



T.C.
E G E Ü N İ V E R S İ T E S İ
Sosyal Bilimler Enstitüsü

**OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK VE MAJÖR
DEPRESİF BOZUKLUKTA ORTAK YATKINLIK
FAKTÖRLERİNİN İNCELENMESİ: TANILAR ÜSTÜ
HİYERARŞİK BİR MODEL ÖNERİSİ**

Doktora Tezi

Servet KAÇAR BAŞARAN

Psikoloji Anabilim Dalı

İZMİR

2020

T.C.
E G E Ü N İ V E R S İ T E S İ
Sosyal Bilimler Enstitüsü

**OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK VE MAJÖR
DEPRESİF BOZUKLUKTA ORTAK YATKINLIK
FAKTÖRLERİNİN İNCELENMESİ: TANILAR ÜSTÜ
HİYERARŞİK BİR MODEL ÖNERİSİ**

Doktora Tezi

Servet KAÇAR BAŞARAN

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Haluk ARKAR

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Doktora Programı

ETİK KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne sunduğum ‘Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Majör Depresif Bozuklukta Ortak Yatkınlık Faktörlerinin İncelenmesi: Tanılar üstü Hiyerarşik Bir Model Önerisi’ adlı doktora tezinin tarafımdan bilimsel, ahlak ve normlara uygun bir şekilde hazırlandığını, tezimde yararlandığım kaynakları bibliyografyada ve dipnotlarda gösterdiğimi onurumla doğrularım.

Servet KAÇAR BAŞARAN



ÖNSÖZ

Lisansüstü eğitim alan bireylerin daimi zihin duraklarıdır tez konuları. Başlangıcından bitişine. Yazımından çizimine. Herşeyiyle. Tümden. Benim için de öyleydi. Kişilik özelliklerinin psikopatolojilere olan etkisi, klinik psikolojiye ilgimin daha bir arttığı, insanı ve doğasını anlama çabamın iyice filizlendiği zamanlar olan lisansüstü maceramın başlangıç yıllarına dek uzanır. Keza psikoloji konuları içinde kişilik çalışmaları ilginç bir dinamizme sahiptir aslında. Hem eskidir hem günceldir, ancak terk etmek mümkün değildir. Bu nedenle ben de bu çalışmada kişiliği, bilişsel değişkenler ve iki farklı psikopatolojiyle ele alan bir çalışma konusunu seçtim ve buradan devam ettim.

Bölümün başlığı “önsöz” ama bir doktora tezini bitirmeye yakın bireyler için bu heyecan, bu coşku, bu “başardım” hissi sanki bir “sonsöz” müşcesine herşeyi anlatma, içindekileri paylaşma hissine dönüşüyor. Nitekim, bu süreç genç yetişkin bir insan ömrü için uzun. Ve insan, bu akademik süreci gündelik hayatın akışıyla senkronize etmek uğruna pek çok yaşantıdan, pek çok anıdan geri çekiyor belki de kendini. Üç beş bilimsel satırdan daha fazlası giriveriyor tez yapraklarına. Düğünler, doğumlar, ölümler ve nice değişimler... Demem odur ki bu tezin her bir yaprağı bilimsel bilgilerin yanısıra mutluluk, kaygı, heyecan, yorgunluk ve gözyaşı gibi pekçok yaşanmışlığı ve duyguyu içermektedir. Şimdi, tüm bu süreci minnetle kucaklıyorum ve katedilen pek çok yol, hissedilen pek çok duygunun karşılığında bu teze yolu düşen birilerine eser miktarda bile olsa bir şeyler sunabilmiş olmayı diliyorum...

Denizli

29.03.2020

Servet KAÇAR BAŞARAN



Ömrümün en mutlu gününe, ömrümün “Çağan”ına...

ÖZET

Son yıllarda alanyazındaki çalışmalar bozukluğa özgü yaklaşımlardan uzaklaşmakta ve psikiyatrik bozukluklardaki eş tanı durumlarının nedeni olarak etiyolojilerinde rol oynayan ortak faktörlere (tanılar üstü faktörler) vurgu yapmaktadır. Bu bağlamda, tanılar üstü yaklaşım majör depresif bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk ve anksiyete bozuklukları gibi psikopatolojilerde eş tanı oranlarının yüksek oluşunun, bu bozuklukların oluşumunda yatkınlık oluşturan ortak kişilik faktörleri ve bilişsel mekanizmalar ile açıklanabileceğini savunmaktadır. Ancak, tanılar üstü yaklaşım çerçevesinde bu faktörlerin birden fazla psikopatoloji ile birlikte ele alındığı araştırma sayısı görece azdır. Bu nedenle bu çalışmada, birbirlerine eşlik edebilen iki psikopatoloji olan OKB ve MDB’de yatkınlık oluşturduğu farklı çalışmalarda bildirilen nörotisizm, mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük değişkenleri ile OKB ve MDB belirtileri arası ilişkiler incelenmiştir. Bu bağlamda DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinik Versiyonu (SCID-5) aracılığıyla yalnız MDB, yalnız OKB ve hem OKB hem de MDB tanısı aldığı belirlenen 3 klinik grupta toplam 197 kişi çalışmaya dâhil edilmiştir. Katılımcılara, ilgili altı ölçek uygulanmıştır. Sonuçlara göre, eş tanılı grup, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük faktörleri açısından diğer iki gruptan anlamlı olarak daha yüksek puanlar alırken, nörotisizm ve tekrarlayıcı düşünme faktörleri açısından ele alındığında eş tanılı grup ile MDB’li grup arasında farklılaşma olmadığı ancak bu iki grubun OKB’li gruptan anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır. İlişkisel analizler, tüm değişkenler ile OKB ve MDB belirtileri arasında anlamlı ilişkilerin olduğunu belirtmektedir. Hiyerarşik model analiz edildiğinde ise, nörotisizm ve mükemmeliyetçiliğin farklı araçlar üzerinden OKB ve MDB belirtilerini yordadığı saptanmıştır. Nörotisizm ve mükemmeliyetçilik tekrarlayıcı düşünme aracılığıyla depresif belirtileri, belirsizliğe tahammülsüzlük aracılığıyla ise obsesif-kompulsif belirtileri yordamaktadır. Yani, nörotiklik ve mükemmeliyetçilik farklı yollar aracılığıyla hem obsesif-kompulsif hem de depresif belirtileri açıklarken, belirsizliğe tahammülsüzlük yalnız obsesif-kompulsif belirtileri, tekrarlayıcı düşünme ise yalnız depresif belirtileri açıklamaktadır. Bu sonuçlar, nörotisizm ve mükemmeliyetçiliğin her iki tanıyı da açıklayan tanılar üstü bir faktör olduğunu doğrularken, belirsizliğe

tahammülsüzlük ve tekrarlayıcı düşünmenin tanıya özgü faktörler olabileceğini düşündürmektedir. Araştırma bulguları, ilgili alanyazın çerçevesinde tartışılmıştır. Ayrıca araştırma bulguları, saf MDB'li grupta ruminasyon odaklı tekniklerin, saf OKB'li grupta ise maruz bırakma temelli uygulamaların önemini bir kez daha vurgulamaktadır. OKB ve MDB eş tanılı grupta da nörotisizmi ele alan Birleşik Tedavi ve mükemmeliyetçiliği değişimlemeyi amaçlayan psikoterapi programlarının uygulanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Obsesif-kompulsif bozukluk, majör depresif bozukluk, eş tanı, tanılar üstü faktörler

ABSTRACT

In recent years, studies in the literature have shifted from disorder-specific approaches and emphasized common factors (transdiagnostic factors) that play certain roles in their etiologies as the cause of comorbid conditions in psychiatric disorders. In this context, the transdiagnostic approach argues that the high comorbidity rates in psychopathologic disorders, such as major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and anxiety disorders, can be explained with common personality factors and cognitive mechanisms that predispose to the occurrence of such disorders. However, the number of studies in which these factors are discussed together with more than one psychopathological condition within the framework of the transdiagnostic approach is relatively rare. For this reason, this study aimed at investigating the relationship between neuroticism, perfectionism, repetitive thinking, and intolerance of uncertainty, which have previously been reported to initiate a predisposition to OCD and MDD, and the symptoms of OCD and MDD. In this context, through the Clinical Version of the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5), a total of 197 people were included in the study in 3 clinical groups diagnosed only with MDD, only with OCD, and with both OCD and MDD, respectively. Six relevant scales were administered to the participants. The results revealed that the comorbid group scored significantly higher than the other two groups in terms of perfectionism and intolerance of uncertainty while there was no difference between the comorbid group and the group with MDD in terms of neuroticism and repetitive thinking. However, these two groups got higher scores than the group with OCD. The results of the correlation analysis indicated that there were significant relationships among all variables and symptoms of OCD and MDD. When the hierarchical model was analyzed, it was found that neuroticism and perfectionism predicted OCD and MDD symptoms through different mediators. Neuroticism and perfectionism predicted depressive symptoms through repetitive thinking, and obsessive-compulsive symptoms through intolerance of uncertainty. In other words, neuroticism and perfectionism explained both obsessive-compulsive and depressive symptoms in different ways. In contrast, intolerance of uncertainty only explained obsessive-compulsive symptoms, and repetitive thinking only explained depressive symptoms. While these results confirmed that neuroticism

and perfectionism were transdiagnostic factors explaining both diagnoses, it also suggested that intolerance of uncertainty and repetitive thinking might be transdiagnostic factors. Research findings were discussed in the scope of the relevant literature. In addition, the findings highlighted once again the importance of rumination-focused techniques in the pure MDD group and exposure-based practices in the pure OCD group. In the comorbid group with OCD and MDD, it is recommended to apply the Unified Protocol, which addresses neuroticism, and psychotherapy programs aimed at modifying perfectionism.

Key Words: Obsessive-compulsive disorder, major depressive disorder, comorbidity, transdiagnostic factors

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Obsesif-Kompulsif Bozukluk.....	2
1.1.1. Tanım ve Tarihçe	3
1.1.2. DSM-5'te Obsesif-Kompulsif Bozukluk	6
1.1.3. Klinik Görünüm ve Alt Tipleri	7
1.1.4. Epidemiyoloji.....	9
1.1.5. Demografik Özellikler	10
1.2. Majör Depresif Bozukluk	11
1.2.1. Tanım ve Tarihçe	11
1.2.2. DSM-5'te Majör Depresif Bozukluk	14
1.2.3. Klinik Görünüm ve Alt tipleri	15
1.2.4. Epidemiyoloji.....	18
1.2.5. Demografik Özellikler	19
1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Majör Depresif Bozukluk Eş Tanı	21
1.4. Tanılar Üstü Yaklaşım ve Faktörler	24
1.4.1. Mükemmeliyetçilik	28
1.4.1.1. Mükemmeliyetçilik ve Majör Depresif Bozukluk	31
1.4.1.2. Mükemmeliyetçilik ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk	32
1.4.2. Nörotisizm/Duygusal Tutarsızlık.....	35
1.4.2.1. Nörotisizm/Duygusal Tutarsızlık ve Majör Depresif Bozukluk	36
1.4.2.2. Nörotisizm/Duygusal Tutarsızlık ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk	37
1.4.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük	38
1.4.3.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Majör Depresif Bozukluk.....	39
1.4.3.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk	40
1.4.4. Tekrarlayıcı Düşünme.....	41

1.4.4.1. Tekrarlayıcı Düşünme ve Majör Depresif Bozukluk	43
1.4.4.2. Tekrarlayıcı Düşünme ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk.....	44
1.5. OKB ve MDB’de Nörotisizm, Mükemmeliyetçilik, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Tekrarlayıcı Düşünme Arası İlişkiler	46
1.6. Araştırmanın Amacı	48

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Örnekleme	52
2.2. Veri Toplama Araçları.....	54
2.2.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu	55
2.2.2. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinik Versiyonu (SCID-5).....	55
2.2.3. Beş Faktör Kişilik Envanteri Kısa Form - Duygusal Tutarsızlık Boyutu (5FKE-KF-DT)	55
2.2.4. Padua Envanteri - Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu (PE-WEÜR).....	56
2.2.5. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	57
2.2.6. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-Kısa Formu (BTÖ-12)	58
2.2.7. Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (F-ÇBMÖ)	59
2.2.8. Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği (TDÖ)	59
2.3. İşlem	60
2.4. İstatistiksel Analiz	61

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Tanımlayıcı İstatistikler	63
3.2. Değişkenlerin Gruplar Arası Karşılaştırmaları: Çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) - Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)	64
3.2.1. F-ÇBMÖ Alt Boyut Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırmaları: Çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) - Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ...	66
3.2.2. BTÖ-12 Alt Boyut Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırmaları: Çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) - Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ...	67
3.3. Değişkenler Arası İlişkiler: Korelasyon Analizi	70
3.4. Önerilen Modelin Sınanması: Yol Analizi	74
3.4.1. Model Uyumunun Değerlendirilmesi	74
3.4.2. Doğrudan Etkilerin Değerlendirilmesi.....	77
3.4.3. Dolaylı Etkilerin Değerlendirilmesi.....	78

3.4.4. Obsesif-Kompulsif ve Depresif Belirtilerde Açıklanan Varyansların Değerlendirilmesi.....	83
---	----

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Gruplar Arası Karşılaştırmaların Değerlendirilmesi	86
4.2. Değişkenler Arası İlişkilerin Değerlendirilmesi.....	90
4.3. Önerilen Tanılar Üstü Hiyerarşik Modelin Değerlendirilmesi.....	93
SONUÇ VE ÖNERİLER	103
KAYNAKÇA.....	106
EKLER.....	140
Ek-1. DSM-5 Obsesif-Kompulsif Bozukluk Tanı Kriterleri.....	140
Ek-2. DSM-5 Majör Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri	142
Ek-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi	143
Ek-4. Sosyo-demografik Bilgi Formu	145
Ek-5. 5FKE-DT-KF Örnek Maddeler	147
Ek-6. PE-WEÜR Örnek Maddeler	148
Ek-7. BDE Örnek Maddeler	149
Ek-8. BTÖ-12 Örnek Maddeler.....	150
Ek-9. F-ÇBMÖ Örnek Maddeler.....	151
Ek-10. TDÖ Örnek Maddeler.....	152
TEŞEKKÜR.....	153
ÖZGEÇMİŞ	155

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Klinik örneklemele gerçekleştirilen araştırmalarda OKB'ye eşlik eden MDB yaygınlık oranları	22
Tablo 2. Klinik örneklemele gerçekleştirilen araştırmalarda MDB'ye eşlik eden OKB yaygınlık oranları	24
Tablo 3. Örnekleme ilişkin demografik bilgiler	53
Tablo 4. Örnekleme ilişkin klinik bilgiler	54
Tablo 5. Tüm örneklemede tanımlayıcı istatistik ve iç tutarlılığa ilişkin bilgiler	63
Tablo 6. Gruplar arası karşılaştırmalara ilişkin değerler	69
Tablo 7. Değişkenler arası ilişkiler.....	72
Tablo 8. Modelin uyum iyiliği değerleri	75
Tablo 9. Doğrudan etkiye ilişkin katsayılar	78
Tablo 10. Dolaylı etkiye ilişkin katsayılar	83
Tablo 11. Değişkenlerin OKB ve MDB'de açıkladığı toplam varyans oranları	84

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Önerilen hiyerarşik model	51
Şekil 2. Önerilen yapısal modele ilişkin doğrudan yollar.....	76
Şekil 3. Önerilen yapısal modele ilişkin istatistiksel katsayılar.....	83



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyonlar ve/veya kompulsiyonlar ile kendini gösteren, genellikle süregelen, kimi zaman dönemsel alevlenmelerle giden, bireylerin toplumsal, mesleki işlevselliğini belirgin bir şekilde etkileyen ruhsal bir bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015; Öztürk ve Uluşahin, 2016). Genel olarak, toplumda yaşam boyu görülme sıklığı yaklaşık % 2'dir (Ruscio, Stein, Chiu ve Kessler, 2010). OKB, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskısında (DSM-5; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015) “*Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar*” tanı başlığı içinde tanımlanmıştır.

Majör Depresif Bozukluk (MDB) veya majör depresyon ise, en az iki haftalık bir süre içerisinde çökkün bir duyguduruma sahip olma, tüm etkinliklere karşı ilgide azalma, uyku ve iştah gibi vejetatif belirtilerde aşırı azalma ya da artma ile birlikte, odaklanmada güçlük, değersizlik, suçluluk duyguları ve ölüm düşüncesi gibi belirtiler ile karakterize bir ruhsal bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015). Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı ise % 16.2 olarak saptanmıştır (Kessler ve ark., 2003). MDB, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskısında (DSM-5; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015) “*Depresyon Bozuklukları*” tanı başlığı altında yer almaktadır.

OKB ve MDB, Amerikan Psikiyatri Birliği (2013/2015)'nin yaptığı sınıflandırmalar doğrultusunda farklı tanı başlıkları altında yer almaktadır. Ancak, bahsi geçen iki ruhsal bozukluk birbirlerine eşlik edebilmektedir. Yapılan bazı epidemiyolojik çalışmalarda (örn., Lochner ve ark., 2014; Tükel, Polat, Özdemir, Aksüt ve Türksoy, 2002) OKB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluğun Majör Depresif Bozukluk olduğu saptanmıştır. Kesitsel olarak bakıldığında, OKB hastalarının yaklaşık beşte birinin (%18.3) eşzamanlı MDB tanısı aldığı, yarısından fazlasının (% 56.5) ise hayatlarının herhangi bir döneminde MDB geçirdiği belirlenmiştir (Hofmeijer-Sevink

ve ark., 2013). Brown, Campbell, Lehman, Grisham ve Mancill (2001) ise, MDB'li bireylerin % 20'sinin yaşamboyu OKB eş tanısı aldıklarını belirtmiştir.

Son zamanlarda, psikiyatrik bozukluklardaki bu eş tanı durumlarının açıklanmasında bir takım ortak faktörlerin rol oynadığını ileri süren bir yaklaşım olarak tanılar üstü yaklaşım (*transdiagnostic approach*) alanyazında belirivermeye başlamıştır. Nitekim, bahsi geçen yaklaşım bozuklukların kümelenme eğilimi göstermesini, bozukluk grupları içinde ortaklıklar olması ile ilişkilendirerek eş tanıları anlamamıza yardımcı olabilmektedir. Dolayısıyla, tanılar üstü yaklaşımların eş tanıli psikopatolojiler için ortak olan ve belirtilere nedensel olarak katkıda bulunan süreçlere odaklanarak bu tür eş tanı durumlarının açıklanmasında söz sahibi olduğu belirtilebilir (Harvey, Watkins, Mansell ve Shafran, 2004; Nolen-Hoeksema ve Watkins, 2011).

Tanılar üstü faktörler ve psikopatolojiler ile ilişkisini araştıran çalışmalar alanyazında gün be gün artmaktadır (örn. Norton ve Mehta, 2007; Paulus, Talkovsky, Heggeness ve Norton, 2015). Farklı psikiyatrik bozuklukların oluşumuna zemin hazırlayan yatkınlık faktörleri de bu çalışmalar kapsamında ele alınmaktadır. Bu çalışmada da birbirlerine eşlik edebilen iki ruhsal bozukluk olan OKB ve MDB'nin oluşumunda etkili olduğu düşünülen nörotisizm, mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük ve tekrarlayıcı düşünme yatkınlık faktörleri incelenecektir.

Dolayısıyla, bu tez çalışmasının temel amacı majör depresif bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluğun oluşumunda ortak yatkınlık oluşturduğu düşünülen bazı değişkenler arasındaki ilişkileri hiyerarşik bir model ile test etmektir. Bahsi geçen değişkenler; alanyazında tanılar üstü faktörler olduğu bildirilen nörotisizm, mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlüktür. Bir başka deyişle, bireylerin hem obsesif hem de depresif olmalarında etkin olduğu düşünülen değişkenler hiyerarşik bir model kapsamında incelenecektir.

1.1. Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Bu bölümde, obsesif-kompulsif bozukluğun tanım ve tarihçesi, klinik görünümü ve alt tipleri, epidemiyolojisi ve demografik özelliklerine ilişkin bilgiler verilecektir. Ayrıca Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının 5. baskısı kapsamında

(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015) Obsesif-Kompulsif Bozukluk tanı kategorisi ve içeriğinde gerçekleştirilen değişimler yine bu bölümde ele alınacaktır.

1.1.1. Tanım ve Tarihçe

Obsesif-kompulsif bozukluk, yineleyici obsesyon ve/veya kompulsiyonlar ile birlikte görülen ruhsal bir bozukluktur. Obsesyonlar, istemdişı olarak zihni meşgul eden ve kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntı yaratan yineleyici düşünce, imge ya da dürtülerdir. Kompulsiyonlar ise, obsesyonların yarattığı kaygıyı ortadan kaldırmaya yönelik yapılan ve yapılmak zorundaymış gibi hissedilen yineleyici davranışsal ve/veya zihinsel eylemler olarak tanımlanmaktadır. Obsesyon ve kompulsiyonlar, kişinin zamanını almakta ya da kişide belirgin sıkıntı ya da işlev kaybı yaratmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015).

OKB'nin tarihçesi incelendiğinde, obsesyonlar ve kompulsiyonların, insanlık tarihi kadar eski olduğu görölmektedir. Bu bağlamda, çok eski dinî kaynakların obsesyon ve kompulsiyon olarak nitelendirilebilecek davranış örnekleri içerdiği gözlenmektedir. 15. yüzyıla ait bir eser olan Malleus Maleficarum (Türkçe çev. Şeytanın Çekici)'dan bir bölüm, herhangi bir kilisenin önünden geçerken ve dua ederken şeytanın etkisi ile sürekli dilini çıkaran, kendini rahibi dinlemeye verdikçe şeytandan daha fazla etkilenen ve şeytan çıkarma işlemi için Roma'ya getirilen bir papazdan şöyle bahsetmektedir:

“Herhangi bir kilisenin önünden geçerken ve Aziz Meryem Ana'nın onuruna diz çöktüğünde, şeytan onun dilini ağzından uzağa itmesine neden oldu. Dua etmeye çalıştığında, [şeytan] ona şiddetle saldırdı.” (Pitman, 1994; akt. Fornaro ve ark., 2009). Bahsi geçen dönemlerde, cinsel veya dine küfretme gibi dinî nitelikte takıntılı düşüncelere sahip bireylerin kısmen, psikotik bireylerin ise tamamen şeytan tarafından ele geçirildiği düşünölmekteydi (Fornaro ve ark., 2009).

1600'lü yıllara gelindiğinde, edebi eserlerde obsesyon ve kompulsiyonlara ilişkin örneklere rastlanmaktadır. 17. yüzyılda yazılan ve sergilenen William Shakespeare'in 'Macbeth' isimli eseri, obsesif ve kompulsif belirtilerin yer aldığı klasik bir tiyatro eseridir. Söz konusu tiyatro eserinde, Lady Macbeth'in etkisiyle eşı Macbeth, Kral Duncan'ı öldürür. Ardından, Lady Macbeth ellerinin kirli olduğunu

düşünerek sürekli ellerini yıkamaya başlar. Tekrar tekrar ellerini yıkamakta ve “Arabistan’daki tüm kokulu sabunları getirirler bile bu ellerin kirleri temizlenemez” demektedir (akt., Öztürk ve Uluşahin, 2016).

18. ve 19. yüzyıllarda, obsesyon ve kompulsiyonların açıklaması, tıbbi bir bakış açısına kayarak yer değiştirmiştir. Söz konusu yıllarda özellikle Fransız ve Alman psikiyatristler günümüz obsesif kompulsif belirtilerine yön veren açıklama ve tanımlamalar yapmışlardır (Berrios, 1996). Bu bağlamda literatürde ismi sıklıkla yer alan Fransız psikiyatrist Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), obsesif-kompulsif bozukluk için yeni klinik bir alan açmıştır. Esquirol’un, Mademoiselle F. isimli bir vakası vardır:

“Mademoiselle F, 34 yaşında bir kadın hastadır ve 18 yaşında, teyzesinin eşyalarını cebine koymaktan korkmasıyla hastalığı başlamaktadır. Hesapları yanlış yapmaktan, paraları ellerken eline bir şeylerin yapışmasından endişelenmektedir. Endişelerinin saçma olduğunu bilmektedir ama bu onu rahatlatmamaktadır. Ellerini yıkamaya ve kıyafetlerinin herhangi bir şeye değmiş olabileceğinden korkmaya başlamıştır. Böyle durumlarda, görülmeyen maddelerden kurtulmak istercesine ellerini ovalamaktadır. Bu korku yiyecekler için de oluşmaya başladığında ise başkaları tarafından beslenmesi gerekli bir hâl almıştır.” (Esquirol, 1838, s.361-364; akt. Berrios, 1996, s.143).

Esquirol, vakasının “kısmi deliryum (*delire partiel*)” tanısını “çıkarımsal ya da içgüdüsel saplantı (*reasoning or instinctive monomania*)”nın bir türü olarak yeniden tanımlamıştır. Bu durumu, ‘akıl ya da duyguların ortaya çıkarmadığı, vicdanın reddettiği ve (hastayı) bastıramayacağı eylemlere zincirleyen’ ‘gönülsüz, karşı konulamaz ve içgüdüsel aktivite’ olarak tanımlamıştır (Esquirol, 1838, s.332; akt. Berrios, 1996, s.143). Yine Fransız psikiyatri ekolünden bir başka isim Bénédict-Augustin Morel (1809-1873), 1866 yılında General Archives of Medicine dergisinde yayımladığı makalesinde obsesyon ve kompulsiyonların yanı sıra anksiyetesi olan hastalar için “duygusal delüzyonlar (*emotional delusions*)” kategorisini tanımlamıştır (akt. Shorter, 2005). Ayrıca, obsesyon ve kompulsiyonların açıklamasını yaparken “delilik değil, ama bir nevroz, yani duyguların hastalığı” olarak ifade etmiştir (akt. Berrios, 1989). Morel’in açıklama yaptığı yıl içerisinde, Jules Falret (1824-1902),

kompulsif eylemleri ve hastaların tamamen farkında oldukları ancak kaçınmadığı obsesif düşünceleri açıkça tanımlamıştır. Falret, bulaşma korkusu yüzünden yalnızca bir mendille kapı kollarına dokunma davranışını örnek olarak vermiştir. Falret, OKB'yi "ürkeklik bozukluğu (*fearfulness disorder*)" olarak tanımlamıştır ve bu tanım OKB literatüründeki ilk tam tanımdır (Shorter, 2005).

Morel ve Falret'ten bir yıl sonra 1867 yılında Alman psikiyatrist Richard von Krafft-Ebing (1840-1092), kitabında zorlayıcı anlamına gelen (Almancası "Zwang-") "takıntılı düşünceler" terimini kullanmıştır. Berlin'de psikiyatri profesörü olan Carl Westphal (1833-1890), 1877'de takıntılı düşünceleri şu şekilde açıklamıştır: "sağlam bir zekânın varlığında ve duygusal yaşam veya duygulanımda herhangi bir bozukluk yok iken, bireylerin bilinçlerinde zorla ön plana gelen düşüncelerdir. Ki bu düşünceler, kendilerinin ortadan kaldırılmalarına izin vermezler ve normal fikir akışını engellerler. Hasta, bu düşünceleri anormal ve yabancı olarak görmektedir." (Westphal, 1877; akt. Shorter, 2005). Nitekim bu dönemde Alman psikiyatristler, OKB'yi duyguların değil düşüncenin patolojisi olarak ifade etmekteydiler (Berrios, 1996).

19. yüzyılın sonlarına doğru gelindiğinde, obsesyon ve kompulsiyonlar psikanalizin açıklamaya çalıştığı temel psikonevrozlardan biri olmuştur. Sigmund Freud (1856-1939), 1896 yılında yayımladığı makalesinde "obsesyonel nevroz" kavramını dile getirmiş ve şöyle açıklamıştır: "Obsesyonel nevrozun doğasını, çocukluk döneminde haz alınarak gerçekleştirilen cinsel eylemler ile ilişkili ve baskılanma nedeniyle yeniden ortaya çıkmış, sürekli olarak kendini suçlama eğilimine dönüşen takıntılı düşünceler oluşturmaktadır." (akt. Shorter, 2005).

20. yüzyılın başlarına gelindiğinde Pierre Janet (1859-1947), obsesyon ve kompulsiyonları "psikasteni" başlığı altında tanımlamıştır. Janet 1903 yılında yayımladığı "Obsesyonlar ve Psikasteni" kitabında, psikastenik hastalığın üç aşamada tanımlanabileceğini belirtmiş ve obsesyon ve kompulsiyonları psikastenik hastalığın üçüncü aşaması olarak tanımlamıştır (akt. Pitman, 1987).

Obsesif kompulsif yaşantılar resmî olarak ilk defa Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1952 yılında yayımlanan Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın ilk baskısında (DSM-I), "Psikonevrotik Bozukluklar (*Psychoneurotic Disorders*)" başlığı altında ve "obsesif-kompulsif reaksiyon (*obsessive-compulsive*

reaction)” ismiyle yer almıştır. DSM-I’de (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1952), obsesif-kompulsif reaksiyonlar, istenmeyen düşünceler ve tekrarlayan dürtülerin kalıcılığı ile ilişkilidir. Bu reaksiyonda, hastanın kendisi fikirlerini ve davranışlarını makul göremez, ancak yine de ritüellerini yerine getirmeye zorlanmaktadır. DSM-I’in yayımlanmasından 16 yıl sonra 1968 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nın ikinci baskısını (DSM-II) yayımlamıştır. DSM-II’de, obsesif kompulsif belirtilere yönelik tanımlamalar değişmemiş ancak “Nevrozlar (*Neuroses*)” başlığı altında ismi “Obsesif kompulsif nevroz (*Obsessive compulsive neurosis*)” olarak değiştirilmiştir. DSM’nin ilk iki sürümünde belirtiler kısaca tanımlanmış ve ayrıntılı ölçütler sıralanmamıştır.

DSM-II’nin yayınlanmasının ardından 1970’li yılların ortalarına doğru bütün tanılarının güvenilirliğinin artırılması yönünde vurgu yapılmış ve tüm tanılar için gözlemlenebilir ve ölçülebilir tanı kategorileri oluşturulmuştur. Bu bağlamda 1980 yılında yayınlanan Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nın üçüncü baskısında (DSM-III) çok eksenli sistem oluşturulmuştur (Oldham, 2005). DSM-III’te obsesyon ve kompulsiyon ayrımı net bir şekilde tanımlanmıştır. Ayrıca DSM-III obsesif kompulsif yaşantıları, sanrı, ruminasyon veya davranışın aşırılığını gerektiren diğer psikopatoloji yaşantılardan ayıran ve ayırıcı tanı sunan ilk resmî sınıflandırma sistemidir. DSM-III ve sonraki baskıları olan DSM-III-R (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1987) ve DSM-IV-TR’de (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2002/2005), obsesif kompulsif yaşantılar “Obsesif-Kompulsif Bozukluk” ismiyle, “Anksiyete Bozuklukları” başlığı altında yer almıştır. OKB’de 2013 yılında yayımlanan 5. baskı (DSM-5) kapsamında yapılan değişiklikler bir sonraki başlıkta yer almaktadır.

1.1.2. DSM-5’te Obsesif-Kompulsif Bozukluk

OKB, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının 4. baskısına (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000/2002) kadar “Anksiyete Bozuklukları” çatısı altında yer alırken, 2013 yılında yayımlanan 5. baskı kapsamında (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015) “Anksiyete Bozuklukları” çatısından çıkarılarak Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar (*Obsessive-Compulsive and Related Disorders*) başlığı altında sınıflandırılmıştır. OKB, söz konusu başlık altında beden algısı bozukluğu, saç

yolma bozukluğu (trikotillomani), biriktiricilik bozukluğu ve deri yolma bozukluğu gibi bozukluklar ile birlikte yer almaktadır.

DSM-5'te OKB'nin "Anksiyete Bozuklukları" adı altında sınıflandırılmamasının yanı sıra başka değişimler de yapılmıştır. Bu değişimlerden ilki, obsesyonların tanımlanmasında "uygunsuz" terimi yerine "istenmeyen" terimi kullanılmasıdır. Yine, obsesyonların anksiyete ve stres yaratıcı özelliğini ifade ederken "çoğu kişide" sözcüğü eklenmiş, bu durumun çoğu zaman görülse de herkes için aynı olmayabileceği düşünülmüştür. B tanı ölçütü maddesi olan "Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder." ifadesi tanı ölçütlerinden kaldırılmıştır.

OKB'nin, DSM-5 tanı ölçütlerinde yapılan bir diğer değişiklik ise ek tanımlayıcılar bölümünün genişletilmiş olmasıdır. DSM-IV-TR'de yalnızca "içgörüsü az olan" ek tanımlayıcısı mevcutken, DSM-5'te bu bölüm "içgörüsü iyi ya da oldukça iyi", "içgörüsü kötü" ve "içgörüsü yok/sanrısız inançlar" olarak genişletilmiştir. Ayrıca "tikle ilişkili" ek tanımlayıcı olması DSM-5'te yapılan bir diğer değişikliktir. DSM-5 obsesif-kompulsif bozukluk tanı ölçütleri Ek-1'de sunulmuştur.

1.1.3. Klinik Görünüm ve Alt tipleri

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013/2015), OKB'yi obsesyonlar ve/veya kompulsiyonlar ile karakterize bir ruhsal bozukluk olarak tanımlamaktadır. Yani, OKB tanısı alan bireylerde, sadece obsesyon ya da kompulsiyon veya her ikisi birlikte görülebilmektedir (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2014/2016). Ancak, tanı alan bireylerin çoğunda obsesyon ve kompulsiyonların birlikte deneyimlendiği klinik bir tablonun hakim olduğu da belirtilmiştir (Heyman, Mataix-Cols ve Fineberg, 2006). Obsesyon ve kompulsiyonların yalnız birinin veya birlikte deneyimlenmesinin yanı sıra birçok farklı obsesyon ve kompulsiyon türü olması nedeniyle OKB, belirtilerin görülme şekilleri bakımından heterojen bir bozukluktur (bkz. McKay ve ark., 2004).

Heterojen bir bozukluk olmasına karşın, yapısal analizler obsesif-kompulsif belirtilerin boyutsal olduğunu ve belirli türdeki obsesyon ve kompulsiyonların birlikte ortaya çıkma eğilimi olduğunu belirtmektedir (bkz. McKay ve ark., 2004). Bloch, Landeros-Weisenberger, Rosário, Pittenger ve Leckman (2008)'ın, 21 çalışmadan 5124

katılımcının verilerini gözden geçirdiği meta analiz çalışmasında, araştırmalarda obsesif-kompulsif belirtilerin 3 ila 5 belirti boyutu altında gruplandırıldığını ortaya koymuş ve OKB'nin toplam 4 belirti boyutu olduğu belirtilmiştir. Bu belirti boyutları; a) simetri: simetri obsesyonları ve tekrarlama, sıralama ve sayma kompulsiyonları, b) yasak düşünceler: saldırganlık temalı, cinsel, dinî ve somatik obsesyonlar ve kontrol etme kompulsiyonları, c) temizlik: bulaşma obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları d) istifleme: istifleme obsesyonları ve kompulsiyonları olarak ifade edilmiştir.

a) Simetri Obsesyonları ve Tekrarlama, Sıralama, Sayma Kompulsiyonları

Bu belirti boyutuna sahip hastalar; yapılan işlerin mükemmel, kesin, sırasıyla, belli sayıda ya da tam ayarında olması, eşyaların ya da nesnelerin simetrik ya da doğru şekilde sıralanmış ya da hazırlanmış olması gereksinimi, okuma, yazma, konuşma sırasında hata yapmadığından emin olmak isteme içerikli obsesyonlara sahiptirler. Kompulsiyonlar ise, eşitleme, hizalama, sıralama, düzenleme, belirli bir sayıda ve sırada giyinme, hazırlanma, çizgilere basmadan yürüme gibi davranışsal ritüeller veya çeşitli zihinsel ritüeller şeklinde görülebilmektedir (Beşiroğlu, 2017).

b) Saldırganlık temalı, cinsel, dinî ve somatik obsesyonlar ve kontrol etme kompulsiyonları

Saldırganlık obsesyonu olan hastalarda, isteyerek ya da farkında olmadan kendine veya çevresindekilere zarar verebileceği, korkunç sonuçlara yol açabilecek bir eylemde bulunabileceği, ağızdan hakaret veya müstehcen sözler kaçırabileceğine yönelik obsesyonlar mevcuttur. Cinsel obsesyonlar da yasak sevi, eşcinsellik, çocuklar hakkında cinsel içerikli düşünce veya hayaller şeklinde olabilmektedir. Hasta kendini bu düşünce ve hayallerden kurtaramadıkça günaha girdiği, bu eylemi yapma olasılığını artırdığı ya da yapmış kadar olduğu şeklinde inanışlara sahip olabilmektedir. Dinî obsesyonlar ise tanrı, dinî kişi, değer, ilke ve yerlere karşı hürmetsizlik ya da küfür içerikli olabilir. Dinî obsesyonları olan hastalar, inancına ters düşen şeyler söyleme ya da yapma vb. korkular yaşamaktadırlar. Somatik obsesyonlar ise, sağlık hakkındaki endişeleri içeren obsesyonlardan oluşmaktadır (Beşiroğlu, 2017).

Bahsi geçen obsesyonlara yönelik ortak bir davranış örüntüsü olarak kontrol etme kompulsiyonları söz konusudur. Saldırganlık obsesyonu olan bireyler, zarar vermeye yol açabilecek nesneleri ve davranışlarını kontrol etme vb. örüntüler

sergilerken, cinsel obsesyonu olan bireyler, eşcinsel olmadığını hemcinslerine bakmayarak, ya da ondan etkilenmediğini kontrol etmeye çalışarak, dini obsesyonu olanlar inancına ters düşen şeyleri yapmamak için kontrol davranışı sergileyerek, somatik obsesyonu olanlar ise hastalık belirtileri için defalarca tetkik yaptırmak gibi bir kontrol etme davranışı sergileyerek obsesyonlarını etkisizleştirmeye çalışabilmektedir (Beşiroğlu, 2017).

c) Bulaşma Obsesyonları ve Temizlik Kompulsiyonları

Bulaşma obsesyonu ve temizlik kompulsiyonu olan hastalarda mikroorganizmalar (bakteri, virüs), atıklar (çöp, radyasyon, zehir, toksin), bedensel atık ve salgılar (tükürük, balgam, dışkı, meni, kan, idrar), hayvanlar ve hayvansal maddeler (böcek, tüy) gibi maddelerin bulaşması ya da ihtimaline ilişkin obsesyonlar görülebilmektedir. Bahsi geçen hastalar, bu maddelere temas ettiğinde ya da temas ihtimalinde, törensel yıkama, yıkanma, tuvalet rutinleri gibi kompulsiyonlar geliştirebilmektedir. Ayrıca, bu maddelerle temas olmaması halinde bile suçluluk duygusu ve içsel bir kirlilik vb. ile ilişkili olarak temizlik kompulsiyonları görülebilmektedir (Beşiroğlu, 2017).

d) İstifleme Obsesyon ve Kompulsiyonları

İstifleme obsesyon ve kompulsiyonları, DSM-5'e kadar OKB'nin bir belirti boyutu olarak görülmekte iken, DSM-5'te "Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" çatısı altında "Biriktiricilik Bozukluğu (*Hoarding Disorder*)" ismiyle ayrı bir tanı kategorisi olarak sınıflandırılmıştır. Biriktiricilik bozukluğu, gerçek değeri ile ilişkili olmaksızın sahip olduğu nesneleri elinden çıkaramama, ilişkisini kesememe ve bu nedenlerle nesnelerin birikmesi ile karakterize bir ruhsal bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015).

1.1.4. Epidemiyoloji

Obsesif-kompulsif bozukluğun toplumda yaşam boyu görülme sıklığı yaklaşık % 2 (Ruscio ve ark., 2010) olarak belirtilmektedir. Farklı ülkelerdeki (Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Almanya, Kore, Yeni Zelanda, Porto Riko ve Tayvan) OKB yaygınlık oranlarının birlikte incelendiği bir çalışmada, OKB'nin 1 yıllık yaygınlığının % 0.4 (Tayvan) ile 1.8 (Porto Riko) arasında, yaşam boyu yaygınlığının ise % 0.7

(Tayvan) ile % 2.5 (Porto Riko) arasında değiştiği saptanmıştır (Weissman, Bland, Canino, Greenwald, Hwu ve Lee, 1994; akt. Weissman, 1998). Ruscio ve arkadaşları (2010), 9282 katılımcı ile Amerika Birleşik Devletleri'nde OKB'nin 1 yıllık yaygınlığının % 1.2, yaşam boyu yaygınlığının ise % 2.3 olduğunu belirtmişlerdir. Brezilya'da yapılan araştırma bulguları ise daha yüksek yaygınlık oranları vermektedir. Andrade ve arkadaşları (2012) tarafından Sao Paulo kentinde 5.037 kişinin dâhil edildiği araştırma OKB'nin 1 yıllık yaygınlığının % 3.9 olduğunu belirtmektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da yaygınlık oranları değişkenlik göstermektedir. Erol, Kılıç, Ulusoy, Keçeci ve şimşek (1998) tarafından hazırlanan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" raporunda OKB'nin 1 yıllık yaygınlığı % 0.5 olarak bildirilmiştir. Daha sonra lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada (Selvi ve ark., 2010) 1 yıllık yaygınlık oranı % 5.9 olarak belirtilirken, illi ve arkadaşlarının (2004) genel toplum örnekleminde yaptıkları araştırmada ise bu oran % 3 olarak belirtilmiştir.

1.1.5. Demografik zellikler

Cinsiyet Farklılığı. Cinsiyet, obsesif-kompulsif bozuklukta bozukluğun epidemiyolojisinde, belirti boyutu ve başlangıç yaşında farklılık yaratabilmektedir. Klinik örneklemlerle yapılan çalışmaların bir kısmı (rn., Bogetto, Venturello, Albert, Maina ve Ravizza, 1999), OKB'nin kadın ve erkeklerde eşit oranda görüldüğünü bildirmesine rağmen, kadınlarda daha sık görüldüğünü bildiren araştırmalar (rn., Karno, Golding, Sorenson ve Burnam, 1988) da mevcuttur. OKB'nin, uluslararası epidemiyolojisinin araştırıldığı bir araştırma, kadınlarda % 0.9 ile % 3.4, erkeklerde ise % 0.5 ile % 2.5 arasında değişen yaşam boyu yaygınlık oranları vermişlerdir. Söz konusu sonuçlara göre, bozukluğun kadın/erkek oranı 0.8 ile 3.8 arasında değişmektedir (Weissman, Bland, Canino, Greenwald, Hwu ve Lee, 1994; akt. Weissman, 1998). OKB'nin klinik ve demografik özelliklerinin cinsiyet üzerinden incelendiği pek çok çalışma, erkeklerde başlangıç yaşının kadınlara kıyasla daha erken olduğunu (Minichiello, Baer, Jenike ve Holland, 1990; Noshirvani, Kasvikis, Marks, Tsakiris ve Monteiro, 1991; Lochner ve ark., 2004), kadınlarda bulaşma obsesyonu ve temizlenme kompulsiyonlarının (rn. Bogetto ve ark., 1999; Tükel, Polat, Genç, Bozkurt ve Atlı, 2004; Karadağ, Oğuzhanoğlu, zdel, Ateşci ve Amuk, 2006), erkeklerde ise cinsel ve

saldırganlık temalı obsesyonların ve kontrol etme kompulsiyonlarının daha fazla olduğunu (Labad ve ark., 2008; Torresan ve ark., 2009) belirtmektedir.

Başlangıç Yaşı. Amerika Birleşik Devletleri'nde, OKB'nin ortalama başlangıç yaşı 19.5'tir ve vakaların % 25'inde belirtiler 14 yaşından itibaren başlamaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da OKB'nin ortalama başlangıç yaşı 20'li yaşların başı olarak belirtilmektedir (Karadağ ve ark., 2006; Tükel ve ark., 2004). Ortalama başlangıç yaşı 20'li yaşlar olmasına karşın, çocukluk döneminde de OKB'nin başlayabildiği görülmektedir. Çocukluk çağı için, iki yaşında başlayan olgu bildirilmekle (bkz. Rettew, Swedo, Leonard, Lenane ve Rapoport, 1992) birlikte çocuklarda hastalığın başlangıç yaşı ortalama 9-10 yaş olarak belirtilmektedir (Baykal ve ark., 2014; Kenyon ve Eaton, 2015; Rettew ve ark., 1992). OKB'nin yaşamın daha sonraki yıllarında da gelişmesi mümkündür. 35 yaşından sonra belirtilerin ortaya çıkması seyrek olmakla birlikte yine de görülebilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.2. Majör Depresif Bozukluk

Bu bölümde, majör depresif bozukluğun tanım ve tarihçesi, klinik görünümü, epidemiyolojisi ve demografik özelliklerine ilişkin bilgiler verilecektir. Ayrıca Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının 5. baskısı kapsamında (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015) Majör Depresif Bozukluk tanı kategorisi ve içeriğinde gerçekleştirilen değişimler yine bu bölümde ele alınacaktır.

1.2.1. Tanım ve Tarihçe

Majör Depresif Bozukluk (MDB) veya majör depresyon; aynı iki haftalık süreç boyunca çökkün duygudurum ya da etkinliklerden zevk almama ile birlikte duygulanım, biliş ve vejetatif belirtiler alanlarında belirgin değişimlerle tanımlanan bir depresif bozukluktur. Bahsi geçen belirtiler, belirgin bir sıkıntıya yol açmakta ya da işlevsellikte düşmeye neden olabilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015).

Tarihsel olarak incelendiğinde, majör depresyon ruhsal bozukluklar içerisinde en eski tanımlananlarından biridir. Eski Mısır'da, antik çağlarda geçen öykülerde depresyon benzeri tasvirlerin yapıldığı görülmektedir. Tarih öncesi dönemlerde, Apollo tarafından 14 çocuğu öldürülen Niobe sonsuza değin ağlayan bir taşa dönüşmüştür.

Niobe'nin, stuporöz¹ depresyonun ilk örneklerinden biri sayılabileceği söylenebilir (Türkçapar, 2018). Nitekim, eski metinlerde, Eski Mısır Papirüsleri ve Hint Ramayana ve Mahabarata'sında da depresyon tanımlamalarının görülmesi şaşırtıcı değildir (Davison, 2006).

M.Ö. 400 yıllarında Hipokrat, ruhsal bozuklukların büyüğü ya da ruhsal kökenli olmaktan ziyade, kan, balgam, sarı safra ve kara safrayı içeren çeşitli sıvılar arasındaki dengesizlikten kaynaklanarak ortaya çıktığını açıklamıştır. Özellikle, “melankoli” olarak adlandırılan depresyonun aşırı miktarda kara safradan kaynaklandığını belirtmiştir (Goodwin ve Jamison, 2007).

Melankolinin kara safra hipotezi Orta Çağ'da da devam etmiştir, ancak o dönemde melankoli, “tembellik” günahı ile ilişkilendirilmekte ve bu durumun kötü ruhlar ve ahlaksızlıktan kaynaklandığı belirtilmektedir. Dolayısıyla melankolinin sağaltımında, zorla ağır işler yaptırma, dayak atma ve hatta cadı yakma gibi yöntemler mevcuttur (Strakowski ve Nelson, 2015).

Rönesansla birlikte, bazı bilim insanları melankoliyi “günah”lar ile ilişkilendiren manevî bakış açısına karşı çıkmışlardır ve bu dönemde bakış açısı değişmeye başlamıştır. Robert Burton'ın 1621 yılında yayımlanan “*Melankolinin Anatomisi*” isimli kitabı özellikle önemlidir. Bahsi geçen kitapta, melankolinin manevi bakış açısına karşıt olarak Hipokrat'ın vücut sıvılarına dayanan melankoli hipotezine dönülmüş ve melankolinin tedavisi için, sağlıklı beslenme, uyku, anlamlı bir çalışma yaşamı ve entelektüel uğraşlar gibi yöntemler önerilmiştir (Strakowski ve Nelson, 2015).

19. yüzyılda, Emil Kraepelin *Psikiyatri* ders kitabının beşinci baskısında (1896), melankolinin tüm formları arasında bir ayrım yapmıştır. Daha da önemlisi, Kraepelin, “melankoli” yerine “depresyon” kavramını kullanmaya başlamıştır. Kraepelin'in depresyon için melankoli terimini kullanmayı bırakması onun kariyeri açısından oldukça önemli bir değişimdir. Ardından Amerika Birleşik Devletleri'nde John Hopkins Üniversite'nde psikiyatri profesörü olan Adolf Meyer, son noktayı koymuştur. Meyer, 1904 yılında Nöroloji Derneği'nin toplantısında şu cümleleri kurmuştur: “Eğer melankoli yerine, depresyon terimini bütün sınıfa uygularsak, tam olarak ne anlama

¹ Yemeyen içmeyen, hareket etmeyen ve konuşmayan ağır depresyon tipi

geldiğini anlayabiliriz.” (*Journal of Nervous and Mental Diseases*, 1905, p. 114; akt. Shorter, 2005).

20. yüzyılın başlarında, Sigmund Freud “yas ve melankoli” isimli makalesini yayımlamış ve melankoliyi, “derinlere kök salmış ıstıraplı bir keder, dış dünyaya yönelik ilginin kesintiye uğraması, sevmeye kapasitesindeki bir azalma, etkinliğin neredeyse bütüncül bir biçimde ketlenmesi ve özsaygı duygularının, ifadesini kendini suçlama ve kendini aşırı eleştirme biçiminde bulduğu ve kuruntu düzeyinde bir cezalandırılma beklentisi olarak neticelendiği bir şekilde azalması” olarak tanımlamıştır (Uslu ve Berksun, çev. 1993).

Depresif yaşantılar resmî olarak ilk defa Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1952 yılında yayımlanan Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nın ilk baskısında (DSM-I) yayımlanmıştır. DSM-I’de, depresyonla ilişkili dört bozukluk yer almaktadır. Bunlar: manik depresif tepki-depresif tip, psikotik depresif tepki, involüsyonel psikotik tepki ve depresif tepkidir (Spitzer ve Wilson, 1967; akt. Türkçapar, 2004). Manik depresif tepki-depresif tip, psikotik depresif tepki ve involüsyonel psikotik tepki “psikozlar” grubunda yer alırken, depresif tepki “psikonevrotik bozukluklar” grubunda yer almaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1952). DSM-I’de Adolf Meyer’in büyük etkisi söz konusudur, nitekim Meyer’in etkisi nedeniyle ruhsal hastalıkların çevre ile bağlantıları olduğu düşünülerek pek çok bozukluk “tepki” ismiyle kavramsallaştırılmıştır (Spitzer ve Wilson, 1967; akt. Türkçapar, 2018). 1968 yılında yayımlanan DSM-II’de ise, DSM-I’de sıklıkla geçen “tepki” kavramı büyük ölçüde ortadan kaldırılmıştır. İkinci baskıda, duygudurum bozuklukları, involüsyonel melankoli ve manik depresif hastalık-depresif tip de dahil olmak üzere afektif psikozlar olarak kabul edilmiştir. Ayrıca, tek uçlu depresyon için genel bir terim olan depresif tepkinin yerine, depresif nevroz kavramı gündeme gelmiştir (Gruenberg, Goldstein ve Pincus, 2005).

1980 yılında yayımlanan DSM-III’de depresyonla ilgili klinik tanı kategorilerinde önemli değişiklikler olmuştur; involüsyonel melankoli sınıflama sisteminden çıkarılarak, bunun yerine major depresif bozukluk kendi içinde psikotik tip, melankolik tip ve melankolik olmayan tip olarak alt gruplara ayrılmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1980, s.214-215). DSM-III’te majör depresif bozukluk (MDB) tanımı,

normal aktivitelerde disforik bir ruh hali veya ilgi veya zevk kaybı gerektirmektedir. Ek olarak, aşağıdaki belirtilerin en az dördünün en az 2 haftalık bir süre boyunca hemen hemen her gün bulunması gerekir: (1) iştahsızlık veya kiloda önemli değişiklik; (2) uykusuzluk veya çok uyuma; (3) psikomotor ajitasyon veya retardasyon; (4) azalmış cinsel istek; (5) yorgunluk veya enerji kaybı; (6) değersizlik, kendini suçlama veya aşırı veya uygunsuz suçluluk duyguları; (7) düşünmede yavaşlama veya konsantre olmada güçlük ya da kararsızlık; ve (8) tekrarlayan ölüm veya intihar düşüncesi veya intihar girişimi (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1980, s. 213).

DSM-III ve sonraki baskıları olan DSM-III-R (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1987) ve DSM-IV-TR'de (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2002/2005), depresyon “Majör Depresif Bozukluk” ismiyle, “Duygudurum Bozuklukları” başlığı altında yer almıştır. 2013 yılında yayımlanan 5. baskı (DSM-5) kapsamında Majör Depresif Bozuklukta yapılan değişiklikler bir sonraki başlıkta yer almaktadır.

1.2.2. DSM-5'te Majör Depresif Bozukluk

Majör Depresif Bozukluk DSM-IV-TR'de (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000/2002) “Duygudurum Bozuklukları” çatısı altında yer alırken, DSM-5'te (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015), ise kategorilere yeni eklenen “Depresyon Bozuklukları” başlığı altında sınıflandırılmıştır. Bu başlık altında, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, distimi, premenstrüel disforik bozukluk gibi bozukluklar da yer almaktadır.

DSM-5'te majör depresif dönem tanımında belirlenen çekirdek ölçütte ve “en az 2 hafta” olarak belirtilen süre ölçütünde herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir. Ayrıca, belirtilerin klinik açıdan belirgin bir sıkıntı yaratması ya da toplumsal, mesleki ya da diğer alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olması gerektiğini belirten tanı ölçütü ve maddenin ya da başka bir sağlık durumunun etkileriyle açıklanamıyor olması tanı ölçütü de DSM-IV-TR ve DSM-5'te ortak olan ölçütlerdir.

DSM-5'te majör depresif bozukluğun ana tanı ölçütlerinde önemli bir değişim gözlenmiyorken, belirleyicilerde ve dışlama ölçütlerinde bir takım farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin, DSM-IV-TR'de belirtilerin yas ile daha iyi açıklanamıyor olması tanı ölçütü mevcutken, DSM-5'te söz konusu ölçüt kaldırılmış ancak yas

belirtileri ile majör depresif belirtilerin ortaklığına değinilerek, ayırıcı tanı yapılırken dikkat edilmesi gereken noktaların belirtildiği bir not eklenmiştir. Ayrıca, belirleyicilere “karma özellikler gösteren” ve “bunaltıcı” tip eklenmiştir. Karma özellikler gösteren tip, majör depresif döneme eşlik eden en az üç manik/hipomanik belirtinin olması durumu olarak belirtilirken, bunaltıcı tip ise kaygı belirtilerinin varlığı ile ifade edilmektedir. DSM-5 majör depresif bozukluk tanı ölçütleri Ek-2’de sunulmuştur.

1.2.3. Klinik Görünüm ve Alt Tipleri

Majör depresif bozukluk tanısı alan bireylerin klinik görünümünde depresif duygudurum, keder, çaresizlik, mutsuzluk, ümitsizlik, hüznün ve değersizlik duyguları mevcuttur. Çoğunlukla, keyifsizlik ve ilgisizlik de görülebilmektedir. (Tamam, Namli ve Karaytuğ, 2012).

Psikomotor ajitasyon ve retardasyon da özellikle daha ağır vakalarda gözlemlenmektedir. Ajitasyon, yürüme veya hareket etmede görülmektedir ve hareketsiz kalmakta zorluk çekme deneyimine karşılık gelebilmektedir. Psikomotor retardasyon ise, konuşmada ve hareketlerde yavaşlama olarak gözlemlenebilmektedir. Depresif bireyler, ayrıca uyku yoksunluğu veya azalan ilgiyle açıklanamayacak düzeyde yorgunluk ve enerjisizlik gibi belirtiler de tariflemektedirler (DeRubeis, Young ve Dahlsgaard, 1998).

Depresyonda bilişsel belirtiler de gözlemlenmektedir: depresif bireylerde yetersizlik veya değersizlik inancı ile birlikte aşırı düzeyde kendini suçlama veya suçluluk hissi neredeyse her zaman mevcuttur. Bu gibi inançlar sanrısız şekilde gerçekte bağlantısız hale gelebilmektedirler (DeRubeis ve ark., 1998).

DSM-5’te majör depresif bozukluğun 9 alt tipi tanımlanmaktadır: Bu alt tipler; a) bunaltıcı, b) karma özellikler gösteren, c) melankoli özellikleri gösteren, d) atipik özellikler gösteren, e) psikoz özellikleri gösteren, f) katatoni ile giden, g) doğum zamanı başlayan ve h) mevsimsel örüntü gösteren majör depresif bozukluk olarak sıralanabilir.

a) Bunaltıcı tip

Bunaltıcı (*with anxious distress*) tip majör depresif bozukluk, DSM-IV-TR’de yer almayıp DSM-5’te eklenen yeni bir alt tiptir. Bunalma, dinginlik sağlayamama, kaygı nedeniyle odaklanmada güçlük, kötü bir şey olacak korkusu, öz kontrolünü

kaybetme korkusu belirtilerinden en az ikisinin varlığı ile tanımlanmaktadır. Bunaltıcılık düzeyi, hem hastalığın seyrini hem de kronikleşme olasılığını ve tedaviye yanıtı etkilemesi nedeniyle klinik açıdan önemlidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015).

b) Karma özellikler gösteren tip

Karma özellikler gösteren tip de tıpkı bunaltıcı tip gibi, DSM-IV-TR’de yer almayıp DSM-5’te eklenen yeni belirleyicilerden biridir. Bahsi geçen tip DSM-5’te, yedi manik/hipomanik belirtiden (taşkın duygudurum, benlik saygısında aşırı bir yükselme, olağan halinden daha fazla konuşma, fikir uçuşmaları, amaca yönelik aktivitelerde artış, olumsuz sonuçlar ortaya çıkarabilecek davranışlarda bulunma ve uyku ihtiyacının azalması) üçünün bulunması ile tanımlanmıştır. Ancak, birey mani ya da hipomani belirtilerin tam olarak karşılıyorsa tanısı majör depresif bozukluk değil iki uçlu bozukluk I ya da iki uçlu bozukluk II olmalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015).

c) Melankoli özellikleri gösteren tip

Tanım ve tarihçe bölümünde de bahsedildiği üzere “melankoli” kavramının kullanımı oldukça eskilere dayanmaktadır. Nitekim, günümüzde de halen depresyon alt tiplerinde karşımıza çıkmaktadır. DSM-5’e göre, melankoli özellikleri gösteren depresyon tanısı için değişik nitelikte çökkün bir duygudurum, depresyonun düzenli olarak sabah daha kötü olması, sabah erken uyanma, psikomotor retardasyon ya da ajitasyon, belirgin bir iştahsızlık ya da kilo kaybı ve aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları belirtilerinden en az üçünün bulunması gereklidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015). Melankolik depresyon bedenin içsel mekanizmaları ile de ilişkilidir. Bu nedenle bazen “*endojen depresyon*” ya da dışsal stresörler yokluğunda ortaya çıkan depresyon da denilebilmektedir (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2014/2016). Yaygınlığına bakıldığında, ülkemizde Türkçapar ve arkadaşları (1999) tarafından klinik örnekleme yapılan bir araştırmada majör depresif bozukluk tanısı alan bireylerin % 56.9’unun melankolik özellikli olduğu belirtilmiştir.

d) Atipik özellikler gösteren tip

DSM-5’te depresyondaki atipik özellikler, duygudurumda tepkisellik zorunlu ölçüt olmak üzere iştah ve kilo artışı, fazla uyuma, kurşunî bir ağırlık hissi ve

kişilerarası ilişkilerde işlevselliği bozacak düzeyde reddedilmeye duyarlılık ölçütlerinden en az ikisinin bulunması olarak belirtilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015). Bu belirtiler ters vejetatif belirtilerdir (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2014/2016). Atipik özellikli depresyonun melankolik depresyon ile kıyaslandığında başlangıç yaşının daha erken olduğu ve kronikleşme ihtimalinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Türkçapar, 2018).

e) Psikoz özellikleri gösteren tip

Psikotik özelliklerle giden majör depresif bozukluk, majör depresif epizodun gidişatında ortaya çıkan sanrılar ya da varsanılar ile karakterizedir (Aydemir, 2007). Söz konusu psikotik özellikler, duygudurumla uyumlu ya da duygudurumla uyumsuz olabilmektedir. Duygudurumla uyumlu psikotik özelliklerde sanrılar ya da varsanıların içeriği depresif konularla uyumlu iken, duygudurumla uyumlu olmayan psikotik özelliklerde ya depresif konularla uyumsuz bir sanrı/varsanı içeriği vardır ya da uyumlu ve uyumsuz içeriğin her ikisi de mevcuttur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015).

Depresif özelliklere psikotik özelliklerin eşlik etmesi çok da az rastlanır bir durum değildir. Ohayon ve Schatzberg (2002) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada majör depresif bozukluk tanısı alan bireylerin %18.5'inde psikotik özelliklerin bulunduğu belirtilmiştir. Psikotik özelliklerin bulunması depresyonun şiddetini de etkileyebilmektedir. Örneğin, Vythilingam ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir araştırmada psikotik depresyona sahip bireylerin ölüm oranlarının (% 41) psikotik olmayan depresyona sahip bireylerin ölüm oranları (% 20) ile kıyaslandığında anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

f) Katatoni ile giden tip

Bir belirti olarak katatoni, çeşitli ruhsal bozukluklarda görülebilmektedir. DSM-5'te katatoni; çevreyle etkin bir şekilde ilgilenmeme, yerçekimine edilgen bir konum alma, balmumu esnekliği, konuşmazlık, yönergelere tepki göstermeme, postür alma, yapma davranışlar, basmakalıp davranışlar, ajitasyon, yüzünü buruşturma, başkalarının konuşmasının aynısı yapmak, başkalarının davranışlarının aynısını yapmak belirtilerinden en az üçünün olması ile karakterizedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015).

g) Doğum zamanı başlayan tip

DSM-IV-TR'de (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2002/2005) doğum sonrası (postpartum başlangıçlı) depresyon olarak bilinen söz konusu depresyon tipi DSM-5'te doğum zamanı başlayan (peripartum başlangıçlı) tip olarak karşımıza çıkmaktadır. DSM-5'te DSM-IV-TR'den farklı olarak duygudurum belirtilerinin sadece doğum sonrası başlaması değil gebelik sürecinde başlaması da ölçütlere dahil edilmiştir. Yani, duygudurum belirtileri hamilelik sürecinde ya da doğumdan sonraki dört hafta içerisinde ortaya çıkıyorsa doğum zamanı başlayan depresyon tanısı konulabilmektedir. Doğum zamanı başlayan depresyon belirtileri olan bireylerde, şiddetli kaygı ve hatta panik ataklar görülebilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015).

h) Mevsimsel örüntü gösteren tip

Duygudurum belirtileri bazen mevsimsel gidişli olabilmektedir. Özellikle majör depresif bozuklukta, majör depresif belirtilerin başlaması ile yılın belirli dönemleri arasında zamansal bir ilişki var ve son iki yıl içerisinde bu zamansal ilişkiyi doğrulayan en az iki majör depresif dönem var ise mevsimsel örüntü gösteren majör depresif bozukluk tanısı verilebilmektedir. Ayrıca, iki yıllık süre içerisinde mevsimsel olmayan dönemler görülmemeli ve bireylerin yaşam boyu geçirmiş oldukları mevsimsel majör depresif dönemleri mevsimsel olmayanlardan sayıca fazla olmalıdır. Özellikle kış ve sonbahar mevsimleri, mevsimsel örüntü gösteren depresyon tipi için riskli mevsimlerdir. Nitekim, çoğu olguda majör depresif dönemler sonbahar ya da kış aylarında başlamakta ve ilkbahar aylarında yatışmaktadır. Ancak nadiren de olsa yaz mevsiminde yineleyen majör depresif dönemler de görülebilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015).

1.2.4. Epidemiyoloji

Depresyon, yaygın görülen bir ruh sağlığı problemidir. Araştırmalarda farklı yöntemlerin kullanımına bağlı olarak değişik oranlar bildirilmesine karşın, majör depresyonun yaygınlık ve sıklığının yüksek olması çoğu araştırmanın ortak bir bulgusudur (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Örneğin, Amerika'da gerçekleştirilen Ulusal Komorbidite Araştırması Replikasyon (NCS - R) çalışmasının bulgularına göre, DSM-

IV tanı ölçütlerine göre majör depresif bozukluğun yaşam boyu yaygınlık oranı (% 16) en yüksek ruhsal bozukluk olduğu belirtilmiştir (Kessler ve ark., 2005).

Majör depresif bozukluğun yaygınlık oranları şimdiye değin pek çok ülkede araştırılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, yaygınlık oranları ülkeler arasında farklılık gösterebilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde majör depresyonun 12 aylık yaygınlığı yaklaşık % 7'dir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Uluslararası düzeydeki verileri kapsayan bir araştırmada, majör depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı gelir düzeyi yüksek ülkelerde² ortalama % 14.6, gelir düzeyi orta ve düşük olan ülkelerde³ ise ortalama % 11.1 (Kessler ve Bromet, 2013) olarak saptanmıştır. Lim ve arkadaşları (2018), 1994-2014 yılları arasında yayımlanan ve depresyonun yaygınlık oranını inceleyen çalışmaları gözden geçirmişler ve nokta yaygınlık oranının % 12.9, 1 yıllık yaygınlık oranının % 7.2, yaşam boyu yaygınlık oranının ise % 10.8 olarak saptandığını belirtmişlerdir. Aynı araştırmada, kıta bazında da değerlendirme yapılmıştır. Nokta yaygınlık temel alındığında, Güney Amerika, Asya ve Kuzey Amerika'nın en yüksek yaygınlık oranına sahip üç kıta olduğu bildirilmiştir.

Ülkemizde de depresyonun yaygınlığını inceleyen araştırmalar yürütülmüştür. Bu bağlamda, önemli veriler sağlayan bir araştırma Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan, 7479 kişiyi kapsayan, "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasıdır. Bahsi geçen araştırmada, 1 yıllık depresif nöbet yaygınlığı % 4.0 olarak saptanmıştır (Erol ve ark., 1998). Doğan ve arkadaşları (1995) tarafından 900 kişilik örneklem üzerinde Tanı Koydurucu Görüşme Ölçeği kullanılarak yapılan bir araştırmada, depresyonun bir aylık yaygınlığı %18.8 bulunmuştur (akt. Doğan, 2010). Üniversite öğrencisi örneklemi ile gerçekleştirilen araştırmalarda ise % 25-27 (Aylaz, Kaya, Dere, Karaca ve Bal, 2007; Bayram ve Bilgel, 2008; Bostanci ve ark., 2005) arasında değişen depresyon oranları bulunmuştur.

1.2.5. Demografik Özellikler

Cinsiyet Farklılığı. Majör depresyondaki cinsiyet farklılıklarının belirlenmesi, yaygınlık oranları, belirti profili, bozukluğun şiddeti ve önerilen tedavi yöntemleri

² Araştırma Belçika, Fransa, Almanya, İsrail, İtalya, Japonya, Hollanda, Yeni Zellanda, İspanya, Amerika Birleşik Devletlerini içermektedir.

³ Araştırma Brezilya, Kolombiya, Hindistan, Lübnan, Meksika, Çin Halk Cumhuriyeti, Güney Afrika ve Ukrayna ülkelerini içermektedir.

açısından oldukça önemlidir. Epidemiyolojik çalışmalarda varılan ortak sonuç, depresyon yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu yönündedir (örn., Dünya Sağlık Örgütü, 2017; Goodwin ve Gotlib, 2004; Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer ve Nelson, 1993; Van de Velde, Bracke ve Levecque, 2010). Ülkemizde gerçekleştirilen araştırmalarda da benzer sonuç elde edilmiştir (örn. Erol ve ark., 1998; Keskin, Ünlüoğlu, Bilge ve Yenilmez, 2013). Belirti profili açısından incelendiğinde, kadınlarda iştah ve kilo artışı, somatizasyon, öfke ve saldırganlık, uyku bozuklukları ve psikomotor retardasyon erkeklere oranla daha sık görülmektedir (Frank, Carpenter ve Kupfer, 1988; Kornstein ve ark., 2000). Bir gözden geçirme çalışmasında (Grigoriadis ve Robinson, 2007) erkekler ile kıyaslandığında, kadınların daha kaygılı, mevsimsel ve atipik depresyona daha yatkın oldukları saptanmıştır. Öte yandan, majör depresyonda cinsiyet farklılığının farmakoterapiye yanıtı etkilediğini bildiren araştırmalar da bulunmaktadır (örn., Quitkin ve ark., 2002).

Başlangıç Yaşı. Major depresif bozukluk, herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir, ancak ergenlik döneminde başlama ihtimali çok daha yüksektir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, en yoğun olarak 20'li yaşlarda başladığı görülmektedir; ancak, daha sonraki yıllarda da ilk atak majör depresif bozukluk görülmesi nadir değildir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Kessler ve arkadaşlarının (1993) yaptıkları bir araştırmada, erkeklerde başlangıç yaşı ortalama 24.04 iken, kadınlarda 23.03 olarak belirtilmiştir. Ancak majör depresif bozukluk, yaşamın daha erken ya da geç yıllarında da başlayabilmektedir. Lewinsohn, Clarke, Seeley, ve Rohde (1994), lise öğrencileri ile yaptıkları araştırmada ortalama başlangıç yaşının 14.9 olduğunu belirtirken, Bernaras, Jaureguizar, Soroa, Ibabe ve Cuevas (2011), 8-12 yaş arası çocuklarda depresyon oranının % 4 olduğunu bildirerek, erken yaşlarda depresif belirtilerin saptanması konusunda uyarmaktadır. 60 yaşından sonra başlayan depresif belirtiler de görülebilmektedir. Yapılan bir araştırmada (Brodaty ve ark., 2001), 60-88 yaş aralığındaki katılımcıların % 52'sinin depresif döneminin 60 yaş ve sonrasında başladığı belirtilmiştir.

1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Majör Depresif Bozukluk Eş Tanı

Obsesif-kompulsif bozukluk, toplumun yaklaşık % 2'sini etkileyen bir ruhsal bozukluktur (Ruscio ve ark., 2010). Ancak, OKB tanısı alan pek çok kişi başka bir ruhsal bozukluk tanısı da alabilmektedir. Klinik ve epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen bulgular, OKB'de eş tanı oranının yüksek olduğunu doğrulamaktadır (örn., Fineberg, Hengartner, Bergbaum, Gale, Rössler ve Angst, 2013; Hofmeijer-sevink ve ark., 2013). Hatta, araştırma bulguları OKB tanısı alan bireylerin yaklaşık % 90'ının yaşam boyu başka bir ruhsal bozukluk tanısı aldığını belirtmektedir (örn., Ruscio ve ark., 2010; Torresan ve ark., 2013).

OKB ve eş tanı oranlarını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar, OKB ile en sık görülen ruhsal bozukluklar arasında majör depresif bozukluğun da olduğunu göstermektedir (örn., Torresan ve ark., 2013). Bazı araştırmalarda (örn., Denys, Tenney, van Megen, de Geus ve Westenberg, 2004; Lochner ve ark., 2014) ise, OKB ile en sık görülen ruhsal bozukluğun majör depresif bozukluk olduğu belirtilmektedir. Ayrıca, depresif yakınmaları olan ancak majör depresif bozukluk tanı ölçütlerini karşılamayan pek çok OKB'li birey de bulunmaktadır (Rickelt ve ark., 2016).

Yaygınlık oranlarına bakıldığında, klinik örneklem grupları ile yurtdışında yapılan çalışmalar, OKB tanısı alan bireylerin yarısından fazlasının yaşamlarının herhangi bir bölümünde majör depresif bozukluk eş tanısı aldığını belirtmektedir. Örneğin, 382 kişilik klinik örneklemde Hofmeijer-Sevink ve arkadaşları (2013), OKB'de yaşam boyu majör depresyon eş tanı oranını % 56.5 olarak belirtirken, Torresan ve arkadaşları (2013), 858 kişilik klinik örneklemde bu oranın % 68.4 olduğunu belirtmişlerdir. Ancak daha düşük yaşam boyu eş tanı oranı bildiren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, Mohammadi, Ghanizadeh ve Moini (2007) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, genel toplum örnekleminden 444 kişiye OKB tanısı verilmiş ve yaşam boyu OKB ve MDB eş tanı oranının % 14 olduğu bildirilmiştir. OKB tanısı alan bireyler yaşamlarının herhangi bir bölümünde MDB tanısı alabildiği gibi OKB ve MDB, aynı zaman diliminde de birlikte (*current comorbidity*) görülebilmektedir. Yine klinik örneklemde gerçekleştirilen araştırmalarda, OKB tanısı alan bireylerde eş zamanlı MDB eş tanı oranının % 15.4 ila % 39.5 arasında değişim gösterdiği saptanmıştır (Denys ve ark., 2004; Hofmeijer-Sevink ve ark., 2013; Lochner ve ark., 2014; Viswanath ve ark., 2012).

Ülkemizde, OKB tanısı alan bireylerle yapılan bir çalışmada (Tükel ve ark., 2002) OKB’de en yüksek eş tanı oranının majör depresif bozukluk ile görüldüğü ve bu oranın % 39.5 olduğu saptanmıştır. Bahsi geçen araştırmaların sonuçlarına Tablo 1’de yer verilmiştir.

OKB’ye eşlik eden MDB’nin varlığı, klinik açıdan önemli bir takım doğurgulara da neden olmaktadır. OKB’ye MDB’nin eşlik etmesi, obsesif-kompulsif belirtilerin şiddetini (Altıntaş ve Taşkıntuna, 2015; Tükel, Meteris, Koyuncu, Tecer ve Yazıcı, 2006; Viswanath ve ark., 2012), ve anksiyete, depresyon düzeyini artırmakta, işlevselliği ve içgörüyü ise düşürmektedir (Tükel ve ark., 2006). Bazı araştırmalarda intihar düşüncesi ve riskini de artırdığı belirtilmiştir (Viswanath ve ark., 2012; Tükel ve ark., 2006). Ayrıca eşlik eden MDB’nin varlığı psikoterapiden sağlanan başarıyı düşürebilmektedir. Foa, Grayson, Steketee, Doppelt, Turner ve Latimer (1983), 50 kişilik OKB grubu ile tedavi öncesi depresyon düzeyinin Maruz Bırakma ve Tepki Önleme tedavisi üzerindeki etkisini araştırmışlar ve depresyon düzeyi ile tedaviye düşük yanıt arasında güçlü ilişkiler saptamışlardır. Abramowitz, Franklin, Street, Kozak ve Foa (2000), OKB tanısı olan bireyleri depresiflik düzeylerine göre “depresif değil”, “hafif düzeyde depresif”, “orta düzeyde depresif” ve “şiddetli düzeyde depresif” olmak üzere 4’e ayırmış ve şiddetli düzeyde depresif belirtileri olan bireylerin Maruz Bırakma ve Tepki Önleme tedavisinden daha az fayda sağladıklarını belirtmişlerdir.

Öte yandan MDB’li bireylerde eş tanı oranının araştırıldığı çalışmalar da alanyazında yer almaktadır. MDB tanısı alan bireylerde eş tanı oranını inceleyen araştırmalar genellikle MDB ile en yüksek eş tanı oranının anksiyete bozuklukları ile görüldüğünü bildirmektedir (bkz. Strakowski ve Nelson, 2015). Ancak anksiyete bozuklukları içerisinde tanı bazında eş tanı oranı araştırmadan araştırmaya farklılık göstermektedir. Örneğin, Thaipisuttikul ve arkadaşları (2014) en yüksek eş tanı oranının panik bozukluk ile görüldüğünü bildirirken, Annagür ve Tamam (2010) yaygın anksiyete bozukluğu ile görüldüğünü ifade etmektedir.

Tablo 1. Klinik örneklemele gerçekleştirilen araştırmalarda OKB'ye eşlik eden MDB yaygınlık oranları

Çalışma	Örneklem Sayısı (N)	Yaşam boyu Eş Tanı Oranı (%)	Hâlihazırda Eş Tanı Oranı (%)
Denys ve ark. (2004)	420		20.7
Hofmeijer-Sevink ve ark. (2013)	382	56.5	18.3
Lochner ve ark. (2014)	457		15.4
Mohammadi ve ark. (2007)	444	14	
Torresan ve ark. (2013)	858	68.4	
Tükel ve ark. (2002)	147		39.5
Viswanath ve ark. (2012)	545		30.3

MDB'ye eşlik eden OKB yaygınlığı incelendiğinde ise farklı araştırmalarda farklı oranların bildirildiğini belirtebiliriz. Yurtdışı alanyazınında klinik örneklemin dahil edildiği araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre MDB'li bireylerde, eş zamanlı OKB tanısı alma oranı % 13.4 ila % 18 arasında değişirken (bkz. Tablo 2), ülkemizde Buturak, Başterzi, Yazıcı, Yazıcı ve Acar (2011)'ın yaptıkları retrospektif bir araştırmada bu oranın % 5.5 olduğu belirtilmiştir. Buturak ve arkadaşları (2011), majör depresif bozukluk tanılı bireylerin % 19.3'ünde eş tanı görüldüğünü ve OKB'nin MDB'de en fazla görülen ruhsal bozukluk olduğunu raporlamışlardır. Yaşamboyu yaygınlık oranı bildiren iki çalışmanın sonuçları ise birbirinden oldukça farklıdır. 1127 kişilik geniş bir klinik örnekleme kapsayan anksiyete ve duygudurum bozuklukları arasındaki eş tanı oranının incelendiği araştırmada Brown ve arkadaşları (2001), MDB tanısı alan bireylerde yaşam boyu OKB görülme oranının % 20 olduğunu belirtmiştir. Ancak, ülkemizde Annagür ve Tamam (2010) tarafından gerçekleştirilen araştırmada MDB'ye yaşam boyu OKB eşlik etme oranının % 3.3 olduğu bildirilmiştir. Bahsi geçen araştırma sonuçlarına Tablo 2'de yer verilmiştir.

Tablo 2. Klinik örneklemele gerçekleştirilen araştırmalarda MDB'ye eşlik eden OKB yaygınlık oranları

Çalışma	Örneklem Sayısı (N)	Yaşam boyu Eş Tanı Oranı (%)	Hâlihazırda Eş Tanı Oranı (%)
Annagür ve Tamam (2010)	178	3.3	
Brown ve ark. (2001)	1127	20	18
Buturak ve ark. (2011)	311		5.5
Fava ve ark. (2006)	2541		14.2
Rush ve ark. (2005)	1376		13.4
Thaipsisuttikul ve ark. (2014)	190		14.3

Psikiyatrik bozukluklarda depresyon eş tanısı olması durumunda, depresyon eş tanısının varlığı diğer psikiyatrik bozukluğun sonucuymuş gibi algılanabilmektedir. Ancak, depresyonun başka bir hastalığın sonucu (ikincil) veya nedeni (birincil) olup olmadığını belirlemek genellikle zordur, bu nedenle bu tanım tipik olarak hangi tanı belirtilerinin ilk başladığı veya hangisinin daha şiddetli olduğuna bağlıdır. Birçok durumda, bu tespitin geriye dönük olarak yapılması mümkün değildir; ayrıca, bu sınıflandırma nedensellik varsayımına dayanır, yani bir durum diğerini üretir, bu nedenle bu ruhsal bozuklukların her ikisinin de ortak risk faktörlerini paylaşması daha olasıdır (Strakowski ve Nelson, 2015).

1.4. Tanılar Üstü Yaklaşım ve Faktörler

Ulusal ve uluslararası alanyazında ruhsal hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılmasında en yaygın kullanılan iki değerlendirme sistemi bulunmaktadır: ICD (*International Classification of Diseases*; Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması) ve DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) (Harvey ve ark., 2004). DSM ve ICD tanı sistemleri ruhsal hastalıkları belirti kümeleri ile tanımlayarak kategorik olarak sınıflandırmaktadır.

Sınıflandırma işlemi, her biri DSM ve ICD sistemleri tarafından örneklenen belirli bir ölçüt seti doğrultusunda (örn. iştahsızlık veya kiloda önemli değişiklik) tanımlanmış farklı tanı kategorileri (örn. majör depresif bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu) temel alınarak yapılmaktadır. DSM ve ICD tarafından benimsenen sınıflandırma yaklaşımı, hastalıkların varlıklarını (sendromlar) tanımlamak için belirti gruplarını (klinisyenin gördüğü) ve belirtileri (hastanın ifade ettiği) kullandığı için “sendrom yaklaşımı” olarak da bilinmektedir. Yani tanı, bir sorunun etiyolojisini, tedavi edilmediği takdirde o bireyin klinik gidişatını ve hangi tedavinin en yararlı olacağını anlamamanın bir aracıdır. Ayrıca, tanının alternatif tedavilere farklı yanıt veren farklı sendromları belirlemek ve ortak bir klinik dil sağlamak gibi potansiyel klinik faydaları mevcuttur (Watkins, 2015).

Ancak, klinik faydalarının yanı sıra kategorik tanı sistemlerinin pek çok dezavantajı da bulunmaktadır. Öncelikle, bireylerin bir tanı kategorisine yerleştirilmesi, kişisel ve bağlamsal bilgilerin önemini kaybettirebilmektedir. Dolayısıyla, bireyler için önem arz eden klinik bilgilerin klinisyenin gözünden kaçma ihtimali yüksektir. Ayrıca, kategorik tanı sistemleri keyfi bir şekilde tanımlanmış kesme noktaları belirtmektedir. Örneğin, majör depresif bozukluk tanısı için belirtilerin iki haftalık bir dönem boyunca bulunması koşulu buna bir örnek olabilir (Harvey ve ark., 2004; Watkins, 2015). Kategorik tanı sistemlerinin çok eleştirilen bir diğer dezavantajı, bu sistemlerde eş tanı oranının yüksek olmasıdır (Krueger ve Bezdjian, 2009). Örneğin, Kessler, Chiu, Demler ve Walters, (2005), 9282 katılımcı ile 12 aylık eş tanı oranlarını araştırdıkları çalışmada katılımcıların % 45’inin iki veya daha fazla eş tanı aldığını belirtmişlerdir. Dolayısıyla, herhangi bir tanının temel çekirdek özellikleri ve diğer psikopatolojilerden ayrıldığı noktalara yönelik sorular gün geçtikçe artış göstermektedir.

Kategorik sistemlerde bir diğer eleştiri odağı, aynı tanı alan bireyler arasında heterojenlik bulunması ile ilişkilidir (Krueger ve Bezdjian, 2009; Watkins, 2015). Psikiyatrik tanı koymanın nihai amaçlarından birisi homojen gruplar yaratmak olmasına karşın, aynı tanı grupları içerisinde heterojenlik oranının yüksek olduğu belirtilmektedir. Örneğin; majör depresif bozukluk tanısı alan iki birey farklı tanı ölçütlerini karşılayabilmektedir, dolayısıyla bireyler aynı tanıyı alsalar dahi farklı klinik görünümlere sahip olabilmektedirler.

Bir diğ er sorun farklı tanımlar arasındaki benzerlikleri gösteren yakınsak kanıtlardır. Stres, yaşamın erken dönemlerindeki istismar hikayesi, olumsuz yaşam olayları deneyimleme, travma, ruhsal bozukluğu olan bir ebeveyne sahip olmak gibi faktörler psikopatoloji geliştirme açısından gelecekteki riski yordayan faktörlerdir (Nolen-Hoeksema ve Watkins, 2011).

Bu nedenle son zamanlarda alanyazındaki çalışmalar farklı bozukluklar için farklı tedavi programlarını öneren belirtiye dayalı, bozukluğa özgü yaklaşımlardan uzaklaşıldığını göstermektedir. Paralel olarak, klinik psikoloji araştırmaları da birden fazla bozuklukta ortak olan ve bozukluğun başlaması, sürdürülmesi, n ks etmesi ve iyileşmesine nedensel olarak katkıda bulunan bilişsel-davranışçı, kişilerarası ve biyolojik süreçlere yönelik hipotezlere yönelmektedir. Alanyazında, sözü edilen ortak mekanizmalar "tanılar üstü (*transdiagnostic*)" mekanizmalar/faktörler olarak nitelendirilmiştir (Harvey ve ark., 2004). Dolayısıyla, farklı psikopatolojilerin etiyolojisinde ve/veya sürdürülmesinde rol oynayan ortak psikolojik süreçler ilgi ve dikkat çekmekte, bu süreçlere ilişkin araştırmalar da artış göstermektedir ( rn., Egan, Wade, Shafran, 2011; Ehrling ve Watkins, 2008). Bu bağlamda, tanımlar üstü yaklaşım (*transdiagnostic approach*), psikiyatrik bozukluklardaki eş tanı durumlarının ve benzer tedavilerin farklı tanı gruplarında işe yaramasının altında psikopatolojilerin etiyolojilerinde rol oynayan ortak faktörlerin olduğunu ileri süren bir yaklaşım (Nolen-Hoeksema ve Watkins, 2011) olarak belirtilebilmektedir.

Tanımlar  st  süreçlere odaklanan yaklaşımlar, bozukluğa özgü yaklaşımlara göre bir takım kuramsal ve klinik avantajlara sahiptir (bkz. Harvey ve ark., 2004; Mansell, Harvey, Watkins ve Shafran, 2008; Nolen-Hoeksema ve Watkins, 2011). Birincisi, mevcut tanı sistemimizdeki bozuklukların, genel popülasyondaki bireylerde farklı düzeylerde görülebilen süreçlerin işlevsiz versiyonlarından oluştuğu konusunda artan bir görüş birliği söz konusudur ( rn., Kotov ve ark., 2017). Örneğin, negatif uyaranlara yönelik dikkat yanlılığı, sağlıklı örneklemelerde yaygın bir şekilde görülmektedir ancak psikiyatrik bozukluklarda söz konusu dikkat yanlılığının aşırı olması dikkat çekmektedir ( rn., Rozin ve Royzman, 2001). Tanımlar  st  yaklaşım, bu temel işlevsiz süreçlere odaklanmaktadır ve psikopatolojinin gerçek doğasını daha iyi anlamamızı sağlamaktadır.

Tanılar üstü yaklaşımların ikinci bir avantajı, kuram ve tedavinin gelişimi ile ilişkilidir. Yani, tanılar üstü yaklaşımlar bilgiyi köklü psikolojik bozukluk modellerinden henüz tam olarak araştırılmamış olan yeni bozukluklara genellemeye yardımcı olabilmektedir. Örneğin, obsesif kompulsif bozukluk (Salkovskis, 1985) ve panik bozukluğun (Clark, 1986) kuramı ve tedavisindeki erken gelişmeler, insomnia (Harvey, 2002) ve travma sonrası stres bozukluğu (Ehlers ve Clark, 2000)'nun kuram ve tedavisindeki güncel gelişmeler ile örtüşmektedir. Dolayısıyla, bundan sonraki süreçte tanılar üstü yaklaşımın, kuram ve tedavideki ilerlemeleri geniş bir hastalık yelpazesine daha hızlı bir biçimde aktarması beklenmektedir.

Üçüncüsü, eğer bir tanılar üstü faktör, iki veya daha fazla bozuklukla nedensel olarak ilişkiliyse, o zaman değerlendirme ve tedavi, DSM'de bulunan çok sayıda bozukluğa kıyasla bu etkenlere odaklanmalıdır (Mansell, Harvey, Watkins ve Shafran, 2009). Ayrıca, bir tanılar üstü faktörü düzelten tedaviler, ilişkili olduğu tüm bozukluklara da etki edebilmektedir. Örneğin, Tsao, Mystkowski, Zucker ve Craske (2002) tarafından yapılan araştırmada, 51 Panik Bozukluk ve Agorafobi tanısı almış bireye bilişsel davranışçı tedavi uygulanmış ve tedavi öncesi % 60 olan eş tanı oranının tedavi sonrası % 37'lere gerilediği belirtilmiştir. Benzer şekilde, Brown, Antony ve Barlow (1995), 126 panik bozukluk tanısı alan katılımcı ile yaptıkları araştırmada, bilişsel davranışçı terapi öncesi ve sonrası eş tanı oranını incelemişler ve tedavi öncesi % 51 olan eş tanı oranının tedavi sonrası % 17'ye düştüğünü bildirmişlerdir. Bu nedenle, tanılar üstü yaklaşımlar, çok çeşitli bozukluklarda etkili olan tedavi bileşenlerinin oluşumuna öncülük etmektedir. Duygusal bozukluklar için birleşik bir tedavi (*Unified protocol for emotional disorders*; Barlow, Allen ve Choate, 2004) programı, tanılar üstü tedavilere bir örnek olarak belirtilebilmektedir.

Son olarak, tanılar üstü yaklaşımlar, bozukluklar arasındaki eş tanıları anlamamıza yardımcı olabilmektedir. Daha önce de bahsedildiği üzere, psikiyatrik bozukluklarda eş tanı yaygın bir şekilde görülmektedir (Kessler ve ark., 2005). Bozuklukların kümelenme eğilim göstermesi, bozukluk grupları içinde ortaklıklar olduğunu göstermektedir (Watson, 2009). Dolayısıyla, eş tanı, ortak bir yatkınlığı yansıtmaktadır. Tanılar üstü yaklaşımlar, eş tanıli hastalıklar için ortak olan ve

belirtilere nedensel olarak katkıda bulunan söz konusu süreçlere odaklanarak bu tür eş tanı durumlarının açıklanmasında söz sahibidir.

Yapılan çalışmalarda, varsayılan tanılar üstü süreçlerin veya risk faktörlerinin listesi oldukça uzundur (Dudley, Kuyken ve Padesky, 2011; Frank ve Davidson, 2014). İstem dışı düşünceler (Pascual-Vera, Sanchís ve Fuster, 2017), belirsizliğe tahammülsüzlük (Mahoney ve McEvoy, 2012), mükemmeliyetçilik (Egan ve ark., 2011), nörotisizm (Kotov, Gamez, Schmidt ve Watson, 2010), endişe (Borkovec, Ray ve Stober, 1998), tekrarlayıcı düşünme (Ehring ve Watkins, 2008), duygu düzenleme (Kring ve Sloan, 2009) alanyazında belirtilen tanılar üstü faktörlerden bazılarıdır. Harvey ve arkadaşları (2004), seçici dikkat, çalışma belleği, düşünce baskılama, üstbilişsel inançlar gibi pek çok bozuklukla tutarlı bir şekilde ilişkili bir dizi tanılar üstü bilişsel süreç belirtmişlerdir. Ek olarak Frank ve Davidson (2014), anksiyete duyarlılığı, algılanan kontrol, olay sonrası işleme, atıf yanlılığı, davranışsal kaçınma ve duygusal kaçınma gibi bir dizi tanılar üstü faktör bildirmişlerdir.

Tanılar üstü modelin psikopatolojilerle ilgili varsayımlarıyla ilgili henüz yeterince görgül kanıt sağlanamamıştır. Dolayısıyla, psikiyatrik bozuklukların tanı ve tedavi süreçleri hala ağırlıklı olarak betimsel yaklaşım üzerinde yürütülmektedir. Şimdi, bu çalışmada ele alınacak olan mükemmeliyetçilik, nörotisizm, belirsizliğe tahammülsüzlük ve tekrarlayıcı düşünme tanılar üstü yatkınlık faktörlerine değinilecektir.

1.4.1. Mükemmeliyetçilik

Psikopatolojilerin etiyolojisi, sürdürülmesi ve tedavisinde oynadığı rol bakımından mükemmeliyetçilik, son yıllarda alanyazında sıklıkla yer alan kavramlardan birisidir (Egan ve ark., 2011). Kelime anlamı açısından bakıldığında mükemmel kavramı, “eksiksiz, kusursuz, tam, yetkin, şahane” olarak tanımlanırken, mükemmeliyetçi kelimesi ise “Aşırı titiz davranan kimse ve mükemmel olma yolunda aşırı çaba sarf eden kimse” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2011).

Psikolojik bir kavram olarak bakıldığında, Hollender (1978) mükemmeliyetçiliği tanımlayan ilk kişiler arasındadır ve kavramı “bireyin kendisinden veya başkalarından, durumun gerektirdiğinden daha yüksek bir performans talep etme” olarak tanımlamıştır

(akt. Shafran ve Mansell, 2001). Bahsi geçen tanımdan birkaç yıl sonra 1980 yılında, mükemmeliyetçiliği ölçmeye yönelik ilk öz-bildirim ölçeği olan Burns Mükemmeliyetçilik Ölçeği (1980) geliştirilmiştir. Birkaç yıl sonra da Yeme Bozuklukları Envanteri'nin (Garner, Olmstead ve Polivy, 1983) bir alt boyutu olarak mükemmeliyetçilik alt boyutu mükemmeliyetçilik ölçümlerine eklenmiştir. Ancak, bu ölçüm araçlarına dair en büyük problem mükemmeliyetçiliği tek boyutlu bir kavram olarak ele almalarıdır (akt. Stoeber, 2018).

90'lı yılların başında mükemmeliyetçiliği ele alış biçimi farklılaşmaya başlamıştır. Nitekim bu yıllarda, mükemmeliyetçilik çok boyutlu bir kavram olarak nitelenmeye başlanmış ve eş zamanlı olarak mükemmeliyetçiliği çok boyutlu bir yapı olarak ele alan ölçüm araçları geliştirilmiştir. 1990 yılında Frost, Marten, Lahart ve Rosenblate mükemmeliyetçiliğin altı boyutunu tanımlamışlardır: hatalara aşırı ilgi, kişisel standartlar, aile beklentileri, ailesel eleştiri, davranışlardan şüphe ve düzen. Kişisel standartlar boyutu, çok yüksek standartların belirlenmesi ve öz değerlendirmede bu yüksek standartlara aşırı önem verilmesi olarak kavramsallaştırılmıştır. Hatalara aşırı ilgi, hatalara olumsuz tepkiler, hataları başarısızlığa eşdeğer olarak yorumlama eğilimi ve başarısızlığın ardından diğerlerinin saygısını yitireceğine inanma eğilimi olarak kavramsallaştırılmıştır. Ebeveynlerinin çok yüksek hedefler koyduğuna ve aşırı derecede eleştirel olduğuna inanma eğilimi, aile beklentileri boyutunu içermektedir. Aile eleştirileri, bireyin ebeveynlerini aşırı derecede eleştirel algılamasını, bireyin görevlerini (işlerini) tatmin edici bir şekilde tamamlamadığını hissetme eğilimi ise davranışlardan şüphe boyutunun içeriğini yansıtmaktadır. Düzen boyutu, düzenin önemi, düzene ve düzenliliğe yönelik tercihi kapsamaktadır. Mükemmeliyetçiliği çok boyutlu bir kavram olarak ele almaya yönelik bir diğer girişim Hewitt ve Flett (1990, 1991a) tarafından gerçekleştirilmiştir, bahsi geçen araştırmacılar mükemmeliyetçiliği üç boyutlu bir yapı olarak tanımlamışlardır: kendine yönelik mükemmeliyetçilik, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik ve sosyal düzene yönelik mükemmeliyetçilik. Kendine yönelik mükemmeliyetçilik boyutu, bireyin kendisi için titiz (katı) standartlar belirleme, kendi kendini değerlendirme ve eleştirme gibi davranışları içermekteyken, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik diğerlerinin yeteneklerine yönelik inanç ve beklentileri içermektedir. Sosyal düzene yönelik mükemmeliyetçilik ise, kişi için

önemli olan bireylerin kendisi hakkında gerçekdışı standartları olduğu, kendisini sıkı bir şekilde değerlendirdikleri ve ona mükemmel olması için baskı yapıldığı doğrultusundaki algı ve inançlarını kapsamaktadır.

Mükemmeliyetçilik farklı boyutlarla ölçümü yapılan bir kavram olmasına karşın, alanyazında iki boyut altında tanımlanabileceğine dair görüşler de mevcuttur. Frost, Heimberg, Holt, Mattia ve Neubauer (1993), Hewitt ve Flett Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği ve Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeğinin 9 alt boyutu ile faktör analizi yapmış ve iki boyut belirlemişlerdir. Bu boyutlar: uyumsuz değer kaygısı (*maladaptive evaluative concerns*) ve olumlu çaba (*positive striving*) olarak belirtilmiştir. Farklı araştırmacılar da bu boyutları destekleyen araştırma bulguları sunmuşlardır (örn., Bieling, Israeli, ve Antony, 2004a). Uyumsuz değer kaygısı boyutunun depresyon, kaygı ve stres ile ilişkili, olumlu çabanın da olumlu duygulanım ile ilişkili olduğu belirtilse de (Bieling ve ark., 2004a; Frost ve ark., 1993), son zamanlarda olumlu çabanın da olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (örn., Egan ve ark., 2011). Benzer şekilde, Limburg, Watson, Hagger ve Egan (2017), gerçekleştirdikleri meta-analiz çalışmasında, her iki boyutun da farklı psikopatolojiler ile ilişkili olduğunu saptamışlardır.

Mükemmeliyetçiliğin gerek toplam puan, gerekse alt boyutlar ve iki ana boyut bazında psikopatolojiler ile ilişkisi incelendiğinde kavramın pek çok psikopatoloji ile ilişkili olduğuna dair araştırma bulguları alanyazında yerini almıştır. Nitekim, yapılan araştırmalar mükemmeliyetçiliğin, yeme bozuklukları (Cockell ve ark., 2002; Moor, Vartanian, Touyz ve Beumont, 2004), majör depresif bozukluk (Erozkan, Karakas, Ata ve Ayberk, 2011), intihar düşüncesi (Hewitt, Norton, Flett, Callander ve Cowan, 1998), obsesif-kompulsif bozukluk (Rhéaume, Ladouceur ve Freeston, 2000), kaygı bozuklukları (Iketani ve ark., 2002; Saboonchi, Lundh ve Ost, 1999) ve kronik insomnia (Vincent ve Walker, 2000) ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Ayrıca, Bieling, Summerfeldt, Israeli ve Antony (2004b), birincil tanıları anksiyete bozuklukları ve obsesif-kompulsif bozukluk olan 345 kişilik klinik örneklem ile yaptıkları çalışmada, mükemmeliyetçilik düzeyi ile eş tanı oranı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, mükemmeliyetçilik düzeyi arttıkça, eş tanı oranının da arttığını saptamışlardır.

1.4.1.1. Mükemmeliyetçilik ve Majör Depresif Bozukluk

Majör depresif bozukluk, DSM-IV tanı ölçütlerine göre yaşam boyu yaygınlık oranı (% 16) en yüksek ruhsal bozukluktur (Kessler ve ark., 2005). Mükemmeliyetçilik, “kusursuzluk için çaba gösterme, kişinin davranışını aşırı eleştirel değerlendirmesi ve performans standartlarını aşırı derecede yüksek tutmasıyla karakterize edilen çok boyutlu bir kişilik eğilimi” dir (Stoeber 2018, s.3). Mükemmeliyetçilik kişilik eğilimi ile depresyon arasındaki ilişkiler alanyazında pek çok kez ele alınmıştır.

Farklı yaş gruplarıyla yapılan çalışmalar, herhangi bir tanısı olmayan örnekleme (örn. Black ve Reynolds, 2013; Erozkın ve ark., 2011; Rice, Ashby ve Slaney, 1998) mükemmeliyetçilik ile depresiflik düzeyi arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler olduğunu göstermektedir. Ayrıca, Black ve Reynolds (2013), uyumsuz mükemmeliyetçilik (Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği hatalara aşırı ilgi ve davranışlardan şüphe boyutları ile oluşturulmuştur) boyutu ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkilerin toplam mükemmeliyetçilik puanından daha kuvvetli olduğunu belirtmiştir. Majör depresif bozukluk tanısı alan klinik grubun dâhil edildiği araştırmalar da (Enns ve Cox, 2005; Hewitt ve Flett, 1991b), özellikle sosyal düzene yönelik mükemmeliyetçilik boyutu ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler olduğunu bildirmektedir. Karma klinik örneklem ile gerçekleştirilen araştırma bulguları da hem toplam mükemmeliyetçilik puanı ile depresyon düzeyi arasında (örn., Norman, Davies, Nicholson, Cortese ve Malla, 1998), hem de sosyal düzene yönelik mükemmeliyetçilik boyutu ile depresyon düzeyi arasında (örn., Hewitt, Flett ve Endler, 1995) pozitif düzeyde ve anlamlı ilişkilerin olduğunu bildirmektedir.

Majör depresif bozukluk ve mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiler incelendiğinde, ilişkisel sonuçlar sunan bulguların yanı sıra karşılaştırmalı sonuçları kapsayan bulguların da alanyazında yer aldığı görülmektedir. Örneğin, Enns, Cox ve Borger (2001), 161 majör depresif bozukluk tanısı alan katılımcı ile 141 psikiyatrik tanısı olmayan sağlıklı katılımcıyı mükemmeliyetçilik boyutları açısından karşılaştırmış, hatalara aşırı ilgi ve davranışlardan şüphe boyutlarında klinik grubun sağlıklı gruptan anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığını belirtmiştir. Ayrıca, mükemmeliyetçilik ve boyutları açısından depresif grup ile farklı psikopatolojilerin karşılaştırıldığı çalışmalar da mevcuttur. Sassaroli ve arkadaşları (2008), obsesif-

kompulsif bozukluk, yeme bozukluğu, majör depresif bozukluk tanısı alan ve herhangi bir tanı almayan grupları karşılaştırmışlar, hatalara aşırı ilgi, aile beklentileri ve ailesel eleştiri boyutlarında üç klinik grubun sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek puan aldığını saptamışlardır. Hewitt ve Flett (1991b), yalnız depresyon, yalnız anksiyete bozukluğu tanısı alan ve psikiyatrik tanı almayan üç grubu mükemmeliyetçilik puanı açısından karşılaştırmışlardır. Sonuçlar, depresif grubun kendine yönelik mükemmeliyetçilik puanının, diğer iki gruptan anlamlı olarak farklılaştığını, sosyal düzene yönelik mükemmeliyetçilik boyutunda ise depresif ve anksiyöz grubun sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak daha yüksek puan aldıklarını ancak kendi aralarında bir farklılaşma olmadığını göstermektedir.

Son olarak, mükemmeliyetçilik ve depresyon arasındaki ilişkiyi regresyon çalışmaları kapsamında ele alan çalışmalar da mevcuttur. Ashby, Rice ve Martin (2006), normal örnekleme uyumsuz mükemmeliyetçiliğin depresyonu anlamlı bir şekilde yordadığını, kadınlarda depresyon varyansının % 33'ünün, erkeklerde ise %19'unun uyumsuz mükemmeliyetçilik tarafından açıklandığını belirtmişlerdir. Klinik örneklem gruplarıyla yapılan bir araştırmada (Hewitt ve Flett, 1993), yalnızca majör depresif bozukluk tanısı alan grupta sosyal düzene yönelik mükemmeliyetçiliğin depresyon varyansının % 29'unu, kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin ise % 17'sini açıkladığı saptanmıştır. Aynı araştırmada, karma psikiyatrik bir grupta sosyal düzene yönelik mükemmeliyetçiliğin depresyon varyansının % 26'sını, kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin ise % 8'ini açıkladığı belirtilmiştir. Ayrıca boylamsal bir araştırmada (Hewitt, Flett ve Ediger, 1996), sosyal düzene yönelik mükemmeliyetçiliğin 4 aylık süre zarfında depresif belirti düzeyindeki artışı anlamlı olarak yordadığı bildirilmiştir. Paralel olarak Smith, Sherry, Rnic, Saklofske, Enns ve Gralnick (2016) 10 boylamsal araştırmanın metaanalizi yapmışlar ve mükemmeliyetçilik boyutlarının, depresif belirtilere yatkın bireylerin hastalık öncesi kişiliklerinin bir parçası olduğunu belirtmişlerdir.

1.4.1.2. Mükemmeliyetçilik ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Tanılar üstü bir faktör olarak ele alınan mükemmeliyetçiliğin (Egan ve ark., 2011), obsesif-kompulsif bozukluk ile ilişkisi alanyazında hem kuramsal açıklamalarda

hem de görgül araştırmalarda sıklıkla yer almış konulardandır. Örneğın, Mallinger (1984; akt. Rhéaume, Freeston, Dugas, Letarte ve Ladouceur, 1995) OKB ile ilişkili olarak mükemmeliyetçiliğın, zarar riskini azaltarak ve güvenliğı sağlayarak tehdit üzerindeki kontrolü koruma girişimi olarak görüldüğünü belirtmektedir. Freeston, Rhéaume ve Ladouceur (1996) ise, OKB’de merkezi bir rol oynayan beş hatalı inanış alanı tanımlamışlardır: abartılı sorumluluk algısı, düşüncelerin önemsenmesi, abartılı tehdit algısı, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük. Obsesif-Kompulsif Bilişleri Çalışma Grubu (OKBÇG, 1997) da Freeston ve arkadaşları (1996), tarafından belirlenen beş obsesif hatalı inanış alanına bir yenisini eklemiştir: düşünce kontrolü (*overestimation of the importance of controlling one’s thoughts*). Mükemmeliyetçilik yine bir obsesif hatalı inanış alanı olarak ele alınmaya devam etmiştir. Çalışma Grubu, OKB ile ilişkili mükemmeliyetçiliğı, “her sorunun mükemmel bir çözümü olduğuna, kusursuz bir şey yapmanın (yani hatasız) sadece mümkün değil, aynı zamanda gerekli olduğuna ve küçük hataların bile ciddi sonuçlara yol açabileceğine inanma eğilimi” (OKBÇG, 1997; s.678) olarak tanımlamıştır. Mükemmeliyetçiliğın bu özelliklerini yansıtan inançlar, “Benim için kısmen başarısız olmak, tamamen başarısız olmak kadar kötüdür” ya da "Küçük hatalar bile için tamamlanmadığı anlamına gelir" gibi cümleleri içermektedir.

Mükemmeliyetçilik ve OKB ilişkisini ele almayı amaçlayan görgül araştırmalar incelendiğinde, hem normal örnekleme (Rhéaume ve ark., 1995; Wu ve Cortesi, 2009), hem de klinik örnekleme (Norman ve ark., 1998) mükemmeliyetçilik düzeylerinin OKB belirtileri ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca mükemmeliyetçilik, OKB’de belirli alt tipleri ile de ilişkili bulunmuştur. Wu ve Cortesi (2009), mükemmeliyetçiliğın temizleme, kontrol etme ve ritüeller gibi OKB belirtileri ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Yorulmaz, Karancı ve Tekok-Kılıç (2006) ise, OKB’de temizleme belirti düzeyinin, kendine, başkalarına ve sosyal düzene yönelik; kontrol belirti düzeyinin ise yalnızca kendine ve sosyal düzene mükemmeliyetçilik ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Yine yapılan bazı araştırmalarda, OKB tanısı alan bireyler ile sağlıklı kontroller mükemmeliyetçilik ve alt boyutlar açısından karşılaştırılmış, OKB tanısı olan bireylerin, sağlıklı kontrollere kıyasla hatalara aşırı ilgi ve davranışlardan şüphe alt boyutlarında

daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır (Antony, Purdon, Huta ve Swinson, 1998; Buhlmann, Etcoff ve Wilhelm, 2008; Frost ve Steketee, 1997). OKB tanısı alan bireylerin diğer psikopatolojiler ile karşılaştırıldığı araştırmalar da alanyazında mevcuttur. Örneğin, Frost ve Steketee (1997), 34 obsesif-kompulsif bozukluk, 14 agorafobili panik bozukluk (PB) tanılı birey ile 35 kişilik kontrol grubunu mükemmeliyetçilik ve alt boyutlar açısından karşılaştırmışlardır. Toplam mükemmeliyetçilik puanında, hatalara aşırı ilgi ve davranışlardan şüphe alt boyutlarında, OKB ve PB tanısı alan bireyler anlamlı olarak sağlıklı kontrollerden daha yüksek puan almıştır. Hatalara aşırı ilgi alt boyutunda OKB ve PB tanılı bireyler arası anlamlı bir fark gözlenmiyorken, davranışlardan şüphe alt boyutunda OKB'li bireylerin PB'li bireylere kıyasla daha yüksek puan aldıkları gözlenmiştir. Antony ve arkadaşları (1998) tarafından yürütülen, panik bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, sosyal fobi ve özgül fobi tanısı olan bireyler ve klinik bir tanısı olmayan sağlıklı grubun dahil edildiği bir çalışmada, OKB'li bireylerin davranışlardan şüphe alt boyutunda panik bozukluk ve özgül fobi tanısı alan bireylerden daha yüksek, sosyal fobi tanılılardan ise daha düşük puan aldığı saptanmıştır. Benzer bir şekilde, Buhlmann ve arkadaşları (2008) da, OKB tanılı bireylerin beden dismorfik bozukluğu olan bireylere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek davranışlardan şüphe puanı olduğunu belirtmiştir. Dolayısıyla, davranışlardan şüphe boyutunun OKB'yi diğer psikopatolojilerden ayırt etme eğilimi yüksek bir mükemmeliyetçilik alt boyutu olduğu belirtilebilmektedir.

Mükemmeliyetçilik aynı zamanda OKB belirtilerini anlamlı bir şekilde yordayan bir kişilik özelliğidir. Rhéaume ve arkadaşları (1995), mükemmeliyetçiliğin OKB varyansının % 29'unu açıkladığını saptamışlardır. Rice ve Pence (2006) ise, mükemmeliyetçiliğin kontrol davranışlarındaki varyansın %20'sini açıkladığını belirtmiştir.

Mükemmeliyetçilik düzeyi ayrıca OKB'de tedavi sonuçları ile de ilişkilidir. Kyrios, Hordern ve Fassnacht (2015), obsesif inançlar anketi mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük alt boyutunun OKB'de tedavi sonucunu anlamlı olarak yordayan tek alt boyut olduğunu ifade etmişlerdir. Chik, Whittal ve O'Neill (2008) ise, davranışlardan şüphe boyutunun, OKB'de bireysel ve grup temelli bilişsel davranışçı tedavide tedaviye kötü yanıtı yordadığını saptamışlardır.

1.4.2. Nörotisizm/Duygusal Tutarsızlık

Nörotisizm, olumsuz duygulanım deneyimlemeye yönelik kalıcı bir eğilim ya da yatkınlık içeren bir kişilik özelliğidir (Widiger, 2009). Nörotisizm düzeyi yüksek olan bireyler, anksiyete, kıskançlık, duygusallık (hassaslık), karamsarlık ve endişe gibi duyguları deneyimlemeye yatkındırlar (Thompson, 2008). McCrae ve Costa (1987), nörotik bireylerin rahatsız edici duygular ile daha sık uğraşmaları nedeniyle, düşmanca tepkiler verme ve hayal ürünü düşünceler üretme gibi uygunsuz başa çıkma tepkilerini daha sık kullandıklarını belirtmiştir. Ayrıca, yaşadıkları olumsuz duygularla tutarlı olarak, kendini suçlama gibi irrasyonel inançları benimseyebilmektedirler. Dolayısıyla, nörotisizm sadece olumsuz duygulanımı değil aynı zamanda duygusal sıkıntılara eşlik eden rahatsız edici düşünce ve davranışları da içeriyor gibi görünmektedir.

Nörotisizm teriminin kullanımı, alanyazında özellikle Eysenck (1963), McCrae ve Costa (1987) ve Digman (1988; akt. 1990) tarafından tercih edilmiştir. Ancak, nörotisizm teriminin farklı biçimlerde kavramsallaştırıldığı da görülmektedir. Örneğin Goldberg (1990, 1993) duygusal tutarsızlık (*emotional instability*); Watson, Clark ve Tellegen (1988a) negatif duygu (*negative affect*), Cloninger (1987) ise zarardan kaçınma (*harm avoidance*) terimlerini kullanmayı tercih etmişlerdir. Nörotisizm kişilik özelliği, farklı ölçüm araçları kullanılarak değerlendirilebilir. Ülkemizde NEO Kişilik Envanteri (NEO-PI-R; Costa ve McCrae, 1992; Gülgöz, 2002), Eysenck Kişilik Envanteri (EKA; Eysenck ve Eysenck, 1975; Topçu, 1982), Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi-Kısaltılmış Formu (EKA-GGK; Francis, Brown ve Philipchalk, 1992; Karancı, Dirik ve Yorulmaz, 2007) ve HEXACO Kişilik Envanteri (Lee ve Ashton, 2006; Arzu Wasti, Lee, Ashton ve Somer, 2008) nörotisizm değerlendirmesinde kullanılan ölçüm araçlarıdır. Ayrıca Somer, Korkmaz ve Tatar (2002; 2004) tarafından geliştirilen, 220 madde ve 17 alt boyuttan oluşan Beş Faktör Kişilik Envanteri (5FKE) de ülkemizde geliştirilen ve nörotisizm değerlendirilmesinde kullanılan bir diğer ölçüm aracıdır.

Kavramın psikopatolojilerde ortak olarak görülebileceği fikri Clark ve Watson (1991)'ın üç bölümlü modelinde önerilmiştir. Araştırmacılar, negatif duygunun hem anksiyete hem de depresyonda ortak bir kavram olduğuna değinmişlerdir. Nitekim daha sonraları gerçekleştirilen bilimsel araştırmalar da nörotisizmin kişilik özelliğinin, majör

depresif bozukluk (Bienvenu ve ark., 2004), obsesif-kompulsif bozukluk (Fullana ve ark., 2004) ve bipolar bozukluk (Akiskal ve ark., 2006) gibi pek çok psikopatoloji ile ilişkisini desteklemiştir. Benzer şekilde Griffith ve arkadaşları (2010), nörotisizmin içselleştirilmiş bozukluklarda (majör depresif bozukluk, distimi, sosyal fobi, özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve panik bozukluk) ortak olan bir kişilik faktörü olduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışmalar, nörotisizmin pek çok duygusal bozukluk ile ilişkili ortak bir faktör olduğu görüşünü desteklemektedir (Kotov ve ark., 2010).

1.4.2.1. Nörotisizm/Duygusal Tutarsızlık ve Majör Depresif Bozukluk

Depresif duygudurum ile kişilik özellikleri arasındaki ilişki, yıllardır kişilik psikolojisi ve kişilik psikopatolojisi bağlamında tartışılmaktadır. Hatta bu ilişki Antik Yunan'a değin dayanmaktadır (Klein, Kotov ve Bufferd, 2011). Nörotisizm de, sıklıkla depresif belirtiler ile ilişkisi ele alınan bir kişilik özelliğidir. Nitekim, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskısında (DSM-5; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015), nörotisizmin majör depresif bozukluğun oluşumundaki etkisi sağlam bir şekilde kanıtlanmış bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir.

Alanyazında nörotikliğin depresif belirtiler ile de ilişkili olduğunu destekleyen pek çok çalışma vardır. Normal örnekleme gerçekleştirilen araştırmalarda (Barnhofer, Duggan ve Griffith, 2011; Clarke, 2004; Jylhä ve Isometsä, 2006; Saklofske, Kelly ve Janzen, 1995) nörotisizm düzeyi ile depresif belirtiler arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler olduğu belirtilmiştir. Mc Cleery ve Goodwin (2001), nörotiklik düzeyi düşük ve yüksek bireyleri depresiflik düzeyi açısından karşılaştırmışlar, daha nörotik olan grubun anlamlı olarak daha depresif olduğunu saptamışlardır. Ayrıca nörotisizm düzeyi yüksek olan grubun (n=14), yarısı MDB tanısı karşılarken, daha az nörotik olan grupta (n=14) ise yalnızca bir kişinin MDB tanısı aldığı belirtilmiştir. Nörotisizm ve depresyon ilişkisinde, klinik örneklem ile gerçekleştirilen araştırmalar da mevcuttur. Uluşahin ve Uluğ (1997), ülkemizde gerçekleştirdikleri araştırmada remisyonda depresif epizodu olan grup (depresif olmayan) ile depresif epizodda olan grubu (depresif) nörotisizm boyutu açısından karşılaştırmışlar, depresif epizoddaki grubun daha nörotik olduğunu saptamışlardır. Jylhä ve arkadaşları da (2010), 347 kişilik normal örneklem ve 358

majör depresif bozukluk tanılı katılımcı ile gerçekleştirdikleri araştırmada depresif grubun nörotisizm puanının sağlıklı gruptan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Öte yandan, regresyon çalışmaları (Clarke, 2004; Saklofske ve ark., 1995) nörotisizmin, depresif belirtileri anlamlı bir biçimde yordayan bir kişilik özelliği olduğunu belirtmektedir. Örneğin, nörotisizmin psikopatolojileri açıklama gücünü ele alan bir çalışmada Naragon-Gainey ve Watson (2016), nörotik kişilik özelliğinin MDB belirtilerinin % 72'sini açıkladığını belirtmişlerdir. Nörotisizm, ayrıca eş tanı açısından da değerlendirilmiştir. Cuijpers, van Straten ve Donker (2005), nörotik kişilik özelliğinin bireylerin bir ya da daha fazla tanı alma durumunu anlamlı bir şekilde yordadığını belirtmiştir.

1.4.2.2. Nörotisizm/Duygusal Tutarsızlık ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Nörotiklik kişilik özelliğinin ilişkili olduğu bir diğer psikopatoloji obsesif-kompulsif bozukluktur. Scarrabelotti, Duck ve Dickerson (1995) hem OKB tanısı alan grupta hem de normal örnekleme nörotisizm ile OKB belirtileri arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Watson, Clark ve Carey (1988b) de, nörotikliğin OKB belirtileri ile ılımlı düzeyde ilişkili olduğunu saptamıştır. Ayrıca, belirti bazında da değerlendirme yapmışlar, temizlik obsesyonları ve kontrol kompulsiyonları ile nörotisizm arasında da pozitif ve anlamlı ilişkilerin olduğunu bildirmişlerdir.

Mataix-Cols, Vallejo ve Sanchez-Turet (2000), gerçekleştirdikleri araştırmada obsesif-kompulsif belirtilerin düzeyine göre 3 subklinik örneklem oluşturmuşlar. Bütün subklinik grupların, kontrol grubundan daha yüksek nörotisizm puanına sahip olduğunu belirtmişlerdir. Fullana ve arkadaşları (2004) da, subklinik obsesif-kompulsif belirtileri olan ve OKB tanısı almış bireyleri tanı almamış sağlıklı grup ile kıyaslamışlar, subklinik ve tanılı grubun anlamlı olarak daha nörotik olduğunu saptamışlardır. Samuels ve arkadaşları da (2000) OKB tanılı grubun sağlıklı gruptan daha yüksek nörotisizm puanına sahip olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca, aynı araştırmada, OKB tanılı bireylerin ve sağlıklı grubun birinci derece akrabaları da nörotisizm açısından karşılaştırılmış ve tanılı grubun yakınlarının anlamlı olarak daha nörotik olduğu saptanmıştır.

Ayrıca Fullana ve arkadaşları (2004), subklinik obsesif kompulsif belirtileri olan bireylerle yaptıkları çalışmada nörotisizmin obsesif kompulsif belirtileri en iyi yordayan kişilik özelliği olduğunu belirtmişlerdir. Yorulmaz (2007) tarafından yürütülen ve OKB'nin yatkınlık faktörlerinin araştırıldığı tez çalışmasında da, hem Türk hem de Kanadalı üniversite öğrencilerinde nörotisizm kişilik boyutunun obsesif-kompulsif belirtileri anlamlı bir şekilde yordadığı saptanmıştır. Nörotikliğin psikopatolojileri açıklama gücünü ele alan bir çalışmada ise Naragon-Gainey ve Watson (2016), nörotisizm kişilik özelliğinin OKB belirtilerinin % 43'ünü açıkladığını belirtmişlerdir.

1.4.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Belirsizliğe tahammülsüzlük, “bireylerin bilişsel, duygusal ve davranışsal düzeyde belirsizliği algılama, yorumlama ve tepki gösterme biçimlerini etkileyen bilişsel bir yanlılıktır” (Dugas, Schwartz ve Francis, 2004, s.835). Buhr ve Dugas (2002), belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan kişilerin belirsizlik içeren durumları keyif kaçıran ve stresli durumlar olarak görmeye, belirsizlikten kaçınmaya ve belirsizlik içeren durumlarda işlevselliklerinde sıkıntı yaşamaya yatkın olduklarını ifade etmiştir. Ayrıca, günlük yaşamın doğasında olan belirsizlikler göz önüne alındığında, belirsizliğe tahammülsüz bireyler yaşamın birçok yönünü tolere etmekte zorlanmaktadır. Belirsizlik karşısında kendilerini tehdit altında hissetmeye meyillidirler ve belirsizliği kontrol altına almak ya da ortadan kaldırmak için nâfile uğraşmaktadırlar (Buhr ve Dugas, 2009).

Kavramın ölçümü ile ilgili olarak, 1994 yılında Freeston, Rheaume, Letarte, Dugas ve Ladouceur, 27 maddeden ve 5 boyuttan oluşan Fransızca Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeğini (BTÖ) geliştirmiştir. Bu ölçeğin boyutları şu şekildedir: 1) Belirsizlik kabul edilemezdir ve kaçınılmalıdır, 2) Belirsizlik bireyi olumsuz etkiler, 3) Belirsizlik ile ilgili engellenmişlik, 4) Belirsizlik stresi tetikler ve 5) Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller. Buhr ve Dugas (2002), aynı ölçeği İngilizceye uyarlamış ve İngilizce versiyonunun 4 boyuttan oluştuğunu belirtmişlerdir. 1) Belirsizlik üzücü ve stres vericidir, 2) Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller, 3) Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir, 4) Belirsizlik adil değildir. Carleton, Norton ve Asmundson (2007) ise Buhr ve Dugas (2002)'in İngilizceye uyarladığı Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Ölçeği'nin 12 maddelik kısa formunu geliştirmişlerdir. Ölçeğin kısa versiyonu 2 boyuttan oluşmaktadır: 1) İleriye yönelik kaygı ve 2) Engelleyici kaygı.

Kavramsal olarak belirsizliğe tahammülsüzlük, önceleri endişe ile ilişkilendirilmiştir (Buhr ve Dugas, 2002). Dugas, Gagnon, Ladouceur ve Freeston (1998) tarafından önerilen yaygın anksiyete bozukluğunu açıklayan bilişsel-davranışçı modelde dört temel bilişsel özelliğe yer vermiştir: belirsizliğe tahammülsüzlük, endişe ile ilgili olumlu inançlar, problem çözmede yetersizlik ve bilişsel kaçınma. Bu model çerçevesinde, Dugas ve arkadaşları (1998, s.216) belirsizliğe tahammülsüzlüğün, “yaygın anksiyete bozukluğunda başta yer alan “Ya ise?” sorularını artıran ve hatta o an için gereken bir uyaran yokluğunda bu soruları oluşturabilen anahtar bir süreç” olduğunu belirtmiştir. Dolayısıyla, belirsizliğe tahammülsüzlük, yaygın anksiyete bozukluğuna ait etiyolojik bir faktör olarak düşünülmüştür (Dugas, Buhr ve Ladoceur, 2004).

Yapılan son çalışmalarda belirsizliğe tahammülsüzlüğün anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk ve depresyon belirtilerinin sürmesine katkı sağlayan tanılar üstü bir kavram olduğu belirtilmektedir (Carleton ve ark., 2012; Gentes ve Ruscio, 2011). Ayrıca, belirsizliğe tahammülsüzlüğün yeme bozuklukları (Sternheim, Konstantellou, Startup ve Schmidt, 2011) ile de ilişkili olduğu saptanmıştır.

1.4.3.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Majör Depresif Bozukluk

Belirsizlik tahammülsüzlüğü yüksek olan bireyler, farklı belirsizlik seviyeleri içeren günlük olaylarla başa çıkmakta zorlanabilmektedir ve bu nedenle yüksek düzeyde sıkıntı yaşayabilmektedirler. Dolayısıyla, belirsizliğe tahammülsüzlük yalnızca anksiyöz bireylerde değil depresif bireylerde de görülebilmektedir. Nitekim, tanılar üstü bir kavram olarak belirsizliğe tahammülsüzlüğün depresif belirtiler ile ilişkisine de alanyazında değinilmiştir.

Yapılan çalışmalar (Berenbaum, Bredemeier ve Thompson, 2008; Buhr ve Dugas, 2002) belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin depresif belirtiler ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Saulnier, Allan, Raines ve Schmidt (2019), belirsizliğe tahammülsüzlük ve depresyon alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemişler, belirsizliğe tahammülsüzlüğün iki alt boyutu olan engelleyici kaygı ve ileriye yönelik kaygı

düzeyinin depresyonun bilişsel ve afektif/somatik boyutlarıyla pozitif düzeyde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu belirtmiştir. De Jong-Meyer, Beck ve Riede (2009), hem disforik hem de normal örnekleme dahil ettikleri çalışmalarında, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi ile depresif belirtilerin her iki örnekleme de ilişkili olduğunu saptamışlardır. Aynı araştırmada, disforik örneklemin normal örneklemden daha fazla belirsizliğe tahammülsüzlük puanı olduğu bildirilmiştir. Klinik örneklem ile gerçekleştirilen bir araştırmada ise, Carleton ve arkadaşları (2012) da, majör depresif bozukluk tanılı bir grubun normal örnekleme kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek belirsizliğe tahammülsüzlük puanları olduğunu belirtmiştir.

Miranda, Fontes ve Marroquin (2008), belirsizliğe tahammülsüzlüğün depresif belirtileri anlamlı bir biçimde yordadığını belirtmiştir. Dar, Iqbal ve Mushtaq (2017) ise, klinik örneklem ile yürüttükleri bir araştırmada, belirsizliğe tahammülsüzlüğün hem doğrudan hem de endişe değişkeni üzerinden depresif belirtileri yordadığını saptamıştır.

1.4.3.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Belirsizliğe tahammülsüzlük de yukarıda bahsettiğimiz mükemmeliyetçilik gibi, Obsesif-Kompulsif Bilişleri Çalışma Grubu (OKBÇG, 1997) tarafından belirlenen altı obsesif hatalı inanış alanından birisidir. Çalışma Grubu, OKB ile ilişkili belirsizliğe tahammülsüzlüğün üç tür inançla ilişkili olduğunu belirtir: (1) kesin olmanın gerekliliği hakkındaki inançlar; (2) öngörülemeyen değişimle başa çıkma kapasitesinin zayıf olduğu inancı ve (3) doğası gereği belirsiz durumlarda işlevsellikte zorluk yaşanabileceği inancı. Örneğin, “Eğer sıkı bir şekilde çalışırsam işleri kesin hale getirmek mümkündür”, “Belirsizliğe tahammül edemem” ve “Bir şeyden kesinlikle emin değilsem, bir hata yapmak zorunda kalırım” vb. cümleler bu inançları kapsamaktadır (OKBÇG, 1997, s.678).

Son yıllarda yapılan araştırmalarda, belirsizliğe tahammülsüzlük ile obsesif-kompulsif bozukluk arasındaki ilişkiye dair kanıtlar da artış göstermektedir. Sica ve arkadaşlarının (2004), obsesif-kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan gruplar ve normal örnekleme yaptığı araştırmada, hem OKB tanılı grupta hem de sağlıklı kontrollerde obsesif-kompulsif belirtiler ile belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca, OKB tanılı bireylerin belirsizliğe

tahammülsüzlük düzeyinin yaygın anksiyete tanısı alan grup ve sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir. McEvoy ve Mahoney (2012) de karma klinik örnekleme belirsizliğe tahammülsüzlük alt boyutları olan engelleyici kaygı ve ileriye yönelik kaygı düzeyinin obsesif-kompulsif belirtiler ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Sarawgi, Oglesby ve Cogle (2013), belirsizliğe tahammülsüzlük ile OKB belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemiş ve kontrol etme kompulsiyonları, bulaşma kaygısı ve obsesyonlar ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında anlamlı ilişkiler olduğunu saptamışlardır.

Holaway, Heimberg ve Coles (2006), belirsizliğe tahammülsüzlük, yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişkileri daha iyi anlamak amacıyla üniversite öğrencileri üzerinde bir çalışma gerçekleştirmiştir. Bu çalışmada, öğrenciler belirli ölçeklerden aldıkları puanlara göre üç eşik altı örneklem ve bir sağlıklı grup olmak üzere dört gruba ayrılmıştır: yaygın anksiyete benzeri belirtileri olan, OKB benzeri belirtileri olan, hem yaygın anksiyete hem OKB benzeri belirtileri olan ve kaygılı olmayan sağlıklı grup. Sonuçlara göre, hem OKB hem de yaygın anksiyete benzeri belirtileri olan grup, yalnız OKB benzeri belirtileri olan ve kaygılı olmayan sağlıklı gruba göre belirsizliğe daha tahammülsüz bulunmuştur. Her iki belirtiyeye sahip olan grup, yalnız yaygın anksiyete benzeri belirtileri olan gruptan da daha yüksek puanlara sahiptir ancak bu farklılık anlamlı değildir. Ayrıca, OKB belirtilerinin hepsi belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilişkili bulunmuştur. Tolin, Abramowitz, Brigidi ve Foa'nın (2003) OKB'li hastalar üzerindeki ve OKB belirti kümelerini de temel alarak gerçekleştirdikleri çalışmasında kontrol etme kompulsiyonu olan OKB'li bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin kontrol etme kompulsiyonu olmayan OKB'li bireylerden ve kaygılı olmayan kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, tekrarlama ve kontrol etme kompulsiyonlarının belirsizliğe tahammülsüzlüğün anlamlı bir yordayıcısı olduğu bildirilmiştir.

1.4.4. Tekrarlayıcı Düşünme

Tekrarlayıcı (olumsuz) düşünme, bireylerin kendileri ve dünya hakkındaki olumsuz özelliklerine odaklanan dikkatli, süreklilik arz eden, yaygın bilişsel bir

etkinliktir (Segerstorm, Stanton, Alden ve Shortridge, 2003). Endişe ve ruminasyon, tekrarlayıcı düşünmenin en sık araştırılan iki türüdür (McEvoy, Watson, Watkins ve Nathan, 2013). Nolen-Hoeksema (1991, s.569)'nın Tepki Biçimleri Kuramı çerçevesinde ruminasyon; “bireylerin depresif belirtilerine, bu depresif belirtilerin nedenlerine, anlamlarına ve sonuçlarına edilgen bir şekilde odaklanması” olarak tanımlanmaktadır. Endişe ise, “olumsuz duygulanımla karakterize ve nispeten kontrol edilemeyen düşünceler ve imgeler bütünüdür.” (Borkovec, Robinson, Pruzinsky ve DePree, 1983, s. 10).

Tekrarlayıcı düşünme kavramının ölçümünde, sıklıkla 5’li Likert tipi 31 maddeden oluşan Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği (McEvoy, Mahoney ve Moulds, 2010; Gülüm ve Dağ, 2012) kullanılmaktadır. TDÖ, Ruminatif Tepki Ölçeği, Penn State Endişe Ölçeği ve Olay Sonrası İşleme Ölçeği (*Post-Event Processing Questionnaire*) ölçek maddeleri kullanılarak oluşturulmuştur. Dolayısıyla hem ruminatif tepkiler, hem de endişe gibi tekrarlayıcı düşünmenin farklı formlarına ilişkin maddeleri içermektedir. Ölçeğin iki alt boyutu bulunmaktadır: “Tekrarlayıcı Olumsuz Düşünme” ve “Tekrarlayıcı Düşünmenin Yokluğu”. Ayrıca tekrarlayıcı düşünme kavramını içeren araştırmalarda ruminasyon ve endişe kavramlarına ilişkin ölçekler de kullanılabilir. Örneğin Ruminatif Tepkiler Ölçeği (Nolen-Hoeksema ve Morrow, 1991; Neziroğlu, 2010) “derinlemesine düşünme (*reflective pondering*)” ve “geviş getirir gibi düşünme (*brooding*)” olmak üzere iki farklı altboyuttan oluşan bir ölçektir. Kısa Form Ruminasyon Ölçeği ise, Treynor, Gonzalez ve Nolen-Hoeksema (2003), tarafından geliştirilen ve Erdur-Baker ve Bugay (2012) tarafından uyarlanan 10 maddeli bir ölçektir. Ölçeğin, ‘saplantılı düşünme’ ve ‘derin düşünme’ olarak adlandırılan iki alt boyutu mevcuttur. Endişe kavramının ölçümüne ilişkin ise Penn State Endişe Ölçeği (Meyer, Miller, Metzger ve Borkovec, 1990; Yılmaz, Gençöz ve Wells, 2008) sıklıkla kullanılan bir ölçektir. Söz konusu ölçek ise, 16 maddeden oluşan tek boyutlu bir ölçektir.

Tekrarlayıcı düşünme, Harvey ve arkadaşları (2004) tarafından belirtilen tanılar üstü kavramlardan biridir. Nitekim alanyazındaki çalışmalar, bütünsel bir kavram olan tekrarlayıcı düşünme ya da tekrarlayıcı düşünmenin iki türü olan ruminasyon ve endişenin depresyon (gözden geçirme için bkz. Watkins, 2008), obsesif kompulsif

bozukluk (Wahl ve ark., 2011b) ve travma sonrası stres bozukluğu (Michael, Halligan, Clark ve Ehlers, 2007) gibi pek çok psikopatoloji ile ilişkisini ortaya koymaktadır. Ayrıca, McEvoy ve arkadaşları (2013) tekrarlayıcı düşünme düzeyi ile eş tanılılığın ilişkili olduğuna değinmiştir. Bu bağlamda, tekrarlayıcı düşünme hem araştırmalarca farklı psikopatolojiler ile hem de eş tanı ile ilişkisi ortaya konmuş olması nedeniyle tanılar üstü bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

1.4.4.1. Tekrarlayıcı Düşünme ve Majör Depresif Bozukluk

Depresyon ve tekrarlayıcı düşünmenin bir formu olan ruminasyon arası ilişkiler ele alınırken öncelikle Tepki Biçimleri Kuramından bahsetmek gerekir. Tepki Biçimleri Kuramı, Nolen-Hoeksema (1991) tarafından bireylerin depresif belirtilerine tepki verme biçimlerinin depresif belirtilerin süresini etkilediğini belirterek oluşturulan bir kuramdır. Nolen-Hoeksema (1991)'ya göre ruminatif tepkiler, kişinin depresyonda olduğu gerçeğine, depresyon belirtisi üzerine ve depresif belirtilerin nedenleri, anlamları ve sonuçları hakkında tekrar tekrar odaklanmayı içermektedir. Buna karşılık, sorunlarına odaklanmadan ve sorunları çözmeden önce ruh hallerini rahatlatmak için hoş ve dikkat dağıtıcı aktiviteler yapma eğiliminde olan bireyler, daha kısa süreli depresif ruh hallerine sahip olacaktır.

Ruminasyon ile depresif belirtiler arası ilişkileri inceleyen bilimsel araştırmalara göz atacak olursak, alanyazında yapılan çalışmalarda hem majör depresif bozukluk tanılı örneklemde (Papageorgiou ve Wells, 2003; Şenormancı, Konkan, Güçlü, Şenormancı ve Sungur, 2013) hem de normal örneklemde (Papageorgiou ve Wells, 2003; Thomas ve Altareb, 2012) ruminasyonun depresif belirti şiddeti ile anlamlı düzeyde ve pozitif ilişkisi olduğu görülmektedir. Karşılaştırmalı bir çalışmada (Roberts, Gilboa ve Gotlib, 1998), disforik öğrencilerin disforik olmayanlara göre daha fazla ruminatif düşünce stilini benimsediklerini bulunmuştur. Nolen-Hoeksema (2000), ruminasyonun depresif bozukluklardaki rolünü araştırdığı araştırmasında, majör depresif bozukluk tanılı bireylerin tanı almayanlara kıyasla ruminatif tepkiye daha meyilli olduklarını saptamıştır. Bahsi geçen araştırma, ruminasyonun ayrıca yeni depresif atak başlangıçları da dahil olmak üzere depresif bozuklukları yordadığını göstermiştir. Boylamsal bir çalışmada (Wilkinson, Croudace ve Goodyer, 2013)

ruminasyonun, depresif bir bozukluğun başlangıcı ile ilişkili olduğu ve 12 ay sonraki depresyon şiddetini de yordadığı saptanmıştır. Bu ve diğer bulgular, ruminasyonun depresyon için önemli bir kavram olarak düşünülebileceği sonucuna götürmüştür.

Endişe ve depresyon ilişkisi çerçevesinde gerçekleştirilen araştırmalar, hem depresyon tanısı alan örneklemde (Goring ve Papageorgiou, 2008) hem de farklı yaş gruplarında ve normal örneklemde (Boelen, Vrinssen ve van Tulder, 2010; Dugas ve ark., 2004b; Flett, Coulter, Hewitt ve Nepon, 2011) endişenin depresif belirtiler ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Yook, Kim, Suh ve Lee (2010), yaygın anksiyete bozukluğu ve/veya depresyon tanılı bir örneklemde de depresif belirtiler ile endişe faktörünün ilişkili olduğunu destekleyen bulgular sunmuşlardır. Ve hatta yapılan araştırmalar, depresyon tanısı alan bireyler ile yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin endişe puanları açısından farklılaşmadığını (örn. McEvoy ve ark., 2013; Starcevic, 1995) göstermektedir. Ülkemizde üniversite öğrencisi örneklemiyle gerçekleştirilen bir araştırmada Yılmaz (2015), cinsiyet etkisi ve kaygı-depresyon eşzamanlılığı kontrol edildikten sonra, endişe değişkeninin depresif belirtileri anlamlı olarak yordadığını belirtmiştir.

Yukarıda da özetlendiği üzere son yıllarda gerçekleştirilen araştırmalar depresif belirtilerin hem endişe hem de ruminasyon ile ilişkisini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, endişe ve ruminasyon kavramlarını içeren bütünsel bir kavram olan tekrarlayıcı düşünmenin depresif belirtiler ile ilişkili olması kaçınılmazdır. Nitekim, yapılan çalışmalarda (örn. Gülüm ve Dağ, 2014; Mahoney, McEvoy ve Moulds, 2012), depresif belirtilerin tekrarlayıcı düşünme ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

1.4.4.2. Tekrarlayıcı Düşünme ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Ruminasyon ve obsesyonlar, tekrarlayıcı olma, giricilik ve kontrol edilemezlik açısından benzer bilişsel süreçleri içermektedir. Nitekim Amerikan Psikiyatri Birliği (DSM-5; 2013/2015) obsesyonları, zorla ve istenmeden gelen yineleyici düşünceler olarak tanımlarken, Nolen-Hoeksema (1991), ruminasyonu bireyin depresif belirtilerin nedenleri ve sonuçlarına tekrar tekrar odaklanmasını içeren bir süreç olarak ele almıştır. Keza, önceleri alanyazında obsesyon ve ruminasyon kavramı birlikte kullanılmıştır. Obsesyonel ruminasyon, açık davranışsal ritüelleştirme (kompulsif davranışlar)

olmaksızın saplantılı düşünme olarak tanımlanmış ve özellikle tepkisiz bir obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) formu olarak kabul edilmiştir (Salkovskis, Forrester ve Richards, 1998; Salkovskis ve Westbrook, 1989). Obsesyonlar ve endişe de, kontrol edilmesi zor olarak algılanan ve olumsuz duygular üreten girici düşünceler olması açısından benzerlik içerisindedir. Genellikle hastalanma kaygısı ve hata yapma gibi ortak temaları içermektedirler. Her ikisi de ilişkili oldukları kaygıyı azaltma ya da kaçınmayı içeren davranışsal süreçler ile ilişkilidir (Calleo, Hart, Björgvinsson ve Stanley, 2010).

Alanyazında, hem ruminasyon hem de endişe OKB ile ilişkili gibi görünmektedir. Wahl, Ertle, Bohne, Zurowski ve Kordon (2011a), üniversite öğrencisi örnekleminde ruminatif tepki eğiliminin hem OKB toplam puanı ile hem de OKB belirti boyutları arasında pozitif ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Dar ve Iqbal (2015), yaygın anksiyete bozukluğu veya obsesif-kompulsif bozukluk tanısı alan 60 kişilik bir klinik örnekleme, obsesif-kompulsif belirtiler ve ruminasyonun ilişkili olduğunu saptamışlardır. OKB boyutları ile ruminasyon ilişkisinin ele alındığı bir çalışmada (Raines, Vidaurri, Portero ve Schmidt, 2017), sorumluluk, kabul edilemez düşünceler ve simetri boyutları ile ruminasyon arasında anlamlı ilişkiler saptanırken, bulaşma boyutu ile ruminasyon arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada, ruminasyonun negatif duygulanım kontrol edildiğinde yalnızca kabul edilemez düşünceler boyutunun anlamlı bir yordayıcısı olduğu saptanmıştır. Wahl ve arkadaşları (2011b) tarafından yapılan bir çalışmada, OKB ve MDB bozukluk tanısı alan bireyler ruminatif tepki eğilimi açısından karşılaştırılmış ve OKB'li bireyler ile depresyon tanısı alan bireylerin ruminatif tepki eğilimi açısından farklılaşmadığı belirtilmiştir. Dolayısıyla, depresyona özgü bir kavram gibi algılanan ruminasyonun OKB ile de ilişkili olduğu araştırmalarca desteklenmektedir.

Ayrıca, obsesif-kompulsif belirtiler ile endişe düzeyi arasında da ilişki olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır. Wells ve Papageorgiou (1998), endişe ile hem OKB toplam puanı ile hem de OKB belirti boyutları arasında anlamlı ve pozitif ilişkiler olduğunu saptamıştır. Dar ve Iqbal (2015), 60 kişilik bir klinik örnekleme, obsesif-kompulsif belirtiler ve endişenin ilişkili olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada endişenin, OKB belirtilerini anlamlı bir şekilde yordadığı da saptanmıştır. Dolayısıyla,

endişe ve ruminasyon kavramlarını içeren bütünsel bir kavram olan tekrarlayıcı düşünmenin obsesif-kompulsif belirtiler ile de ilişkili olması kaçınılmazdır. Nitekim, yapılan çalışmalarda (Gülüm ve Dağ, 2014), obsesif-kompulsif belirtilerin tekrarlayıcı düşünme ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

1.5. OKB ve MDB’de Nörotisizm, Mükemmeliyetçilik, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Tekrarlayıcı Düşünme Arası İlişkiler

Yukarıda da anlatıldığı üzere nörotisizm, mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük ve tekrarlayıcı düşünme faktörlerinin tanılar üstü faktörler olduğu gerçekleştirilen araştırmalarda doğrulanmış, OKB ve MDB ile ilişkisi de yine bahsi geçen araştırma bulgularınca desteklenmiştir. Söz konusu tanılar üstü faktörlerin, ayrı ayrı obsesif-kompulsif ve depresif belirtiler ile ilişkili olmasının yanında bazı çalışmalarda birbirleri ile ilişkili bir şekilde MDB ve OKB belirtilerini yordadıkları saptanmıştır.

Muris, Roelofs, Rassin, Franken ve Mayer (2005), 73 üniversite öğrencisi ile nörotisizm ve depresif belirtiler arası ilişkilerde ruminasyon ve endişenin aracı rolünü incelemişlerdir. Sonuçlara göre, hem ruminasyon hem de endişenin nörotisizm ve depresif belirtiler arası ilişkide aracı bir rol üstlendiği saptanmıştır. Roelofs, Huibers, Peeters, Arntz ve Van Os (2008b) ise majör depresif bozukluk tanısı alan 198 kişilik klinik örneklem ile nörotisizm ile depresif belirtiler arasındaki ilişkide ruminasyon ve endişenin aracı etkisini araştırmışlar ve her ikisinin de aracı rolü olduğunu saptamışlardır. Farklı olarak, normal örneklemde gerçekleştirilen bir araştırmada Roelofs, Huibers, Peeters ve Arntz (2008a), nörotisizm ile depresif belirtiler arası ilişkide ruminasyonun farklı bileşenlerinin aracı etkisini incelemişler ve üzüntü üzerine ruminasyonun nörotisizm ve depresif belirtiler arası ilişkilere aracılık ettiğini belirtmişlerdir. Barnhofer ve Chittka (2010), hem depresif hem de depresif olmayan örneklemde, nörotisizm ve depresif belirtiler arası ilişkide ruminasyonun aracı etkisi olduğunu bildirmişlerdir. İleriye yönelik bir araştırmada ise Nolan, Roberts ve Gotlib (1998), nörotisizm ve ruminasyonun bireylerin 8-10 seans sonraki depresyon düzeyini yordadığını, ruminatif tepkilerin bu ilişkide aracı bir rolü olduğunu saptamışlardır. Ayrıca, Kaçar-Başaran, Özyağcı ve Arkar (2019), üniversite öğrencisi örneklemini ile

gerçekleştirdikleri araştırmada zarardan kaçınma mizaç özelliği ile depresif belirtiler arası ilişkide tekrarlayıcı düşünmenin aracı bir değişken olduğunu belirtmiştir. Nörotisizm ile zarardan kaçınma mizaç özelliğinin aynı yapının farklı kavramsallaştırmaları olduğu (Widiger, 2009) ve aralarında pozitif ve yüksek bir ilişki olduğu düşünüldüğünde (örn. De Fruyt, Van De Wiele ve Van Heeringen, 2000; Tok ve Arkar, 2012), nörotisizm ve depresif belirtiler arası ilişkide de tekrarlayıcı düşünmenin aracı bir rol oynaması şaşırtıcı değildir. Nörotisizm, tekrarlayıcı düşünme ve OKB arası ilişkiler incelendiğinde, Pfaltz, Mörsedt, Meyer, Wilhelm, Kossowsky ve Michael (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, nörotisizm ile OKB belirtileri arasındaki ilişkide endişe ve ruminatif bir tepki tarzı olan geniş getirir gibi düşünmenin (*brooding*) aracı etkisi olduğu belirtilmiştir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük de nörotisizm ve depresif belirtiler arası ilişkide rol oynayan bir değişkendir. McEvoy ve Mahoney (2013), klinik bir örnekleme nörotisizm ve depresif belirtiler arası ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlüğün aracı bir rolü olduğunu belirtmiştir. Van der Heiden ve arkadaşları (2010), yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış klinik bir örnekleme de benzer bir sonuç elde etmişlerdir. Yine McEvoy ve Mahoney, (2012), klinik örnekleme nörotisizm ile obsesif-kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiye belirsizliğe tahammülsüzlüğün ileriye yönelik kaygı boyutunun aracılık ettiğini saptamıştır.

Mükemmeliyetçilik ile obsesif-kompulsif belirtiler arası ilişkiler incelendiğinde ise Reuther ve arkadaşları (2013), 475 üniversite öğrencisi örnekleme ile yaptıkları çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlüğün tam aracı rolü olduğunu belirtmiştir. Mükemmeliyetçilik ve psikolojik uyum arası ilişkilerde ise Kawamoto ve Furutani (2018), belirsizliğe tahammülsüzlüğün aracı rolü olduğunu belirtmişlerdir. Bu araştırmada depresif belirtiler psikolojik uyum göstergelerinden biri olarak kabul edilmiştir.

Mükemmeliyetçiliğin hem ruminatif düşünce hem de endişeye neden olduğu (Flett, Nepon ve Hewitt, 2016), tekrarlayıcı düşünme tarzının ise hem obsesif-kompulsif hem de depresif belirtilere neden olduğu (Gülüm ve Dağ, 2014) bilindiğinde, mükemmeliyetçilik ile OKB ve MDB arası ilişkilerde tekrarlayıcı düşünmenin aracı rolünün olması beklenmektedir. Örneğin, Harris, Pepper ve Maack (2008),

mükemmeliyetçilik ile depresif belirtiler arası ruminasyonun aracı rolü olduğunu belirtmiştir. Senra, Merino ve Ferreira (2018) ise mükemmeliyetçilik ve depresif belirtiler arası ilişkide ruminatif bir tepki tarzı olan geniş getirir gibi düşünmenin aracı rolü olduğunu bildirmiştir. Di Schiena, Luminet, Philippot ve Douilliez (2012) de mükemmeliyetçilik ve depresyon arası ilişkide tekrarlayıcı düşünmenin aracı rolünü saptamışlardır.

Tanılar üstü faktörler ile ayrı ayrı tanıların ele alındığı araştırmaların yanı sıra birden fazla psikopatolojinin birlikte ele alındığı araştırmalar da bulunmaktadır. 642 kişilik klinik örneklem ile depresyon ve anksiyete belirtileri üzerinde negatif duygulanım, pozitif duygulanım, belirsizliğe tahammülsüzlük ve anksiyete duyarlılığı değişkenlerinin ele alındığı hiyerarşik bir model test etmişlerdir. Sonuçlara göre, negatif duygulanım belirsizliğe tahammülsüzlük aracı değişkeni aracılığıyla Örneğin Paulus ve arkadaşları (2015), hem obsesif-kompulsif hem de depresif belirtileri anlamlı bir şekilde yordamaktadır. McEvoy ve Mahoney (2012), 328 kişilik klinik örneklemde nörotisizm ile hem OKB hem de MDB belirtileri arasında belirsizliğe tahammülsüzlüğün iki alt boyutu olan ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygının aracı etkisi olduğunu belirtmişlerdir.

1.6. Araştırmanın Amacı

Önceki bölümlerde de belirtildiği üzere araştırma bulguları, OKB ve MDB'nin sıklıkla birbirlerine eşlik eden iki psikiyatrik bozukluk olduğunu belirtmektedir (Viswanath ve ark., 2012). Örneğin, Hofmeijer-Sevink ve arkadaşları (2013) OKB tanısı alan bireylerin yarısından fazlasının (% 56.5) hayatlarının herhangi bir döneminde MDB tanısı aldığını belirtmiştir. Yine Brown ve arkadaşları (2001) da, MDB tanısı alan bireylerin yaşam boyu OKB eş tanısı alma oranını % 20 olarak bildirmişlerdir. Psikiyatrik bozukluklar arası eş tanı oranları son zamanlarda alanyazında sıklıkla yer almakta, majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları ve obsesif-kompulsif bozukluk arasındaki eş tanı oranlarının oldukça yüksek olması araştırmacıların özellikle dikkatini çekmektedir. Bu bağlamda, psikopatolojilerin etiyolojilerinde rol oynayan ortak faktörlerin olduğunu ileri süren bir yaklaşım olarak tanımlar üstü yaklaşım, söz konusu yüksek eş tanı oranlarının bu bozukluklar arası farklılıklardan ziyade

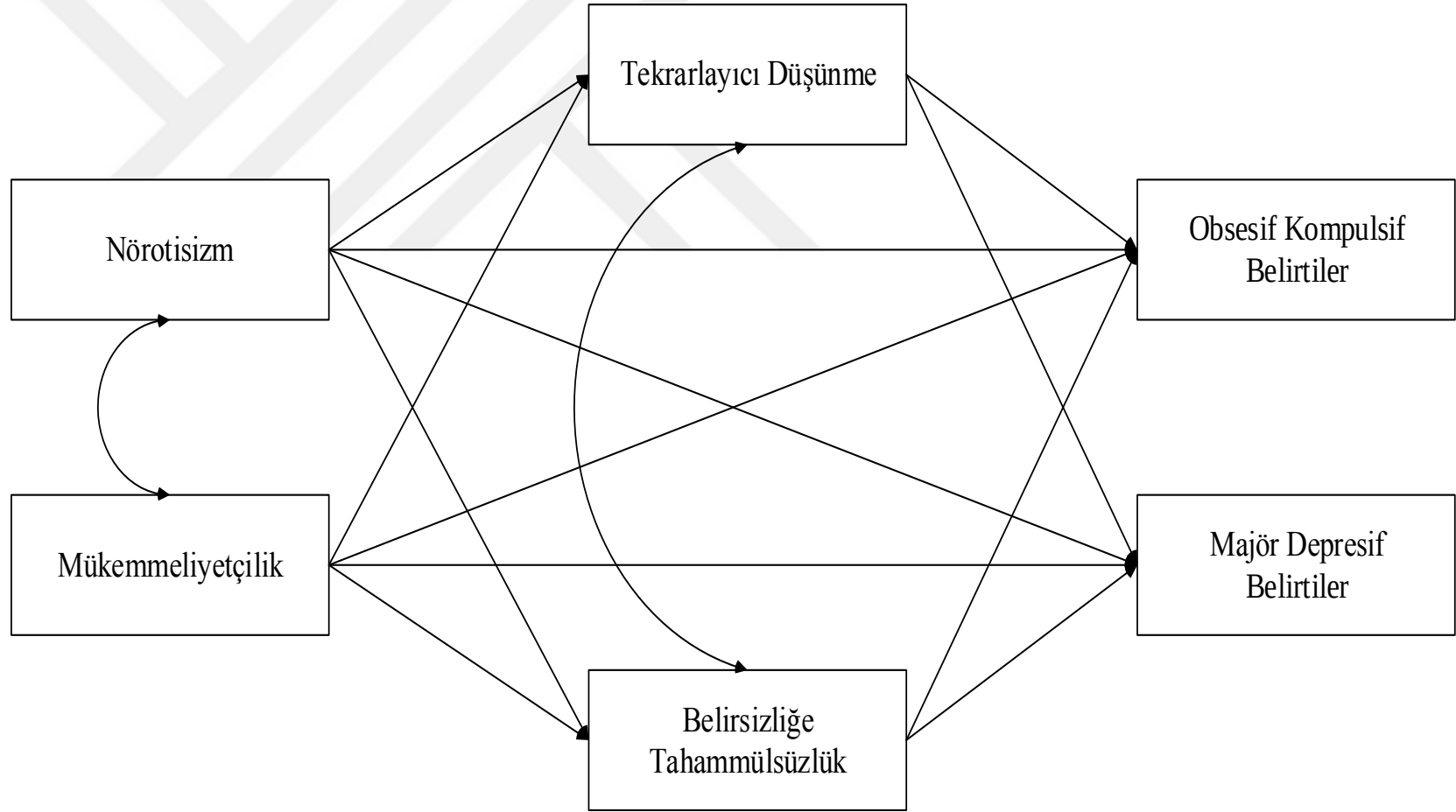
ortaklıkların varlığına vurgu yapmaktadır (Harvey ve ark., 2004; Nolen-Hoeksema ve Watkins, 2011). Ayrıca, tanılar üstü yaklaşım kapsamında, farklı psikiyatrik bozuklukların oluşumuna zemin hazırlayan yatkınlık faktörleri de ele alınmaktadır. Alanyazında pek çok tanılar üstü faktör tanımlanmaktadır. Anksiyete duyarlılığı (Frank ve Davidson, 2014), belirsizliğe tahammülsüzlük (Mahoney ve McEvoy, 2012), mükemmeliyetçilik (Egan ve ark., 2011), nörotisizm (Kotov ve ark., 2010), tekrarlayıcı düşünme (Ehring ve Watkins, 2008), duygu düzenleme (Kring ve Sloan, 2009), seçici dikkat (Harvey ve ark., 2004) alanyazında belirtilen tanılar üstü faktörlerden bazılarıdır. Bu çalışmada da birbirlerine sıklıkla eşlik edebilen iki ruhsal bozukluk olan OKB ve MDB'nin oluşumunda etkili olduğu düşünülen nörotisizm, mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük ve tekrarlayıcı düşünme tanılar üstü yatkınlık faktörlerine değinilecektir.

Oluşturulan bu altyapı doğrultusunda bu tez çalışmasının temel amacı, nörotisizm, mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük ve tekrarlayıcı düşünme yatkınlık faktörlerinin obsesif-kompulsif ve majör depresif belirtiler üzerine etkisini incelemektir.

Araştırmada şunların araştırılması hedeflenmektedir:

1. Yalnız majör depresif bozukluk, yalnız obsesif-kompulsif bozukluk ve hem majör depresif hem de obsesif-kompulsif bozukluk tanısı alan grupları nörotisizm, mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük değişkenleri açısından karşılaştırmak.
2. Nörotisizm, mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme, belirsizliğe tahammülsüzlük değişkenleri ile obsesif-kompulsif bozukluk ve majör depresif bozukluk belirtileri arası ilişkileri incelemek.
3. Şekil 1'deki önerilen tanılar üstü hiyerarşik model doğrultusunda;
 - Nörotisizmin tekrarlayıcı düşünme aracılığıyla depresif belirtiler üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olması,
 - Nörotisizmin tekrarlayıcı düşünme aracılığıyla obsesif-kompulsif belirtiler üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olması,
 - Mükemmeliyetçiliğin tekrarlayıcı düşünme aracılığıyla depresif belirtiler üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olması,

- Mükemmeliyetçiliğin tekrarlayıcı düşünme aracılığıyla obsesif-kompulsif belirtiler üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olması,
- Nörotisizmin belirsizliğe tahammülsüzlük aracılığıyla depresif belirtiler üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olması,
- Nörotisizmin belirsizliğe tahammülsüzlük aracılığıyla obsesif-kompulsif belirtiler üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olması,
- Mükemmeliyetçiliğin belirsizliğe tahammülsüzlük aracılığıyla depresif belirtiler üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olması,
- Mükemmeliyetçiliğin belirsizliğe tahammülsüzlük aracılığıyla obsesif-kompulsif belirtiler üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olması beklenmektedir.



Şekil 1. Önerilen hiyerarşik model

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın örneklemini, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve bu araçların geçerlik-güvenirliliğine ilişkin değerler ve uygulama sürecine ilişkin bilgiler verilecektir. Ayrıca, kullanılan istatistiksel programlar ve analiz yöntemlerine ilişkin bilgiler de bu bölümde sunulacaktır.

2.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemini, ikinci basamak tedavi hizmeti veren bir sağlık merkezinin psikiyatri polikliniği ya da servisinde tedavi gören ve 18-65 yaş arası olan 197 yetişkin katılımcı oluşturmuştur. Örneklem grubu, DSM-5'e göre obsesif-kompulsif bozukluk ($n= 69$), majör depresif bozukluk ($n= 91$) ve hem OKB hem de MDB ölçütlerini karşılayan eş tanıli grup (OKB+MDB) ($n= 37$) olmak üzere üç klinik tanı grubundan oluşmaktadır. Katılımcıların araştırmaya dâhil olma ölçütleri şu şekildedir:

- Uzman psikiyatrist tanısı/ön tanısı ve SCID-5 klinik görüşmesi doğrultusunda yapılan değerlendirme ile obsesif-kompulsif bozukluk ve/veya majör depresif bozukluk tanısı almış olmak
- 18-65 yaş aralığında olmak
- Çalışmaya katılım için gönüllü olmak
- Okur-yazar olmak

Araştırmanın dışlama ölçütleri ise şu şekildedir:

- Obsesif-kompulsif bozukluk ve/veya majör depresif bozukluğa eşlik eden anksiyete bozuklukları, zihinsel gerilik, şizofreni ve psikozla giden diğer bozukluklar, bipolar ve ilişkili bozukluklar, nörobilişsel bozukluklar (deliryum, demans vb), madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları vb. tanıları almış olmak
- Klinik görüşmenin yapılmasına engel olacak düzeyde eğitim ve dil problemlerinin olması

Örnekleme ilişkin demografik bilgiler Tablo 3'te, klinik bilgiler ise Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 3. Örnekleme ilişkin demografik bilgiler

	OKB		MDB		OKB+MDB	
	(n=69)		(n=91)		(n=37)	
	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet						
Kadın	46	66.7	72	79.1	27	73
Erkek	23	33.3	19	20.9	10	27
Medeni Durum						
Bekar	40	58	33	36.3	17	45.9
Evli	27	39.1	48	52.7	19	51.4
Boşanmış/Dul	2	2.9	9	9.9	-	-
Diğer	-	-	1	1.1	1	2.7
Eğitim Düzeyi						
Okuryazar	1	1.4	-	-	-	-
İlkokul	8	11.6	27	29.7	8	21.6
Ortaokul	11	15.9	14	15.4	4	10.8
Lise	28	40.6	17	18.7	12	32.4
Üniversite	21	30.4	30	33	13	35.1
Lisansüstü	-	-	3	3.3	-	-
Meslek						
Memur	3	4.3	8	8.8	4	10.8
Esnaf	2	2.9	3	3.3	2	5.4
Ev Hanımı	14	20.3	24	26.4	6	16.2
İşsiz/Çalışmıyor	9	13	8	8.8	7	18.9
İşçi	9	13	20	22	8	21.6
Emekli	3	4.3	4	4.4	2	5.4
Öğrenci	24	34.8	19	20.9	4	10.8
Diğer	5	7.2	5	5.5	4	10.8
Yaş ($\bar{X}$ - SS)	28.89 (10.03)		34.83 (12.04)		32.35 (11.76)	

Tablo 4. Örneklem ilişkili klinik bilgiler

	OKB		MDB		OKB+MDB	
	(n=69)		(n=91)		(n=37)	
	n	%	n	%	n	%
Hastalık Şiddeti (0-10) ($\bar{x}$ - SS)	5.13 (2.15)		6.96 (2.27)		7.35 (2.20)	
Tedavi						
Yeni başvuru	16	23.2	32	35.2	11	29.7
İlaç	39	56.5	53	58.2	23	62.2
İlaç+Psikoterapi (eş zamanlı)	6	8.7	3	3.3	2	5.4
İlaç+Psikoterapi (farklı zaman)	7	10.1	3	3.3	1	2.7
Belirtmemiş	1	1.4	-	-	-	-
Hastane Yatış						
Evet	68	98.6	83	91.2	33	89.2
Hayır	1	1.4	8	8.8	4	10.8
İntihar Girişimi						
Evet	7	10.1	20	22.0	8	21.6
Hayır	62	89.9	70	76.9	29	78.4
Belirtmemiş	-	-	1	1.1	-	-
Ailede Psikiyatrik Öykü						
Evet	43	62.3	61	67	23	62.2
Hayır	25	36.2	28	30.8	14	37.8
Belirtmemiş	1	1.4	2	2.2	-	-

2.2. Veri toplama araçları

Bu tez çalışmasında sosyo-demografik bilgi formunun yanı sıra, bir yapılandırılmış klinik görüşme formu [DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinik Versiyonu (SCID-5)] ve altı öz bildirim ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçekler, Beş Faktör Kişilik Envanteri Kısa Form- Duygusal Tutarsızlık Boyutu (5FKE-KF-DT), Padua Envanteri - Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu (PE-WEÜR), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-Kısa Form

(BTÖ-12), Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (ÇBMÖ) ve Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği (TDÖ)'dir.

2.2.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu

Bu form, katılımcılara ilişkin kişisel bilgiler, hastalık ve tedavi bilgileri elde etmek amacıyla oluşturulmuştur. Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durumu, gelir düzeyi gibi bilgilerinin yanı sıra, ilaç ve psikoterapi alımı, intihar girişimi ve ailede psikiyatrik öyküsü olup olmadığına ilişkin bilgiler de bu formda sorgulanmıştır (bkz. Ek-4).

2.2.2. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinik Versiyonu (SCID-5)

DSM-5'te yer alan tanıları değerlendirmek amacıyla First, Williams, Karg ve Spitzer (2015) tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış bir klinik görüşmedir. Görüşme, hastanın kendisi, ailesi ve yakınları veya sağlık ekibi ile gerçekleştirilebilir. Tıbbi kaynaklar ve gözlemler de bilgi kaynağı olabilmektedir. SCID-5, 10 modülden oluşmaktadır. 32 tanısal kategoride ayrıntılı tanı ölçütleri, 17 tanısal kategoride ise yalnızca araştırmacı sorular yer almaktadır. Modüller psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ile travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için araştırmacı sorular ve uyum bozukluğunu içermektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013/2015). SCID-5'in Türkçe uyarlaması, Elbir ve arkadaşları (2019) tarafından yapılmıştır. Türkçe versiyonunda, tüm tanıların uyuşma yüzdesi % 97.2 olup, kappa katsayısı 0.74 bulunmuştur. Söz konusu istatistiksel değerler, görüşmeciler arası mükemmel uyuşmaya işaret etmektedir. Dolayısıyla SCID-5 Türkçe versiyonunun, güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirtilmiştir.

2.2.3. Beş Faktör Kişilik Envanteri Kısa Form - Duygusal Tutarsızlık Boyutu (5FKE-KF-DT)

Beş Faktör Kişilik Envanteri (5FKE), Somer, Korkmaz ve Tatar (2002; 2004) tarafından Goldberg'in 1999 yılındaki IPIP (International Personality Item Pool) madde

havuzundan yararlanılarak geliştirilen, üniversite öğrencisi ve yetişkin örneklemelerinde standardizasyon ve norm çalışmaları yapılmış, 5'li Likert tipi (1 = tamamen uygun, 5 = hiç uygun değil) 220 maddeden oluşan bir kişilik envanteridir. 5FKE, beş temel kişilik faktörü ve on yedi alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar: dışadönüklük, yumuşak başlılık/geçimlilik, öz-denetim/sorumluluk faktörü, duygusal tutarsızlık ve gelişime açıklıktır. Tatar (2016), 5FKE'nin 85 maddelik kısa formunu oluşturmuştur. Bu çalışmada 5FKE kısa formuna ait 15 maddelik Duygusal Tutarsızlık boyutu nörotizm ölçümü amacıyla kullanılacaktır. Orijinal çalışmada (Somer ve ark., 2004), bu alt boyutun iç tutarlılık güvenirlik katsayısını .84 olarak belirtirken, kısa formu geliştiren Tatar (2016) ise bu değeri .87 olarak belirtmiştir. Tatar (2016), ayrıca duygusal tutarsızlık boyutunun test-tekrar test güvenirlik katsayısının .80 olarak saptandığını bildirmiştir. Geçerlik açısından bakıldığında ise, regresyon analizine göre kısa form duygusal tutarsızlık boyutundan tahmin edilen uzun form duygusal tutarsızlık puanı ile gerçek uzun form puanı arasındaki bağıntı .96 olarak saptanmıştır. Kısa form duygusal tutarsızlık boyutunun, uzun form duygusal tutarsızlık boyutunu açıklama oranı ise .91'dir. Ayrıca, ayırt edici geçerlik incelendiğinde, kısa form duygusal tutarsızlık puanı ile uzun form duygusal tutarsızlık puanını sınıflama oranının % 97.9 olduğu belirtilmiştir. Araştırmamızda, Beş Faktör Kişilik Envanteri Kısa Formu-Duygusal Tutarsızlık boyutunun Cronbach α güvenirlik katsayısı .89 olarak bulunmuştur. Örnek ölçek maddeleri, Ek-5'te sunulmuştur.

2.2.4. Padua Envanteri - Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu (PE-WEÜR)

Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu (PE-WEÜR), obsesyon ve kompulsiyonları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 5'li Likert tipi (0 = Hiç, 4 = Çok fazla) 39 maddeden oluşan öz-bildirime dayalı bir ölçektir. Padua Envanteri'nin orijinal versiyonu Sanavio (1988) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin obsesyonlar ile birlikte endişeyi de ölçtüğüne yönelik eleştiriler üzerine daha sonraları Burns, Keortge, Formea ve Sternberger (1996), 5010 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada endişe ve obsesyon ayrışmasını ele alarak Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu (PE-WEÜR) versiyonunu oluşturmuşlardır. Yaptıkları çalışmada bu versiyonun 5 faktörlü (kontrol etme kompulsiyonları, bulaşma/kirlenme

obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları, kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler, öz-bakım ritüelleri ve kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler) bir yapıya sahip olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca geçerlik çalışmaları, PE-WEÜR maddelerinin, ait oldukları boyutlar ve toplam puanla korelasyonlarının Penn-State Endişe Ölçeği ile elde edilen korelasyonlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapı geçerliği açısından incelendiğinde, ölçek maddelerinin ait oldukları boyut ile korelasyonlarının diğer dört boyuttan anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir. Güvenirlik değerleri incelendiğinde ise, ölçeğin 6-7 ay sonra uygulanmasıyla elde edilen test-tekrar test güvenirlilik katsayısının tüm ölçek için .76 olduğu belirtilmiştir. Ayrıca tüm ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlilik katsayısı .92'dir.

PE-WEÜR'ün Türkçe'ye uyarlama ve geçerlik-güvenirlilik çalışmaları Yorulmaz ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında, OKB tanılı bireyler için iç tutarlılık güvenirlilik katsayısı .95, üniversite öğrencileri için ise .93 olarak saptanmıştır. Ölçeğin iki hafta sonra tekrar uygulanması ile elde edilen test-tekrar test güvenirlilik katsayısı ise .86'dır. Geçerlik açısından bakıldığında ise PE-WEÜR'ün hem OKB belirtilerini ölçen Maudsley Obsesif-Kompulsif Belirti Ölçeği hem de benzer belirti gruplarını değerlendiren alt ölçekler ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, PE-WEÜR'ün OKB'li grubu diğer kaygı bozukluklarından ve normal örneklemden anlamlı biçimde ayırttığı saptanmıştır. Araştırmamızda, Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu'nun Cronbach α güvenirlilik katsayısı .95 olarak bulunmuştur. Örnek ölçek maddeleri, Ek-6'da sunulmuştur.

2.2.5. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck, Ward, Mendelson, Mock ve Erbaugh (1961) tarafından geliştirilen ölçek, depresif belirtilerin şiddetini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek, her maddesi 0-3 arasında puanlanan 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-63'tür. Toplam puandaki artış depresif belirtilerin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Beck ve arkadaşları (1961), ölçeğin iç tutarlılık güvenirliliğinin yüksek olduğunu, ölçek puanları ile tanı koyan psikiyatristlerin klinik kararları arasındaki karşılaştırma sonucu yüksek bir geçerlilik katsayısına sahip olduğunu belirtmişlerdir.

Ülkemizde gerçekleştirilen bir doktora çalışmasında Teğin (1980; akt. Hisli, 1989), Beck Depresyon Envanteri Türkçe versiyonu kullanılmış, 30 poliklinik hastasında yarıya bölme güvenirlik katsayısı .61, öğrenci örnekleme üzerinde ise test-tekrar test ve yarıya bölme güvenirlik katsayısı ise sırasıyla .65 ve .78 olarak saptanmıştır. Hisli (1984; akt. Hisli, 1988) BDE'nin Türkçe uyarlamasını gerçekleştirmiştir ve Türkçe versiyonu ile İngilizce versiyonu arasında iyi bir uyuma olduğunu belirtmiştir. 1988 yılında Hisli, 63 kişilik klinik örneklem üzerinde BDE'nin geçerliğini incelemiş, BDE'nin Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'nin depresyon alt ölçeği (MMPI-D) ile korelasyon katsayısının .63 ve 17 puanlık kesme noktasının geçerli olduğunu bildirmiştir. Aynı araştırmacı (Hisli, 1989), üniversite öğrencisi örnekleminde, BDE'nin güvenirlik katsayısını madde analizi yöntemiyle .80, yarıya bölme yöntemiyle de .74 olarak bulmuştur. Geçerlik analizinde ise, BDE'nin MMPI-D ile korelasyon katsayısının .50 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun hem klinik örnekleme hem de normal örnekleme geçerli ve güvenilir olduğu belirtilebilir. Araştırmamızda, Beck Depresyon Envanteri'nin Cronbach α güvenirlik katsayısı .92 olarak bulunmuştur. Örnek ölçek maddeleri, Ek-7'de sunulmuştur.

2.2.6. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-Kısa Formu (BTÖ-12)

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ), Freeston ve arkadaşları (1994) tarafından Fransızca olarak geliştirilen bir öz-bildirim ölçeğidir. Bu ölçek, belirsizlik, belirsiz durumlar ve geleceğe verilen tepkileri değerlendiren 5'li Likert tipi (1 = Bana hiç uygun değil, 5 = Bana tamamen uygun) 27 madde içermektedir. Buhr ve Dugas 2002 yılında ölçeği İngilizce'ye uyarlamıştır. Daha sonra Carleton ve arkadaşları (2007) tarafından ölçeğin 12 maddelik kısa formu (BTÖ-12) geliştirilmiştir. Orijinal çalışmada Carleton ve arkadaşları (2007), ölçeğin iki faktörlü bir yapıyı desteklediğini (ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı) belirtmiştir. Ayrıca, BTÖ-12'nin depresyon, kaygı ve endişe ölçekleri ile ilişkili ve Cronbach alpha iç tutarlık katsayısının .91 olduğu saptanmıştır.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Sarıçam, Erguvan, Akın ve Akça (2014) tarafından gerçekleştirilmiştir. Uyarlama çalışmaları sonucunda, BTÖ-12 Türkçe formunun orijinal çalışmadaki iki faktörlü yapıya uyum sağladığı belirtilmiştir. Ölçüt

geçerliği çalışmasında belirsizliğe tahammülsüzlük ile başa çıkma esnekliği arasında negatif, eğitim stresi ile pozitif ilişki olduğu görülmüştür. Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı ölçeğin bütünü için .88; ileriye yönelik kaygı alt boyutu için .84, engelleyici kaygı alt boyutu için .77 olarak, test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise tüm ölçek için .74, ileriye yönelik kaygı alt boyutu için .75, engelleyici kaygı alt boyutu için .71 olarak belirtilmiştir. Araştırmamızda, BTÖ-12'nin Cronbach α güvenirlik katsayısı .89 olarak bulunmuştur. Örnek ölçek maddeleri, Ek-8'de sunulmuştur.

2.2.7. Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (F-ÇBMÖ)

Frost ve arkadaşları (1990) tarafından mükemmeliyetçiliğin çok boyutlu değerlendirmesini yapmak için geliştirilen ve 5'li Likert tipi (1 = kesinlikle katılmıyorum, 5 = kesinlikle katılıyorum) 35 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin altı alt boyutu mevcuttur: hatalara aşırı ilgi, davranışlardan şüphe, aile beklentileri, ailesel eleştiri, kişisel standartlar ve düzen. Orijinal çalışmada, tüm ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .90'dır. Alt boyutların iç tutarlılık güvenirlik katsayısı ise .77 ile .93 arasında değişmektedir. Düzen alt boyutu haricinde bütün alt boyutların diğer mükemmeliyetçilik ölçekleri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca ölçeğin toplam puanının pek çok psikopatoloji ve depresyon ölçeği ile ilişkisi de çalışmada bildirilmiştir.

Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Özbay ve Mısırlı-Taşdemir (2003; akt. Mısırlı-Taşdemir, 2003) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında, orijinal çalışmayla eşdeğer bir şekilde 35 madde altı faktör altında toplanmıştır. Altı faktörlü yapı, varyansın %47.8'ini açıklamış ve faktör yükleri .30'un üzerinde bulunmuştur. Tüm ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılığı .83, testi yarılama güvenirliği .80 ve alt ölçeklerin Cronbach alfa iç tutarlılıkları ise .61 ile .87 arasında hesaplanmıştır. Araştırmamızda, F-ÇBMÖ'nün Cronbach α güvenirlik katsayısı .91 olarak bulunmuştur. Örnek ölçek maddeleri, Ek-9'da sunulmuştur.

2.2.8. Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği (TDÖ)

McEvoy ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilmiş olan Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği (TDÖ), olumsuz deneyimlerini bilişsel olarak tekrar tekrar odak haline getirme yatkınlığı gösteren bireylerin bu bilişsel özelliklerini ele almayı

hedeflemektedir. TDÖ, 5'li Likert tipi (1 = hiç, 5 = çok) 31 maddeden oluşmaktadır. Orijinal çalışmada McEvoy ve arkadaşları (2010), ölçeğin iki faktörlü bir yapıya işaret ettiğini belirtmişlerdir. İlk faktör, Tekrarlayıcı Olumsuz Düşünme başlığı altında 27 maddeden oluşmaktadır ve iç tutarlık güvenirlik katsayısı .93'tür. İkinci faktör, Tekrarlayıcı Düşünmenin Yokluğu başlığı altında 4 maddeden oluşmaktadır ve iç tutarlık güvenirlik katsayısı .72'dir.

TDÖ'nün Türkçe'ye uyarlama çalışması Gülüm ve Dağ (2012) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunda madde sayısı korunurken, uygulama kolaylığı adına ölçeğin iki faktörlü olan formu tek faktörlü forma dönüştürülmüştür. TDÖ'nün tek faktörlü formunun iç tutarlık katsayısı .94'tür. Geçerlik kapsamında, TDÖ'nün depresif belirtiler, anksiyete belirtileri ve ayrıca olumsuz duygular ile olumlu yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda, TDÖ'nün Cronbach α güvenirlik katsayısı .93 olarak bulunmuştur. Örnek ölçek maddeleri, Ek-10'da sunulmuştur.

2.3. İşlem

Araştırmanın uygulama aşamasından önce Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul biriminden (11.12.2018 tarih ve 23 sayılı kurul kararı) etik kurul onayı alınmıştır. Etik kurul onayı sonrası, ilgili sağlık merkezinde araştırma yapabilmek adına Hastane Ön İzin Belgesi ve ardından ilgili İl Sağlık Müdürlüğünden izin belgesi alınarak, ilgili İl Sağlık Müdürlüğü ve araştırmacı arasında bir yıllık sözleşme imzalanmış (Bu sözleşme kapsamında, araştırma verilerinin sözel ya da yazılı olarak kullanılması durumunda ilgili kurum/kurumların (Hastane/Sağlık Müdürlüğü) isminin belirtilmeyeceğine dair bir madde bulunmaktadır.) ve uygulama aşamasına geçilmiştir.

Uygulama, Mart 2019-Ekim 2019 tarihleri arasında ikinci basamak sağlık hizmeti veren bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmiştir. Uygulama sürecinde, ayaktan ya da yatılı olarak tedavi gören ve uzman psikiyatri hekimleri tarafından majör depresif bozukluk ve/veya obsesif-kompulsif bozukluk tanısı/ön tanısı alan ve araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan kişiler çalışma için araştırmacıya yönlendirilmiştir. Yönlendirilen bireylere, araştırmacı tarafından araştırma anlatılmış ve gönüllü onamları (bkz. Ek-3) alınmıştır. Onamı alınan katılımcılara öncelikle araştırmacı tarafından

SCID-5 klinik görüşmesi uygulanmış, majör depresif bozukluk ve/veya obsesif-kompulsif bozukluk tanısı aldığı netleştirilen katılımcılara sosyodemografik bilgi formu başta olmak üzere, tüm ölçekler farklı sıralarda olmak üzere verilmiştir. Uygulama süreci yaklaşık 40-60 dakika arası sürmüştür.

2.4. İstatistiksel Analiz

Toplanan veriler SPSS (*Statistical Package for Social Science*) 20.0 ve AMOS (*Analysis of Moment Structures*) 21.0 (Arbuckle, 2012) programına aktarılmıştır. Analizlerden önce, veri seti verilerin doğruluğu ve eksik değerler açısından incelenmiştir. Veri seti doğruluğu incelenirken, tüm veri setinin frekansı alınmış ve doğruluk açısından kontrol edilmiştir. Ardından eksik verilerin, seçkisiz bir şekilde dağılıp dağılmadığını incelemek amacıyla eksik veri analizi Little's MCAR (*Missing Completely at Random*) testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda eksik verilerin seçkisiz bir şekilde dağıldığı [$\chi^2(11376) = 11327.778, p = .624$] saptanmıştır ve seri ortalaması atama (*series mean*) yöntemi kullanılarak eksik veriler tamamlanmıştır.

Veri seti, toplam puanlar bazında tek değişkenli ve çok değişkenli uç değerler açısından da incelenmiştir. Tek değişkenli uç değerlerin değerlendirilmesinde Z puanları kullanılmıştır. ± 3 puan aralığı dışındaki veriler, tek değişkenli uç değer olarak nitelendirilmiştir (bkz. Raykov ve Marcoulides, 2008). TDÖ'de 1, BTÖ-12'de ise 2 kişi tek değişkenli uç değer olması nedeniyle analiz dışı bırakılmıştır. Veri setinin çok değişkenli bir uç değere sahip olup olmadığını belirlemek için ise Mahalanobis uzaklığı hesaplanmıştır. Tabachnick ve Fidell (2006), bir vaka için χ^2 değerinin anlamlılık düzeyinin .001'den düşük olması durumunda çok değişkenli bir uç değer olabileceğini belirtmiştir. Bu nedenle veri setinde mahalanobis anlamlılığı .001'den küçük olan 1 katılımcı çok değişkenli uç değer olması nedeniyle analiz dışı bırakılmıştır.

Ayrıca analizler öncesinde, tek değişkenli normallik varsayımı incelenmiş bütün toplam puan değişkenlerinin basıklık ve kayış değerlerinin ± 1 aralığı sınırlarında olduğu saptanmış ve veri setinin tek değişkenli normalliği sağladığı kabul edilmiştir. Veri setine uygun parametre tahmin ve raporlama yöntemini belirleyebilmek amacıyla çoklu normallik varsayımının incelenmesi gerektiğinden (bkz. Güngör, 2016) veri setinin çoklu normallik varsayımını karşılayıp karşılamadığını sınamak amacıyla AMOS 21.0

programı aracılığıyla çok değişkenli normallik testi uygulanmıştır. Çok değişkenli basıklık değeri .76, kritik değer ise .54 olarak hesaplanmıştır. Kritik değerin 5'in üzerinde olması çok değişkenli normalliğin ihlali olarak yorumlanmaktadır (Bentler 2005; akt. Byrne, 2016, s.123). Dolayısıyla veri setinin çok değişkenli normallik varsayımını karşıladığı belirtilebilir.

Araştırmamız kapsamında hesaplanan korelasyon katsayıları Cohen (1988)'in belirttiği çerçevede yorumlanacaktır. Cohen (1988)'e göre korelasyon analizinde 0.10 – 0.29 aralığındaki değer düşük ilişkiye; 0.30 – 0.49 arasındaki değer orta düzeyde ilişkiye ve 0.50 – 1.00 arasındaki değer ise iki değişken arasındaki yüksek ilişkiye işaret etmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, tanımlayıcı istatistikler, çok değişkenli ve tek yönlü varyans analizi ile yapılan gruplar arası karşılaştırmalar ve değişkenler arası ilişkileri ele alan korelasyon analizleri ele alınacaktır. Ayrıca, önerilen model doğrultusunda test edilen yol analizine ilişkin istatistiksel değerlendirmeler de bu bölümde sunulacaktır.

3.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Tüm örneklemin, ölçekler ve alt boyutları bazında ortalama, standart sapma değerleri ve puan aralıkları Tablo 5'te sunulmuştur. Ayrıca, ölçekler ve alt boyutlarına ilişkin Cronbach α iç tutarlılık katsayıları da Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5. Tüm örnekleimde tanımlayıcı istatistik ve iç tutarlılığa ilişkin bilgiler

	α	$\bar{x}$	SS	Puan Aralığı
5FKE-KF-DT	.89	56.68	12.06	19-75
F-ÇMBÖ	.91	115.90	22.15	61-169
F-ÇBMÖ-Düzen	.90	25.79	4.53	6-30
F-ÇBMÖ-Hatalara Aşırı İlgi	.86	27.54	8.08	10-45
F-ÇBMÖ-Davranışlardan Şüphe	.75	17.29	4.68	6-25
F-ÇBMÖ-Aile Beklentileri	.78	14.60	4.92	5-25
F-ÇBMÖ-Ailesel Eleştiri	.76	10.82	4.40	4-20
F-ÇBMÖ-Kişisel Standartlar	.71	19.84	4.65	8-30
TDÖ	.93	120.34	22.91	58-155
BTÖ-12	.91	46.15	9.60	20-60
BTÖ-12-İleriye yönelik kaygı	.82	26.72	5.71	11-35
BTÖ-12-Engelleyici kaygı	.85	19.42	4.77	5-25
PE-WEÜR	.95	65.59	33.03	7.25-144
PE-WEÜR-Kontrol etme obs. komp.	.93	21.60	11.22	1-40
PE-WEÜR-Kirlenme obs. komp.	.93	20.60	11.95	0-40
PE-WEÜR-Zarar verme obs. dürtüler	.83	4.66	6.24	0-30
PE-WEÜR-Düzenleme	.81	5.08	3.90	0-12
PE-WEÜR-Zarar verme obs. düşünce	.85	13.64	7.54	0-28
BDE	.92	24.08	12.88	0-56

Not 1. N= 197

Not 2. 5-FKE-DT: Beş Faktör Kişilik Envanteri Duygusal Tutarsızlık, F-ÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, TDÖ: Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği, BTÖ-12: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Form, PE-WEÜR: Padua Envanteri Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu, BDE: Beck Depresyon Envanteri

3.2. Değişkenlerin Gruplar Arası Karşılaştırmaları: Çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) - Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Obsesif-kompulsif bozukluk, majör depresif bozukluk ile her iki tanıyı alan eş tanıli grup arasında, nörotisizm, mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük puanları açısından anlamlı bir fark olup olmadığını incelemek amacıyla çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) uygulanmıştır.

Analiz öncesi gerekli tüm varsayımlar incelenmiştir. Öncelikle varyans-kovaryans matrislerinin eşitliğine ilişkin varsayım Box's M istatistiği kullanılarak test edilmiştir. Analiz sonucunda Box's M testinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < .05$). Dolayısıyla bağımsız değişken gruplarına göre bağımlı değişkenlerin gözlenen kovaryans matrislerinin eşit olması varsayımı karşılanmamıştır. Warner (2008, s.761), Box's M testinin anlamlı olması ve gruplar arası örneklem büyüklüklerinin eşit olmaması durumunda Pillai's trace testinin varyansların ve kovaryansların homojenliği varsayımı ihlallerine karşı güçlü bir istatistik olduğunu belirtmiştir. Bu doğrultuda, bu araştırmada MANOVA analizi rapor edilirken Wilk's Lambda değerleri yerine Pillai's trace değerleri bildirilmiştir. Çok değişkenli varyans analizinin bir diğer varsayımı hata varyanslarının homojenliğidir. Her bir bağımlı değişkene ilişkin hata varyansının homojenliği ise Levene's Testi ile sınanmıştır. Sonuçlara göre, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarına ilişkin varyanslar homojen olarak dağılmamaktadır. Bu nedenle, bu değişkenlerde Welch F değeri raporlanacak ve gruplar arası karşılaştırma yaparken Games-Howell istatistiği kullanılacaktır (bkz. Field, 2013). Varyans homojenliği varsayımını sağlayan nörotisizm/duygusal tutarsızlık ve mükemmeliyetçilik değişkenlerinde ise gruplar arası karşılaştırmalarda Field (2013) tarafından önerilen Gabriel istatistiği kullanılacaktır.

Yapılan çok değişkenli varyans analizi sonucunda; bireylerin OKB, MDB ya da her iki tanıyı alma durumuna göre nörotisizm, mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır (Multivariate F (8, 384) = 9.96, $p < .001$, Pillai's Trace = 0.34, $\eta^2 = .17$). Analiz sonrası, her bağımlı değişken (nörotisizm, mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük) üzerinde ayrı ayrı grup etkilerini görebilmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Tek yönlü

varyans analizi sonuçları raporlanırken, anlamlılık düzeyi Tip I hatayı önlemek amacıyla Bonferroni düzeltmesiyle $.05/4=.0125$ 'e çekilmiştir.

Çoklu karşılaştırmalarda, mükemmeliyetçilik ve nörotisizm puanlarında hata varyansları homojen olduğu için Gabriel istatistiği dikkate alınmıştır. Ancak, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarında hata varyanslarının homojen olmaması ve grup bazında örneklem sayılarının eşit olmaması nedeniyle ANOVA sonuçları Games-Howell istatistiğine göre yorumlanmıştır (bkz. Field, 2013).

Öncelikle, nörotisizm/duygusal tutarsızlık değişkeninin gruplararası farklılık yaratıp yaratmadığını inceleyen tek yönlü varyans analizi gerçekleştirilmiştir. Uygulanan ANOVA sonuçlarına göre; nörotisizm/duygusal tutarsızlık puanının tanı grupları arasında anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür ($F(2,194) = 16.78, p<.001, \eta^2 = .14$). Farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu Gabriel istatistiği ile incelenmiş, eş tanıli grup ve MDB grubunun, OKB grubundan anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Ayrıca eş tanıli grup ile depresyon grubu, nörotisizm puanı açısından birbirlerinden anlamlı olarak farklılaşmamaktadır.

Mükemmeliyetçilik puanının gruplar arası farklılaşma yaratıp yaratmadığı incelendiğinde ise, mükemmeliyetçiliğin de tanı grupları arasında anlamlı olarak farklılaştığı saptanmıştır ($F(2,194) = 13.56, p<.001, \eta^2 = .12$). Gruplararası karşılaştırmalar Gabriel istatistiği ile incelenmiş ve eş tanıli grubun, sadece OKB ve sadece MDB tanısı alan gruptan anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. OKB ve MDB grupları arasında ise anlamlı bir farklılaşma mevcut değildir.

Tekrarlayıcı düşünme puanının gruplar arası farklılık yaratıp yaratmadığını inceleyen ANOVA sonuçlarına göre, tekrarlayıcı düşünmenin gruplar arası farklılık yaratan bir değişken olduğu saptanmıştır (Welch $F(2,102.573) = 13.01, p<.001, \eta^2 = .11$). Gruplar arası karşılaştırmalar Games-Howell istatistiği baz alınarak değerlendirilmiştir. Gruplar arası karşılaştırma sonuçlarına göre, eş tanıli grup ve MDB grubunun, OKB grubundan anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Eş tanıli grup ve MDB grubu arasında ise anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük faktörü açısından gerçekleştirilen ANOVA sonucuna göre, belirsizliğe tahammülsüzlük puanının tanı grupları arasında anlamlı

olarak farklılaştığı görülmüştür (Welch $F(2,118.91) = 37.47, p < .001, \eta^2 = .15$). Farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu Games-Howell istatistiği ile incelenmiş, eş tanıli grubun, sadece OKB ve sadece MDB tanısı alan gruptan anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. OKB ve MDB grupları arasında ise anlamlı bir farklılaşma mevcut değildir. Bütün ANOVA analizlerinin sonuçlarına ilişkin değerler Tablo 6’da sunulmuştur.

3.2.1. F-ÇBMÖ Alt Boyut Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırmaları: Çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) - Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Obsesif-kompulsif bozukluk, majör depresif bozukluk ve eş tanıli grubun F-ÇBMÖ’nün alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark olup olmadığını incelemek amacıyla çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) uygulanmıştır. Analizde F-ÇBMÖ’nün düzen, hatalara aşırı ilgi, davranışlardan şüphe, aile beklentileri, ailesel eleştiri ve kişisel standartlar alt boyutlarının puanları bağımlı değişken olarak kabul edilmiştir.

Gerçekleştirilen MANOVA analizi sonucunda bireylerin OKB, MDB ya da her iki tanıyı alma durumuna göre Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır (Multivariate $F(12, 380) = 7.56, p < .001$, Pillai’s Trace = 0.38, $\eta^2 = .19$). Analiz sonrası, her bağımlı değişken (düzen, hatalara aşırı ilgi, davranışlardan şüphe, aile beklentileri, ailesel eleştiri ve kişisel standartlar) üzerinde ayrı ayrı grup etkilerini görebilmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonuçları raporlanırken, anlamlılık düzeyi Tip I hatayı önlemek amacıyla Bonferroni düzeltmesiyle $.05/6 = .008$ ’e çekilmiştir.

Çoklu karşılaştırmalarda, hatalara aşırı ilgi, aile beklentileri, ailesel eleştiri ve kişisel standartlar puanlarında hata varyansları homojen olduğu için Gabriel istatistiği dikkate alınmıştır. Ancak, düzen ve davranışlardan şüphe alt boyut puanlarında ise hata varyanslarının homojen olmaması ve grup bazında örneklem sayılarının eşit olmaması nedeniyle ANOVA sonuçları Games-Howell istatistiğine göre yorumlanmıştır (bkz. Field, 2013).

Yapılan analizler sonucunda; düzen (Welch $F(2, 116.609) = 6.505, p < .008, \eta^2 = .03$), hatalara aşırı ilgi ($F(2, 194) = 17.87, p < .001, \eta^2 = .15$) ve davranışlardan şüphe (Welch $F(2, 110.545) = 38.301, p < .001, \eta^2 = .23$) alt boyutlarında gruplar arası anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Hatalara aşırı ilgi alt boyutunda eş tanıli grup diğer iki gruptan anlamlı olarak daha yüksek puan alırken, düzen alt boyutunda eş tanıli grup OKB'li grup ile farklılaşmamış ve her iki grup MDB tanısı alan gruptan farklılaşmıştır. Davranışlardan şüphe alt boyutunda ise, eş tanıli grup OKB'li gruptan anlamlı olarak yüksek puanlar alırken, OKB'li grup ise MDB'li gruptan anlamlı olarak yüksek puanlar almıştır. Aile beklentileri, ailesel eleştiri ve kişisel standartlar alt boyutlarında gruplar arası anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Bütün ANOVA analizlerinin sonuçlarına ilişkin değerler Tablo 6'da sunulmuştur.

3.2.2. BTÖ-12 Alt Boyut Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırmaları: Çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) - Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

BTÖ-12'nin iki alt boyutunun (ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı) obsesif-kompulsif bozukluk, majör depresif bozukluk ve eş tanıli gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) uygulanmıştır. Bu analizde, kovaryans matrislerinin homojenliği varsayımı sağlanmadığı için Pillai's trace değerleri rapor edilmiştir. Sonuçlara göre, bireylerin OKB, MDB ya da her iki tanıyı alma durumuna göre BTÖ-12'nin alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır (Multivariate $F(4, 388) = 8.60, p < .001$, Pillai's Trace = 0.16, $\eta^2 = .08$).

Analiz sonrası, her bağımlı değişken (ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı) üzerinde ayrı ayrı grup etkilerini görebilmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonuçları raporlanırken, anlamlılık düzeyi Tip I hatayı önlemek amacıyla Bonferroni düzeltmesiyle $.05/2 = .025$ 'e çekilmiştir. Çoklu karşılaştırmalarda, her iki alt boyut puanlarında hata varyanslarının homojen olmaması ve grup bazında örneklem sayılarının eşit olmaması nedeniyle ANOVA sonuçları Games-Howell istatistiğine göre yorumlanmıştır (bkz. Field, 2013).

Yapılan tek yönlü varyans analizleri sonucunda; ileriye yönelik kaygı (Welch $F(2, 110.239) = 28.72, p < .001, \eta^2 = .15$) ve engelleyici kaygı (Welch $F(2, 120.327) =$

25.77, $p < .001$, $\eta^2 = .11$) alt boyutlarında gruplar arası anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Games-Howell istatistiklerine göre; her iki alt boyutta da eş tanılı grup diğer iki gruptan anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır. Bütün ANOVA analizlerinin sonuçlarına ilişkin değerler Tablo 6'da sunulmuştur.



Tablo 6. Gruplar arası karşılaştırmalara ilişkin değerler

	Karşılaştırmalar			ANOVA Sonuçları		
	OKB (n=69) $\bar{x}$ (SS)	MDB (n=91) $\bar{x}$ (SS)	OKB+MDB (n=37) $\bar{x}$ (SS)	F	η^2	Gruplar arası istatistiksel farklar
5FKE-KF-DT	50.64 (12.81)	58.90 (10.83)	62.49 (8.44)	16.78***	.14	OKB+MDB=MDB>OKB
F-ÇBMÖ	113.77 (23.16)	111.05 (19.99)	131.79 (18.22)	13.56***	.12	OKB+MDB>OKB=MDB
F-ÇBMÖ-D	25.83 (4.68)	25.07 (4.82)	27.48 (2.81)	^a 6.50**	.03	OKB+MDB=OKB>MDB
F-ÇBMÖ-HAİ	25.86 (8.45)	26.13 (7.14)	34.15 (6.16)	17.87***	.15	OKB+MDB>OKB=MDB
F-ÇBMÖ-DŞ	17.92 (4.12)	15.21 (4.50)	21.22 (3.01)	^a 38.30***	.23	OKB+MDB>OKB>MDB
F-ÇBMÖ-AB	14.20 (4.78)	14.48 (4.66)	15.64 (5.74)	1.07	.01	OKB+MDB=OKB=MDB
F-ÇBMÖ-AE	10.11 (4.16)	11.04 (4.30)	11.61 (4.99)	1.61	.01	OKB+MDB=OKB=MDB
F-ÇBMÖ-KS	19.84 (4.93)	19.09 (4.18)	21.66 (4.85)	4.12	.04	OKB+MDB=OKB=MDB
TDÖ	110.58 (24.69)	123.16 (20.68)	131.60 (17.44)	^a 13.01***	.11	OKB+MDB=MDB>OKB
BTÖ-12	43.70 (10.36)	44.82 (8.81)	54.01 (4.99)	^a 37.47***	.15	OKB+MDB>OKB=MDB
BTÖ-İYK	25.19 (6.19)	26.04 (5.12)	31.28 (3.58)	^a 28.72***	.15	OKB+MDB>OKB=MDB
BTÖ-EK	18.51 (5.03)	18.77 (4.73)	22.73 (2.51)	^a 25.77***	.11	OKB+MDB>OKB=MDB

Not 1. "a" simgesi bulunan F değerleri Welch F değerleridir.

Not 2. ***p<.001, **p<.01.

Not 3. 5FKE-KF-DT: Beş Faktör Kişilik Envanteri Kısa Form-Duygusal Tutarsızlık, F-ÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, F-ÇBMÖ-D:Düzen alt boyut, F-ÇBMÖ-HAİ: Hatalara Aşırı İlgi alt boyut, F-ÇBMÖ-DŞ: Davranışlardan Şüphe alt boyut, F-ÇBMÖ-AB: Aile Beklentileri alt boyut, F-ÇBMÖ-AE: Ailesel Eleştiri alt boyut, F-ÇBMÖ-KS:Kişisel Standartlar alt boyut, TDÖ: Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği, BTÖ-12: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Form, BTÖ-İYK: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği İleriye Yönelik Kaygı alt boyut, BTÖ-EK: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Engelleyici Kaygı alt boyut.

3.3. Değişkenler Arası İlişkiler: Korelasyon Analizi

Beş Faktör Kişilik Envanteri Kısa Form-Duygusal Tutarsızlık Boyutu, Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu, Beck Depresyon Envanteri, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-Kısa Form, Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği ve Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği ve ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Pearson Korelasyon analizleri uygulanmıştır. Korelasyon analizine ilişkin sonuçlar Tablo 7’de sunulmuştur.

Korelasyon analizinin sonuçlarına göre; tüm ölçeklerin toplam puanları arasında orta ve yüksek düzeyde ve anlamlı ilişkiler mevcuttur. Ölçeklerin toplam puanları arasında en yüksek korelasyon katsayısının nörotisizm (duygusal tutarsızlık; 5FKE-KF-DT) ile depresyon düzeyi (BDE) arasında olduğu ve aralarında yüksek düzeyde ve olumlu yönde bir ilişki ($r = .67, p < .01$) olduğu saptanmıştır. Yani, bireylerin nörotisizm düzeyi arttıkça depresif belirtileri de artmakta ya da depresif belirti düzeyi arttıkça nörotisizm düzeyi de artmaktadır. Ölçekler arası en düşük korelasyon katsayısının ise nörotisizm (duygusal tutarsızlık; 5FKE-KF-DT) ile obsesif-kompulsif belirti düzeyi (PE-WEÜR) arasında olduğu saptanmıştır. Ancak yine de iki ölçek arasında, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r = .36, p < .01$).

Obsesif-kompulsif belirtiler ve araştırma değişkenleri arası ilişkiler incelendiğinde, obsesif-kompulsif belirti düzeyi ile nörotisizm ($r = .36, p < .01$) ve tekrarlayıcı düşünme düzeyi ($r = .41, p < .01$) arasında orta düzeyde ve anlamlı ilişkiler mevcutken, obsesif-kompulsif belirti düzeyi ile belirsizliğe tahammülsüzlük ($r = .54, p < .01$) ve mükemmeliyetçilik düzeyi ($r = .59, p < .01$) arasında yüksek düzeyde ve anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Depresyon düzeyi ve araştırma değişkenleri arası ilişkiler incelendiğinde ise, depresyon düzeyi ile mükemmeliyetçilik düzeyi arasında ($r = .43, p < .01$) arasında orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki mevcutken, nörotisizm ($r = .67, p < .01$), belirsizliğe tahammülsüzlük ($r = .66, p < .01$) ve tekrarlayıcı düşünme düzeyi ($r = .52, p < .01$) ile yüksek düzeyde ve anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Ayrıca obsesif-kompulsif belirti düzeyi ile depresyon düzeyi arasında da ($r = .37, p < .01$) orta düzeyde ve anlamlı ilişki mevcuttur.

Ölçeklerin alt boyutları açısından incelendiğinde de pek çok toplam puan ve/veya alt boyut arasında ilişkilerin olduğu görülmektedir. Ancak anlamlı ilişkilerin olmadığı analiz sonuçları da bulunmaktadır. Sonuçlara göre, yalnızca, 5FKE-KF-DT ile F-ÇBMÖ'nün düzen ve kişisel standartlar alt boyutu, F-ÇBMÖ'nün düzen alt boyutu ile ailesel eleştiri alt boyutu, PE-WEÜR zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler ve BDE, F-ÇBMÖ ailesel eleştiri alt boyutu ve PE-WEÜR kirlenmeye yönelik obsesyon ve kompulsiyonlar alt boyutu ve son olarak F-ÇBMÖ kişisel standartlar alt boyutu ile PE-WEÜR zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler alt boyutu arasında anlamlı ilişkilerin olmadığı saptanmıştır.

Obsesif-kompulsif belirtiler ve F-ÇMBÖ ve BTÖ-12'nin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, obsesif-kompulsif belirti düzeyi ile F-ÇBMÖ davranışlardan şüphe ($r = .61, p < .01$), hatalara aşırı ilgi ($r = .54, p < .01$) ve BTÖ-12 ileriye yönelik kaygı ($r = .53, p < .01$) arasında yüksek düzeyde ve anlamlı ilişkiler mevcutken, F-ÇBMÖ düzen ($r = .38, p < .01$), kişisel standartlar ($r = .36, p < .01$) ve BTÖ-12 engelleyici kaygı ($r = .45, p < .01$) arasında orta düzeyde ve anlamlı ilişkiler, F-ÇBMÖ aile beklentileri ($r = .28, p < .01$) ve ailesel eleştiri alt boyutları ($r = .25, p < .01$) arasında düşük düzeyde ve anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır.

Depresif belirtiler ve F-ÇMBÖ ve BTÖ-12'nin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, depresif belirti düzeyi ile BTÖ-12 engelleyici kaygı ($r = .49, p < .01$) ve ileriye yönelik kaygı ($r = .47, p < .01$) alt boyutları, F-ÇBMÖ hatalara aşırı ilgi ($r = .48, p < .01$), ailesel eleştiri ($r = .41, p < .01$), davranışlardan şüphe ($r = .36, p < .01$) alt boyutları arasında orta düzeyde ve anlamlı ilişkiler, F-ÇBMÖ aile beklentileri ($r = .26, p < .01$) ve kişisel standartlar ($r = .14, p < .05$) alt boyutları arasında ise düşük düzeyde ve anlamlı ilişkiler mevcuttur. Yalnızca F-ÇBMÖ düzen alt boyutu ile anlamlı bir ilişki görülemediği ($r = .04, p > .05$).

Tablo 7. Değişkenler arası ilişkiler

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. 5FKE-KF-DT	-									
2. F-ÇBMÖ-Toplam Puan	.43**	-								
3. F-ÇBMÖ-Düzen	.06	.52**	-							
4. F-ÇBMÖ-Hatalara Aşırı İlgi	.47**	.86**	.30**	-						
5. F-ÇBMÖ-Davranışlardan Şüphe	.43**	.75**	.27**	.69**	-					
6. F-ÇBMÖ-Aile Beklentileri	.23**	.67**	.15*	.47**	.34**	-				
7. F-ÇBMÖ-Ailesel Eleştiri	.43**	.58**	.07	.38**	.40**	.50**	-			
8. F-ÇBMÖ-Kişisel Standartlar	.09	.70**	.47**	.53**	.39**	.38**	.17**	-		
9. TDÖ	.56**	.43**	.17*	.42**	.41**	.25**	.32**	.19**	-	
10. BTÖ-12-Toplam Puan	.47**	.56**	.32**	.59**	.52**	.21**	.23**	.34**	.59**	-
11. BTÖ-12-İleriye yönelik kaygı	.37**	.56**	.35**	.59**	.49**	.22**	.22**	.37**	.52**	.92**
12. BTÖ-12-Engelleyici kaygı	.49**	.45**	.22**	.49**	.47**	.16**	.20**	.24**	.56**	.89**
13. PE-WEÜR-Toplam Puan	.36**	.59**	.38**	.54**	.61**	.28**	.25**	.36**	.41**	.54**
14. PE-WEÜR-Kontrol etme obs. komp.	.26**	.52**	.34**	.45**	.58**	.23**	.16*	.37**	.33**	.47**
15. PE-WEÜR-Kirlenme obs. komp.	.17*	.44**	.42**	.36**	.44**	.18**	.12	.29**	.25**	.41**
16. PE-WEÜR-Zarar verme obs. dürtüler	.35**	.38**	.09	.44**	.32**	.26**	.26**	.11	.38**	.31**
17. PE-WEÜR-Düzenleme	.19**	.52**	.39**	.38**	.45**	.31**	.31**	.33**	.24**	.37**
18. PE-WEÜR-Zarar verme obs. düşünce	.51**	.55**	.23**	.56**	.61**	.22**	.29**	.30**	.48**	.56**
19. BDE	.67**	.43**	.04	.48**	.36**	.26**	.41**	.14*	.66**	.52**

Tablo 7- devam

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
11. BTÖ-12-İleriye yönelik kaygı	-									
12. BTÖ-12-Engelleyici kaygı	.67**	-								
13. PE-WEÜR-Toplam Puan	.53**	.45**	-							
14. PE-WEÜR-Kontrol etme obs. komp.	.45**	.40**	.87**	-						
15. PE-WEÜR-Kirlenme obs. komp.	.39**	.35**	.83**	.61**	-					
16. PE-WEÜR-Zarar verme obs. dürtüler	.34**	.22**	.60**	.38**	.28**	-				
17. PE-WEÜR-Düzenleme	.39**	.28**	.76**	.62**	.62**	.41**	-			
18. PE-WEÜR-Zarar verme obs. düşünce	.54**	.48**	.86**	.73**	.58**	.57**	.56**	-		
19. BDE	.47**	.49**	.37**	.25**	.16*	.45**	.23**	.48**	-	

Not 1. N= 197

Not 2. * $p < .05$, ** $p < .01$

Not 3. 5-FKE-DT: Beş Faktör Kişilik Envanteri Duygusal Tutarsızlık, F-ÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, TDÖ: Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği, BTÖ-12: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Form, PE-WEÜR: Padua Envanteri Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu, BDE: Beck Depresyon Envanteri

3.4. Önerilen Modelin Sınanması: Yol Analizi

Araştırmanın ana amacı Şekil 1’de önerilen yol analizini (*path analysis*) test etmektir. Yol analizleri, değişkenler arasındaki hem doğrudan hem dolaylı etkileri değerlendirerek tüm modeli eş zamanlı olarak ele almaktadır. Bu bağlamda önerilen yapısal model çerçevesinde, nörotisizm ve mükemmeliyetçiliğin belirsizliğe tahammülsüzlük, tekrarlayıcı düşünme, obsesif-kompulsif ve depresif belirtiler üzerinde doğrudan etkisi incelenecektir. Aynı zamanda, belirsizliğe tahammülsüzlük ve tekrarlayıcı düşünmenin de obsesif-kompulsif ve depresif belirtiler üzerinde doğrudan etkisi incelenecektir. Ayrıca, belirsizliğe tahammülsüzlük ve tekrarlayıcı düşünmenin nörotisizm, mükemmeliyetçilik ve obsesif-kompulsif ve depresif belirtiler arası ilişkilerdeki dolaylı etkisi incelenecektir.

Şekil 1’de önerilen modeli test etmek amacıyla AMOS 21.0 programı kullanılarak yol analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz öncesinde, veri setine uygun parametre tahmin ve raporlama yöntemini belirleyebilmek amacıyla çoklu normallik varsayımının incelenmesi gerektiğinden (bkz. Güngör, 2016) veri setinin çoklu normallik varsayımını karşılayıp karşılamadığını belirlemek için çok değişkenli normallik testi uygulanmıştır. Sonuçlar, veri setinin çok değişkenli normallik varsayımını karşıladığını (Çok değişkenli basıklık değeri .76, kritik değer .54) göstermektedir. Veri setinin çok değişkenli normallik varsayımını karşılaması nedeniyle parametre tahmin yöntemi olarak, En Çok Olabilirlik Yöntemi (*Maximum Likelihood*) kullanılmıştır.

3.4.1. Model Uyumunun Değerlendirilmesi

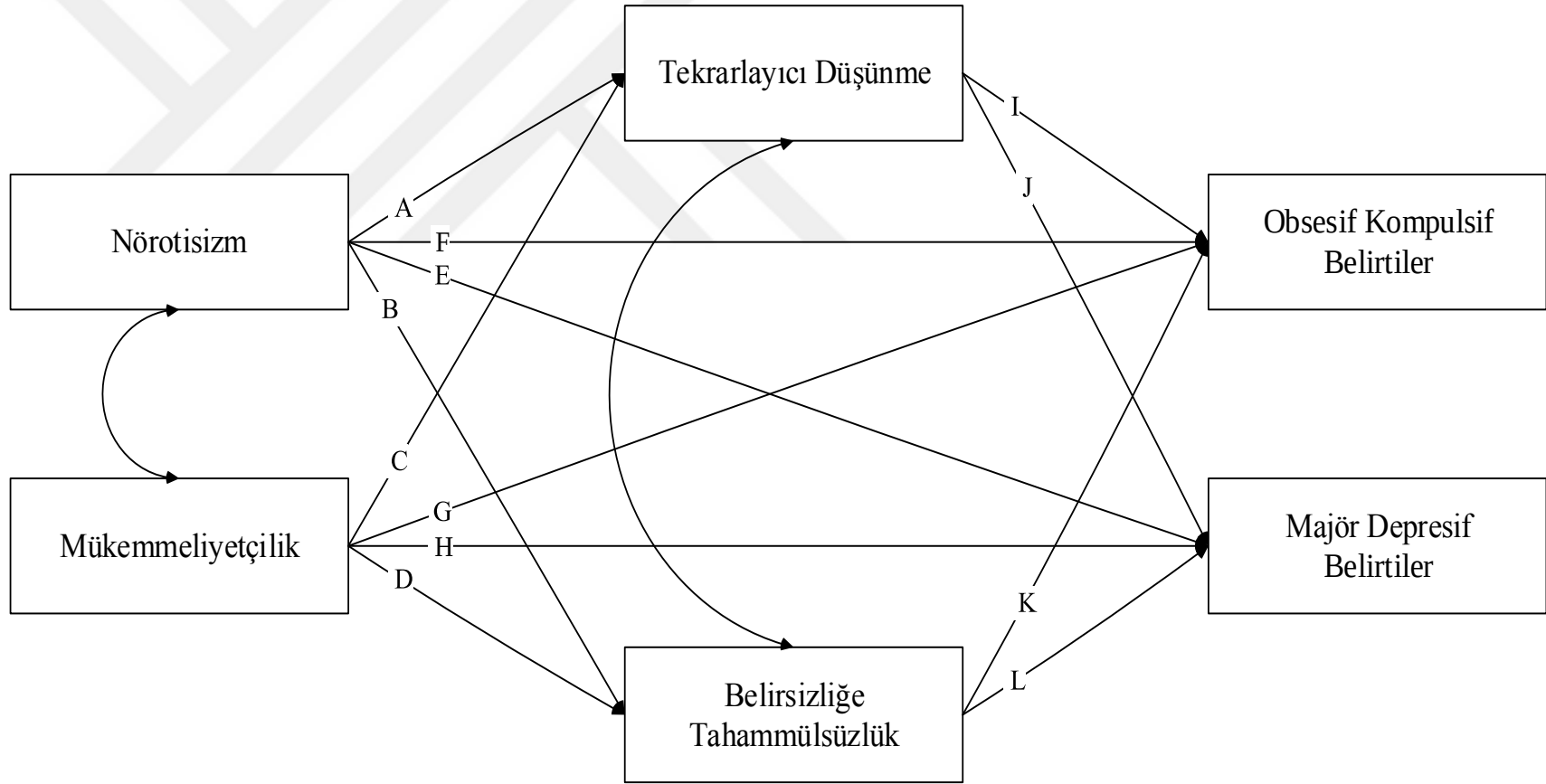
Önerilen yol analizi modeli test edilmeden önce, öncelikle veri setinin modele uyum sağlayıp sağlamadığı sınanmıştır. Model uyumu değerlendirilirken beş kriter temel alınmıştır: ki-kare (χ^2), serbestlik derecesi, RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), CFI (*Comparative Fit Index*) ve SRMR (*Standardized Root Mean Squared Residual*). Model uyum istatistikleri değerlendirilirken, Hu ve Bentler’in (1999) belirttiği üzere CFI değerlerinin 0,95 veya daha büyük bir değere, SRMR değerinin .08 veya daha küçük bir değere,

RMSEA'nin ise 0,06 veya daha küçük bir değere sahip olması iyi uyum istatistiği olarak kabul edilmiştir.

Modelin uyum indeksleri incelendiğinde, modelin mükemmel uyum ölçütlerine sahip olduğunu göstermektedir [$\chi^2 = 0.17$, $df = 1$, $\chi^2/df = 0.17$, RMSEA = .00 (% 90 güven aralığı .00 -.08), SRMR = .001, CFI = 1.00 (.95<CFI<1.00)]. Ayrıca model uyumunu gösteren bir diğer gösterge olarak, saturated AIC değerinin model AIC değerinden büyük olması da modelimizin fit olduğunu göstermektedir (42.00>40.17).

Tablo 8. Modelin uyum iyiliği değerleri

	χ^2	sd	χ^2/df	RMSEA	SRMR	CFI
Önerilen Model	0.17	1	0.17	.00	.001	1.00



Şekil 2. Önerilen yapısal modele ilişkin doğrudan yollar

3.4.2. Doğrudan Etkilerin Değerlendirilmesi

Önerilen yol analizi modeli kapsamında, toplam 12 adet doğrudan etki sınanmıştır. Doğrudan etkilerin tanımlanmasına ilişkin bilgiler Şekil 2’de sunulmuştur. Doğrudan etki tanımlayan yol katsayılarına ilişkin anlamlılık ise AMOS 21.0 programı kapsamında p değerleri ile belirlenmiştir.

Gerçekleştirilen yol analizinde sınanan doğrudan etki sonuçlarına göre, nörotisizm tekrarlayıcı düşünmeyi (Yol A; $B = .88, p = .002$) ve belirsizliğe karşı tahammülsüzlüğü (Yol B; $B = .22, p = .004$) anlamlı bir şekilde yordamaktadır. Aynı zamanda nörotisizmin depresif belirtiler üzerinde de doğrudan etkisi anlamlıdır (Yol E; $B = .44, p = .003$). Ancak nörotisizmin obsesif-kompulsif belirtiler üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı olmadığı görülmüştür (Yol F; $B = .04, p = .874$).

Mükemmeliyetçilik düzeyi açısından incelendiğinde ise, mükemmeliyetçilik düzeyinin hem tekrarlayıcı düşünme (Yol C; $B = .24, p = .005$) hem de belirsizliğe tahammülsüzlük (Yol D; $B = .19, p = .002$) üzerindeki doğrudan etkisi anlamlıdır. Mükemmeliyetçilik düzeyi obsesif-kompulsif belirtileri de (Yol G; $B = .61, p = .001$) anlamlı bir şekilde yordarken, depresif belirtiler (Yol H; $B = .02, p = .453$) üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Tekrarlayıcı düşünme düzeyi depresif belirtileri (Yol J; $B = .19, p = .002$) anlamlı bir şekilde yordarken, obsesif-kompulsif belirtileri (Yol I; $B = .11, p = .30$) anlamlı bir şekilde yordamadığı, belirsizliğe tahammülsüzlüğün ise obsesif-kompulsif belirtileri (Yol K; $B = .88, p = .004$) yordarken, depresif belirtileri (Yol L; $B = .13, p = .196$) anlamlı bir şekilde yordamadığı saptanmıştır. Test edilen doğrudan etkilere ilişkin istatistiksel değerler Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Doğrudan etkiye ilişkin katsayılar

	B	SH	% 95 BC GA	p	β
Parametre					
Yol A: N→TD	.882	.12	.62 - 1.13	.002	.464
Yol B: N→BT	.221	.05	.08 - .32	.004	.277
Yol C: Mük→TD	.244	.06	.07 - .38	.005	.236
Yol D: Mük→BT	.192	.02	.13 - .25	.002	.443
Yol E: N →MDBel.	.440	.06	.32 - .56	.003	.412
Yol F: N →OKBel.	.043	.18	-.36 - .40	.874	.016
Yol G: Mük →OKBel.	.618	.10	.41 - .81	.001	.415
Yol H: Mük →MDBel.	.027	.81	-.04 - .09	.453	.047
Yol I: TD → OKBel.	.110	.10	-.08 - .31	.30	.076
Yol J: TD→ MDBel.	.197	.03	.12 - .27	.002	.350
Yol K: BT → OKBel.	.883	.25	.35 - 1.34	.004	.256
Yol L: BT → MDBel.	.131	.08	-.07 - .32	.196	.098

Not 1. N=197

Not 2. Bootstrap örneklem sayısı: 5,000.

Not 3. B: Standardize olmayan regresyon katsayısı, β : Standardize regresyon katsayısı, SH: Standart Hata, BC: Bias-Corrected, N: Nörotisizm/Duygusal Tutarsızlık, Mük: Mükemmeliyetçilik, TD: Tekrarlayıcı Düşünme, BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, OKBel.: Obsesif-kompulsif belirtiler, MDBel.: Majör depresif belirtiler.

3.4.3. Dolaylı Etkilerin Değerlendirilmesi

Önerilen yol analizi modeli, model içerisinde iki olası aracı değişken içermesi nedeniyle bir çoklu aracılık modelidir. Preacher ve Hayes (2008), çoklu aracılık araştırmalarının iki bölümden oluşması gerektiğini belirterek bölümleri şu şekilde tanımlamıştır:

1. Toplam dolaylı etkinin incelenmesi, yani aracı grubunun bağımsız değişkenin etkisini bağımlı değişkene iletip ilemediğine karar verme,
2. Özgül dolaylı etkilerin incelenmesi, yani her bir aracılığı bireysel bağlamda ele alma.

Bu nedenle, bu araştırmada Preacher ve Hayes (2008)'in önerdiği üzere hem toplam hem de özgül dolaylı etkiler değerlendirilmiştir. Model kapsamında 4 adet toplam dolaylı etki tanımlanmıştır. Bu toplam dolaylı etkiler, nörotisizmin belirsizliğe tahammülsüzlük ve tekrarlayıcı düşünme üzerinden obsesif-kompulsif belirtilere, nörotisizmin belirsizliğe tahammülsüzlük ve tekrarlayıcı düşünme üzerinden majör depresif belirtilere, mükemmeliyetçiliğin belirsizliğe tahammülsüzlük ve tekrarlayıcı düşünme üzerinden obsesif-kompulsif belirtilere, mükemmeliyetçiliğin belirsizliğe tahammülsüzlük ve tekrarlayıcı düşünme üzerinden majör depresif belirtilere etkisini test etmektedir. Ayrıca, bu modelde bahsi geçen olası aracı değişkenlerin ayrı ayrı test edilmesiyle özgül dolaylı etkilerin anlamlılığı da değerlendirilecektir. Bu kapsamda da toplam 8 özgül dolaylı etki test edilecektir. Bütün dolaylı etkilere ilişkin istatistiksel anlamlılık, AMOS 21.0 programı kapsamında Bootstrap metodu ile belirlenmiştir (Bootstrap örneklem sayısı 5.000).

Dolaylı etkinin ve aracılık türünün belirlenmesinde Zhao, Lynch ve Chen (2010) tarafından belirlenen aşamalar temel alınmıştır. Zhao ve arkadaşları (2010), aracı etkiden söz edebilmek için tek kriterin dolaylı etkinin anlamlılığı olduğunu belirtmiş ve bu anlamlılığın ise Bootstrap gibi yöntemlerle değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Araştırmacılar, aracılığın olup olmadığını, eğer var ise de türünü belirleme aşamalarını şu şekilde tanımlamışlardır:

1. Tamamlayıcı aracılık (*Complementary mediation*): Dolaylı etki ve doğrudan etki anlamlı ve etkileri aynı yönlüdür.
2. Rekabetçi aracılık (*Competitive mediation*): Dolaylı etki ve doğrudan etki anlamlı ancak etkileri zıt yönlüdür.
3. Sadece dolaylı etkili aracılık (*Indirect-only mediation*): Dolaylı etki vardır ancak doğrudan etki yoktur.
4. Sadece doğrudan etki-aracılık yok (*Direct-only nonmediation*): Doğrudan etki mevcuttur, ancak dolaylı etki yoktur.
5. Etkisizlik-aracılık yok (*No-effect nonmediation*): Hem doğrudan hem de dolaylı etki anlamlı değildir.

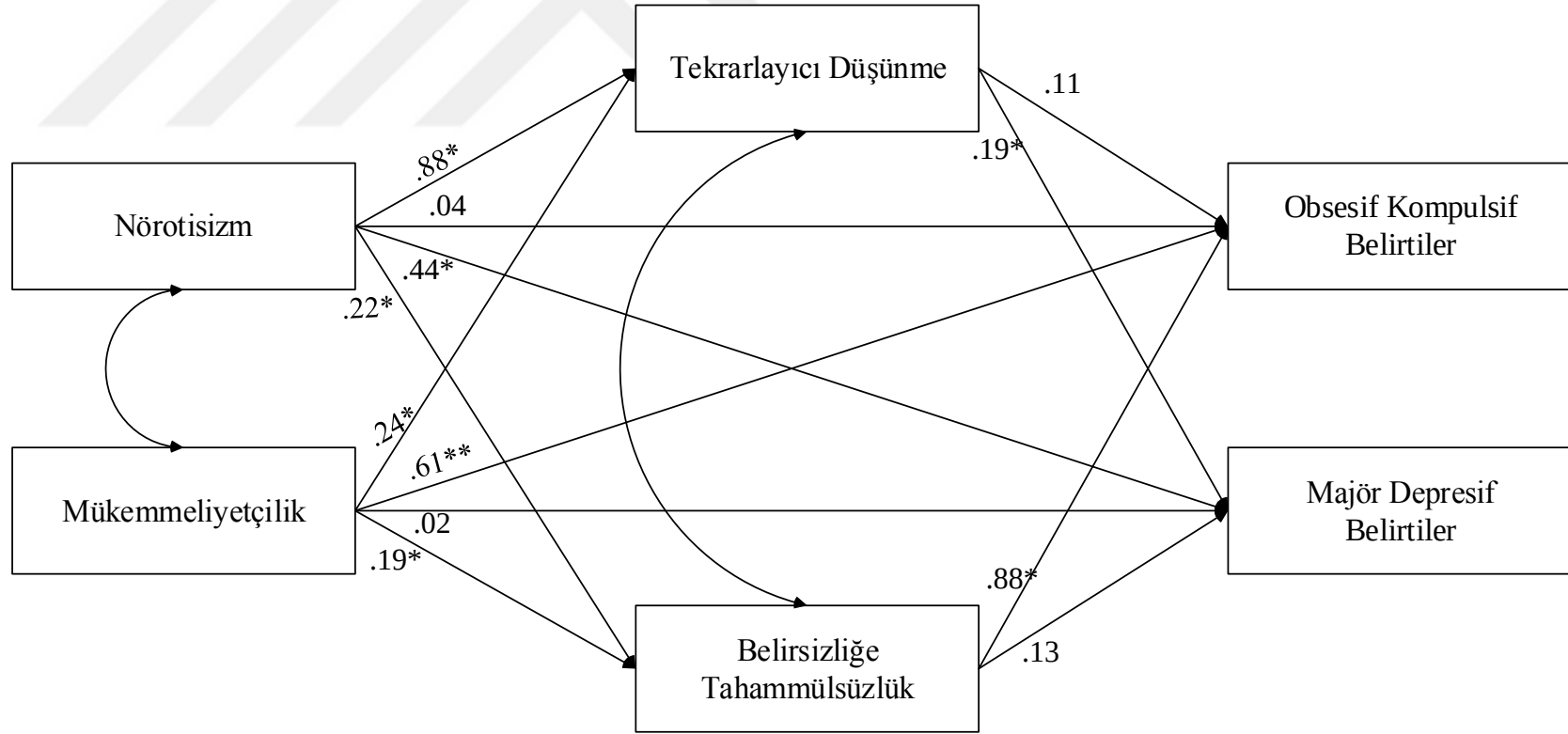
Araştırmamızda sınanan yol analizinin toplam dolaylı etki sonuçlarına göre, nörotisizm hem tekrarlayıcı düşünme hem de belirsizliğe tahammülsüzlük üzerinden depresif belirtileri ($B = .20$, %95 BCa GA = .13 - .29) anlamlı bir şekilde yordamaktadır. Benzer şekilde nörotisizm hem tekrarlayıcı düşünme hem de belirsizliğe tahammülsüzlük üzerinden obsesif-kompulsif belirtileri de ($B = .29$, %95 BCa GA = .12 - .53) anlamlı bir şekilde yordamaktadır. Mükemmeliyetçilik açısından incelendiğinde ise, mükemmeliyetçilik hem tekrarlayıcı düşünme hem de belirsizliğe tahammülsüzlük üzerinden depresif belirtileri ($B = .07$, %95 BCa GA = .02 - .13) anlamlı bir şekilde yordamaktadır. Keza obsesif-kompulsif belirtiler üzerinde de mükemmeliyetçiliğin tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük üzerinden toplam dolaylı etkisi anlamlıdır ($B = .19$, %95 BCa GA = .10 - .32).

Özgül dolaylı etkiler AMOS 21.0 programı kapsamında test edilememektedir. AMOS 21.0 programının özgül dolaylı etkilere ilişkin bilgi verememesi nedeniyle, Gaskin (2019; Gaskination's Statwiki)'in önerdiği “*My Indirect Effects*” eklentisi yüklenerek, özgül dolaylı etkilere ilişkin istatistiksel değerler elde edilmiştir.

Model kapsamındaki özgül dolaylı etkiler incelendiğinde, nörotisizmin tekrarlayıcı düşünme aracılığıyla depresif belirtiler üzerindeki dolaylı etkisi anlamlı iken ($B = .17$, %95 BCa GA = .10 - .26), obsesif-kompulsif belirtiler üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olmadığı ($B = .09$, %95 BCa GA = -.06 - .29) saptanmıştır. Nörotisizmin belirsizliğe tahammülsüzlük aracılığıyla depresif belirtiler üzerindeki özgül dolaylı etkisi istatistiksel olarak anlamlı değilken ($B = .02$, %95 BCa GA = -.01 - .07), obsesif-kompulsif belirtiler üzerindeki özgül dolaylı etkisinin ise anlamlı olduğu görülmüştür ($B = .19$, %95 BCa GA = .07 - .37). Mükemmeliyetçilik değişkeninin tekrarlayıcı düşünme aracılığıyla depresif belirtiler üzerindeki dolaylı etkisi anlamlı iken ($B = .04$, %95 BCa GA = .01 - .09), obsesif-kompulsif belirtiler üzerinde bu özgül dolaylı etki anlamlı değildir ($B = .02$, %95 BCa GA = -.01 - .09). Yine mükemmeliyetçilik faktörünün belirsizliğe tahammülsüzlük aracılığıyla depresif belirtiler üzerindeki dolaylı etkisi anlamlı değil iken ($B = .02$, %95 BCa GA = -.01 - .07), obsesif-kompulsif belirtiler

üzerindeki etkisi anlamlıdır ($B = .16$, %95 BCa GA = $.07 - .30$). Test edilen dolaylı etkilere ilişkin istatistiksel değerler Tablo 10’da sunulmuştur.

Tüm dolaylı etkiler, Zhao ve arkadaşlarının (2010) önerdiği aracılık kavramsallaştırmaları açısından değerlendirildiğinde, nörotisizmin obsesif-kompulsif belirtiler ve mükemmeliyetçiliğin majör depresif belirtiler üzerindeki toplam dolaylı etkisinin “tamamlayıcı aracı”, nörotisizmin depresif belirtiler ve mükemmeliyetçiliğin obsesif-kompulsif belirtiler üzerindeki toplam dolaylı etkisinin ise “sadece dolaylı etkili aracılık” olarak nitelendirilebileceği söylenebilir. Özgül dolaylı etkiler açısından incelendiğinde ise, tekrarlayıcı düşünme nörotisizm ve depresif belirtiler arası ilişkide “sadece dolaylı etkili aracı” iken, mükemmeliyetçilik ve depresif belirtiler arası ilişkide ise “tamamlayıcı aracı”dır. Belirsizliğe tahammülsüzlük ise, nörotisizm ile obsesif-kompulsif belirtiler arası ilişkide “tamamlayıcı aracı” iken; mükemmeliyetçilik ve obsesif-kompulsif belirtiler arası ilişkide ise “sadece dolaylı etkili aracı”dır. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün hem nörotisizm hem de mükemmeliyetçilik ile depresif belirtiler arası ilişkide aracılığının olmadığı saptanmıştır. Bir diğer olası aracı tekrarlayıcı düşünmenin de hem nörotisizm hem de mükemmeliyetçilik ile obsesif-kompulsif belirtiler arası ilişkide aracılığının olmadığı belirlenmiştir.



Şekil 3. Önerilen yapısal modele ilişkin istatistiksel katsayılar

Standardize olmayan regresyon katsayıları sunulmuştur. ** $p < .001$, * $p < .05$

Tablo 10. Dolaylı etkiye ilişkin katsayılar

	B	SH	% 95 BCa GA	p	β
Toplam dolaylı etkiler					
N→TD,BT →MDBel.	.20	.03	.13 - .29	.001	.19
N→TD,BT →OKBel.	.29	.03	.12 - .53	.001	.10
Mük→TD,BT →MDBel.	.07	.02	.02 - .13	.008	.12
Mük→TD,BT →OKBel.	.19	.05	.10 - .32	.002	.13
Özgül dolaylı etkiler					
N→TD →MDBel.	.17	.04	.10 - .26	.001	
N→BT →MDBel.	.02	.02	-.01 - .07	.138	
N→TD →OKBel.	.09	.04	-.06 - .29	.267	
N→BT →OKBel.	.19	.07	.07 - .37	.002	
Mük→TD →MDBel.	.04	.01	.01 - .09	.003	
Mük→BT→MDBel.	.02	.02	-.01 - .07	.16	
Mük→TD →OKBel.	.02	.02	-.01 - .09	.198	
Mük→BT→OKBel.	.16	.05	.07 - .30	.002	

Not 1. N=197

Not 2. Bootstrap örneklem sayısı: 5,000.

Not 3. B: Standardize olmayan regresyon katsayısı, β : Standardize regresyon katsayısı, SH: Standart Hata, BC: Bias-Corrected, N: Nörotisizm/Duygusal Tutarsızlık, Mük: Mükemmeliyetçilik, TD: Tekrarlayıcı Düşünme, BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, OKBel.: Obsesif-kompulsif belirtiler, MDBel.: Majör depresif belirtiler.

3.4.4. Obsesif-Kompulsif ve Depresif Belirtilerde Açıklanan Varyansların Değerlendirilmesi

Nörotisizm, mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün obsesif-kompulsif ve depresif belirtiler varyansına katkısını incelemek amacıyla Çoklu Açıklayıcılık Katsayısı (*Squared Multiple Correlation*) hesaplanmıştır. Modelden elde edilen sonuçlara göre nörotisizm, mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük depresif belirtilerdeki varyansın % 58,3'ünü, obsesif-kompulsif belirtilerdeki varyansın ise % 42,5'ini açıklamaktadır.

Bununla birlikte değişkenlerin depresif ve obsesif-kompulsif belirtileri açıklama konusundaki göreceli katkısını incelemek amacıyla, üç farklı modele ilişkin yine Çoklu Açıklayıcılık Katsayısı (*Squared Multiple Correlation*) aracılığıyla açıklanan varyans değerleri hesaplanmıştır. Sonuçlara göre, yalnız nörotisizm ve mükemmeliyetçilik obsesif-kompulsif belirtilerdeki varyansın % 37.1'ini, depresif belirtilerdeki varyansın ise % 48.2'sini açıklamaktadır. Tekrarlayıcı düşünme modele girdiğinde OKB varyansına % 2'lik bir katkı bulunurken, MDB varyansına ise % 9.6'lık bir katkı sağlamaktadır. Nörotisizm ve mükemmeliyetçiliğe ek olarak belirsizliğe tahammülsüzlük modele girdiğinde ise depresif belirtilerdeki varyansın %51.7'si, obsesif-kompulsif belirtilerdeki varyansın ise % 42.2'si açıklanmaktadır. Son olarak, nörotisizm ve mükemmeliyetçiliğe ek olarak tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük birlikte modele girdiğinde ise model tarafından depresif belirtilerdeki varyansın % 58,3'ü, obsesif-kompulsif belirtilerdeki varyansın ise % 42,5'i açıklanmaktadır. Sonuçlara bakıldığında, yalnız tekrarlayıcı düşünmenin tek başına aracı olduğu modele belirsizliğe tahammülsüzlük eklendiğinde depresif belirti varyansı neredeyse değişmemektedir. Benzer şekilde, yalnız belirsizliğe tahammülsüzlüğün aracı değişken olduğu modele tekrarlayıcı düşünme eklendiğinde ise obsesif-kompulsif belirtiler varyansı neredeyse değişmemektedir. Sonuçlar Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11. Değişkenlerin OKB ve MDB'de açıkladığı toplam varyans oranları

	R^2	
	MDB	OKB
N, Mük → OKBel., MDBel.	.482	.371
N, Mük → TD → OKBel., MDBel.	.578	.391
N, Mük → BT → OKBel., MDBel.	.517	.422
N, Mük → TD, BT → OKBel., MDBel.	.583	.425

Not 1. N=197

Not 2. R^2 : Açıklanan varyans, N: Nörotisizm/Duygusal Tutarsızlık, Mük: Mükemmeliyetçilik, TD: Tekrarlayıcı Düşünme, BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, OKBel.: Obsesif-kompulsif belirtiler, MDBel.: Majör depresif belirtiler.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Son yıllarda alanyazındaki çalışmalar farklı bozukluklar için farklı tedavi programlarını öneren semptoma dayalı, bozukluğa özgü yaklaşımlardan uzaklaşıldığını ve farklı psikopatolojilerin etiolojisinde ve/veya sürdürülmesinde rol oynayan ortak psikolojik süreçlerin ilgi ve dikkat çektiğini belirtmektedir (örn., Egan ve ark., 2011; Ehrling ve Watkins, 2008). Bu ortak psikolojik süreçler de alanyazında, tanılar üstü faktörler olarak nitelendirilmektedir (Harvey ve ark., 2004).

Duygusal bozukluklar (*emotional disorders*; bkz. Barlow ve ark., 2004) olarak tek bir kavram altında nitelenen majör depresif bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğu gibi psikopatolojilerin hem akademik çalışma bulgularında (örn. Kessler ve ark., 2005) hem de klinik gözlem sonuçlarında sıklıkla birbirlerine eşlik ettikleri bilinmektedir. Dolayısıyla özellikle duygusal bozuklukların eş tanı durumlarını araştıran bilimsel çalışmalar tanılar üstü faktörlerin önemine değinmektedir.

Bu tez çalışmasında da birbirine eşlik edebilen iki psikopatoloji olan obsesif-kompulsif bozukluk ve majör depresif bozukluk; nörotisizm, mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük ve tekrarlayıcı düşünme yatkınlık faktörleri çerçevesinde incelenmiştir. Bu bağlamda, yalnız majör depresif bozukluk, yalnız obsesif-kompulsif bozukluk ve hem obsesif-kompulsif hem de majör depresif bozukluk tanısı alan üç klinik grup araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın amacı doğrultusunda gruplar, nörotisizm, mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük değişkenleri açısından karşılaştırılmış, bahsi geçen değişkenler ve psikopatoloji belirti düzeyleri arası ilişkiler incelenmiş ve son olarak söz konusu değişkenler ve psikopatoloji belirtileri arası ilişkileri tanımlayan hiyerarşik bir model test edilmiştir.

Bu bölümde, bu tez çalışmasında belirtilen amaçlar doğrultusunda elde edilen bulgular ilgili alanyazındaki diğer araştırma sonuçları ile birlikte ele alınarak karşılaştırılmıştır. Ayrıca, araştırma bulgularının klinik doğruları da yine bu bölümde ele alınacaktır.

4.1. Gruplar Arası Karşılaştırmaların Değerlendirilmesi

Majör depresif bozukluk ve obsesif-kompulsif bozuklukta ortak olarak görülen yatkınlık faktörlerinin incelendiği bu çalışmada, araştırmanın amaçlarından ilki, yalnız obsesif-kompulsif bozukluk, yalnız majör depresif bozukluk ile her iki tanıyı alan eş tanı grupları arasında, nörotisizm, mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük puanları açısından anlamlı bir fark olup olmadığını incelemektir. Bu amaçla gerçekleştirilen analizler sonucu, eş tanı grup ile yalnız majör depresif bozukluk tanısı alan grubun, yalnız obsesif-kompulsif bozukluk tanısı alan gruptan anlamlı olarak daha yüksek nörotisizm puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Yani, majör depresif bozukluk tanısı almak nörotisizm düzeyinin artışında belirleyici bir etken gibi gözükmemektedir. Dolayısıyla depresif bireylerin, obsesif bireyler ile kıyaslandığında anlamlı olarak daha nörotik oldukları ve hatta OKB eş tanısı almaları durumunda bile nörotiklik düzeylerinde anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı saptanmıştır. Nörotisizmin, olumsuz duygulanım deneyimlemeye yönelik kalıcı bir eğilim ya da yatkınlık içeren bir kişilik özelliği (Widiger, 2009) olduğu düşünüldüğünde, depresif bireylerin olumsuz duygu deneyimlemeye daha yatkın oldukları belirtilebilir. Barlow, Ellard, Sauer-Zavala, Bullis ve Carl (2014a), farklı araştırmacılar tarafından “bireylerin abartılı olumsuz duygulanım yaşamaları” olarak tanımlanan nörotisizm kavramına ek olarak dünyanın tehlikeli ve tehdit edici bir yer olduğu ve bireylerin bu zorlayıcı olayları yönetmek veya başa çıkmak konusundaki yetersizlik inançlarını da içerdiğini belirtmiştir. Bu nedenle Barlow ve arkadaşları (2014a), nörotisizmi, strese tepki olarak ortaya çıkan kontrol edilemezlik duygusu (yetersiz baş etme algısı) ile ilişkili sık ve yoğun bir biçimde olumsuz duygular yaşama eğilimi olarak tanımlamaktadırlar. Bu açıdan bakıldığında, depresif bireyler, obsesif bireyler ile

kıyaslandığında hem karamsarlık, suçluluk, mutsuzluk gibi duyguları daha fazla deneyimliyor gibi görünmekte hem de depresif bireylerin bu olumsuz duygulara ek olarak kendilik ve dış dünya algısında olumsuz temalar içeren bir düşünce dünyasına sahip oldukları düşünülmektedir. Majör depresif bozukluğun bilişsel davranışçı kuram çerçevesindeki formülasyonu, bahsi geçen bulguyu daha anlaşılır kılmaktadır. Bilişsel davranışçı kuram (Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979), depresif bireylerin olumsuz kendilik ve gelecek algısına ve olumsuz dünya görüşüne sahip olduklarını belirterek, bu olumsuz bilişlerin bireylerde depresyona yatkınlık yaratmasına ek olarak, depresif durumun devam etmesinde de rol oynadığını belirtmektedir.

Ayrıca alanyazında bahsi geçen bulgu ile benzer bulgular elde eden araştırmalar da mevcuttur. Rector, Hood, Richter ve Bagby (2002), OKB ve MDB tanısı alan iki klinik grubu beş faktör kişilik boyutları açısından karşılaştırmış ve MDB tanısı alan grubun anlamlı olarak daha nörotik olduğunu saptamışlardır. Ülkemizde Gökdağ (hazırlanma aşamasında) tarafından anksiyete bozukluğu (panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu) ve/veya depresyon tanısı almış klinik bir örnekleme gerçekleştirilen bir tez araştırmasında da, hem anksiyete bozukluğu hem de majör depresif bozukluk tanısı almış grup yalnızca majör depresif bozukluk tanısı alan grup ile karşılaştırıldığında nörotisizm puanı açısından farklılaşmadığı, ancak bu iki grubun panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu grubundan anlamlı olarak daha nörotik olduğu belirtilmiştir.

Araştırmanın bir diğer değişkeni mükemmeliyetçilik kişilik özelliği açısından gerçekleştirilen analizlerde, mükemmeliyetçiliğin de tanı grupları arasında anlamlı olarak farklılaştığı saptanmıştır. Sonuçlara göre, eş tanı grubun, sadece OKB ve sadece MDB tanısı alan gruptan anlamlı olarak daha yüksek mükemmeliyetçilik puanlarına sahip olduğu, OKB ve MDB grupları arasında ise anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı görülmüştür. Dolayısıyla, mükemmeliyetçilik OKB ve MDB gruplarından bağımsız bir şekilde eş tanı ile ilişkili gibi gözükmektedir. Söz konusu bulgu, yüksek düzeyde mükemmeliyetçiliğin depresyon ve obsesif-kompulsif bozukluk arasındaki örtüşmenin anlaşılmasında kilit bir rol oynayabileceği düşüncesi ile tutarlıdır. Örneğin, Bieling ve arkadaşları

(2004b), birincil tanıları anksiyete bozuklukları ve obsesif-kompulsif bozukluk olan klinik örneklem ile yaptıkları araştırmada, mükemmeliyetçilik düzeyi ile eş tanı oranı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, mükemmeliyetçilik düzeyi arttıkça, eş tanı oranının da arttığını saptamışlardır.

Mükemmeliyetçiliğin alt boyutları açısından gruplar arası farklılık incelendiğinde ise, hatalara aşırı ilgi, aile beklentileri, ailesel eleştiri ve kişisel standartlar alt boyutlarında OKB ve MDB gruplarının anlamlı olarak farklılaşmadığı saptanmıştır. Düzen ve davranışlardan şüphe alt boyutlarında ise OKB tanısı alan grup MDB tanısı alan grup ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır. Alanyazında bu bulguyu destekleyen araştırmalar yer almaktadır. Örneğin, Sassaroli ve arkadaşları (2008) tarafından, klinik örneklem ile gerçekleştirilen bir araştırmada mükemmeliyetçilik alt boyutlarından hatalara aşırı ilgi, kişisel standartlar, aile beklentileri ve ailesel eleştiri alt boyutlarında OKB ve MDB tanısı alan grupların farklılaşmadığını ancak davranışlardan şüphe alt boyutunda OKB tanısı alanların MDB tanısı alanlara göre daha yüksek puanlara sahip olduğu belirtilmiştir. Wheeler, Blankstein, Antony, McCabe ve Bieling (2011), mükemmeliyetçiliğin iki alt boyutu olan aile beklentileri ve kişisel standartlar alt boyutlarında OKB ve MDB gruplarının farklılaşmadığını saptamışlardır. Aynı araştırmada, mükemmeliyetçilik puanındaki artışın bireylerin eş tanı sayısı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Araştırmamızda ele alınan bir diğer değişken belirsizliğe tahammülsüzlüktür. Belirsizliğe tahammülsüzlük açısından gerçekleştirilen gruplararası karşılaştırmalarda, eş tanı grup saf OKB'li ve saf MDB'li gruptan anlamlı olarak daha yüksek puanlar almışken, OKB ve MDB gruplarının belirsizliğe tahammülsüzlük puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Bu nedenle eş tanı grup, tek tanı gruplara kıyasla belirsizliğe daha tahammülsüz gibi görünmektedir. Bu sonuçlar, eş tanı bireylerin belirsiz olay ve durumları keyif kaçıran ve stresli durumlar olarak görmeye, belirsizlikten kaçınmaya ve belirsizlik içeren durumlarda işlevselliklerinde sıkıntı yaşamaya yatkın olduklarını göstermektedir. Dolayısıyla komorbidite belirsizliği daha olumsuz yorumlama ve kaçınma davranışı ile bağlantılıdır. Ayrıca gruplararası

farklılık gözlenmemesi hem obsesif bireylerin hem de depresif bireylerin belirsizliğe tahammülsüz olduklarını, belirsizlikten kaçınmak için yüksek motivasyonlara sahip olduklarını düşündürmektedir.

Alanyazında, bu araştırma bulguları ile paralel bulgulara sahip araştırmalar mevcuttur. Pozza, Coradeschi ve Dèttore (2013), şiddetli depresif belirtileri olan OKB'li bireylerin, depresif belirtileri olmayanlarla kıyaslandığında belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Dupuy ve Ladouceur (2008), yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk eş tanıli bireylerin yalnız yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylere kıyasla belirsizliğe daha tahammülsüz olduklarını belirtmişlerdir. Yook ve arkadaşları (2010), eş tanıli anksiyete ve depresyon tanıli bir grubu, saf depresyon ve saf anksiyete tanıli grup ile karşılaştırmışlar ve eş tanıli grubun diğer iki gruptan daha fazla belirsizliğe tahammülsüz olduğunu belirtmişlerdir. Carleton ve arkadaşları (2012) da klinik örneklemede yaptıkları karşılaştırmalı bir araştırmada OKB ve MDB tanıli bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının farklılaşmadığını belirtmişlerdir.

Bilişsel bir değişken olarak ele alabileceğimiz tekrarlayıcı düşünme de araştırmamızda ele alınan değişkenlerden birisidir. Tekrarlayıcı düşünme kapsamında yapılan gruplar arası karşılaştırma sonuçlarına göre, eş tanıli grup ve MDB grubunun, OKB grubundan anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Eş tanıli grup ve MDB grubu arasında ise anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Dolayısıyla eş tanı eşlik etsin veya etmesin, depresif bireylerin olumsuz yaşam deneyimlerini tekrar tekrar ele almaya, bunların üzerine düşünmeye ve yorumlamaya daha yatkın olduklarını belirtebiliriz.

McEvoy ve arkadaşları (2013), MDB tanısı alan katılımcıların anksiyete bozukluğu tanısı alan diğer katılımcılara göre tekrarlayıcı düşünmenin bir formu olan ruminasyondan daha yüksek puanlar aldıklarını belirtmişlerdir. Yine Gökdağ (hazırlanma aşamasında) tarafından hazırlanan tez araştırmasında, hem anksiyete bozukluğu hem de majör depresif bozukluk tanısı almış grup yalnızca majör depresif bozukluk tanısı alan grup ile karşılaştırıldığında tekrarlayıcı düşünme puanı açısından farklılaşmadığı, ancak bu iki grubun panik bozukluk ve yaygın

anksiyete bozukluğu grubundan anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır.

4.2. Değişkenler Arası İlişkilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın bir diğer amacı olan değişkenler arası ilişkileri incelemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Gerçekleştirilen korelasyon analizinin sonuçlarına göre; tüm ölçeklerin toplam puanları arasında orta ve yüksek düzeyde ve anlamlı ilişkiler mevcuttur.

Obsesif-kompulsif belirtiler ve araştırma değişkenleri arası ilişkiler incelendiğinde, obsesif-kompulsif belirti düzeyi ile nörotisizm ve tekrarlayıcı düşünme düzeyi arasında orta düzeyde ve anlamlı ilişkiler mevcutken, obsesif-kompulsif belirti düzeyi ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik düzeyi arasında yüksek düzeyde ve anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Yani obsesif-kompulsif belirtiler arttıkça, nörotisizm, mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi de artmaktadır. Ya da nörotisizm, mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi arttıkça obsesif-kompulsif belirtiler de artış sergilemektedir. Yani, bahsi geçen değişkenler ile obsesif-kompulsif belirtiler birlikte değişim sergilemektedir. Söz konusu değişkenlerden özellikle mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile obsesif-kompulsif belirtiler arası ilişkilerin gücü daha büyüktür.

Alanyazında araştırmamızda ele alınan değişkenler ile OKB belirtileri arasındaki ilişkileri ele alan pek çok araştırma bulunmaktadır. Mükemmeliyetçilik ve obsesif-kompulsif belirtiler arası ilişkiyi inceleyen araştırmalar ele alındığında hem normal örnekleme (Rhéaume ve ark., 1995; Wu ve Cortesi, 2009), hem de klinik örnekleme (Norman ve ark., 1998) mükemmeliyetçilik düzeyi ile OKB belirtileri arasında pozitif düzeyde ve anlamlı ilişkilerin olduğu bulunmuştur. Bu tez çalışmasından farklı olarak, mükemmeliyetçilik ve OKB belirti alt tipleri arasındaki ilişkiyi ele alan araştırmalar da mevcuttur. Örneğin, Wu ve Cortesi (2009), mükemmeliyetçiliğin

temizleme, kontrol etme ve ritüeller gibi OKB belirtileri ile ilişkili olduğunu saptamıştır.

Nörotisizm ve OKB arası ilişkiler de alanyazında yer almaktadır. Klinik örneklem ile gerçekleştirilen araştırmalar (Watson, Clark ve Carey, 1988b; Scarrabelotti ve ark., 1995) nörotisizm ile OKB belirtileri arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Scarrabelotti ve arkadaşları (1995) normal örneklemde de, nörotikliğin OKB belirtileri ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Yorulmaz (2007), OKB ve kültürel farklılıklar üzerine gerçekleştirdiği tez araştırmasında hem Kanadalı hem de Türk üniversite öğrencilerinde obsesif-kompulsif belirtiler ile nörotisizm düzeyi arasında ilişki saptamıştır. Ek olarak, Watson ve arkadaşları (1988b), temizlik obsesyonları ve kontrol kompulsiyonları ile nörotisizm arasında da pozitif ve anlamlı ilişkilerin olduğunu bildirmişlerdir.

Alanyazında araştırma bulgularımızla paralel olarak, belirsizliğe tahammülsüzlük ile obsesif-kompulsif bozukluk arasındaki ilişkiye dair kanıtlar gösteren araştırmalar da mevcuttur. Sica ve arkadaşları (2004), bu ilişkiyi obsesif-kompulsif bozukluk tanısı alan ve sağlıklı örneklemelerde saptarken, McEvoy ve Mahoney (2012) de karma klinik örneklemde bulmuştur. Laposa, Collimore, Hawley ve Rector (2015) ise anksiyete bozukluğu tanısı almış bir örneklemde belirsizliğe tahammülsüzlük ile OKB belirtilerinin ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Tekrarlayıcı düşünme eğilimleri ve obsesif-kompulsif belirtiler arası ilişkileri ele alan çalışmalara baktığımızda, OKB belirtilerinin hem ruminasyon (Dar ve Iqbal,2015; Wahl ve ark., 2011a), hem de endişe (Wells ve Papageorgiou, 1998) ile ilişkili olduğunu bildiren araştırmalar mevcuttur. Gülüm ve Dağ (2014) da üniversite öğrencisi örneklemde gerçekleştirdikleri araştırmada, hem ruminasyon hem endişe kavramlarını içeren bütünsel bir kavram olan tekrarlayıcı düşünme ile obsesif-kompulsif belirtiler arası anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu belirtmiştir.

Depresyon düzeyi ve araştırma değişkenleri arası ilişkiler incelendiğinde ise, depresyon düzeyi ile mükemmeliyetçilik düzeyi arasında orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki mevcutken, nörotisizm, belirsizliğe tahammülsüzlük ve tekrarlayıcı düşünme düzeyi ile yüksek düzeyde ve anlamlı ilişkiler olduğu

görülmektedir. Yani, depresif belirtiler arttıkça, nörotisizm, mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi de artmaktadır. Ya da nörotisizm, mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi arttıkça depresif belirti düzeyi de artış göstermektedir. Depresif belirtiler ile söz konusu faktörler birlikte değişim göstermektedirler.

Mükemmeliyetçilik ve depresif belirtiler arası ilişkileri ele alan araştırmalar normal örnekleme (örn. Black ve Reynolds, 2013; Erozkan ve ark., 2011; Rice ve ark., 1998) ve klinik örnekleme (örn., Norman ve ark., 1998) mükemmeliyetçilik ile depresif belirti düzeyi arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, araştırma bulgularımız ile paralellik göstermektedir. Ayrıca Black ve Reynolds (2013), uyumsuz mükemmeliyetçilik (Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği hatalara aşırı ilgi ve davranışlardan şüphe boyutları ile oluşturulmuştur) boyutu ile depresif belirti düzeyi arasındaki ilişkilerin toplam mükemmeliyetçilik puanından daha kuvvetli olduğunu belirtmiştir. Bu tez araştırmasında da özellikle hatalara aşırı ilgi alt boyutunun, depresif belirti düzeyi ile ilişkisinin toplam mükemmeliyetçilik puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hatalara aşırı ilgi alt boyutu, hatalara olumsuz tepkiler, hataları başarısızlığa eşdeğer olarak yorumlama eğilimi ve başarısızlığın ardından diğerlerinin saygısını yitireceğine inanma eğilimi olarak kavramsallaştırılmıştır. Dolayısıyla, depresif bireylerin hataları algılama biçimlerinin felaketleştirici nitelikte olduğu ve hatalar sonucu diğerlerinin kendisine yönelik bakış açısının olumsuzlaşacağına yönelik bir inanç olduğu yönünde değerlendirilebilir.

Araştırmamızda depresif belirti düzeyi ile nörotisizm düzeyi arasında oldukça yüksek bir ilişki katsayısı saptanmıştır. Endişeye ve mutsuzluğa yatkın bireyler daha depresif olmakta ve depresifleştikçe de endişe ve mutsuzluğa daha da çok deneyimlemektedirler. Alanyazında nörotikliğin depresif belirtiler ile ilişkili olduğunu destekleyen pek çok çalışma vardır. Normal örnekleme gerçekleştirilen araştırmalarda (Barnhofer ve ark., 2011; Clarke, 2004; Jylhä ve Isometsä, 2006; Saklofske ve ark., 1995; Yoon, Maltby ve Joormann, 2013) nörotisizm düzeyi ile depresif belirtiler arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler olduğu

belirtilmiştir. Farklı olarak Dirik ve Şahin (2008), kalp hastaları ile yaptıkları araştırmada da nörotisizm ile depresif belirti düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi ile depresif belirtiler arası ilişkileri ele alan araştırmalar da alanyazında yerini almaktadır. Üniversite öğrencisi örnekleminin dahil edildiği araştırmalarda (Berenbaum ve ark., 2008; Buhr ve Dugas, 2002) belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin depresif belirtiler ile ilişkili olduğunu belirtilmektedir. Dar ve arkadaşları (2017), klinik örnekleme de bu ilişkiyi saptamışlardır.

Araştırmada ele alınan bir diğer değişken tekrarlayıcı düşünmedir. Depresif belirtiler ile tekrarlayıcı düşünmenin iki formu olan ruminasyon (Papageorgiou ve Wells, 2003; Thomas ve Altareb, 2012) ve endişe (Dugas ve ark., 2004; Goring ve Papageorgiou, 2008) ilişkisi de araştırmalarda sıklıkla yer almaktadır. Ayrıca Kaçar-Başaran ve arkadaşları (2019), normal örnekleme tekrarlayıcı düşünme ve depresif belirtiler arası pozitif ve anlamlı ilişki olduğunu bildirmişlerdir.

4.3. Önerilen Tanılar Üstü Hiyerarşik Modelin Değerlendirilmesi

Bu araştırmanın temel amaçlarından birisi Şekil 1’de önerilen modelin test edilmesidir. Bahsi geçen modele göre, nörotisizmin hem belirsizliğe tahammülsüzlük hem de tekrarlayıcı düşünme değişkenleri aracılığıyla obsesif-kompulsif ve majör depresif belirtileri yordaması beklenmektedir. Ancak araştırma sonuçlarına göre, nörotisizmin farklı araçlar üzerinden bozukluk belirtilerini yordadığı saptanmıştır. Nörotisizm tekrarlayıcı düşünme aracılığıyla depresif belirtileri, belirsizliğe tahammülsüzlük aracılığıyla ise obsesif-kompulsif belirtileri yordamaktadır. Yani nörotiklik, farklı yollar aracılığıyla hem obsesif-kompulsif hem de depresif belirtileri açıklamaktadır. Bu sonuçlar, nörotisizmin her iki tanıyı da açıklayan tanılar üstü bir faktör olduğunu doğrulamaktadır.

Nörotisizmin tanılar arasında ortak bir faktör olduğuna yönelik öncü görüş Clark ve Watson (1991)’ın Üçlü (*Tripartite*) Modelinde ortaya konmuştur. Clark ve Watson (1991), modelde nörotisizmi (negatif duygulanım) anksiyete ve

depresyonun ortak özelliği olarak tanımlar iken pozitif duygulanımdaki düşüşün depresyon, fizyolojik uyarılmadaki artışın ise anksiyete için ayırıcı faktörler olduğunu belirtmişlerdir. Brown, Chorpita ve Barlow (1998), modele, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, sosyal fobi ve depresyon gibi ruhsal bozuklukları dahil ederek üçlü modeli genişletmişlerdir. Nörotisizmin (negatif duygulanım) tüm tanı kategorilerini, fizyolojik uyarılmanın sadece kaygı bozukluklarını, pozitif duygulanımın ise sadece depresyon ve sosyal anksiyete bozukluğunu yordadığını belirtmişlerdir. Son zamanlarda ise Kotov ve arkadaşları (2017) kategorik tanılama sistemine yönelik eleştirilere karşılık Psikopatolojilerin Hiyerarşik Sınıflandırılması (*The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology; HiTOP*) isimli boyutsal bir yaklaşım önermişlerdir. Bu yaklaşımda, sosyal anksiyete bozukluğu, özgül fobi, panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluk “korku bozuklukları (*fear disorders*)”, majör depresif bozukluk, distimi, yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu ise “üzüntü bozuklukları (*distress disorders*)” olarak sınıflandırılmaktadır. Korku ve üzüntü bozuklukları, üst boyut olarak içselleştirme bozuklukları (*internalizing disorders*) boyutunda yer almaktadır. Bahsi geçen modelde, içselleştirme bozuklukları negatif duygulanım ile eşleştirilmektedir. Dolayısıyla nörotisizm, yaklaşık otuz yıldır psikoloji alanyazınında duygusal bozukluklar için yatkınlık oluşturan, psikopatolojiler arası ortak bir kişilik özelliği olarak ele alınmıştır.

Alanyazında nörotisizmin, duygusal bozukluklarda ortak bir yatkınlık faktörü olduğunu ve eş tanı ile ilişkisini destekleyen pek çok araştırma da yer almaktadır. Khan, Jacobson, Gardner, Prescott ve Kendler (2005), nörotisizmin anksiyete ve duygudurum bozuklukları arasındaki eş tanının %20-45’ini oluşturduğunu saptamışlardır. Griffith ve arkadaşları (2010), obsesif-kompulsif ve depresif belirtilerin dahil edildiği araştırmalarında nörotisizmin içselleştirilmiş bozukluklar için ortak bir faktör olduğunu ve nörotisizm ile içselleştirilmiş bozukluklar faktörü arasında çok güçlü bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir.

Nörotisizmin duygusal bozukluklar arası ortak bir faktör olduğuna yönelik ve eş tanı sürecindeki rolü üzerinde artan bir görüş hakimken, psikopatolojiler

üzerindeki etkisini nasıl ve hangi değişkenler aracılığıyla gerçekleştirdiğine yönelik bilgiler daha sınırlıdır. Watson (2005), bu duruma yönelik olarak nörotisizmin anksiyete bozuklukları ve depresyon arasındaki eş tanı durumunu tamamen açıklamadığını bunun için modele ek boyutların eklenmesi gerektiğini ifade etmiştir. Bu nedenle, üst düzey bir faktör olan nörotisizm kişilik özelliğinin psikopatolojiler üzerindeki gücünü incelerken ek boyut/alt düzey faktör/aracı değişkenlerin ele alındığı araştırmalara ihtiyaç duyulmuştur. Bu bağlamda bireylerin belirsiz olay ve durumları olumsuz algılaması ve olumsuz tepki göstermesi olarak tanımlanan (Dugas ve ark., 2004a) belirsizliğe tahammülsüzlük, nörotisizm ile duygusal bozukluklar arası ilişkide aracı rol oynayabilecek bir tanımlar üstü yakınlık faktörü olarak önerilmiştir (bkz. Sexton, Norton, Walker ve Norton, 2003; Norton, Sexton, Walker ve Ron Norton, 2005). Önceleri endişe ve yaygın anksiyete bozukluğuna özgü özgül bir risk faktörü olarak kavramsallaştırılmış olmasına rağmen, belirsizliğe tahammülsüzlük anksiyete ve depresyon ile de ilişkili olması nedeniyle tanımlar üstü bir yakınlık faktörü (Mahoney ve McEvoy, 2012) olarak araştırmalarda yer almaktadır. Nitekim OKB ve MDB ile ilişkisi de pek çok araştırma bulgusunda vurgulanmıştır (örn. Buhr ve Dugas, 2002; Sica ve ark., 2004). Bu nedenle bu tez araştırmasında da, nörotisizm ile obsesif-kompulsif ve depresif belirtiler arası ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlüğün dolaylı etkisi incelenmiştir. Analiz sonuçları, nörotisizmin, belirsizliğe tahammülsüzlük aracılığıyla obsesif-kompulsif belirtileri yordadığını ancak depresif belirtileri yordamadığını göstermektedir. Dolayısıyla, nörotisizm üzerinden gelen etkiyle belirsizliğe tahammülsüzlük değişkeni her iki tanı belirtilerini değil yalnız obsesif-kompulsif belirtileri yordamaktadır. Bireylerin nörotisizm düzeyleri belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyini etkilemekte ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin artışı ise obsesif-kompulsif belirtileri etkilemektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlük değişkeninin, OKB için bir yakınlık faktörü olduğunu belirtebiliriz. Nitekim, obsesif-kompulsif belirtileri olan bireylerin belirsiz olay ve durumları kompulsif ritüellerle etkisizleştirmeye çalıştığı bilinmektedir. Örneğin; “ellerim mikroplu” düşüncesi net olmayan belirsiz bir düşüncedir ve OKB’li bir birey netleştirmek için defalarca ve

tekrarlayan bir şekilde el yıkama davranışı sergileyebilir. Söz konusu bulgumuzu alanyazında destekleyen araştırmalar bulunmaktadır. Örneğin, Norton ve Mehta (2007), depresyon ve anksiyete belirtileri üzerinde negatif duygulanım, pozitif duygulanım, belirsizliğe tahammülsüzlük ve anksiyete duyarlılığı değişkenlerinin ele alındığı hiyerarşik bir model test etmişler, negatif duygulanımın belirsizliğe tahammülsüzlük aracı değişkeni üzerinden obsesif-kompulsif belirtileri anlamlı bir şekilde yordadığını ancak depresif belirtileri yordamadığını saptamışlardır. Fergus ve Wu (2011), duygudurum ve anksiyete belirtilerinde bilişsel yatkınlık faktörlerini incelemişler ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün anksiyete belirtileri için özgül bir yatkınlık faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Yook ve arkadaşları (2010), ruminasyon ve endişe kontrol edildiğinde belirsizliğe tahammülsüzlük ve depresyon arasındaki korelasyonun anlamlı olmadığını ancak anksiyete ile ilişkisinin anlamlı olduğunu belirterek, belirsizliğe tahammülsüzlüğün depresyondan çok anksiyete ile ilişkili olduğunu ifade etmiştir. Jensen, Cohen, Mennin, Fresco ve Heimberg (2016) sürekli kaygının, belirsizliğe tahammülsüzlük ve depresyon arasındaki ilişkiyi açıkladığını bulmuşlardır. Başka bir deyişle, belirsizliğe tahammülsüzlük ve depresyon ilişkilidir, ancak anksiyete kontrol edildiğinde, bu ilişki tamamen azalmış veya kaybolmuştur, bu bulgu da anksiyetenin belirsizliğe tahammülsüzlük ile depresyon arası ilişkilerdeki rolüne vurgu yapmaktadır.

Ayrıca araştırmamızda, belirsizliğe tahammülsüzlük ile en ilişkili iki OKB belirti alt boyutunun kontrol etme kompulsiyonları ve kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler olduğu saptanmıştır. Holaway ve arkadaşları (2006), şüphe ve kontrol etme kompulsiyonlarının belirsizliğe karşı tahammülsüzlük ile ilişkili olduğunu ve bu ilişkinin diğer kompulsif davranış alt ölçekleri ile korelasyonundan daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Tolin ve arkadaşları (2003) ise, kontrol etme kompulsiyonları olan OKB'li bireylerin, kontrol etme kompulsiyonu olmayanlara göre belirsizliğe daha tahammülsüz olduğunu bildirmiştir. Alanyazındaki bu bulgular, bizim araştırmamızın bulgusu ile örtüşmektedir. Kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler alt boyutunda “Bilmeden birini incittiğim konusunda çok fazla

düşünürüm veya endişelenirim.” ve “Bazen sebepsiz yere kendime zarar verdiğime veya bir hastalığım olduğuna dair fazlaca endişelenirim.” gibi şüphe içeren maddeler olduğu düşünüldüğünde, şüphe ve kontrol etme davranışlarının belirsizliğe tahammülsüzlük ile yadsınamaz bir bağlantısı olduğu belirtilebilir. Nitekim şüphe ya da obsesyonel düşünceler belirsizliğe tahammülsüzlüğe neden olurken, kontrol etme davranışları ise belirsizliğin yarattığı sıkıntıyı ortadan kaldırmaktadır.

Barlow ve arkadaşları (2014a), nörotisizmi, strese tepki olarak ortaya çıkan kontrol edilemezlik duygusu (yetersiz baş etme algısı) ile ilişkili sık ve yoğun bir biçimde olumsuz duygular yaşama eğilimi olarak tanımlamışlardır. Yine Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis ve Ellard (2014b), olumsuz duygu yoğunluğu ve sıklığı ile paralel olarak yüksek düzey nörotisizmin endişe, ruminasyon veya duygusal kaçınma gibi süreçlere neden olduğunu ve bu süreçleri sürdürdüğünü belirtmişlerdir. Buradan yola çıkarak, nörotisizmin ruminasyon ve endişe gibi tekrarlayıcı olumsuz düşünme süreçlerine neden olduğu, tekrarlayıcı düşünme eğiliminin de OKB ve MDB belirtilerini etkilediği (Gülüm ve Dağ, 2014) bilindiğinde, nörotisizm ile OKB ve MDB belirtiler arasında tekrarlayıcı düşünmenin dolaylı etkisinin olması beklenmektedir. Ancak, yapısal model çerçevesinde elde edilen sonuçlara göre, nörotisizmin tekrarlayıcı düşünme aracılığıyla depresif belirtilere dolaylı etkisinin anlamlı olduğu, obsesif-kompulsif belirtilere dolaylı etkisinin ise anlamlı olmadığı saptanmıştır. Alanyazında bu bulguyu destekleyen araştırmalar mevcuttur. Örneğin, Muris ve arkadaşları (2005) normal örnekleme, Roelofs ve arkadaşları (2008b) ise klinik örnekleme nörotisizm ve depresif belirtiler arası ilişkilerde hem ruminasyon hem de endişenin aracı bir rol üstlendiğini saptamışlardır. Barnhofer ve Chittka (2010) da, hem depresif hem de depresif olmayan örnekleme, nörotisizm ve depresif belirtiler arası ilişkide ruminasyonun aracı etkisi olduğunu bildirmişlerdir.

Bu tez çalışmasında test edilen yapısal model çerçevesinde, OKB ve MDB belirtileri üzerindeki etkisi incelenen bir diğer üst düzey faktör mükemmeliyetçiliktir. Araştırmamızda, mükemmeliyetçilik değişkeninin tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük aracılığıyla obsesif-

kompulsif ve depresif belirtileri yordaması beklenmektedir. Ancak gerçekleştirilen yol analizi sonuçlarına göre, mükemmeliyetçiliğin farklı aracı değişkenler üzerinden bozukluk belirtilerini yordadığı saptanmıştır. Mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme aracılığıyla depresif belirtileri, belirsizliğe tahammülsüzlük aracılığıyla ise obsesif-kompulsif belirtileri yordamaktadır. Yani mükemmeliyetçilik farklı değişkenler üzerinden hem obsesif-kompulsif hem de depresif belirtileri açıklamaktadır. Bu sonuçlar, mükemmeliyetçiliğin her iki tanıyı da yordayan tanılar üstü bir faktör olduğunu onaylamaktadır. Yani, “kusursuzluk” ve “hatasızlık” temalı inançlarla karakterize bir kişilik örüntüsünün bireyleri hem obsesifleştirme hem de depresifleştirme konusunda yatkınlık yarattığını belirtebiliriz. Nitekim, mükemmeliyetçilik kavramı, son yıllarda alanyazında sıklıkla yer alan kavramlardan birisidir. Özellikle psikopatolojilerin etiyojisi, sürdürülmesi ve tedavisinde oynadığı rol, mükemmeliyetçiliğin araştırmalarda sıklıkla konu edilmesine önemli bir etkindir (bkz. Egan ve ark. 2011; Limburg ve ark., 2017). Alanyazında yapılan çalışmalar mükemmeliyetçilik kişilik eğiliminin, pek çok psikopatoloji ile ilişkili olduğunu göstermektedir (örn., Antony ve ark., 1998; Black ve Reynolds, 2013; Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003). Araştırma bulgumuz da bu sonucu doğrular niteliktedir. Ancak, mükemmeliyetçilik farklı değişkenler aracılığıyla OKB ve MDB belirtilerini etkilemektedir. Tekrarlayıcı düşünme mükemmeliyetçilik ile depresif belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük ise mükemmeliyetçilik ile obsesif-kompulsif belirtiler arası ilişkilerde aracı bir rol üstlenmektedir. Mükemmeliyetçi kişilik eğilimi olan bireyler yaşadıkları olumsuz olaylar sonrası bu olayları sık sık zihinlerinde işlemekte, bu olaylar üzerine sıklıkla düşünmekte ise depresif belirtiler kaçınılmaz gibi görünmektedir. Keza, mükemmeliyetçi kişilik eğilimi olan bireyler, belirsiz olay ve durumlar karşısında çaresiz hissetmekte ve herşeyi netleştirme arzusu yaşamakta bu netleştirme ihtiyaçları da bireyleri obsesifleştirmektedir. Alanyazında hem OKB hem de MDB belirtilerini ele alan araştırma bulguları bildiğimiz kadarıyla yoktur ancak yalnız OKB veya yalnız MDB belirtileri ile bu aracılık ilişkisini ele alan çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, Harris ve arkadaşları (2008) ile Senra ve arkadaşları (2018),

mükemmeliyetçilik ile depresif belirtiler arası tekrarlayıcı düşünmenin bir formu olan ruminasyonun aracı rolü olduğunu belirtmiştir. Di Schiena, Luminet, Philippot ve Douilliez (2012) de mükemmeliyetçilik ve depresyon arası ilişkide tekrarlayıcı düşünmenin aracı rolünü saptamışlardır. Mükemmeliyetçilik ile obsesif-kompulsif belirtiler arası ilişkiler incelendiğinde ise Reuther ve arkadaşları (2013), normal örneklem ile yaptıkları çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlüğün tam aracı rolü olduğunu belirtmiştir.

Görüldüğü üzere, yapısal model çerçevesinde elde edilen bulgular, mükemmeliyetçilik ve nörotisizmin her iki tanıyı da dolaylı olarak etkilediğini belirtirken, belirsizliğe tahammülsüzlüğün yalnız OKB, tekrarlayıcı düşünmenin ise yalnız MDB belirtilerini yordadığını doğrulamaktadır. Dolayısıyla, araştırma bulgularımız kapsamında farklı araçların farklı psikopatoloji belirtilerine etkide bulunduğunu belirtmek yanlış olmaz. Bir meta-analiz çalışmasında (Hong ve Cheung, 2015), bazı tanılar üstü bilişsel yatkınlık faktörlerinin, ortak bir etiyolojik faktöre bağlanarak tek faktörlü bir model ile açıklanabileceği belirtilmiştir. Yine aynı araştırmacılar, bazı yatkınlık faktörleri arasındaki etki boylarının heterojenlik içerdiğini, dolayısıyla bozukluğa özgü gibi beliren farklılaşmaların nedeninin bu heterojenite olabileceğini belirtmiştir. Hong ve Cheung (2015)'un çalışmasında tekrarlayıcı düşünmenin bir formu olan ruminasyon ile belirsizliğe tahammülsüzlük faktörleri arasındaki heterojenlik indeksi anlamlıdır. Bu bağlamda, bu tez çalışmasında da tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük aracı değişkenlerinin farklı psikopatolojilere etki etmesinin nedeni faktörler arası heterojenlik ile ilişkili olabilir. Ayrıca, Mcevoy ve Mahoney (2012), nörotisizm ile MDB ve OKB belirtileri arasında belirsizliğe tahammülsüzlüğün aracı ilişkisi olduğunu belirtmiş ve yine aynı yıl yayımlanan makalelerinde (Mahoney ve Mcevoy, 2012), belirsizliğe tahammülsüzlüğün tekrarlayıcı düşünme, davranışsal kaçınma ve üstbilişsel inançlar gibi diğer önemli yapılarla nasıl etkileşime girdiğini belirlemek için çalışmalar yapılmasının gerekliliğini belirtmiştir. Bu bağlamda, bu araştırma tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük ve OKB-MDB arası ilişkileri ele alması açısından kıymetli bulgular sunmaktadır.

Bu araştırmanın bir takım klinik doğrulararı da bulunmaktadır. Nörotisizm ve mükemmeliyetçilik ile depresif belirtiler arası ilişkide tekrarlayıcı düşünmenin aracı etkisinin anlamlı olduğu bulgularda yer almaktadır. Dolayısıyla tekrarlayıcı düşünmenin tanıya özgü bir bilişsel faktör olduğunu, yalnızca depresif belirtileri yordadığını belirtebiliriz. Bu bağlamda, tekrarlayıcı düşünmenin de depresyon tedavisinde önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilebilir. Nitekim, Kertz, Koran, Stevens ve Björgvinsson, (2015) tarafından yürütölen bir çalışmada, olumsuz tekrarlayıcı düşünme eğiliminin psikoterapi sürecini olumsuz yönde etkileyen bir faktör olduğu belirtilmiştir. Bahsi geçen çalışmada, 131 bireye kısa bilişsel davranışçı terapi uygulanmış ve tedavi öncesi olumsuz tekrarlayıcı düşünme düzeyi tedavi sürecinde de devam eder ise, depresif belirtilerin daha da arttığı; olumsuz negatif düşünme eğilimi azaldıkça ise depresif belirtilerde de azalma olduğu saptanmıştır. Bu nedenle, depresyon tedavisi, tekrarlayıcı düşünmenin iki formu olan ruminasyon ve endişe eğilimini değıştirmek amacıyla tasarlanmış müdahaleleri içerebilir. Bu yöntemler, depresyon tedavisinde en sık kullanılan müdahale yöntemi olan bilişsel davranışçı tedaviye eklenebilir. Keza, alanyazında özellikle ruminatif düşünme tarzını ele alan müdahale yöntemleri de yer almaktadır. Örneğin, ruminasyon odaklı bilişsel davranışçı terapi (*ruminaton-focused cognitive behavioral therapy*) programı Watkins ve arkadaşları (2007), tarafından geliştirilen ruminatif tepkileri ele alan bir müdahale yöntemidir. Watkins ve arkadaşları (2007), ruminasyon odaklı bilişsel davranışçı terapinin depresif belirtiler ve ruminasyonun azalmasında anlamlı ilerlemeler sağladığını saptamışlardır. Benzer şekilde Spinhoven ve arkadaşları (2018) tarafından gerçekleştirilen meta analiz çalışmasında, depresyon tedavisinde özellikle tekrarlayıcı olumsuz düşünme odaklı bilişsel davranışçı tedavinin (örn. Ruminasyon odaklı bilişsel davranışçı tedavi, farkındalık temelli bilişsel davranışçı tedavi vb.) tekrarlayıcı düşünme eğilimi üzerinde diğeri müdahale türlerinden daha belirgin bir etkiye sahip olduğunu bildirmiştir.

Yapısal model kapsamında elde edilen bir diğeri bulgumuz, nörotisizm, mükemmeliyetçilik ve obsesif-kompulsif belirtiler arası ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlüğün aracı etkisinin anlamlı olmasıdır. Ancak belirsizliğe

tahammülsüzlüğün depresif belirtiler üzerindeki etkisi anlamlı değildir. Bu model kapsamında, belirsizliğe tahammülsüzlüğün tanıya özgü bir faktör olduğunu belirtebiliriz. Dolayısıyla, klinik uygulamalarda özellikle depresif belirtileri olmayan saf OKB gruplarında, belirsizliğe tahammülsüzlük faktörü psikoterapi sürecine dahil edilebilir. Nitekim, belirsizliğe tahammülsüzlüğün OKB’de psikoterapiye yanıtı etkilediğini bildiren bilimsel çalışmalar mevcuttur. Örneğin, Kyrios ve arkadaşları (2015) tarafından yürütülen bir araştırmada, OKB tanısı alan 79 katılımcıya bireysel Bilişsel Davranışçı Tedavi uygulanmış, OKB belirti düzeyi ve mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin tedavi yanıtının en iyi yordayıcıları olduğunu belirtmiştir. Abramowitz ve Arch (2014) maruz bırakmaya dayalı bilişsel davranışçı tedavinin, belirsizliğin kabul edilebilir olduğuna yönelik öğrenmeleri kuvvetlendirdiğini belirtmiştir. Bir araştırmada (Nayebaghayee, Aleyasin, Heidari ve Davoodi, 2019), OKB’li bireylere tepki önleme ve maruz bırakmaya dayalı bilişsel davranışçı tedavi uygulanmış ve tedavi sonrası katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinde anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu azalmanın üç ay sonraki izlem verilerinde de korunduğu bildirilmiştir. Bu ve bunun gibi diğer araştırma bulguları, tepki önleme ve maruz bırakma tedavisinin OKB tedavisindeki yerini bir kez daha vurgulamaktadır.

Öte yandan, her iki tanıyı açıklayan nörotisizm ve mükemmeliyetçilik değişkenlerine ilişkin klinik çıkarımlarda da bulunabiliriz. Araştırma bulgularımız bağlamında hem OKB hem de MDB tanısı alan bireylerde nörotisizm ve mükemmeliyetçilik düzeyini değiştirmeyi amaçlayan psikoterapi programlarının eş tanıılı grup için uygun olduğu belirtilebilir. Nörotisizm ile ilişkili olarak, Barlow ve arkadaşlarının (2011) duygusal bozuklukların tanılar üstü tedavisi için geliştirdiği Birleşik Tedavi, duygusal bozukluklardaki temel mizaç süreçlerini ele almak için tasarlanmış bilişsel-davranışçı bir müdahaledir. Bu müdahale yöntemi, duygulara verilen olumsuz tepkilerin düzeltilmesini hedeflemektedir. Böylece gelecekteki duygusal deneyimlerin sıklığı ve yoğunluğu değişecek ve mizaç yapıları da etkilenecektir. Bu nedenle Birleşik Tedavinin, hem OKB hem de MDB tanısı alan bireyler için uygun bir psikoterapi programı

olabileceği belirtilebilir. Mükemmeliyetçilik düzeyini değişimlemeye yönelik bir psikoterapi programı ise Egan, Wade, Shafran ve Antony (2014) tarafından önerilen Bilişsel Davranışçı Tedavidir. Bu tedavi programı, psikoeğitim, kendini izleme, davranışsal deneyler, bilişsel katılık, kurallar ve aşırı standartların ele alınması gibi teknikleri içermektedir. Söz konusu program da OKB ve MDB eş tanısı olan bireylere uygulanabilir.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Kişilik özelliklerinin ve bilişsel faktörlerin duygusal bozuklukların gelişimindeki nedensel rolüne yönelik ampirik desteğe rağmen (bkz. Egan ve ark., 2011; Kotov ve ark., 2010), tanılar üstü yaklaşım çerçevesinde bu faktörlerin birden fazla duygusal bozukluk tanısı ile birlikte ele alındığı araştırma sayısı görece azdır. Oysaki, duygusal bozukluklar arası eş tanı oranı göz önüne alındığında, kişilik özellikleri ve özgül bozuklukların belirtileri arasındaki ilişkilere aracılık eden faktörlerin araştırılması, etiyoloji anlayışımızı geliştirir ve daha etkili tedavilerin gelişmesine yol açabilir. Bu nedenle bu çalışmada, OKB ve MDB’de yatkınlık oluşturduğu farklı çalışmalarda bildirilen nörotisizm, mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük faktörleri ile OKB ve MDB belirtileri arası ilişkiler incelenmiştir. Bu bağlamda DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinik Versiyonu (SCID-5) aracılığıyla yalnız MDB, yalnız OKB ve hem OKB hem de MDB tanısı aldığı belirlenen 3 klinik grupta toplam 197 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Sonuçlara göre, eş tanı grubu, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük faktörleri açısından diğer iki gruptan anlamlı olarak daha yüksek puanlar alırken, nörotisizm ve tekrarlayıcı düşünme faktörleri açısından ele alındığında ise eş tanı grubu ile MDB’li grup arasında farklılaşma olmadığı ancak bu iki grubun OKB’li gruptan anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır. İlişkisel analizler, tüm değişkenler ile OKB ve MDB belirtileri arasında anlamlı ilişkilerin olduğunu belirtmektedir. Hiyerarşik model analiz edildiğinde ise, nörotisizm ve mükemmeliyetçiliğin farklı araçlar üzerinden OKB ve MDB belirtilerini yordadığı saptanmıştır. Nörotisizm ve mükemmeliyetçilik tekrarlayıcı düşünme aracılığıyla depresif belirtileri, belirsizliğe tahammülsüzlük aracılığıyla ise obsesif-kompulsif belirtileri yordamaktadır. Yani, nörotiklik ve mükemmeliyetçilik farklı yollar aracılığıyla hem obsesif-kompulsif hem de depresif belirtileri açıklarken, belirsizliğe tahammülsüzlük yalnız obsesif-kompulsif belirtileri, tekrarlayıcı düşünme ise yalnız depresif belirtileri açıklamaktadır. Bu sonuçlar, nörotisizm ve mükemmeliyetçiliğin her iki tanıyı da açıklayan tanılar üstü birer faktör olduğunu doğrularken, belirsizliğe

tahammülsüzlük ve tekrarlayıcı düşünmenin tanıya özgü faktörler olduğunu düşündürmektedir.

Bu araştırma tanılar üstü yaklaşım kapsamında OKB ve MDB belirtilerine yönelik değerli bilgiler sunmasına rağmen bir takım sınırlılıkları bulunmaktadır. Bu bağlamda gelecek araştırmalara bir takım öneriler sunulacaktır. Gelecek araştırmalar, bu araştırmanın sınırlılıklarını da göz önünde bulundurup tasarlanırsa, alanyazına önemli katkılar sağlanabilir.

Öncelikle, kesitsel bir araştırma deseni ile tasarlanmış olması araştırmayı sınırlı kılan yanlardan birisidir. Kesitsel bir araştırma deseninin kullanılmış olması, nörotisizm ve mükemmeliyetçilik kişilik özelliği ile OKB ve MDB belirti arası ilişkide nedensellik etkisini görmemizi engellemektedir. Gelecek araştırmaların boylamsal araştırma deseni ile tasarlanması önerilmektedir.

Araştırmanın ikinci bir sınırlılığı, veri toplama araçlarının öz-bildirim yolu ile bilgi sağlamasıdır. Bu durum, sosyal arzulanırlığı da beraberinde getirmektedir. Öte yandan tek bir kaynaktan bilgi alma işlemi, sistematik hatayı beraberinde getirerek “ortak yöntem yanlılığı (*common method bias*)” yaratmış olabilir. Bu nedenle tüm bu değişkenlere ilişkin farklı kaynaklardan bilgi toplandığı bir desen daha kapsayıcı ve güvenli sonuçlar sunabilir. Özellikle kişilik faktörlerine yönelik bireyi tanıyan kişilerden bilgi alımına yönelik (*peer-report*) bildirimler daha etkili sonuçlar sunabilmektedir.

Bu araştırmada, nörotisizm, mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük tanılar üstü faktörleri incelenmiştir. Ancak alanyazında OKB ve MDB ile ilişkisi tanımlanan başka tanılar üstü faktörler de yer almaktadır. Örneğin, Whitehead ve Suveg (2015), OKB ve MDB komorbiditesinde duygu düzenlemenin rolü olduğunu belirtmişlerdir. Dolayısıyla, gelecek araştırmalar duygu düzenleme gibi değişkenlerin kişilik ile OKB-MDB belirtileri arası ilişkilerdeki dolaylı etkisini inceleyen modeller sınavabilirler. Ayrıca, belirsizliğe tahammülsüzlük, tekrarlayıcı düşünme ve duygu düzenleme gibi faktörlerin etkileşimi de klinik açıdan önemli sonuçlar sunabilir. Nitekim, bu etkileşimlerin doğasını açıklığa kavuşturmak, psikopatolojinin belirtilerinden en sorumlu süreçleri ele alabilecek tedavilerin geliştirilmesine rehberlik edecektir.

Öte yandan bu araştırmada duygusal bozukluklardan yalnızca OKB ve MDB belirtileri ele alınmıştır. Gelecek araştırmaların yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, panik bozukluk gibi diğer duygusal bozuklukları da içerek şekilde tasarlanması önerilmektedir.

Yine de tüm sınırlılıklara rağmen bu araştırma, OKB ve MDB belirtilerinin açıklanmasında nörotisizm, mükemmeliyetçilik, tekrarlayıcı düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlük değişkenlerinin rolünü anlamak açısından tasarlanmış öncü bir çalışma olması bakımından önemlidir. Bu bağlamda, hem obsesif-kompulsif hem de depresif belirtilerin oluşumuna yönelik önemli sonuçlar sunmaktadır.

KAYNAKÇA

- Abramowitz, J. S. ve Arch, J. J. (2014). Strategies for improving long-term outcomes in cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: Insights from learning theory. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(1), 20-31.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Street, G. P., Kozak, M. J. ve Foa, E. B. (2000). Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 31(3), 517-528.
- Akiskal, H. S., Kilzieh, N., Maser, J. D., Clayton, P. J., Schettler, P. J., Shea, M. T., ... Keller, M. B. (2006). The distinct temperament profiles of bipolar I, bipolar II and unipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 92(1), 19-33.
- Altıntaş, E. ve Taşkıntuna, N. (2015). Factors associated with depression in obsessive-compulsive disorder: a cross-sectional study. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52(4), 346-353.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1952). *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2002). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin, Dördüncü Baskı (DSM-*

- IV-TR), *Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı* (E. Köroğlu, Çev. Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. (Orijinal çalışma basım tarihi 2000).
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2015). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı* (E. Köroğlu, Çev. Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. (Orijinal çalışma basım tarihi 2013).
- Andrade, L. H., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., ... Viana, M. C. (2012). Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PloS one*, 7(2), 1-11.
- Annagür, B. B. ve Tamam, L. (2010). Major depresyon hastalarında diğer psikiyatrik bozukluklar. *AJCI*, 4, 111-7.
- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V. ve Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36(12), 1143-1154.
- Arbuckle, J. R. (2012). *AMOS users guide version 21.0*. Chicago, IL: Marketing Department, SPSS Incorporated.
- Arzu Wasti, S., Lee, K., Ashton, M. C. ve Somer, O. (2008). Six Turkish personality factors and the HEXACO model of personality structure. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(6), 665-684.
- Ashby, J. S., Rice, K. G. ve Martin, J. L. (2006). Perfectionism, shame, and depressive symptoms. *Journal of Counseling & Development*, 84(2), 148-156.
- Aydemir, Ö. (2007). Depresyon alt tiplerinin varlığı üzerine. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 3(29), 19-23.
- Aylaz, R. Kaya, B. Dere, N. Karaca, Z. ve Bal, Y. (2007). Sağlık yüksekokulu öğrencileri arasındaki depresyon sıklığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(1), 46-51.
- Barlow, D. H., Allen, L. B. ve Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.

- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C., Farchione, T. J., Boisseau, C., Allen, L., ... Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders*. New York, NY: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R. ve Carl, J. R. (2014a). The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481-496.
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R. ve Ellard, K. K. (2014b). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344-365.
- Barnhofer, T. ve Chittka, T. (2010). Cognitive reactivity mediates the relationship between neuroticism and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48(4), 275-281.
- Barnhofer, T., Duggan, D. S. ve Griffith, J. W. (2011). Dispositional mindfulness moderates the relation between neuroticism and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51(8), 958-962.
- Baykal, S., Karabekiroğlu, K., Şenses, A., Karakurt, M. N., Çalık, T. ve Yüce, M. (2014). Çocukluk çağı başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk tanılı çocuk ve ergenlerde klinik ve nöropsikolojik özelliklerin incelenmesi. *Archives of Neuropsychiatry*, 51, 334-343.
- Bayram, N. ve Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667–672.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E. ve Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. ve Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Berenbaum, H., Bredemeier, K. ve Thompson, R. J. (2008). Intolerance of uncertainty: Exploring its dimensionality and associations with need for

- cognitive closure, psychopathology, and personality. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 117–125.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I. ve Cuevas, C. (2011). Child depression in the school context. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 29, 198-207.
- Berrios, G. E. (1989). Obsessive-compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century. *Comprehensive Psychiatry*, 30(4), 283-295.
- Berrios, G. E. (1996). *The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Beşiroğlu, L. (2017). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Fenomenolojisi. Raşit Tükel ve Mehmet Murat Demet (Ed.), *Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar içinde* (s. 1-19). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Bieling, P. J., Israeli, A. L. ve Antony, M. M. (2004a). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1373-1385.
- Bieling, P. J., Summerfeldt, L. J., Israeli, A. L. ve Antony, M. M. (2004b). Perfectionism as an explanatory construct in comorbidity of axis I Disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(3), 193–201.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Costa, P. T., Reti, I. M., Eaton, W. W. ve Nestadt, G. (2004). Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: A higher- and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depression and Anxiety*, 20(2), 92-97.
- Black, J. ve Reynolds, W. M. (2013). Examining the relationship of perfectionism, depression, and optimism: Testing for mediation and moderation. *Personality and Individual Differences*, 54(3), 426-431.
- Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C. ve Leckman, J. F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of

- obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1532-1542.
- Boelen, P. A., Vrinssen, I. ve van Tulder, F. (2010). Intolerance of uncertainty in adolescents: Correlations with worry, social anxiety, and depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(3), 194-200.
- Bogetto, Venturello, Albert, Maina ve Ravizza, L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 14(8), 434-441.
- Borkovec, T. D., Ray, W. J. ve Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 561-576.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T. ve DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16.
- Bostanci, M., Ozdel, O., Oguzhanoglu, N. K., Ozdel, L., Ergin, A., Ergin, N. ...Karadag, F. (2005). Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: Prevalence and sociodemographic correlates. *Croatian Medical Journal*, 46(1), 96-100.
- Brodaty, H., Luscombe, G., Parker, G., Wilhelm, K., Hickie, I., Austin, M. P., ...Mitchell, P. (2001). Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology. *Journal of Affective Disorders*, 66(2-3), 225-236.
- Brown, T. A., Antony, M. M. ve Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 408-418.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. ve Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.

- Brown, T. A., Chorpita, B. F. ve Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 179-192.
- Buhlmann, U., Etcoff, N. L. ve Wilhelm, S. (2008). Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 540–547.
- Buhr, K. ve Dugas, M. (2002). The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 931–945.
- Buhr, K. ve Dugas, M. J. (2009). The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 215–223.
- Burns, G. L., Keortge, S. G., Formea, G. M. ve Sternberger, L. G. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive symptoms: Distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 163-173.
- Buturak, S. V., Basterzi, A. D., Yazici, A., Yazici, K. ve Acar, S. T. (2011). Comorbid disorders in outpatients with major depressive disorder and their sociodemographical aspects. *Journal of Mood Disorders*, 1(1), 7-13.
- Byrne, B. M. (2016). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. (3rd ed.). New York: Routledge.
- Calleo, J. S., Hart, J., Björgvinsson, T. ve Stanley, M. A. (2010). Obsessions and worry beliefs in an inpatient OCD population. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 903-908.
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M. ve Asmundson, G. J. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 468-479.

- Carleton, R. N., Norton, M. P. J. ve Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 105-117.
- Chik, H. M., Whittal, M. L. ve O'Neill, M. L. (2008). Perfectionism and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 32(5), 676-688.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461-470.
- Clark, L. A. ve Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336.
- Clarke, D. (2004). Neuroticism: moderator or mediator in the relation between locus of control and depression? *Personality and Individual Differences*, 37(2), 245-258.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573-588.
- Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E. M., Flett, G. L., ...Remick, R. A. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 26(6), 745-758.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analyses for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Costa, P. T. ve McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5-13.
- Cuijpers, P., van Straten, A. ve Donker, M. (2005). Personality traits of patients with mood and anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 133(2-3), 229-237.

- Çilli, A. S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S. ve Kucur, R. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 367-374.
- Dar, K. A. ve Iqbal, N. (2015). Worry and rumination in generalized anxiety disorder and obsessive compulsive disorder. *The Journal of Psychology*, 149(8), 866-880.
- Dar, K. A., Iqbal, N. ve Mushtaq, A. (2017). Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: Examining the indirect and moderating effects of worry. *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 129–133.
- Davison, K. (2006). Historical aspects of mood disorders. *Psychiatry*, 5(4), 115-118.
- De Fruyt, F., Van De Wiele, L. ve Van Heeringen, C. (2000). Cloninger's psychobiological model of temperament and character and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 29(3), 441–452.
- De Jong-Meyer, R., Beck, B. ve Riede, K. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 547–551.
- Denys, D., Tenney, N., van Megen, H. J., de Geus, F. ve Westenberg, H. G. (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive–compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 80(2-3), 155-162.
- Derubeis, D. J., Young, P. R. ve Dahlsgaard K. K. (1998). Affective disorders. A. S. Bellack and Michel Hersen (Ed.), *Comprehensive Clinical Psychology* içinde (s.339-366). New York: Pergamon.
- Di Schiena, R., Luminet, O., Philippot, P. ve Douilliez, C. (2012). Adaptive and maladaptive perfectionism in depression: Preliminary evidence on the role of adaptive and maladaptive rumination. *Personality and Individual Differences*, 53(6), 774–778.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41(1), 417-440.

- Dirik, G. ve Şahin, G. (2008). Kişilik özellikleri, hostilite (düşmanlık, öfke) ve sosyal desteğin miyokard infarktüsü (kalp krizi) geçiren hastaların kaygı ve depresyon düzeyleri ile ilişkisi. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(15), 249-266.
- Doğan, O. (2010). Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji çalışmalarında özgün bir örnek: Sivas’ta yapılan araştırmaların önemli bulguları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 13(1), 12-22.
- Dudley, R., Kuyken, W. ve Padesky, C. A. (2011). Disorder specific and trans-diagnostic case conceptualisation. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 213-224.
- Dugas, M. J., Buhr, K. ve Ladouceur, R. (2004a). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. R. G. Heimberg, C. L. Turk ve D. S. Mennin (Ed.). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* içinde (s. 142-163). New York, NY: Guilford Press.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R. ve Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215-226.
- Dugas, M. J., Schwartz, A. ve Francis, K. (2004b). Brief report: Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(6), 835-842.
- Dupuy, J. B. ve Ladouceur, R. (2008). Cognitive processes of generalized anxiety disorder in comorbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 505-514.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2).
- Egan, S. J., Wade, T. D. ve Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212.
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R. ve Antony, M. M. (2014). *Cognitive-Behavioral Treatment of Perfectionism*. New York, NY: Guilford Publications.

- Ehlers, A. ve Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.
- Ehring, T. ve Watkins, E. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 192-205.
- Elbir, M., Topbaş, Ö. A., Bayad, S., Kocabaş, T., Topak, O. Z., Çetin, Ş., ... Aydemir, Ö. (2019). DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin klinisyen versiyonunun Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(1), 51-56.
- Enns, M. W. ve Cox, B. J. (2005). Perfectionism, stressful life events, and the 1-year outcome of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 29(5), 541-553.
- Enns, M. W., Cox, B. J. ve Borger, S. C. (2001). Correlates of analogue and clinical depression: A further test of the phenomenological continuity hypothesis. *Journal of Affective Disorders*, 66(2-3), 175-183.
- Erdur-Baker, O. ve Bugay, A. (2012). The Turkish version of the Ruminative Response Scale: an examination of its reliability and validity. *International Journal of Education and Psychology in the Community*, 10, 1-16.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M. ve Şimşek, Z. (1998). *Türkiye ruh sağlığı profili raporu*. Birinci baskı, Ankara: Eksen Tanıtım.
- Erozkan, A., Karakas, Y., Ata, S. ve Ayberk, A. (2011). The relationship between perfectionism and depression in Turkish high school students. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 39(4), 451-464.
- Eysenck, H. J. (1963). Biological Basis of Personality. *Nature*, 199(4898), 1031-1034.
- Eysenck, H. J. ve Eysenck S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior)*. London: Hodder and Stoughton.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. ve Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.

- Fergus, T. A. ve Wu, K. D. (2011). Searching for specificity between cognitive vulnerabilities and mood and anxiety symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(4), 446-458.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. London: Sage.
- Fineberg, N. A., Hengartner, M. P., Bergbaum, C., Gale, T., Rössler, W. ve Angst, J. (2013). Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder and sub-threshold obsessive-compulsive symptomatology in the community: impact, prevalence, socio-demographic and clinical characteristics. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17(3), 188-196.
- First, Williams, Karg ve Spitzer, R. L. (2015). *Structured Clinical Interview for DSM-5: Clinical Version*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Flett, G. L., Coulter, L. M., Hewitt, P. L. ve Nepon, T. (2011). Perfectionism, rumination, worry, and depressive symptoms in early adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, 26(3), 159-176.
- Flett, G. L., Nepon, T. ve Hewitt, P. L. (2016). Perfectionism, worry, and rumination in health and mental health: A review and a conceptual framework for a cognitive theory of perfectionism. F. M. Sirois and D. S. Molnar (Ed.) *Perfectionism, health, and well-being* içinde (s. 121-155). Cham: Springer.
- Foa, E. B., Grayson, J. B., Steketee, G. S., Doppelt, H. G., Turner, R. M. ve Latimer, P. R. (1983). Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 287-297.
- Fornaro, M., Gabrielli, F., Albano, C., Fornaro, S., Rizzato, S., Mattei, C., ... Fornaro, P. (2009). Obsessive-compulsive disorder and related disorders: a comprehensive survey. *Annals of General Psychiatry*, 8(1), 13.
- Francis, L. J., Brown, L. B. ve Philipchalk, R. (1992). The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire

- (EPQR-A): Its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Personality and Individual Differences*, 13(4), 443-449.
- Frank, E., Carpenter, L. L. ve Kupfer, D. J. (1988). Sex differences in recurrent depression: are there any that are significant?. *The American Journal of Psychiatry*, 145(1), 41-45.
- Frank, R. I. ve Davidson, J. (2014). *The transdiagnostic road map to case formulation and treatment planning: Practical guidance for clinical decision making*. Oakland, California: New Harbinger Publications.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J. ve Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34(5-6), 433-446.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. ve Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802.
- Frost, R. O. ve Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 291-296.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I. ve Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119-126.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. ve Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Fullana, M. À., Mataix-Cols, D., Trujillo, J. L., Caseras, X., Serrano, F., Alonso, P., ... Torrubia, R. (2004). Personality characteristics in obsessive-compulsive disorder and individuals with subclinical obsessive-compulsive problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(4), 387-398.
- Gaskin, J. (2019). *Gaskination's StatWiki Plugins*. <http://statwiki.kolobkcreations.com/index.php?title=Plugins>.
- Gentes, E. L. ve Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder,

- major depressive disorder, and obsessive–compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 923-933.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative" description of personality": The big-five factor structure. *Journal of Personality*, 59(6), 1216-1229.
- Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *The American Psychologist*, 48(1), 26-34.
- Goodwin, F.K. ve Jamison, K.R. (2007). Conceptualizing manic-depressive illness: the bipolar-unipolar distinction and the development of the manic-depressive spectrum. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression* içinde (s. 3-24). New York: Oxford University Press.
- Goodwin, R. D. ve Gotlib, I. H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research*, 126(2), 135-142.
- Goring, H. J. ve Papageorgiou, C. (2008). Rumination and worry: Factor analysis of self-report measures in depressed participants. *Cognitive Therapy and Research*, 32(4), 554-566.
- Gökdağ, C. (hazırlanma aşamasında). *Depresyon ve anksiyete için tanılar üstü faktörlerin incelenmesi: nörotisizm, duygu düzenleme ve tekrarlayıcı düşünme arasındaki ilişkiler* (Yayınlanmamış doktora tezi). Ege Üniversitesi, İzmir
- Griffith, J. W., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Mineka, S., Rose, R. D., Waters, A. M., ...Sutton, J. M. (2010). Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders. *Psychological Medicine*, 40(7), 1125-1136.
- Grigoriadis, S. ve Robinson, G. E. (2007). Gender issues in depression. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 19(4), 247-255.
- Gruenberg, A. M., Goldstein, R. D. ve Pincus, H. A. (2005). Classification of depression: research and diagnostic criteria: DSM-IV and ICD-10. *Biology of Depression*, 11, 1-12.

- Gülgöz, S. (2002). Five-factor model and NEO-PI-R in Turkey. *The five-factor model of personality across cultures* içinde (s. 175-196). Boston, MA: Springer.
- Gülüm, İ. V. ve Dağ, İ. (2012). Tekrarlayıcı düşünme ölçeği ve bilişsel esneklik envanterinin Türkçeye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 216-223.
- Gülüm, İ. V. ve Dağ, İ. (2014). Yetişkin bağlanma örüntüleri ile psikopatoloji belirtileri arasındaki ilişkide bilişsel özelliklerin aracı rolü: kontrol odağı ve tekrarlayıcı düşünme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(4), 244-252.
- Güngör, D. (2016). Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu. *Türk Psikoloji Yazıları*, 19(38), 104-112.
- Harris, P. W., Pepper, C. M. ve Maack, D. J. (2008). The relationship between maladaptive perfectionism and depressive symptoms: The mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences*, 44(1), 150-160.
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 869-893.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W. ve Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Hewitt, P. L. ve Flett, G. L. (1990). Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5(5), 423-438.
- Hewitt, P. L. ve Flett, G. L. (1991a). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470.
- Hewitt, P. L. ve Flett, G. L. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: A test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 58-65.

- Hewitt, P. L., Flett, G. L. ve Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(2), 276-280.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. ve Endler, N. S. (1995). Perfectionism, coping, and depression symptomatology in a clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 2*(1), 47-58.
- Hewitt, P. L., Norton, G. R., Flett, G. L., Callander, L. ve Cowan, T. (1998). Dimensions of perfectionism, hopelessness, and attempted suicide in a sample of alcoholics. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 28*(4), 395-406.
- Hewitt, P. ve Flett, G. (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(1), 98-101.
- Heyman, I., Mataix-Cols, D. ve Fineberg, N. A. (2006). Obsessive-compulsive disorder. *British Medical Journal, 333*(7565), 424-429.
- Hisli, N. (1984). Beck depresyon envanteri'nin Türkçe'ye uyarlaması üzerine bir çalışma, basılmamış makale.
- Hisli, N. (1988). Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi, 6*, 118-121.
- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi, 7*, 3-13.
- Hofmeijer-Sevink, M. K., van Oppen, P., van Megen, H. J., Batelaan, N. M., Cath, D. C., van der Wee, N. J., ... van Balkom, A. J. (2013). Clinical relevance of comorbidity in obsessive compulsive disorder: the Netherlands OCD Association study. *Journal of Affective Disorders, 150*(3), 847-854.
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G. ve Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(2), 158-174.
- Hong, R. Y. ve Cheung, M. W. L. (2015). The structure of cognitive vulnerabilities to depression and anxiety: Evidence for a common core

- etiologic process based on a meta-analytic review. *Clinical Psychological Science*, 3(6), 892-912.
- Hu, L. T. ve Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: a Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Iketani, T., Kiriike, N., Stein, M. B., Nagao, K., Nagata, T., Minamikawa, N., ...Fukuhara, H. (2002). Relationship between perfectionism and agoraphobia in patients with panic disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31(3), 119–128.
- Jensen, D., Cohen, J. N., Mennin, D. S., Fresco, D. M. ve Heimberg, R. G. (2016). Clarifying the unique associations among intolerance of uncertainty, anxiety, and depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(6), 431-444.
- Jylhä, P. ve Isometsä, E. (2006). The relationship of neuroticism and extraversion to symptoms of anxiety and depression in the general population. *Depression and Anxiety*, 23(5), 281-289.
- Jylhä, P., Mantere, O., Melartin, T., Suominen, K., Vuorilehto, M., Arvilommi, P., ...Isometsä, E. (2010). Differences in neuroticism and extraversion between patients with bipolar I or II and general population subjects or major depressive disorder patients. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 42–52.
- Kaçar-Başaran, S., Özyağcı, B. ve Arkar, H. (2019). Zarardan kaçınma, tekrarlayıcı düşünme, kontrol odağı ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiler: durumsal aracılık modeli. *Türk Psikoloji Dergisi*, 34(83), 57-69.
- Karadağ, F., Oğuzhanoğlu, N. K., Özdel, O., Ateşci, F. Ç. ve Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depression and Anxiety*, 23(3), 145-152.
- Karancı, A. N., Dirik, G. ve Yorulmaz, O. (2007). Eysenck kişilik anketi-gözden geçirilmiş kısaltılmış formu'nun (EKA-GGK) Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 254-261.

- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B. ve Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1094-1099.
- Kawamoto, T. ve Furutani, K. (2018). The mediating role of intolerance of uncertainty on the relationships between perfectionism dimensions and psychological adjustment/maladjustment among mothers. *Personality and Individual Differences*, 122, 62-67.
- Kenyon, K. M. ve Eaton, W. O. (2015). Age at child obsessive-compulsive disorder onset and its relation to gender, symptom severity, and family functioning. *Archives of Scientific Psychology*, 3(1), 150-158.
- Kertz, S. J., Koran, J., Stevens, K. T. ve Björgvinsson, T. (2015). Repetitive negative thinking predicts depression and anxiety symptom improvement during brief cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 54-63.
- Keskin, A., Ünlüoğlu, I., Bilge, U. ve Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi. *Noro-Psikyatri Arsivi*, 50(4), 344-351.
- Kessler, R. C. ve Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119–138.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095-3105.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. ve Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. ve Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.

- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G. ve Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29(2-3), 85-96.
- Khan, A. A., Jacobson, K. C., Gardner, C. O., Prescott, C. A. ve Kendler, K. S. (2005). Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 186(3), 190-196.
- Klein, D. N., Kotov, R. ve Bufferd, S. J. (2011). Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 269-295.
- Kornstein, S. G., Schatzberg, A. F., Thase, M. E., Yonkers, K. A., McCullough, J. P., Keitner, G. I., ... Davis, S. M. (2000). Gender differences in chronic major and double depression. *Journal of Affective disorders*, 60(1), 1-11.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. ve Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768-821.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... Eaton, N. R. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477.
- Kring, A. M. ve Sloan, D. M. (Eds.). (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
- Krueger, R. F. ve Bezdjian, S. (2009). Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: toward DSM-V and ICD-11. *World Psychiatry*, 8(1), 3-6.
- Kyrios, M., Horden, C. ve Fassnacht, D. B. (2015). Predictors of response to cognitive behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 181–190.

- Labad, J., Menchon, J. M., Alonso, P., Segalas, C., Jimenez, S., Jaurrieta, N., ... Vallejo, J. (2008). Gender differences in obsessive–compulsive symptom dimensions. *Depression and Anxiety*, 25(10), 832-838.
- Laposa, J. M., Collimore, K. C., Hawley, L. L. ve Rector, N. A. (2015). Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 33, 8-14.
- Lee, K. ve Ashton, M. C. (2006). Further assessment of the HEXACO Personality Inventory: two new facet scales and an observer report form. *Psychological Assessment*, 18(2), 182-191.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R. ve Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(6), 809-818.
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W. ve Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*, 8(1), 1-10.
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S. ve Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326.
- Lochner, C., Fineberg, N. A., Zohar, J., Van Ameringen, M., Juven-Wetzler, A., Altamura, A. C., ... Dell'Osso, B. (2014). Comorbidity in obsessive–compulsive disorder (OCD): A report from the International College of Obsessive–Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1513-1519.
- Lochner, C., Hemmings, S. M., Kinnear, C. J., Moolman-Smook, J. C., Corfield, V. A., Knowles, J. A., ... Stein, D. J. (2004). Gender in obsessive–compulsive disorder: clinical and genetic findings. *European Neuropsychopharmacology*, 14(2), 105-113.

- Mahoney, A. E. ve McEvoy, P. M. (2012). A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 212-222.
- Mahoney, A. E., McEvoy, P. M. ve Moulds, M. L. (2012). Psychometric properties of the Repetitive Thinking Questionnaire in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(2), 359–367.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. R. ve Shafran, R. (2008). Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 181-191.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. ve Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6-19.
- Mataix-Cols, D., Vallejo, J. ve Sanchez-Turet, M. (2000). The cut-off point in sub-clinical obsessive-compulsive research. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(3), 225-233.
- McCleery, J. M. ve Goodwin, G. M. (2001). High and low neuroticism predict different cortisol responses to the combined dexamethasone–CRH test. *Biological Psychiatry*, 49(5), 410–415.
- McCrae, R. R. ve Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81-90.
- McEvoy, P. M. ve Mahoney, A. E. (2013). Intolerance of uncertainty and negative metacognitive beliefs as transdiagnostic mediators of repetitive negative thinking in a clinical sample with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 216-224.
- McEvoy, P. M. ve Mahoney, A. E. J. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy*, 43(3), 533–545.
- McEvoy, P. M., Mahoney, A. E. ve Moulds, M. L. (2010). Are worry, rumination, and post-event processing one and the same? Development of the

- repetitive thinking questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 509–519.
- McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R. ve Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 313–320.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., ... Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive–compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 283–313.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. ve Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487–495.
- Mısırlı-Taşdemir, Ö. (2003). *Üstün yetenekli çocuklarda, mükemmeliyetçilik, sınav kaygısı, benlik saygısı, kontrol odağı, öz yeterlilik ve problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.
- Michael, T., Halligan, S. L., Clark, D. M. ve Ehlers, A. (2007). Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24(5), 307–317.
- Minichiello, W. E., Baer, L., Jenike, M. A. ve Holland, A. (1990). Age of onset of major subtypes of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4(2), 147–150.
- Miranda, R., Fontes, M. ve Marroquin, B. (2008). Cognitive content-specificity in future expectancies: Role of hopelessness and intolerance of uncertainty in depression and GAD symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 46(10), 1151–1159.
- Mohammadi, M. R., Ghanizadeh, A. ve Moini, R. (2007). Lifetime comorbidity of obsessive–compulsive disorder with psychiatric disorders in a community sample. *Depression and Anxiety*, 24(8), 602–607.

- Moor, S., Vartanian, L. R., Touyz, S. W. ve Beumont, P. J. V. (2004). Psychopathology of EDNOS patients: To whom do they compare? *Clinical Psychologist*, 8, 70-75.
- Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I. ve Mayer, B. (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*, 39(6), 1105-1111.
- Naragon-Gainey, K. ve Watson, D. (2016). What lies beyond neuroticism? An examination of the unique contributions of social-cognitive vulnerabilities to internalizing disorders. *Assessment*, 25(2), 143-158.
- Nayebaghayee, A., Aleyasin, S. A., Heidari, H. ve Davoodi, H. (2019). Exposure and response prevention therapy on inflated sense of responsibility, and intolerance of uncertainty, in patients with obsessive compulsive disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 9, 1-1.
- Neziroğlu, G. (2010). *Ruminasyon, yaşantısal kaçınma ve problem çözme becerileri ile depresif belirtiler arasındaki ilişkilerin incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Nolan, S. A., Roberts, J. E. ve Gotlib, I. H. (1998). Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 22(5), 445-455.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S. ve Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*. 61(1), 115-121.

- Nolen-Hoeksema, S. ve Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 589-609.
- Norman, R. M. G., Davies, F., Nicholson, I. R., Cortese, L. ve Malla, A. K. (1998). The relationship of two aspects of perfectionism with symptoms in a psychiatric outpatient population. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(1), 50-68.
- Norton, P. J. ve Mehta, P. D. (2007). Hierarchical model of vulnerabilities for emotional disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4), 240-254.
- Norton, P. J., Sexton, K. A., Walker, J. R. ve Ron Norton, G. (2005). Hierarchical model of vulnerabilities for anxiety: Replication and extension with a clinical sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(1), 50-63.
- Noshirvani, H. F., Kasvikis, Y., Marks, I. M., Tsakiris, F. ve Monteiro, W. O. (1991). Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 158(2), 260-263.
- Obsessive Kompulsif Bilişleri Çalışma Grubu (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667-681.
- Ohayon, M. M. ve Schatzberg, A. F. (2002). Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1855-1861.
- Oldham, J. M. (2005). Personality disorders. *Focus*, 3(3), 372-382.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2016). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. (14. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Papageorgiou, C. ve Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 261-273.
- Pascual-Vera, B., Sanchís, M. R. ve Fuster, A. B. (2017). Are unwanted mental intrusions a transdiagnostic variable?. *Psicothema*, 29(2), 166-171.

- Paulus, D. J., Talkovsky, A. M., Heggeness, L. F. ve Norton, P. J. (2015). Beyond negative affectivity: A hierarchical model of global and transdiagnostic vulnerabilities for emotional disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(5), 389-405.
- Pfaltz, M. C., Mörsstedt, B., Meyer, A. H., Wilhelm, F. H., Kossowsky, J. ve Michael, T. (2015). Why can't I stop thinking about it? Cognitive mediators in the relationship between neuroticism and obsessing. *Swiss Journal of Psychology*, 74(2), 75-82.
- Pitman, R. K. (1987). Pierre Janet on obsessive-compulsive disorder (1903): review and commentary. *Archives of General Psychiatry*, 44(3), 226-232.
- Pozza, A., Coradeschi, D. ve Dèttore, D. (2013). Do dysfunctional beliefs moderate the negative influence of comorbid severe depression on outcome of residential treatment for refractory OCD? A pilot study. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(3), 72-83.
- Preacher, K. J. ve Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891.
- Quitkin, F. M., Stewart, J. W., McGrath, P. J., Taylor, B. P., Tisminetzky, M. S., Petkova, E., ... Klein, D. F. (2002). Are there differences between women's and men's antidepressant responses?. *American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1848-1854.
- Raines, A. M., Vidaaurri, D. N., Portero, A. K. ve Schmidt, N. B. (2017). Associations between rumination and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Personality and Individual Differences*, 113, 63–67.
- Raykov, T. ve Marcoulides, G. A. (2008). *An Introduction to Applied Multivariate Analysis* (First Edition). New York: Taylor & Francis Group.
- Rector, N. A., Hood, K., Richter, M. A. ve Bagby, R. M. (2002). Obsessive-compulsive disorder and the five-factor model of personality: Distinction

- and overlap with major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40(10), 1205-1219.
- Rettew, D. C., Swedo, S. E., Leonard, H. L., Lenane, M. C. ve Rapoport, J. L. (1992). Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1050-1056.
- Reuther, E. T., Davis, T. E., Rudy, B. M., Jenkins, W. S., Whiting, S. E. ve May, A. C. (2013). Intolerance of uncertainty as a mediator of the relationship between perfectionism and obsessive-compulsive symptom severity. *Depression and Anxiety*, 30(8), 773-777.
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H. ve Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33(7), 785-794.
- Rhéaume, J., Ladouceur, R. ve Freeston, M. H. (2000). The prediction of obsessive-compulsive tendencies: does perfectionism play a significant role? *Personality and Individual Differences*, 28(3), 583-592.
- Rice, K. G. ve Pence, S. L. (2006). Perfectionism and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(2), 103-111.
- Rice, K. G., Ashby, J. S. ve Slaney, R. B. (1998). Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: A structural equations analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 304-314.
- Rickelt, J., Viechtbauer, W., Lieveise, R., Overbeek, T., van Balkom, A. J., van Oppen, P., ... Schruers, K. R. (2016). The relation between depressive and obsessive-compulsive symptoms in obsessive-compulsive disorder: results from a large, naturalistic follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 203, 241-247.
- Roberts, J. E., Gilboa, E. ve Gotlib, I. H. (1998). Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. *Cognitive Therapy and Research*, 22(4), 401-423.

- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F. ve Arntz, A. (2008a). Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. *Personality and Individual Differences*, 44(3), 576-586.
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A. ve van Os, J. (2008b). Rumination and worrying as possible mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression and anxiety in clinically depressed individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 46(12), 1283-1289.
- Rozin, P. ve Royzman, E. B. (2001). Negativity bias, negativity dominance, and contagion. *Personality and Social Psychology Review*, 5(4), 296-320.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T. ve Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53-63.
- Saboonchi, F., Lundh, L. ve Ost, L. (1999). Perfectionism and self-consciousness in social phobia and panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 799-808.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. ve Ruiz P. (2016). *Kaplan & Sadock Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri* (11. Baskı). (A. Bozkurt, Çev. Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. (Orijinal çalışma basım tarihi 2014).
- Saklofske, D. H., Kelly, I. W. ve Janzen, B. L. (1995). Neuroticism, depression, and depression proneness. *Personality and Individual Differences*, 18(1), 27-31.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571-583.
- Salkovskis, P. M. ve Westbrook, D. (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? *Behaviour Research and Therapy*, 27(2), 149-160.
- Salkovskis, P. M., Forrester, E. ve Richards, C. (1998). Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, 173(S35), 53-63.
- Samuels, J., Nestadt, G., Bienvenu, J., Costa, P., Riddle, M. A., Liang, K., Hoehn-Saric, R., Grados, M. A., ...Cullen, B. A. M. (2000). Personality

- disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 457-462.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Sarawgi, S., Oglesby, M. E. ve Cogle, J. R. (2013). Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive symptom expression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(4), 456-462.
- Sarıçam, H., Erguvan, F.M., Akın, A. ve Akça, M.Ş. (2014). Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği (BTÖ-12) Türkçe formu: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Route Educational and Social Science Journal*, 1(3), 148-157.
- Sassaroli, S., Lauro, L. J. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P. ve Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46(6), 757-765.
- Saulnier, K. G., Allan, N. P., Raines, A. M. ve Schmidt, N. B. (2019). Depression and intolerance of uncertainty: relations between uncertainty subfactors and depression dimensions. *Psychiatry*, 82(1), 72-79.
- Scarrabelotti, M. B., Duck, J. M. ve Dickerson, M. M. (1995). Individual differences in obsessive-compulsive behaviour: The role of the Eysenckian dimensions and appraisals of responsibility. *Personality and Individual Differences*, 18(3), 413-421.
- Segerstrom, S. C., Stanton, A. L., Alden, L. E. ve Shortridge, B. E. (2003). A multidimensional structure for repetitive thought: what's on your mind, and how, and how much? *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(5), 909-921.
- Selvi, Y., Beşiroğlu, L., Akbaba, A. T., Aydın, A., Özbebit, Ö., Atli, A., ...Özdemir, O. (2010). Van il merkezi lise son sınıf öğrencilerinde obsesif kompulsif bozukluk yaygınlığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 5-13.

- Senra, C., Merino, H. ve Ferreiro, F. (2018). Exploring the link between perfectionism and depressive symptoms: Contribution of rumination and defense styles. *Journal of Clinical Psychology*, 74(6), 1053-1066.
- Sexton, K. A., Norton, P. J., Walker, J. R. ve Norton, G. R. (2003). Hierarchical model of generalized and specific vulnerabilities in anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32(2), 82-94.
- Shafran, R. ve Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879-906.
- Shorter, E. (2005). *A historical dictionary of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Sica, C., Coradeschi, D., Sanavio, E., Dorz, S., Manchisi, D. ve Novara, C. (2004). A study of the psychometric properties of the Obsessive Beliefs Inventory and Interpretations of Intrusions Inventory on clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(3), 291-307.
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Rnic, K., Saklofske, D. H., Enns, M. ve Gralnick, T. (2016). Are perfectionism dimensions vulnerability factors for depressive symptoms after controlling for neuroticism? A meta-analysis of 10 longitudinal studies. *European Journal of Personality*, 30(2), 201-212.
- Somer, O., Korkmaz, M. ve Tatar, A. (2004). *Kuramdan uygulamaya beş faktör kişilik modeli ve beş faktör kişilik envanteri (5FKE)*. İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları.
- Somer, O., Korkmaz, M. ve Tatar, A. (2002). Beş Faktör Kişilik Envanteri'nin geliştirilmesi-I: ölçek ve alt ölçeklerin oluşturulması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 17(49), 21-36.
- Spinhoven, P., Klein, N., Kennis, M., Cramer, A. O., Siegle, G., Cuijpers, P., ... Bockting, C. L. (2018). The effects of cognitive-behavior therapy for depression on repetitive negative thinking: a meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 106, 71-85.
- Starcevic, V. (1995). Pathological worry in major depression: a preliminary report. *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 55-56.

- Sternheim, L., Konstantellou, A., Startup, H. ve Schmidt, U. (2011). What does uncertainty mean to women with anorexia nervosa? An interpretative phenomenological analysis. *European Eating Disorders Review*, 19(1), 12-24.
- Stoeber, J. (2018). The psychology of perfectionism: An introduction. *The Psychology of Perfectionism içinde* (s. 3-16). London: Routledge.
- Strakowski, S. ve Nelson, E. (2015). *Major Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Şenormancı, Ö., Konkan, R., Güçlü, O., Şenormancı, G. ve Sungur, M. Z. (2013). Ruminatif yanıt biçimi ve fonksiyonel olmayan tutumların majör depresyonla ilişkisi. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26(2), 239-247.
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2006). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Tamam, L., Namlı, Z. ve Karaytuğ, M. O. (2012). Depresyon kliniği. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 5(2), 34-38.
- Tatar, A. (2016). Bes Faktör Kişilik Ölçeğinin kısa formunun geliştirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17, 14-23.
- Thaipisuttikul, P., Ittasakul, P., Waleeprakhon, P., Wisajun, P. ve Jullagate, S. (2014). Psychiatric comorbidities in patients with major depressive disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 2097-2103.
- Thomas, J. ve Altareb, B. (2012). Cognitive vulnerability to depression: an exploration of dysfunctional attitudes and ruminative response styles in the United Arab Emirates. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(1), 117-121.
- Thompson, E. R. (2008). Development and validation of an international English big-five mini-markers. *Personality and Individual Differences*, 45(6), 542-548.
- Tok, E. S. S. ve Arkar, H. (2012). Psikobiyolojik kişilik modeli ile beş faktör kişilik kuramının Türk örnekleminde karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13, 262-269.

- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D. ve Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 233-242.
- Topçu, S. (1982). *Çocuk ve yetişkinlerde kişilik boyutları ile bu boyutlarda kültürler-arası ayrılıklar* (Basılmamış doçentlik tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Torresan, R. C., de Abreu Ramos-Cerqueira, A. T., de Mathis, M. A., Diniz, J. B., Ferrão, Y. A., Miguel, E. C., ...Torres, A. R. (2009). Sex differences in the phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. *Comprehensive Psychiatry*, 50(1), 63-69.
- Torresan, R. C., Ramos-Cerqueira, A. T. A., Shavitt, R. G., do Rosário, M. C., de Mathis, M. A., Miguel, E. C., & Torres, A. R. (2013). Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 209(2), 186-195.
- Treynor, W., Gonzalez, R. ve Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259.
- Tsao, J. C., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G. ve Craske, M. G. (2002). Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behavior Therapy*, 33(4), 493-509.
- Tükel, R., Meteris, H., Koyuncu, A. ve Tecer, A. (2006). The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(4), 240-245.
- Tükel, R., Polat, A., Genç, A., Bozkurt, O. ve Atlı, H. (2004). Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 362-366.
- Tükel, R., Polat, A., Özdemir, Ö., Aksüt, D. ve Türksoy, N. (2002). Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(3), 204-209.
- Türk Dil Kurumu (2011). *Güncel Türkçe Sözlük*. <https://sozluk.gov.tr/>

- Türkçapar, M. H. (2004). Melankolili depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(Ek 1), 20-31.
- Türkçapar, M. H. (2018). *Klinik uygulamada bilişsel-davranışçı terapi: depresyon*. İstanbul: Epsilon Basım Yayın.
- Türkçapar, M. H., Akdemir, A., Örsel, S. D., Demirergi, N., Sirin, A., Kiliç, E. Z., ...Özbay, M. H. (1999). The validity of diagnosis of melancholic depression according to different diagnostic systems. *Journal of Affective Disorders*, 54(1-2), 101-107.
- Uluşahin, A. ve Uluğ, B. (1997). Clinical and personality correlates of outcome in depressive disorders in a Turkish sample. *Journal of Affective Disorders*, 42(1), 1–8.
- Uslu, R. ve Berksun, O. E. (1993). Yas ve Melankoli. *Kriz Dergisi* 1(2).
- Van de Velde, S., Bracke, P. ve Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71(2), 305-313.
- Van der Heiden, C., Melchior, K., Muris, P., Bouwmeester, S., Bos, A. E. R. ve van der Molen, H. T. (2010). A hierarchical model for the relationships between general and specific vulnerability factors and symptom levels of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(2), 284–289.
- Vincent, N. K. ve Walker, J. R. (2000). Perfectionism and chronic insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(5), 349-354.
- Viswanath, B., Narayanaswamy, J. C., Rajkumar, R. P., Cherian, A. V., Kandavel, T., Math, S. B., & Reddy, Y. J. (2012). Impact of depressive and anxiety disorder comorbidity on the clinical expression of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 775-782.
- Vythilingam, M., Chen, J., Bremner, J. D., Mazure, C. M., Maciejewski, P. K. ve Nelson, J. C. (2003). Psychotic depression and mortality. *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 574-576.
- Wahl, K., Ertle, A., Bohne, A., Zurowski, B. ve Kordon, A. (2011a). Relations between a ruminative thinking style and obsessive–compulsive

- symptoms in non-clinical samples. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(2), 217-225.
- Wahl, K., Schönfeld, S., Hissbach, J., Küsel, S., Zurowski, B., Moritz, S., ... Kordon, A. (2011b). Differences and similarities between obsessive and ruminative thoughts in obsessive-compulsive and depressed patients: a comparative study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(4), 454-461.
- Warner, R. M. (2008). *Applied statistics: From bivariate through multivariate techniques*. London: Sage.
- Watkins, E. (2015). An alternative transdiagnostic mechanistic approach to affective disorders illustrated with research from clinical psychology. *Emotion Review*, 7(3), 250-255.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163-206.
- Watkins, E., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K., Bathurst, N., Steiner, H., ... Malliaris, Y. (2007). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2144-2154.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 522-536.
- Watson, D. (2009). Differentiating the mood and anxiety disorders: A quadripartite model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 221-247.
- Watson, D., Clark, L. A. ve Tellegen, A. (1988a). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Watson, D., Clark, L. ve Carey, G. (1988b). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 346-353.
- Weissman, M. M. (1998). Cross-national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 3(S1), 6-9.

- Wells, A. ve Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive–compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36(9), 899-913.
- Wheeler, H. A., Blankstein, K. R., Antony, M. M., McCabe, R. E. ve Bieling, P. J. (2011). Perfectionism in anxiety and depression: Comparisons across disorders, relations with symptom severity, and role of comorbidity. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4(1), 66-91.
- Whitehead, M. R. ve Suveg, C. (2015). Difficulties in emotion regulation differentiate depressive and obsessive–compulsive symptoms and their co-occurrence. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(5), 507–518.
- Widiger, T. A. (2009). Neuroticism. M. R. Leary & R. H. Hoyle (Ed.). *Handbook of individual differences in social behavior* içinde (s. 129-146). New York: The Guilford Press
- Wilkinson, P. O., Croudace, T. J. ve Goodyer, I. M. (2013). Rumination, anxiety, depressive symptoms and subsequent depression in adolescents at risk for psychopathology: a longitudinal cohort study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 250.
- Wu, K. D. ve Cortesi, G. T. (2009). Relations between perfectionism and obsessive–compulsive symptoms: Examination of specificity among the dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(3), 393-400.
- Yılmaz, A. E. (2015). Endişe ve ruminasyonun kaygı ve depresyon belirtileri üzerindeki rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(2), 107–115.
- Yılmaz, A. E., Gençöz, T. ve Wells, A. (2008). Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Metacognitions Questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive–compulsive symptoms in a Turkish sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 15(6), 424-439.
- Yook, K., Kim, K.-H., Suh, S. Y. ve Lee, K. S. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 623–628.

- Yoon, K. L., Maltby, J. ve Joormann, J. (2013). A pathway from neuroticism to depression: examining the role of emotion regulation. *Anxiety, Stress & Coping*, 26(5), 558–572.
- Yorulmaz, O. (2007). *A comprehensive model for obsessive-compulsive disorder symptoms: A cross-cultural investigation of cognitive and other vulnerability factors* (Yayınlanmamış doktora tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Yorulmaz, O., Karancı, A. N. ve Tekok-Kılıç, A. (2006). What are the roles of perfectionism and responsibility in checking and cleaning compulsions? *Journal of Anxiety Disorders*, 20(3), 312–327.
- Yorulmaz, O., Karancı, A. N., Dirik, G., Baştuğ, B., Kısa, C., Göka, E., ...Burns, G. L. (2007). Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu: Türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri. *Türk Psikoloji Yazıları*, 10(20), 75-85.
- Zhao, X., Lynch Jr, J. G. ve Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of Consumer Research*, 37(2), 197-206.

EKLER

Ek-1. DSM-5 Obsesif-Kompulsif Bozukluk Tanı Kriterleri

A. Obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Bu bozukluk sırasında kimi zaman zorla ve istenmeden gelen ve çoğu kişide anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.
2. Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır.

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulaması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma)
2. Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha fazla zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

C. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavide kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Başka bir eksen 1 bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

Varsa belirtiniz:

İç görüşü iyi: Kişi inanışlarının gerçek olmadığının farkındadır.

İç görüşü kötü: Kişi inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İç görüşü yok/sanrısız inanışlar: Kişi inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

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



Ek-2. DSM-5 Majör Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri

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

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir.
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere ilgide belirgin azalma ya da bunlardan artık zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur.
3. Kilo vermeye çalışırken çok kilo verme ya da kilo alma.
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon.
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da enerji azlığı.
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları.
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama.
9. Yineleyici ölüm düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

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

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

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

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

Ek-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ

"Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Majör Depresif Bozuklukta Ortak Yatkinlık Faktörlerinin İncelenmesi: Tanılar üstü Hiyerarşik Bir Model Önerisi" isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

- **Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?**

Bu araştırmanın ana amacı Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Majör Depresif Bozuklukta ortak yatkinlık faktörlerinin incelenmesidir. Alanyazında bu iki bozukluk arasındaki ortak faktörleri belirlemeye çalışan bazı araştırmalar bulunmaktadır. Araştırma kapsamında 200 Majör Depresif ve/veya Obsesif-Kompulsif Bozukluk tanısı alan birey ile görüşme yapılacak ve bu bireylerden ilgili ölçeklerin tamamlanması beklenecektir. Araştırmaya katılmak ortalama 30-40 dakika sürenizi alacaktır.

- **Bu çalışmaya katılmamı mı?**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

- **Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?**

Araştırmaya katılmanız dahilinde sizden beklenen, araştırmacı uzman psikolog tarafından yapılan görüşme sonrası, verilen formları doldurmaktır. Araştırmaya katılmak ortalama 30-40 dakika sürenizi alacaktır.

- **Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?**

Araştırmaya katılmanızın sizin tedavi sürecinize doğrudan bir yararı yoktur. Ancak, bu araştırmadan çıkarılan sonuçlar Majör Depresif ve Obsesif-Kompulsif Bozuklukta ortak yönleri daha iyi anlamaya ve geliştirilecek tedavi yöntemlerine katkıda bulunmaya yardımcı olacaktır. Çalışmamız daha çok araştırma amaçlıdır. Ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar, hastalığın önemini daha iyi anlamamıza ve nedenleri ile ilgili daha detaylı bilgi edinmemize yarayacak, dolayısıyla başka hastaların yararına kullanılabilir.

- **Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?**

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- **Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?**

Araştırmacı kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

- **Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?**

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Servet KAÇAR BAŞARAN
GÖREVİ : Pamukkale Üniversitesi Psikoloji Bölümü / Araştırma Görevlisi
TELEFON : 0258 296 3978

(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında / Kliniğinde, Uzm. Klinik Psikolog Servet KAÇAR BAŞARAN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- a. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.
- b. Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).*
- c. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmali nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.
- d. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
- e. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
- f. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Bilgilendiren Araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Ek-4. Sosyo-demografik Bilgi Formu

1. Yaşınız :
2. Cinsiyet : () Kadın () Erkek
3. Medeni durum : () Bekar () Evli () Eşi vefat etmiş/Boşanmış () Diğer:.....
4. Eğitim durumu (En son bitirdiğiniz okul):
- () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul
- () Lise () Üniversite () Yüksek Lisans/Doktora
5. Şu anda yaşadığınız yer:
- () Büyükşehir () İl () İlçe () Belde/Köy □
6. Mesleğiniz:
- () Memur () Esnaf () Ev Hanımı () İşsiz/Çalışmıyor
- () İşçi () Emekli () Öğrenci () Diğer
7. Hangi gelir düzeyinde olduğunuzu düşünüyorsunuz?
- () Çok düşük () Düşük () Orta () İyi () Çok iyi
8. Evde yaşayan kişiler:
- () Yalnız yaşıyorum () Eş/Çocuk(lar) () Anne/Baba/Kardeş
- () Büyükanne/Büyükbaba () Hala/amca/kuzen/yeğen vb. () Arkadaşlar □
9. Psikiyatriye başvuru yakınmalarınız/şikayetleriniz nelerdir?
-
10. Yakınmalarınız/Şikayetleriniz ne zaman başladı? (Örn: 2015 yılında gibi)
-
11. Yakınmalarınız başlamadan önce hayatınızda önemli bir değişiklik meydana geldi mi? (Örn. Yakın birinin kaybı, göç, ekonomik zorluklar, vs.)
- () Hayır () Evet (Evet ise belirtiniz.)
12. Yakınmalarınız/Şikayetleriniz nedeni ile ilk kez kaç yılında doktora başvurdunuz?
- Doktorunuzun size belirttiği tanı neydi? (Örn: 2016 yılında başvurdum. Depresyon tanısı verildi.)
-
13. Yakınmalarınız için nasıl bir tedavi aldınız/alıyorsunuz?
- () Henüz hiçbir tedavi almıyorum, ilk kez başvuruda bulunuyorum.
- () İlaç Tedavisi ne kadar süredir? :.....
- () Psikoterapi ne kadar süredir? :.....
- () İlaç ve Psikoterapi ne kadar süredir? :.....
14. Bu yakınmalar nedeniyle hastaneye yatışınız yapıldı mı?
- () Hayır () Evet kaç kez?.....
15. Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu?
- () Hayır () Evet

16. Yakınmalarınızın şiddetini değerlendirecek olursanız?

a. İlk başvuruda;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Şiddetli değildi

Orta Şiddetliydi

Çok şiddetliydi

b. Şimdi;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Şiddetli değil

Orta Şiddetli

Çok şiddetli

17. Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan kimse var mı?

() Yok () Var yakınlık derecesi: tanısı:



Ek-5. 5FKE-DT-KF Örnek Maddeler

Aşağıda insanların bazı özelliklerini tanımlayan cümleler verilmiştir. Lütfen dikkatlice okuyarak her ifadenin sizi tanımlamakta ne derece uygun olduğunu belirten seçeneklerden bir tanesini işaretleyiniz.

Eğer cümle sizi tanımlamakta;

Tamamen Uygunsa	baş harfleri olan	"TU" yu	☒ TU	☐ BU	☐ ?	☐ PUD	☐ HUD
Biraz Uygunsa	baş harfleri olan	"BU" yu	☐ TU	☒ BU	☐ ?	☐ PUD	☐ HUD
Pek Uygun Değilse	baş harfleri olan	"PUD" yi	☐ TU	☐ BU	☐ ?	☒ PUD	☐ HUD
Hiç Uygun Değilse	baş harfleri olan	"HUD" yi	☐ TU	☐ BU	☐ ?	☐ PUD	☒ HUD

daire içine alın. Eğer hiç bir seçenek size uymuyorsa veya **kararsızsınız** “ ? ” ni daire içine alınız. Lütfen karar vermekte çok zorlanmadığınız sürece soru işaretini (?) kullanmayınız.

Bu anketteki hiç bir sorunun doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Bizim için önemli olan sizin samimi görüşünüzü almaktır. Lütfen cevaplarınızı **genel halinize göre, çoğunlukla nasıl olduğunuzu** düşünerek veriniz. Ayrıca olmak istediğinize göre değil, şu anda kendinizi nasıl görüyorsanız ona göre cevaplayınız.

Tamamen Uygun	Biraz Uygun	Kararsız	Pek Uygun Değil	Hiç Uygun Değil		
TU	BU	?	PUD	HUD		
1.	Düşüncelerimi hayata geçiremem.	TU	BU	?	PUD	HUD
2.	Derin umutsuzluklara kapılıyorum.	TU	BU	?	PUD	HUD
3.	Kolayca huzursuz olurum.	TU	BU	?	PUD	HUD

Ek-6. PE-WEÜR Örnek Maddeler

Aşağıdaki ifadeler, günlük hayatta herkesin karşılaşabileceği düşünce ve davranışlar ile ilgilidir. Her bir ifade için, bu tür düşünce ve davranışların sizde yaratacağı rahatsızlık düzeyini göz önüne alarak size **en uygun** olan cevabı seçiniz. Cevaplarınızı aşağıdaki gibi derecelendiriniz:

0 = Hiç

1 = Biraz

2 = Oldukça

3 = Çok

4 = Çok Fazla

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Çok Fazla
1. Doğru dürüst yapıldığını düşünemedim için yaptıklarımı bir kaç kez tekrarlamam gerekir.	0	1	2	3	4
2. Vücut sıvıları (ter, tükürük, idrar gibi) ile en ufak bir temasın bile giysilerimi kirleteceğini ve bir şekilde bana zarar vereceğini düşünürüm	0	1	2	3	4
3. Bazen sebepsiz yere kendime zarar verdiğime veya bir hastalığım olduğuna dair fazlaca endişelenirim.	0	1	2	3	4

Ek-7. BDE Örnek Maddeler

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.

Ek-8. BTÖ-12 Örnek Maddeler

Lütfen aşağıdaki maddelerin karşısında bulunan ve maddelere ne kadar katıldığınızı gösteren sayılardan size en uygun olanını işaretleyiniz.

- (1) Bana hiç uygun değil,
(2) Bana çok az uygun,
(3) Bana biraz uygun,
(4) Bana çok uygun ve
(5) Bana tamamen uygun.

1	Beklenmedik olaylar canımı çok sıkır.	1	2	3	4	5
2	Bir durumda ihtiyacım olan tüm bilgilere sahip değilsem sinirlerim bozulur.	1	2	3	4	5
3	İnsan sürprizlerden kaçınmak için daima ileriye bakmalıdır.	1	2	3	4	5

Ek-9. F-ÇBMÖ Örnek Maddeler

Aşağıda kişilik özellik ve davranışlarına ilişkin bir dizi ifade bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuduktan sonra o görüşe ne kadar katıldığınızı belirtiniz. Sizi en iyi yansıttığını düşündüğünüz rakamı yuvarlak içine alınız.

1	2	3	4	5
Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.	Ebeveynlerim benim için çok yüksek standartlar belirler.		1	2 3 4 5
2.	Düzen (plan) benim için çok önemlidir.		1	2 3 4 5
3.	Çocukken, bir şeyi mükemmel olarak yapmadığımda cezalandırıldım.		1	2 3 4 5

Ek-10. TDÖ Örnek Maddeler

Sıkıntılı veya mutsuz olduğunuz son bir olayı hatırlamaya çalışın. Ne olmuştu, ne yapmıştınız kısaca tarif edin.

O anda ve durumda nasıl hissettiğinizi düşünün. Aşağıdaki duyguları ne derecede hissettiğinizi işaretleyin.

	Çok az veya hiç	Biraz	Orta derecede	Sık Sık	Çok fazla
Sıkıntılı	1	2	3	4	5
Mutsuz	1	2	3	4	5
Suçlu	1	2	3	4	5
Ürkmüş	1	2	3	4	5
Düşmanca	1	2	3	4	5
Tedirgin	1	2	3	4	5
Utanmış	1	2	3	4	5
Sinirli	1	2	3	4	5
Asabi	1	2	3	4	5
Korkmuş	1	2	3	4	5

Şimdi, lütfen yukarıda tarif ettiğiniz olayla ilgili olarak aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Olaydan sonraki yaşantınız konusunda her bir ifadenin sizin için ne kadar geçerli olduğunu işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	
Hiç		Biraz		Çok	
1. Bu olay tekrar tekrar aklınıza gelmiş ya da gözünüzün önünden gitmemiş, bu da sizin giderek daha kötü hissetmenize yol açtı.	1	2	3	4	5
2. Bu olayla ilgili daha fazla yapabileceğiniz bir şey olmadığı için hiç düşünmediniz.	1	2	3	4	5
3. Hüzünlü müzik dinlediniz.	1	2	3	4	5

TEŞEKKÜR

Bir tezin kaleme gelmesi en zor bölümü hangisi diye sorsalar şüphesiz “teşekkür” bölümü derim. Ya emeği çok geçen birini zikretmeyi es geçersen diye düşünmelerim ya da bu güzel destekleri hangi kelimelerle anlatsam yerini bulur diye kelime, cümle seçemeyişimdendir kaygım. Ancak, biryerden başlamak gerekirse, öncelikle araştırmaya katılmayı kabul edip, sıkılmadan tüm formları tamamlayan, değerli görüşlerini benimle paylaşan katılımcılarıma teşekkürlerin en büyüğünü etmek boynumun borcudur.

Doktora eğitimim boyunca desteğini hissettiğim değerli danışmanım Prof. Dr. Haluk ARKAR’a, tez izleme kurulunda soruları, görüşleri ve katkıları ile tezi daha nitelikli hale getiren hocalarım Doç. Dr. Serap TEKİNSAV SÜTCÜ ve Dr. Öğretim Üyesi Berrin EYLEN ÖZYURT’a çok teşekkür ederim. Ayrıca tez savunmasında önerileri ile kıymetli katkılar sunan Doç. Dr. Gülgün MEŞE ve Dr. Öğretim Üyesi Zümrüt GEDİK’e teşekkürlerimi sunarım.

Üzerimizde çok büyük emekleri olan, hep bizi destekleyen, özellikle uygulama anlamında pek çok katkısı olan emekli hocam Prof. Dr. Oya SORİAS’a, istatistiksel uygulamalar konusunda hep kapısını çaldığım canım hocam Doç. Dr. Mediha KORKMAZ’a ve Arş. Gör. Dr. Mehmet PEKER’e ve Ege Üniversitesi Psikoloji Bölümü bütün hocalarına sonsuz teşekkür ve minnetimi sunarım.

Uygulamaların gerçekleştiği sağlık merkezindeki hastane müdürü Ali Bey’e, görev yapan bütün psikiyatri hekimlerine, psikolog meslektaşlarıma ve tıbbi sekreter arkadaşlarıma gerek vaka yönlendirme gerekse uygulama için uygun mekân sağlama konusundaki destekleri ve işbirlikçi tutumları, ayrıca sağladıkları samimi ve sıcak ortam için son derece minnettar olduğumu belirtmek isterim.

Gerek hayatımdaki, gerekse akademik yaşamdaki destekçilerim, yol arkadaşlarım, can yoldaşlarım Ceren ve Zeynep iyi ki varlar. Tezin kafa karıştıran her noktasında imdadıma koştukları, yorulduğum her an “hadi!” diyerek el uzattıkları için emekleri büyük. Ve hatta ben söylemeye çekinirken “Onu, senin yerine biz halledelim.” diye teklif ettikleri pek çok şey için minnetimi anlatmaya kelime bulamadığım doğrudur. Ayrıca eşleri Elif ve Onur’a da her daim bana evlerini açtıkları ve bana hep yuvamdaymışım hissi verdikleri için ne kadar

teşekkür etsem az gelir. Hep uzaklarda olsak da bir telefon kadar yakınımda olan canım Özlem de iyi ki var.

Desteklerini hep bildiğim, gördüğüm, öğrenciliği son kez beraber tattığım doktora dönem arkadaşlarım da iyi ki varlar. Akademi, çok başarılı bilim doktorlarına hazır olsun!

Pamukkale Üniversitesi'ndeki destekçilerimi unutmak olmaz. Tezimin uygulama sürecindeki destekleri için bölüm eski başkanımız Prof. Dr. Mehmet Ali SARI'ya, ayrıca her daim destekleyici ve empatik tavırlarından ötürü yüzümü güldüren ve çalışmayı daha da eğlenceli hale getiren canım iş arkadaşlarım Nilay, Ogeday ve Selver'e çok ama çok teşekkür ederim.

Sonsuz sabır ile en zor zamanlarımda verdiği manevi destek, engin sevgisi ile yanımda olan ve her zorlu süreçte bana olan inancını kaybetmeyen eşim Başar'a hayatımda var olduğu için ve bana hep yarenlik ettiği için çok ama çok teşekkür ederim. Ayrıca tezimin son zamanlarında kucağıma aldığım oğlum Çağan'a hayatıma çok başka bir tat kazandırdığı, bana annelik yoluyla yeniden büyüme ve çocukluğumu tekrar inşa etme fırsatı verdiği için teşekkür ederim.

Son olarak, sevmeyi, şefkatli ve kabullenici olmayı ilke edinmiş ve bizlere de öğretmiş olan, eğitim sürecimin her aşamasında hep yanımda olan canım annem Ayşe Kaçar başta olmak üzere, ablalarım, eniştelere ve yeğenlerime, Şenay annem ve Ahmet babama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZGEÇMİŞ

KİMLİK BİLGİLERİ

Ad Soyad: Servet KAÇAR BAŞARAN

Doğum Yeri: Denizli

Doğum Tarihi: 01.01.1988

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Kurum	Yıl
Lise	Hasan Tekin Ada Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı), Denizli	2006
Lisans	Ege Üniversitesi, Psikoloji Bölümü (3.80/4.00)	2011
Yüksek Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi, Psikiyatri Ana bilim dalı	2014

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Kurum	Unvan
2012-2013	Kardeş Terapim Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	Psikolog
2013-2014	Adnan Menderes Üniversitesi, Psikiyatri Ana bilim dalı	Arş.Gör.
2014-2017	Ege Üniversitesi, Psikoloji Bölümü	Arş.Gör.
2017-Halen	Pamukkale Üniversitesi, Psikoloji Bölümü	Arş.Gör.

YAYINLAR

1- Kaçar-Başaran, S., Gökdağ, C., Erdoğan-Yıldırım, Z. ve Yorulmaz, O. (değerlendirme aşamasında). A different view to perfectionism: An investigation of the psychometric properties of the Big Three Perfectionism Scale in a Turkish community sample. *Current Psychology*.

2- Gökdağ, C. ve Kaçar-Başaran, S. (2020). Klinik bir örnekleimde işlevsel olmayan bilişlere ilişkin ölçeklerin kısa versiyonları: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ve Otomatik Düşünceler Ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 31(2), 113-21

3- Kaçar-Başaran, S., Özyağcı, B. ve Arkar H. (2019). Zarardan kaçınma, tekrarlayıcı düşünme, kontrol odağı ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiler: Durumsal aracılık modeli. *Türk Psikoloji Dergisi*, 34(83), 57-69.

4- Yorulmaz, O., Sapmaz-Yurtsever, S., Gökdağ, C., **Kaçar-Basaran, S.**, Göcek-Yorulmaz, E., Yalçın, M., ... ve Görgü-Akçay, N. S. (2018). The future of psychotherapy in Turkey: Predictions for the next 10 Years. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(5), 332-339.

5- **Başaran, S. K.** ve Sütcü, S. T. (2016). Panik bozukluğun tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin etkililiği: Sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(Ek 1), 79-94

