomatology, Comorbidity and Course with Special Reference to Gender-Related Differences*. *The British Journal of Psychiatry*, 1996. **169**(1): p. 101-107.
160. Juang, Y.Y. and C.Y. Liu, *Phenomenology of obsessive–compulsive disorder in Taiwan*. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 2001. **55**(6): p. 623-627.
161. Lapsekili, N., Ö. Uzun, and M. Ak, *Obsesif kompulsif bozukluk olgularında heyecan arama davranışı*. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2010. **13**(4): p. 170-176.
162. Besiroğlu, L., et al., *Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler/Factors associated with quality of life in obsessive compulsive disorder*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007. **8**(1): p. 5.
163. Doğan, K., et al., *Obsesif kompulsif bozukluk alt tiplerinde ve sağlıklı kontrol grubunda üstbilişlerin karşılaştırılması*. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2013. **2**: p. 34-40.

164. Weisman, M., et al., *The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder*. Journal of clinical Psychiatry, 1994. **55**(3 Suppl.): p. 5-10.
165. Bhugra, D., *Attitudes towards mental illness: A review of the literature*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1989. **80**(1): p. 1-12.
166. Leaf, P.J., et al., *The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services*. Journal of community psychology, 1987. **15**(2): p. 275-284.
167. Bekaroğlu, M., *Çare arama davranışı ve kültür. IV Anadolu Psikiyatri Günleri*. Bilimsel Çalışmalar, Konya, 1995.
168. George, L.K., et al., *Social support and the outcome of major depression*. The British Journal of Psychiatry, 1989. **154**(4): p. 478-485.
169. Koran, L.M., M.L. Thienemann, and R. Davenport, *Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder*. The American journal of psychiatry, 1996.
170. Bobes, J., et al., *Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder*. European Psychiatry, 2001. **16**(4): p. 239-245.
171. Tatlı, M., *Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış kişilerde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, bu bozukluğun gelişimi ve belirti şiddetiyle ilişkisi*. Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Tezi, 2012: p. 4-31.
172. Lochner, C., et al., *Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls*. Depression and anxiety, 2002. **15**(2): p. 66-68.
173. Mathews, C.A., N. Kaur, and M.B. Stein, *Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms*. Depression and anxiety, 2008. **25**(9): p. 742-751.
174. Carpenter, L. and M.C. Chung, *Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: the roles of alexithymia and attachment*. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 2011. **84**(4): p. 367-388.
175. Rasmussen, S.A. and J.L. Eisen, *The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder*, in *Zwangsstörungen/obsessive-compulsive disorders*. 1992, Springer. p. 1-14.
176. Hollander, E., et al., *Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample*. CNS Spectrums, 1998. **3**(S1): p. 10-18.

177. Torres, A.R., et al., *Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000*. American Journal of Psychiatry, 2006. **163**(11): p. 1978-1985.
178. Kamath, P., Y. Reddy, and T. Kandavel, *Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder*. The Journal of clinical psychiatry, 2007.
179. Karakuş, G. and L. Tamam, *Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklarda Özkıym*. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2015. **24**(3): p. 402-413.
180. Torres, A.R., et al., *Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions*. The Journal of clinical psychiatry, 2011. **72**(1): p. 17-26; quiz 119-20.
181. Torresan, R.C., et al., *Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder*. Psychiatry research, 2013. **209**(2): p. 186-195.
182. Dhyani, M., et al., *Suicidal behaviour of Indian patients with obsessive compulsive disorder*. Indian journal of psychiatry, 2013. **55**(2): p. 161.
183. Phillips, K.A., et al., *Body dysmorphic disorder: an obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both?* The Journal of clinical psychiatry, 1995.
184. Simeon, D., et al., *Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder*. The American journal of psychiatry, 1995. **152**(8): p. 1207-1209.
185. Steketee, G. and R. Frost, *Compulsive hoarding: current status of the research*. Clinical psychology review, 2003. **23**(7): p. 905-927.
186. Hartl, T.L., et al., *Relationships among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/hyperactivity disorder*. Behaviour research and therapy, 2005. **43**(2): p. 269-276.
187. Samuels, J., et al., *Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study*. Behaviour research and therapy, 2002. **40**(5): p. 517-528.
188. Öcal, D.S., et al., *A comparison of symptom dimensions for obsessive compulsive disorder and obsessive compulsive-related disorders*. PloS one, 2019. **14**(7): p. e0218955.

189. Kessler, R.C., et al., *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Archives of general psychiatry, 2005. **62**(6): p. 593-602.
190. Ruscio, A.M., et al., *The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication*. Molecular psychiatry, 2010. **15**(1): p. 53.
191. Skoog, G. and I. Skoog, *A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder*. Archives of general psychiatry, 1999. **56**(2): p. 121-127.
192. Pigott, T.A., et al., *Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions*. The Journal of clinical psychiatry, 1994. **55**: p. 15-27; discussion 28-32.
193. Freeston, M.H., J. Rhéaume, and R. Ladouceur, *Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts*. Behaviour Research and therapy, 1996. **34**(5-6): p. 433-446.
194. Emmelkamp, P.M. and A. Aardema, *Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour*. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 1999. **6**(2): p. 139-145.
195. McFall, M.E. and J.P. Wollersheim, *Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment*. Cognitive Therapy and Research, 1979. **3**(4): p. 333-348.
196. Ferrari, J.R., *Perfectionism cognitions with nonclinical and clinical samples*. Journal of Social Behavior & Personality, 1995.
197. Wu, K.D. and G.T. Cortesi, *Relations between perfectionism and obsessive-compulsive symptoms: Examination of specificity among the dimensions*. Journal of Anxiety Disorders, 2009. **23**(3): p. 393-400.
198. Abramowitz, J.S., et al., *The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study*. Behaviour Research and Therapy, 2006. **44**(9): p. 1361-1374.
199. Cisler, J.M., et al., *Disgust and obsessive beliefs in contamination-related OCD*. Cognitive Therapy and Research, 2010. **34**(5): p. 439-448.

200. Brakoulias, V., et al., *The relationships between obsessive–compulsive symptom dimensions and cognitions in obsessive–compulsive disorder*. Psychiatric Quarterly, 2014. **85**(2): p. 133-142.
201. Tmkaya, S., F. KARADAĞ, and N.K. OĞUZHANOĞLU, *Relationship between obsessive beliefs and symptoms in patients with obsessive compulsive disorder*. Nöro Psikiyatri Arşivi, 2015. **52**(1): p. 54.
202. Batum Panayırıcı, P., *Obsesif kompulsif belirtilerin yordanmasında algılanan ebeveynlik biçimleri, stbilişsel inançlar, obsesif inançlar ve düşünce kontrol yöntemlerinin rolü: Üstbilişsel model çerçevesinde bir inceleme*. 2012.
203. Melli, G., F. Aardema, and R. Moulding, *Fear of self and unacceptable thoughts in obsessive–compulsive disorder*. Clinical psychology & psychotherapy, 2016. **23**(3): p. 226-235.

8. ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-soyadı: Başak ŞAHİN

Doğum yeri ve tarihi: Ankara, 29.07.1989

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni Durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: basakornekdr@gmail.com 0554 428 60 56

Yabancı Dili: İngilizce

II. Eğitim

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi (2008-2014)

Cumhuriyet Anadolu Lisesi (2004-2007)

Tevfik İleri İlköğretim Okulu (1996-2004)

III. Ünvanları

Pratisyen Hekim

Asistan Hekim

IV. Mesleki Deneyimi

2014-2015 Yozgat Çekerek Toplum Sağlığı Merkezi, Pratisyen Hekim

V. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Psikiyatri Derneği

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği

VI. Bilimsel İlgi Alanları

Klozapin ile ilişkili miyokloni:Olgu sunumu, Poster bildirisi,TPD 19. Klinik Eğitim Sempozyumu

9. EKLER

EK-1 SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

Obsesif Kompulsif Bozukluk için Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Tarih:

Adı soyadı:

İletişim Bilgileri:

Cep telefonu:

Ev telefonu:

❖ **Sosyodemografik Özellikler:**

Lütfen size uygun olan kutucuğu işaretleyiniz

❖ **Genel Bilgiler**

- Cinsiyetiniz
 - ☐ Kadın
 - ☐ Erkek
- Medeni durumunuz
 - ☐ Bekâr
 - ☐ Evli
 - ☐ Boşanmış
 - ☐ Dul/Eşi vefat etmiş
- Eğitim durumu
 - ☐ Okula gitmedim/okur-yazar değilim
 - ☐ Okula gitmedim /okur-yazarım
 - ☐ İlkokul mezunuyum
 - ☐ Ortaokul mezunuyum
 - ☐ Lise mezunuyum
 - ☐ Yüksekokul mezunuyum (2 yıllık)
 - ☐ Üniversite mezunuyum (4 yıl ve üzeri)
- Çalışma durumu
 - ☐ İşsizim
 - ☐ Öğrenciyim
 - ☐ Ev hanımıyım/Çalışmıyorum
 - ☐ İşçiyim
 - ☐ Memurum
 - ☐ Emekliyim

- Gelir Düzeyi (Ailenin toplam gelir düzeyi-ayda)
 - 1500 TL'den az (asgari ücret)
 - 1500-5000 TL (orta gelir düzeyi)
 - 5000 TL ve üzeri (yüksek gelir düzeyi)
- Yaşadığınız Yer
 - Şehir Merkezi
 - İlçe
 - Köy
- Birlikte yaşadığınız kişiler
 - Yalnız
 - Anne ve/veya babamla
 - Eşimle/partnerimle
 - Arkadaşlarımla
 - Çocuklarımla

❖ Aileye İlişkin Bilgiler

- Kardeş sayısı
 - Yok
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5 ve üstü (----)
- 0-6 yaş arasında sizi kim büyüttü?
 - Yalnız anne
 - Yalnız baba
 - Anne ve baba
 - Akrabalar
 - Yetiştirme yurdu
- Anne-baba boşanması-ayrılığı var mı?
 - Evet [Kaç yaşındaydınız?.....]
 - Hayır
- Çocukken önemli bir ayrılık/göç/yer değiştirme yaşadınız mı?
 - Evet [Kaç yaşındaydınız?.....]
 - Hayır
- Çocukluk döneminde anne ya da babanızdan belli bir dönem ayrı kaldığınız oldu mu?
 - Evet [Kaç yaşındaydınız?.....]
 - Hayır

❖ Ailenizin içinde yaşadığınız toplumdan farklı bir dinsel ya da etnik özelliği var mıydı?

- Evet
- Hayır

❖ Çocukluk döneminde şiddet gördünüz mü?

- Evet
[Kimden?.....]
- Fiziksel şiddet
- Cinsel şiddet
- Hayır

❖ **Klinik Özellikler:**

Lütfen size uygun olan kutucuğu işaretleyiniz

❖ **Obsesif Kompulsif Bozukluğa İlişkin Özellikler**

➤ Takıntılarınız ilk ne zaman başladı? *Yıl olarak belirtiniz?*

➤ İlk takıntılarınız ne şekildeydi? *(birden fazla işaretleyebilirsiniz)*

- Kirlenme-Bulaş-Temizlik
- Şüphe-Kontrol
- İstenmeyen düşünceler (Dini-Cinsel-Saldırganlık)
- Simetri-Düzen
- Diğer

➤ Şu anki takıntılarınız ne şekilde? *(birden fazla işaretleyebilirsiniz)*

- Kirlenme-Bulaş-Temizlik
- Şüphe-Kontrol
- İstenmeyen düşünceler (Dini-Cinsel-Saldırganlık)
- Simetri-Düzen
- Diğer

➤ İlk başladığı andan bugüne kadar takıntılarınız nasıl bir seyir izledi?

- Sürekli arttı
- Azaldı
- Zaman zaman artı zaman zaman azaldı

➤ Sizce bu takıntıların nedeni nedir?

- Ailesel/Irsi/Genetik
- Beynimde bir sorun var
- Büyüsel bir şeyler olabilir
- Yaşadığım olaylar neden oldu
- Diğer.....(açıklayınız)

➤ Daha önce takıntılarınız nedeniyle tedavi gördünüz mü?

- Evet

- İlaç..... (isimlerini yazınız)
- Terapi
- Diğer.....(açıklayınız)
- Hayır
- Takıntılarınızla ilgili halen (son 6 aydır) herhangi bir ilaç tedavisi kullanıyor musunuz?
 - Evet
 - İlaç.....(isimlerini ve süresini ay olarak yazınız)
 - Hayır

❖ **Diğer Psikiyatrik Özellikler**

- Takıntılarınız dışında başka psikiyatrik hastalığınız nedeniyle geçmişte tedavi gördünüz mü?
 - Evet
 - Hangi hastalık..... (isimlerini yazınız)
 - Hayır
- Halen (son 6 aydır) takıntılarınız dışında başka psikiyatrik hastalığınız nedeniyle tedavi kullanıyor musunuz?
 - Evet
 - Hangi hastalık..... (isimlerini yazınız)
 - İlaç..... (isimlerini yazınız)
 - Hayır
- Takıntı ile ilişkili aşağıdaki durumlardan herhangi birisini yaşıyor musunuz?
 - Biriktirmecilik (lüzumsuz eşyaları toplama-biriktirme)
 - Saç yolma
 - Tırnak yeme-cilt yolma
 - Bedensel takıntılar (vücudunun bir parçasını beğenmeme, sürekli bununla uğraşma)
- Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?
 - Evet
 - Ne şekilde.....(açıklayınız)
 - Hayır
- Sigara Kullanır mısınız?
 - Evet
 - Günde kaç tane.....
 - Hayır
- Alkol Kullanır mısınız?
 - Evet

- ☐ Günde ne kadar.....
 - ☐ Hayır
- Hiç alkol-sigara dışı madde kullanımınız var mı? (esrar, eroin, kokain, hap, tiner, bally...gibi)
 - ☐ Evet
 - ☐ Ne kullanıyorsunuz/kullandınız.....(açıklayınız)
 - ☐ Günde ne kadar.....
 - ☐ Hayır
- Geçmişte veya şu anda kronik (uzun süreli) bedensel bir hastalığınız ve kullandığınız ilaç oldu mu/ var mı?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hangi hastalık..... (isimlerini yazınız)
 - ☐ İlaç..... (isimlerini yazınız)
 - ☐ Hayır

EK-2 BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

BDÖ

Yönerge: Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|----|--|
| 1 | (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum. |
| 2 | (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor |
| 3 | (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum. |
| 4 | (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum |
| 5 | (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. |
| 6 | (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefret ediyorum. |
| 7 | (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum. |
| 8 | (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm. |
| 9 | (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum |
| 10 | (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum. |
| 11 | (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim. |

- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12	(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum. (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum. (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum
13	(0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum. (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum. (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum. (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14	(0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum. (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor. (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum. (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
15	(0) Uykum her zamanki gibi. (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum. (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum. (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16	(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum. (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum. (2) Her şey beni yoruyor. (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
17	(0) İştahım her zamanki gibi. (1) Eskisinden daha iştahsızım. (2) İştahım çok azaldı. (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
18	(0) Son zamanlarda zayıflamadım. (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim. (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim. (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
19	(0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok. (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikâyetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor. (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum. (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
20	(0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok. (1) Eskisine oranla sekse ilgim az. (2) Cinsel isteğim çok azaldı. (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
21	(0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum. (1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğini düşünüyorum. (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum. (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

EK-3 BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

BAÖ

Yönerge: Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin ***bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini*** yandaki uygun yere işaretleyiniz.

<i>Ne kadar rahatsız etti?</i>	Hiç	Hafif düzeyde- beni pek etkilemedi	Orta düzeyde- hoş değildi ama katlanabildim	Şiddetli düzeyde- dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma/karıncaalanma	☐	☐	☐	☐
2. Sıcak / ateş basmaları	☐	☐	☐	☐
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	☐	☐	☐	☐
4. Gevşeyememe	☐	☐	☐	☐
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	☐	☐	☐	☐
6. Baş dönmesi/sersemlik hissi	☐	☐	☐	☐
7. Kalp çarpıntısı	☐	☐	☐	☐
8. Dengeyi kaybetme korkusu	☐	☐	☐	☐
9. Dehşete kapılma	☐	☐	☐	☐
10. Sinirlilik	☐	☐	☐	☐
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	☐	☐	☐	☐
12. Ellerde titreme	☐	☐	☐	☐
13. Titreklik	☐	☐	☐	☐
14. Kontrolü kaybetme korkusu	☐	☐	☐	☐
15. Nefes almada güçlük	☐	☐	☐	☐
16. Ölüm korkusu	☐	☐	☐	☐
17. Korkuya kapılma	☐	☐	☐	☐
18. Midede hazımsızlık/rahatsızlık hissi	☐	☐	☐	☐
19. Baygınlık	☐	☐	☐	☐
20. Yüz kızarması	☐	☐	☐	☐
21. Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	☐	☐	☐	☐

EK-4 BOYUTSAL OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ

Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

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

Kategori 1: Mikroplar ve kirlenme (bulaşma) hakkındaki endişeler

Örneğinekler...

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

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

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

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

Örneğinekler...

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

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

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

Kaybedilmesi pek muhtemel olmayan önemli şeyleri kaybetme düşüncesi (ör; cüzdan, kimlik kartı, evraklar).

Elektrik düğmeleri, kilit ve cüzdan gibi eşyaları gereğinden fazla kontrol etmek.

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

Yanlış bir şey yapmadığınızdan emin olmak için geçmiş olayları zihinsel olarak gözden geçirmek.

Zarar veya felaketlerin meydana gelmesini önleyebilmek için özel bir rutini takip etmeye ihtiyaç duymak.

Zarara yol açma korkusu nedeniyle bazı uğursuz sayılardan kaçmaya ve ya belli sayıları saymaya ihtiyaç duymak.

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

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

Kategori 3: Kabul Edilemez Düşünceler

Örneğinekler...

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

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

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

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

Örneğinekler...

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

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

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

EK-5 YALE BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ

Tarih: _____

YBOCS Ölçeği

Aşağıdaki liste üzerinde zihninize takılan takıntılar ve tekrar tekrar yapmak zorunda hissettiğiniz zorlantılarınızı süre, hayatınıza engel olma düzeyi, size verdiği rahatsızlık ve sıkıntının şiddeti, bunlara direnme çabanız ve kontrol edebilme düzeyinizi puanlamanız istenmektedir. Puanlama yaparken açıklamaları okuyarak size uygun gelen puanı takıntılar ve zorlantılar için ayrı ayrı yazınız.

Takıntılar (obsesyon): Tekrar tekrar zihninize giren istenmeyen düşünceler, fikirler veya istekler. İradenizin dışında gibidirler ve sıklıkla sıkıntıya neden olurlar. Örneğinin: bulaşma oldu mu, kapıyı açık bıraktım mı, ... zarar verebilir miyim?, farkında olmadan ... yapmış olabilir miyim?, hata yaptım mı?, eksiklik var mı? gibi düşünceler veya istenilmeyen hayal, görüntü veya istekler.

Zorlantılar (Kompulsiyon): Aşırı veya mantıksız bulmanıza rağmen yapmaktan kendinizi alamadığınız davranışlar. El yıkama, silme, kapıyı kontrol etme, musluğu kontrol, dönüp tekrar bakma, başkasına sorma, sayı sayma, dua etme, aynı düşünce veya istek akla gelmeden hareketi tekrar yapma veya belli sayıda bazı hareketleri tekrarlama gibi.

Geçen Hafta Boyunca		Takıntılar (Obsesyon)	Zorlantılar (Kompulsiyon)
Zaman-- Ne kadar zaman bunlarla meşgul oldunuz (Gün/ saat)	0-Hiç 1-Hafif (günde toplam 1 saatten az)veya kısa sürelerle gelip gidiyor (günde 8 kereden az) 2-Orta (günde toplam 1-3 saat) veya sık sık gelen ama kısa süren (günde 8 kereden fazla ama günün büyük kısmı bunlar yok) 3-Ağır (günde toplam 3-8 saat) veya çok sık bir şekilde kısa süreli olarak gelip geçen (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bölümünü bunlar işgal ediyor) 4-Çok ağır (günde 8 saatten fazla) veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden (sayılamayacak kadar çok ve arada çok nadiren 1 saat ara veren)		
Engel-- Sosyal yaşantınızı ve işinizi ne kadar engellediğini derecelendirin	0-Hiç 1-Hafif Sosyal hayatı veya işi çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan bir etki 2-Orta Sosyal hayatı veya iş hayatını etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir bir durumda olan bir etki 3-Ağır Sosyal hayatı veya iş verimini belirgin olarak olumsuz etkileyen bir durum 4-Çok ağır iş görmez bir durum		
Rahatsızlık-- Sizde ne kadar sıkıntıya neden oldu?	0-Hiç 1-Hafif Ara sıra ve çok rahatsız edici değil 2-Orta Sık olarak çok rahatsızlık veriyor ancak halen başedebiliyorum 3-Ağır Çok sık olarak çok rahatsızlık veriyor 4-Çok ağır Neredeyse sürekli ve beni iş göremez duruma getiren bir rahatsızlık		
Direnme-- Direnebilmek için ne kadar çaba sarfettiğinizi derecelendirin	0- Her zaman direniyorum veya zaten o kadar az ki direnmeye gereksinim duymuyorum 1- Çoğu zaman direnmeye çalışıyorum 2- Direnmek için bir miktar çabalıyorum 3- Hepsine teslim olmuş durumdayım; direnemiyorum ancak bu durumdan hoşnut değilim 4-Hiç direnmiyorumTam ve gönüllü olarak boyun eğmiş durumdayım		
Kontrol-- Ne kadar kontrol edebildiğinizi derecelendirin -- durdurabilme veya başka yöne çevirebilme.	0- Tam olarak kontrol edebiliyorum 1-Büyük oranda kontrol edebiliyorum Genellikle bir miktar çaba ve dikkatle durdurabiliyorum veya unutabiliyorum 2-Orta derecede kontrol edebiliyorum. Bazen durdurabiliyorum veya unutabiliyorum 3-Az miktarda kontrol edebiliyorum. Durdurmada nadiren başarılı olabiliyorum veya sadece zorlukla dikkatimi başka şeylere yönltebiliyorum 4-Kontrol edemiyorum. İrademin dışında. Çok nadiren dikkatimi başka bir şeye verebildiğim oluyor.		

EK-6 ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ

ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3

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

	Çok Az	Az	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Sinirli görünmemek benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
2. Kafamı bir işe veremediğim zaman aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
3. Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	0	1	2	3	4
4. Midem rahatsız olduğunda, ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
5. Zihnimi bir işe verememek beni korkutur.	0	1	2	3	4
6. Başkalarının yanında titrediğimde, insanların benim için neler düşüneceğinden korkarım.	0	1	2	3	4
7. Göğsüm sıkıştığında, düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım.	0	1	2	3	4
8. Göğsümde ağrı hissettiğimde, kalp krizi geçireceğim diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
9. Diğer insanlar huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
10. Kendimi tuhaf yada boşlukta gibi hissettiğimde ruhsal bir hastalığım olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
11. İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur.	0	1	2	3	4
12. Kalbimin teklediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
13. Topluluk önünde terlemeye başladığımda, İnsanların hakkımda olumsuz düşüncelerinden korkarım.	0	1	2	3	4
14. Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
15. Boğazım sıkılmış gibi hissettiğimde, boğularak öleceğimden endişelenirim.	0	1	2	3	4
16. Net (berrak biçimde) düşünmekte zorluk çekersem bende bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
17. Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
18. Zihnimde boşluk hissettiğimde, bende korkunç bir sorun olmasından endişelenirim.	0	1	2	3	4

EK-7 OBSESİF İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ 44

OBSESİF İNANÇLAR ÖLÇEĞİ (OIÖ-44)

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

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

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

Cevaplarken aşağıdaki ölçeği kullanınız:

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

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

1.	Çevremdeki şeylerin genellikle tehlikeli olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Bir şeyden tam olarak emin değilsem hata yapmam kaçınılmazdır.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Benim kendi ölçütlerime göre her şey mükemmel olmak zorundadır.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Değerli bir insan olabilmek için yaptığım her şeyde mükemmel olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Fırsatını bulduğum zaman kötü şeylerin olmasını engellemek için harekete geçmem gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Zarar görme olasılığı olmasa bile her ne pahasına olursa olsun zararı engellemeye çalışmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Bana göre kötü isteklere sahip olmak, onları gerçekten yapmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Tehlikeyi önceden gördüğümde harekete geçmezsem her türlü sonuçtan ben sorumlu olurum.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Bir şeyi mükemmel şekilde yapamayacaksam onu hiçbir şekilde yapmamalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Her zaman bütün potansiyelimi kullanmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Bir duruma ilişkin olası bütün sonuçları dikkate almak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Küçük hatalar bile bir işin tamamlanmadığı anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Sevdiklerim hakkında saldırgan düşüncelere ve dürtülere sahipsem, bu benim içten içe onlara zarar vermek isteyebileceğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Kararlarımdan emin olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Gündelik karşılaşılabilecek her türlü durumda, zarara engel olamamak kasten zarara sebep olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Ciddi problemlerden (örneğineğin, hastalık veya kazalar) kaçınmak benim açımdan sürekli çaba harcamayı gerektirir.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Benim için bir zararı engellemek zarara neden olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Bir hata yaparsam üzüntü duymam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Benim kararlarımın veya yaptıklarımın olumsuz sonuçlarının başkalarına herhangi bir zarar vermeyeceğinden emin olmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Bana göre mükemmel olmayan şeyler doğru değildir.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Müstehcen düşüncelere sahip olmak korkunç bir insan olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Ekstra önlemler almazsam, ciddi bir kaza geçirme veya ciddi bir kazaya neden olma olasılığım bir başkasına göre çok daha fazladır.	1	2	3	4	5	6	7

23.	Kendimi güvende hissedebilmek için ters gidebilecek herhangi bir şeye olabildiğince hazırlıklı olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Tuhaf veya tiksinti uyandıran düşüncelerim olmamalı.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Benim için bir hata yapmak tümüyle başarısız olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Küçük meselelerde bile her şeyin açıkça belirlenmiş olması önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Dine aykırı bir düşünceye sahip olmak din dışı bir şey yapmak kadar günahtır.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Zihnimi istenmeyen düşüncelerden uzak tutabilmeliyim.	1	2	3	4	5	6	7
29.	Kendime veya başkalarına kazara zarar vermeye diğer insanlardan daha yatkınım.	1	2	3	4	5	6	7
30.	Kötü düşüncelere sahip olmak benim acayip veya anormal biri olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Benim için önemli olan şeylerde en iyi olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
32.	İstenilmeyen bir cinsel düşünce veya hayale sahip olmak onu gerçekten yapmak istediğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
33.	Muhtemel bir felaketin yaşanmasında yaptıklarımın az bir etkisi bile olsa ortaya çıkacak sonuçtan ben sorumlu olurum.	1	2	3	4	5	6	7
34.	Dikkatli olduğum zamanlarda bile genellikle kötü şeylerin olacağı düşüncesine kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
35.	İstem dışı gelen düşüncelere sahip olmak kontrolden çıktığım anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
36.	Çok dikkatli olmazsam zarara sebep olacak olaylar meydana gelecektir.	1	2	3	4	5	6	7
37.	Bir şeyler tam olarak doğru bir şekilde yapılana kadar üzerinde çalışmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
38.	Saldırgan düşüncelere sahip olmak kontrolü kaybedeceğim ve saldırganlaşacağım anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
39.	Bana göre bir felakete engel olamamak ona neden olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
40.	Bir işi mükemmel şekilde yapmazsam insanlar bana saygı göstermezler.	1	2	3	4	5	6	7
41.	Hayatımdaki sıradan deneyimler bile risk doludur.	1	2	3	4	5	6	7
42.	Kötü bir düşünceye sahip olmak ahlaki olarak kötü bir iş yapmaktan farklı değildir.	1	2	3	4	5	6	7
43.	Ne yaparsam yapayım yeterince iyi olmayacak.	1	2	3	4	5	6	7
44.	Düşüncelerimi kontrol etmezsem cezalandırılacağım.	1	2	3	4	5	6	7

EK-8 RUMİNATİF TEPKİLER ÖLÇEĞİ

RTÖ-Türkçe Formu

İnsanlar kendilerini çökkün hissettikleri zaman birçok farklı şey düşünür ve yaparlar. Lütfen aşağıdaki maddelerden her birini okuyunuz ve **KENDİNİZİ KEYİFSİZ, ÜZGÜN VEYA ÇÖKKÜN HİSSETTİĞİNİZ ZAMANLARDA**, bu maddelerden her birini “neredeyse hiç”, “bazen”, “sıklıkla” veya “neredeyse her zaman” düşünüp düşünmediğinizi veya yapıp yapmadığınızı sağdaki dört kutucuktan birini işaretleyerek belirtiniz. Lütfen, ne yapmanız gerektiğini değil, *genellikle* ne yaptığınızı belirtiniz.

	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
	1	2	3	4
1. Ne kadar yalnız hissettiğimi düşünürüm				
2. “Kendimi toparlayamazsam işimi yapamayacağım” diye düşünürüm.				
3. Yorgun hissettiğimi ve ağrılarım olduğunu düşünürüm.				
4. Bir işe odaklanmanın ne kadar güç olduğunu düşünürüm.				
5. “Bunu hak etmek için ne yaptım?” diye düşünürüm				
6. Ne kadar pasif ve isteksiz olduğumu düşünürüm.				
7. Neden çökkün olduğumu anlayabilmek için yakın zamanda yaşananları dikkatlice incelerim.				
8. Artık sanki hiçbir şey hissetmediğimi düşünürüm.				
9. “Niye kendimi kötü hissetmeyi bırakıp hayatımı yaşayamıyorum?” diye düşünürüm.				
10. “Niye hep böyle tepki veriyorum?” diye düşünürüm.				
11. Bir köşeye çekilip neden böyle hissettiğimi düşünürüm.				
12. Ne düşündüğümü yazar ve bunu dikkatlice incelerim				
13. Yakın zamanda yaşadığım bir durumu düşünür, keşke daha iyi sonuçlansaydı derim.				
14. “ Bu şekilde hissetmeye devam edersem odaklanamayacağım” diye düşünürüm.				
15. “Başkalarında olmayan sorunlar niye bende var?” diye düşünürüm.				
16. “Olup bitenlerle niye daha iyi başa çıkamıyorum?” diye düşünürüm.				
17. Ne kadar üzgün hissettiğimi düşünürüm.				
18. Bütün yetersizliklerimi, başarısızlıklarımı, yanlışlarımı ve hatalarımı düşünürüm.				
19. Hiçbir şey yapmaya isteğim olmadığını düşünürüm.				
20. Niçin çökkün hissettiğimi anlayabilmek için kişiliğimi incelerim.				
21. Hislerim hakkında düşünmek için tek başıma bir yerlere giderim.				
22. Kendime ne kadar kızgın olduğumu düşünürüm.				

Kendinizi çökkün, üzgün ya da keyifsiz hissettiğinizde yukarıdaki maddelerde belirtilenlerin dışında neler düşündüğünüzü ve/veya yaptığınızı kısaca maddeler halinde belirtiniz.....

.....

EK-9 BİLİŞSEL KAYNAŞMA ÖLÇEĞİ

BİLİŞSEL KAYNAŞMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda bazı ifadelerin bir listesini bulacaksınız. Lütfen her ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu yanındaki sayılardan birini daire içine alarak değerlendiriniz. Seçiminizi yapmak için alttaki ölçeği kullanın.

1	2	3	4	5	6	7
asla doğru değil	çok nadiren doğru	nadiren doğru	bazen doğru	sıklıkla doğru	hemen her zaman doğru	her zaman doğru

1. Düşüncelerim bende sıkıntı ya da duygusal acıya neden olur.	1	2	3	4	5	6	7
2. Düşüncelerime o kadar kapılıyorum ki, en çok yapmak istediğim şeyleri yapamaz hale gelirim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Olayları bana yardımı olmayacak bir noktaya gelinceye kadar, aşırı analiz ederim.	1	2	3	4	5	6	7
4. Düşüncelerimle mücadele halindeyimdir.	1	2	3	4	5	6	7
5. Bazı düşüncelere sahip olduğum için üzülür ve öfkelenirim.	1	2	3	4	5	6	7
6. Düşüncelerimin içinde kolaylıkla sıkışıp kalabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
7. Bunun yararı olacağını bilsem bile, bana sıkıntı veren düşüncelerin gitmesine izin vermem çok zor.	1	2	3	4	5	6	7