



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA ÜSTBİLİŞLER VE
SİKINTIYA DAYANMA DÜZEYİNİN İNCELENMESİ**

Emine Gamze Tekin Larsson

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Emre Sargın

İstanbul- 2019

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA ÜSTBİLİŞLER VE
SİKINTIYA DAYANMA DÜZEYİNİN İNCELENMESİ**

Emine Gamze Tekin Larsson

174102048

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Emre Sargın

İstanbul- 2019



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 174 102 048
Öğrenci Adı Soyadı	: Emine Gamze Tekin Larsson
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Ahmet Emre Sarı
Tezin Başlığı	: obsesif kompulsif bozuklukta üstbilişler ve sikantya değeri değerlendirilmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 28-6-2019	Saati	: 15:00
-----------------	-------------	-------	---------

Öğrenci Savunmaya : GELDI

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BİRLİĞİ OY ÇOKLUGU

- Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez **KABUL** edilmiştir.
- Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ** için ay **EK SÜRE** verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)
- Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin **REDDEDİLMESİ** kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı : Değişmedi. Değişti.

Tezin Yeni Başlığı :

Öğrenci Savunmaya : GELMEDİ

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BİRLİĞİ ile **REDDEDİLMİŞTİR.**

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Ahmet Emre Sarı	
Üye	Prof. Dr. Hüsnü Erkan	
Üye	Doç. Dr. Bekir Balas	

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Obsesif Kompulsif Bozuklukta Üstbilişler ve Sıkıntıya Dayanma Düzeyinin İncelenmesi” adlı çalışmanın tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih:

.../.../.....

Emine Gamze Tekin Larsson

İmza:

TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitimin ve tez araştırmanın süresince bilgi ve desteğiyle yol gösteren, çalışmamı titizlikle inceleyip her an ulaşılabilir olan, mesleki hayatımda her zaman örnek alacağım değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Ahmet Emre Sargın'a,

İlgi ve sevgisiyle her an yanımda olan, maddi ve manevi hiçbir konuda benden desteğini esirgemeyen sevgili aileme ve eşime sonsuz teşekkür ve şükranlarımı sunarım.



ÖZET

Bu araştırmada obsesif kompulsif bozukluğun üstbilişler ve sıkıntıya dayanma yönünden incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini NP Feneryolu ve NP Ümraniye Beyin Hastanelerine ayaktan başvuran ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış 43 katılımcı ile bu katılımcılarla sosyodemografik özellikler açısından eşleştirilen 43 kişilik sağlıklı kontrol grubu oluşturmuştur. İki gruba da sosyodemografik very formu, Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri (VOKE), Üstbilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ-30), Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) verilmiştir. Araştırmanın verileri incelendiğinde, OKB'li grubun sağlıklı kontrol grubuna oranla ÜBÖ-30'dan daha yüksek ve SDÖ'den daha düşük puanlar aldığı ve bu farklılaşmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. OKB'li grubun kontrol grubuna kıyasla ÜBÖ-30 kontrol edilemezlik ve tehlike ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeklerinden yüksek ve SDÖ tolerans ve özyeterlilik alt ölçeklerinden düşük puanlar aldığı gözlemlenmiştir. Araştırmadan çıkan bir diğer sonuç ise farklı OKB tiplerinin ilişkili olduğu üstbilişsel inançlar ve sıkıntıya dayanma alt boyutlarının birbirinden farklı olmasıdır. Alt ölçeklerin korelasyonu ve regresyon analizinden çıkan sonuçlar araştırmada detaylı bir biçimde açıklanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Üstbiliş, Sıkıntıya Dayanma

ABSTRACT

This study aims to investigate metacognitions and distress tolerance in obsessive compulsive disorder. The sample of the study consists of 43 outpatients diagnosed with OCD at NP Feneryolu and NP Umraniye Hospitals, and 43 healthy controls matched with the clinical sample in terms of sociodemographic characteristics. A sociodemographic data form, the Vancouver Obsessive Compulsive Inventory (VOCI), the Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ-30), the Distress Tolerance Scale (DTS) and the Beck Depression Inventory (BDI) were given to both groups. Results of the study show that participants with OCD had higher scores on the MCQ-30 and lower scores on the DTS compared to healthy controls, and the difference was statistically significant. Patients with OCD differed from the health control group on the “uncontrollability and danger” and “need to control thoughts” sub-scales of the MCQ-30, and the “tolerance” and “appraisal” sub-scales of the DTS. Another result of the study is that specific subdimensions of VOCI were related to specific MCQ-30 and DTS subscales. The correlation between subscales and results from regression analysis are explained in detail in the study.

Key Words: Obsessive Compulsive Disorder, Metacognition, Distress Tolerance

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji	3
2.1.3. Etiyoloji	7
2.1.3.1. Nörobiyolojik Etkenler	7
2.1.3.2. Nöropsikolojik Etkenler	8
2.1.3.3. Genetik Etkenler	9
2.1.3.4. Nörokimyasal Etkenler	9
2.1.4. Tanı Kriterleri	10

2.1.5. Klinik Özellikler	12
2.1.5.1. Klinik Görünüm	12
2.1.5.2. Otojen ve Reaktif Obsesyonlar	13
2.1.6. Komorbidite	14
2.1.7. OKB'nin Bilişsel Modeli	16
2.2. ÜSTBİLİŞLER VE SIKINTIYA DAYANMA.....	19
2.2.1. Üstbiliş	19
2.2.2. OKB'nin Üstbilişsel Modeli.....	20
2.2.3. Sıkıntıya Dayanma	24
2.2.4. OKB'de Sıkıntıya Dayanma	25
3. YÖNTEM.....	26
3.1. ÖRNEKLEM.....	26
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	26
3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	26
3.2.2. Sosyodemografik Veri Formu	27
3.2.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	27
3.2.4. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ)	27
3.2.5. Üstbilişler Ölçeği (ÜBÖ-30).....	28
3.2.6. Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri (VOKE)	28
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	29
4. BULGULAR	30
4.1. DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLERİ.30	
4.2. KLİNİK VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNUN SIKINTIYA	

DAYANMA, ÜSTBİLİŞLER VE OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	33
4.3. KLİNİK GRUBUN SIKINTIYA DAYANMA DÜZEYLERİ, DEPRESYON, OKB BELİRTİLERİ VE ÜSTBİLİŞ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ	37
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
KAYNAKÇA	63
EKLER.....	78
Ek 1.....	78
Ek 2.....	79
Ek 3.....	80
Ek 4.....	81
Ek 5.....	83
Ek 6.....	84
EK 7.....	86
ÖZGEÇMİŞ.....	89

KISALTMALAR DİZİNİ

BABS	Brown Assesment of Beliefs Scale
BDE	Beck Depresyon Envanteri
BDS	Bilişsel Dikkat Sendromu
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
DEK	Düşünce Eylem Kaynaşması
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ECA	Epidemiologic Catchment Area
EYBOKB	Erken Yaşta Başlayan Obsesif Kompulsif Bozukluk
GYBOKB	Geç Yaşta Başlayan Obsesif Kompulsif Bozukluk
ICD-10	International Classification of Diseases
OCCWG	Obsessive Compulsive Cognitions Working Group
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
SDÖ	Sıkıntıya Dayanma Ölçeği
SGİ	Serotonin Gerilim İnhibitörü
S-REF	Self Regulatory Executive Function
SSGİ	Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörü
ÜBÖ-30	Üstbilişler Ölçeği-30
VOKE	Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Klinik ve Klinik Olmayan Grupların Demografik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri.....	30
Tablo 2. Cinsiyete Göre OKB Tanısı Üzerinden Geçen Sürenin Betimsel İstatistikleri	32
Tablo 3. Klinik ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Sıkıntıya Katlanma Boyutlarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4. Klinik ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Üstbiliş Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	34
Tablo 5. Klinik ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Obsesif Kompulsif Belirti Boyutlarının Karşılaştırılması	35
Tablo 6. Klinik ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması	35
Tablo 7. Klinik Grubun Sıkıntıya Katlanma, Üstbiliş, Depresyon ve Obsesif-Kompulsif Belirti Boyutlarının Korelasyon Bulguları.....	37
Tablo 8. Değişkenlerin Sıkıntıya Dayanma Tolerans Alt Boyutunu Yordama Düzeyi .	39
Tablo 10. Sıkıntıya Dayanma Regülasyon Alt Boyutunun Depresyon, Üst Bilişler ve OKB Boyutlarıyla Açıklayıcı Regresyon Analizi Bulguları.....	42
Tablo 11. Sıkıntıya Dayanma Öz-Yeterlilik Alt Boyutunun Depresyon, Üstbilişler ve OKB Boyutlarıyla Açıklayıcı Regresyon Analizi Bulguları.....	43
Tablo 12. Sıkıntıya Katlanma ve OKB Belirtileri Toplam Puanlarının Üst Biliş Toplam Puanlarını Yordayıcı Etkisi	44
Tablo 13. Üstbilişlerin Sıkıntıya Katlanma ve Obsesif Kompulsif Belirtiler Boyutları Tarafından Açıklayıcı Doğrusal Regresyon Analizi	44

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Rachman'ın OKB modeli (1997)	17
Şekil 2: Rachman ve arkadaşlarının nötralizasyon modeli (1996)	18
Şekil 3: OKB'nin prototipik modeli (Wells, 1997)	23



1. GİRİŞ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tedavi edilmediğinde kronikleşen ve kendiliğinden düzelme oranı oldukça düşük bir ruh sağlığı bozukluğudur. OKB semptomları bazen artıp bazen de azalarak kendini gösterebilir. Özellikle majör depresyonla komorbiditesi düşünüldüğünde, OKB'li kişilerin yarısında intihar düşüncelerine rastlanabileceği belirtilmiştir. Kişinin obsesif düşüncelere ve kompulsiyonları yerine getirmeye harcadığı zaman işlevselliğinde ciddi ölçüde bozulmalara yol açar (American Psychiatric Association, 2013).

Üstbilis, kişinin farkındalık süreçlerini kontrol eden biliştir. Kısaca kişinin düşündüğü üzerine düşünmesi olarak tanımlanır. Üstbilisel yaklaşım kişinin olumsuz üstbilisleri nedeniyle işlevsiz birtakım duygu ve düşüncelere saplandığı görüşüne dayanır (Wells, 2009). Üstbilis kavramının psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olabileceği fikri son yıllarda literatürde yaygındır ve OKB'nin bilişsel modeli kadar üstbilisel modeliyle ilgili çalışmalara da sıkça rastlanmaktadır. Kişinin olumsuz duygular yaratan durumlara katlanabilme seviyesi ile ilgili olan sıkıntıya dayanma kavramının da madde kullanımı, anksiyete ve duygudurum bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozuklukla ilişkisi araştırmacıların ilgisini çekmektedir (Williams ve ark., 2013).

OKB'li bireylerdeki üstbilisel faaliyetleri ve sıkıntıya dayanma düzeyini inceleyen bu araştırma NP Feneryolu Tıp Merkezi ve NP Ümraniye Beyin Hastanesi'nden OKB tanısı almış 43 katılımcıyla yürütülmüştür. Katılımcıların üstbilis ve sıkıntıya dayanma düzeyleri daha sonra kendileriyle sosyodemografik yönden uyumlu 43 kişilik sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Bu konu hakkında bilgi sağlamak ve literatüre katkı yapmak bu araştırmanın amacıdır ve tezin hipotezleri aşağıda sıralanmıştır:

- 1) Obsesif kompulsif bozukluğu olan kişilerde sıkıntıya dayanma düzeyi kontrol grubuna göre daha düşüktür.
- 2) Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış bireylerde üstbilisler toplam puanı kontrol grubuna göre daha yüksek çıkacaktır.

“Üstbilisel faaliyetlerin ve sıkıntıya dayanma düzeyinin OKB'yi yordamada etkisi var mıdır?” problem cümlesi ile yola çıkmıştır. Tezin alt problem cümleleri ise:

- 1) OKB tanısı almış bireylerin sıkıntıya dayanma düzeyi nedir?
- 2) OKB tanısı almış ve almamış bireyler arasında sosyodemografik açıdan farklılık var mıdır?
- 3) OKB tanısı almış ve almamış bireyler arasında sıkıntıya dayanma düzeyi açısından farklılık var mıdır?
- 4) OKB tanısı almış ve almamış bireyler arasında üstbilişler açısından farklılık var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

2.1.1. Tanım

Obsesyonlar girici ve istenmeden oluşan, tekrarlayan düşünceler dürtüler ya da imgelerdir. Kompulsiyonlar ise bireyin obsesyonlar sonucu kendini yapmak zorunda hissettiği tekrarlayıcı davranışlar ve zihinsel eylemlerdir (American Psychiatric Association, 2013). Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) belirtilerinin şiddeti yoğun olduğunda kişinin işlevselliği ciddi derecede bozulur ve kişi günlük rutininin gereksinimlerini yerine getirmekte zorlanır. Bu bozulmalar kişinin sosyal hayatından iş hayatına kadar yaşamının her alanında etkisini gösterebilir.

OKB ile ilgili araştırma yapan araştırmacılar özellikle son yıllarda OKB'nin son derece heterojen bir bozukluk olduğu üzerinde durmaktadır. OKB'yi tanımlamak için kullanılan semptomlar çeşitlidir ve OKB'li iki birey tamamen farklı ve birbiriyle hiç örtüşmeyen semptomlar sergileyebilir (Leckman ve ark., 1997). OKB'nin heterojen yapısının farkında olmak, farklı tedavi çeşitleri geliştirmek ve uygulamak açısından son derece önemlidir.

OKB'li kişilerin bir kısmının hastalığı ile ilgili içgörüsü yüksektir ve obsesyon ve kompulsiyonlarını anlamsız ve saçma bulurlar, bazı OKB'li kişiler ise obsesyonlarının saçma olduğunu düşünmelerine rağmen kompulsiyonlar sırasında yoğun bir kaygı yaşarlar ve bu da içgörülerinin düşük olmasına yol açar (Dilbaz ve Karamustafalıoğlu, 2008). Çocuklarda ise bu durum, genellikle düşük içgörü şeklinde seyreder.

2.1.2. Epidemiyoloji

OKB'nin yaygınlığı ile ilgili yapılmış birçok çalışma vardır. 1980 yılından önce OKB'nin genel popülasyondaki yaygınlığını tahmin etmek amacıyla yapılan tek çalışma Rudin'in 1953 yılında yaptığı çalışması olmuştur ve bu çalışmada OKB'nin prevalansı %0.05 olarak tahmin edilmiştir (Fontenelle ve ark., 2006). Bu sonuç son yıllarda yapılan araştırmalara göre oldukça düşüktür.

Yukarıda da belirtildiği gibi, OKB'nin sıklığı ile ilgili birçok araştırma olsa da bu

araştırmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Crino ve arkadaşlarının The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III-Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-III (DSM-III) ve The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV- Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-IV (DSM-IV) tanı kriterlerine göre OKB'nin prevalansını karşılaştırdıkları bir araştırmada, OKB'nin DSM-IV'e göre 12 aylık prevalansını yetişkin popülasyonda %0.6 bulmuşlardır. Bu da DSM-III'ün tanı kriterlerine göre yapılan epidemiyolojik çalışmaların verdiği orandan çok daha düşüktür. Bunun sebebi, DSM-IV OKB tanısının daha ağır durumlar için konması olarak belirtilmiştir (Crino ve ark., 2005). DSM-III tanı kriterleri esas alınarak yürütölen, 18 yaşındaki 930 kişilik örnekleme yapılan bir kohort çalışmasında OKB'nin 1 yıllık prevalansı %4 bulunmuştur (Douglass ve ark., 1995).

Amerika'da 2073 kişilik örnekleme üzerinde DSM-IV kriterleri alınarak yapılan bir çalışmada, OKB'nin yaşam boyu sıklığı %2.3, 12 aylık sıklığı ise %1.2 olarak bulunmuştur (Ruscio ve ark., 2010). Amerika'da 5 farklı eyalette genel popülasyonda yapılan bir tarama çalışmasında ise OKB'nin yaşam boyu sıklığının %1.9 ile %3.3 arasında değiştiği sonucuna ulaşılmıştır (Karno ve ark., 1988).

Türkiye'de de OKB'nin epidemiyolojisini araştıran çalışmalar yapılmıştır. Konya'da 3018 yetişkin birey arasında Composite International Diagnostic Interview (CIDI) kullanarak ve DSM IV kriterleri esas alınarak yürütölen bir çalışmada OKB'nin 12 aylık prevalansı %3 olarak bulunmuştur (Çilli ve ark., 2004). Bu sonuç, literatürde son yıllarda ortaya çıkan sonuçlarla paraleldir.

OKB, yetişkinleri olduğu gibi çocuk ve ergenleri de etkileyen bir psikiyatrik bozukluktur. Heyman ve arkadaşlarının genel popülasyonda 5-15 yaş arasındaki 10, 438 çocukla yürüttükleri bir çalışmada, OKB prevalansı %0.25 bulunmuştur (Heyman ve ark. 2003). Kliniğe gelen 9-15 yaşları arasındaki 1739 çocuk ve ergen hasta arasında yapılan bir araştırma sonucunda ise OKB'nin prevalansı %2.7 olarak bulunmuştur (Diler ve Avcı, 2002). Bu da OKB'nin diğer psikiyatrik hastalıklarla yüksek komorbiditesi düşünöldüğünde, klinikten alınan örneklemlerde daha yüksek çıkmasının doğal olduğunu düşöndürmektedir.

OKB prevalansının ergenlerde yaşla birlikte arttığı sonucuna ulaşan birçok araştırma vardır (Heyman ve ark. 2003). Ergenlerde yaş ilerledikçe OKB'ye yatkınlık artarken, yetişkinlerde yaş ilerledikçe OKB'ye daha az rastlanır (Fontenelle ve ark.,

2004). Ancak Rasmussen ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada OKB'si olan kişilerin %82'sinde bu rahatsızlığın 18 yaşından önce başladığı belirtilmiştir (Greisberg ve McKay, 2003).

Crino ve arkadaşları da yaptıkları araştırmada yetişkinlerde yaş arttıkça (>55) OKB görülme sıklığının azaldığını belirtmiştir (Crino ve ark. 2005). 8580 bireyle yapılan bir tarama çalışmasında OKB yaygınlığının yaş ilerledikçe düşüşe geçtiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu araştırmaya göre 16-24 yaş aralığında OKB görülme sıklığı %1.4, 25-44 yaş aralığında %1.2, 45-64 yaş aralığında %1.1 ve 65-74 yaş aralığında %0.2 olarak bulunmuştur (Torres ve ark., 2006).

Epidemiyoloji araştırmaları OKB'nin genellikle erken yetişkinlik yıllarında ortaya çıktığını göstermektedir. Amerika'da 5 farklı eyalette ECA (Epidemiologic Catchment Area) programı kapsamında Karno ve arkadaşlarının yürüttüğü bir araştırmada eyaletler arasında OKB başlangıç yaşının 20.9 ile 25.4 arasında değiştiği ve başlangıç yaşı ortalamasının 22.7 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Karno ve ark., 1988). Brezilya'da OKB'li 101 kişi arasında yapılan bir çalışmada OKB'nin başlangıç yaş ortalaması 20.7 bulunmuştur (Fontenelle ve ark., 2004). Ruscio ve arkadaşları da buna benzer olarak OKB'nin başlangıç yaşını 19.5 bulmuştur (Ruscio ve ark., 2010). 18 yaş üstü örneklemin kabul edildiği başka bir epidemiyoloji araştırmasında ise OKB'nin başlangıç yaş ortalaması 26.1 bulunmuştur (Crino ve ark., 2005). Konya'da genel popülasyonda yürütülen bir araştırmada da buna paralel bir sonuç olarak OKB'nin başlangıç yaşı 25.9 olarak bulunmuştur (Çilli ve ark., 2004).

Erken yaşta başlayan OKB vakaları erkeklerde daha fazladır. Buna karşılık OKB başlangıcı kadınlarda 10 yaşından sonra artar ve ergenlik döneminde en yüksek orana ulaşır. Erkeklerin neredeyse dörtte birinde başlangıç yaşının 10'dan önce olduğu saptanmıştır (Ruscio ve ark., 2010). Çilli ise OKB başlangıç yaşının kadın ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen erkeklerde, kadınlara oranla 4 yıl önce olduğunu belirtmiştir (23.6-27.5). Aynı çalışmada 1 yıllık OKB prevalansı erkeklerde yaş ile ters orantılı iken kadınlarda yaşla birlikte artmıştır (Çilli ve ark., 2004). Karno ve arkadaşları ise OKB'nin kadınlarda (23) ve erkeklerdeki (22.4) başlangıç yaşının benzer olduğu sonucuna ulaşmıştır (Karno ve ark., 1988).

OKB'nin cinsiyete göre dağılımı da epidemiyolojik çalışmalarda incelenen faktörlerden biri olmuştur. Çilli ve arkadaşları, OKB'nin kadınlar arasında %3.3 ve

erkekler arasında %2.5 oranında görüldüğü sonucuna ulaşsa da bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmişlerdir (Çilli ve ark., 2004). Karno ve arkadaşları da OKB'nin kadın ve erkeklerde eşit oranda görüldüğü sonucuna ulaşmıştır (Karno ve ark., 1988). Ancak Fontenelle ve arkadaşları yaptıkları derleme çalışmasında, klinik örnekleme yetişkin OKB'sinin kadınlar arasında erkeklerden daha yaygın olduğu sonucuna varmıştır. Ergenlerde ise erkekler çoğunluğu oluşturmaktadır (Fontenelle ve ark., 2004).

Çilli ve arkadaşlarının araştırmasına göre, OKB'si olan kişilerin %30'unda yalnızca obsesyonlar, %68.5'inde hem obsesyonlar hem de kompulsiyonlar varken OKB'li sadece bir kişi (%1.1) obsesyonsuz kompulsiyon kriterini karşılamıştır (Çilli ve ark., 2004). Buna benzer bir sonuç bulan başka bir çalışmada da hem obsesyonları hem de kompulsiyonları olan OKB'li kişiler %79 ile çoğunluğu oluşturmuştur (Fontenelle ve ark., 2004). Torres ve arkadaşları ise OKB'li katılımcıların %55'ini yalnızca obsesiflerin, %11'ini yalnızca kompulsiflerin oluşturduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %34'ü hem obsesyon hem kompulsiyon kriterini karşılamıştır (Torres ve ark., 2006). 3-18 yaş arasındaki bir örnekleme yapılan bir çalışmada hem obsesyon hem de kompulsiyonları olan kişilerin OKB'li grubun yalnızca %14'ünü oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır (Douglass ve ark., 1995). Bu alt tipin klinikten alınan örneklemlerde, popülasyon çalışmalarına göre daha fazla olmasının sebebinin, obsesyon ve kompulsiyonların aynı anda görüldüğü bireylerin tedavi aramaya daha yatkın olma ihtimalinden kaynaklanabileceği belirtilmiştir (Fontenelle ve ark., 2004). Bu sebeple genel popülasyonda deneyimli klinisyenler tarafından gerçekleştirilecek çalışmaların önemi büyüktür. Aynı zamanda bu çalışmalardan farklı sonuçlar çıkmasının sebepleri arasında, çalışmaları yürüten kişilerin yeterliliği, DSM tanı kriterlerinin zamanla değişmesi ve OKB'yi ölçmede kullanılan farklı ölçekler olabileceği akla gelmektedir.

Obsesif kompulsif bozukluğun, boşanmış, ayrılmış ya da işsiz bireylerde daha yaygın olduğu sonucuna ulaşan araştırmalar vardır (Karno ve ark., 1988). Bu sonuca paralel olarak Çilli'nin 2004 yılında yürüttüğü çalışmada da boşanmış, ayrılmış veya dul kalmış kişilerin OKB geliştirme riskinin 4.2 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Çilli ve ark., 2004).

Yapılan çalışmalar sonucu çocuklukta başlayan OKB'nin, erişkinlikte başlayan OKB'den farklı özellikler taşıyabileceği ve OKB'nin ayrı bir boyutu olarak

değerlendirilmesi gerekebileceği fikrini ortaya atan araştırmacılar fazla sayıdadır. Bazı çalışmalar başlangıç yaşını, obsesif-kompulsif belirtilerin ilk çıktığı dönem olarak alırken, bazı çalışmalar ise obsesif-kompulsif belirtilerin kişinin işlevselliğini bozup klinik olarak anlamlı bir düzeye çıktığı dönemi baz almıştır.

Erken yaşta başlayan OKB (EYBOKB) erkekler arasında, kadınlara oranla daha yaygındır (Fontenelle ve ark., 2003). OKB'nin başlangıç yaşıyla ilgili yapılan araştırmalarda, EYBOKB'de genetik faktörlerin daha fazla etkili olduğu düşüncesi hakimdir. Nestadt, OKB'li 80 kişi ve bu kişilerin akrabalarıyla yürüttüğü bir araştırmada, OKB'si 18 yaşından sonra başlayan bireylerin akrabalarında obsesif-kompulsif semptomlara rastlamadığını belirtmiştir. Bu durum EYBOKB'nin, OKB'nin genetik kökenleri hakkında daha fazla bilgi vereceği görüşünü desteklemektedir (Nestadt., 2000).

EYBOKB'de Tourette Sendromu ve tik bozuklukları, geç yaşta başlayan OKB (GYBOKB)'ye oranla önemli ölçüde daha fazla görülmektedir (Hemmings ve ark., 2004). 7-17 yaş arasındaki 124 kişilik OKB'li bir örnekleme yürütülen bir çalışmada, tik görülme sıklığı %53 bulunmuştur. Bu durum, erken yaşta başlayan OKB'nin tik bozukluklarıyla birlikte sıklıkla görüldüğü görüşünü desteklemektedir (Conelea ve ark., 2014). OKB ve tik bozukluklarının birlikte bu denli sık görülmesi, aralarında genetik bir ilişkinin olduğu düşüncesini akla getirmektedir ve bu konuda araştırmalar devam etmektedir.

2.1.3. Etiyoloji

2.1.3.1. Nörobiyolojik Etkenler

Beyin görüntüleme çalışmaları son yıllarda oldukça yaygınlaşmıştır. Birçok çalışma OKB'nin patofizyolojisinde frontal-bazal ganglion-talamik döngünün önemli rolü olduğunu ileri sürmektedir. Bu döngüde özellikle orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, medial talamus ve striatum bölgelerini içeren anormalliklerin OKB'nin altında yatan nörobiyolojik sebepler olabileceği yaygın bir hipotezdir (Greenberg ve ark., 2010).

OKB'nin nörobiyolojisini araştıran çalışmalardan bazıları OKB'li kişilerin subkortikal bölgelerinde bozulmalar olduğunu öne sürmüştür. OKB'de bilişsel eksiklikleri inceleyen çalışmalardan birinde OKB'li bireylerde mekansal işleyen bellek,

mekansal tanıma, hareketi başlatma ve yürütme alanlarında eksiklikler gözlemlenmiştir. Bu da sub-kortikal patolojisi bulunan ve frontal lob eksizyonları olan hastalarınkine benzemektedir. Bu durum, OKB'nin altında yatan sebebin frontal-striatal sistemlerden kaynaklanan sebeplerden olabileceğini düşündürmüştür (Purcell ve ark., 1998).

Frontal-striatal hipotezini destekleyen bir diğer çalışmada da OKB'li bireyler, frontal lobdaki disfonksiyonlara duyarlı testlerde daha düşük puanlar almışlardır. Bu çalışmada deney grubu ile kontrol grubu arasında cevaplarının doğruluğu açısından anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen OKB'li bireylerin hata yaptıklarında bu hataları düzeltmek için daha fazla zaman harcadıkları gözlemlenmiştir (Veale ve ark., 1996).

OKB'li bireyler ile kontrol grubu arasında karşılaştırma yapan bir diğer araştırmada da orbitofrontal korteks ile limbik sistem arasındaki ağda bir işlev bozukluğu olduğu ortaya atılmıştır (Ayçiçeği ve ark., 2003).

OKB'nin altında yatan biyolojik sebeplerle ilgili son yıllarda birçok araştırma yapılsa da OKB'nin anksiyete bozuklukları ve majör depresyon gibi ruh sağlığı bozukluklarıyla sıklıkla birlikte görülmesi beyin görüntüleme çalışmalarında kesin sonuçlara ulaşmada sıkıntı yaratmaktadır

2.1.3.2. Nöropsikolojik Etkenler

Greisberg ve McKay, obsesif kompulsif bozuklukla ilgili yaptıkları derleme çalışmasında OKB'li bireylerde beynin yürütücü işlevlerinde eksiklikler olduğunu belirtmiştir fakat depresyonun da beynin yürütücü işlevlerinde bozukluğa sebep olabileceği için, bu çalışmaların sonucunu etkileyebileceğini öne sürmüşlerdir (Greisberg ve McKay 2003). Başka bir çalışmada hızın performansı etkilediği testlerde OKB'li bireylerin daha düşük sonuçlar aldığı belirtilmiştir (Külz ve ark., 2004).

OKB'nin bellek ile ilgili sorunlardan da ortaya çıkabileceği birtakım çalışmalar da ortaya konmuştur. OKB'li bireylerde belleğin ölçüldüğü bir çalışmada deneklerden anlamsal olarak birbiriyle ilişkili bazı kelimeleri hatırlamaları istenmiştir. İlk başta deney grubuna göre bu görevden düşük puan alan OKB'li bireyler, bu kelimelerin anlamsal ilişkileri ile ilgili strateji oluşturma konusunda direktif aldıktan sonra kontrol grubu ile benzer sonuçlar almıştır. Bu da OKB'li bireylerde bellektense organizasyon ve strateji geliştirmedeki eksiklikleri göstermektedir (Deckersbach ve ark., 2005).

2.1.3.3. Genetik Etkenler

Literatüre bakıldığında, küçük yaşta başlayan OKB'nin oluşumunda genetik faktörlerin daha fazla etkili olduğu kanısına sıklıkla rastlanmaktadır. Geç yaşta başlayan OKB'nin farklı nedenleri olabileceği tartışılmaktadır.

OKB'nin genetik yönünü araştıran bir çalışmada, OKB'nin oluşumunda büyük bir etkiye sebep olan genler olmamakla birlikte, ikiz çalışmalarına bakıldığında çeşitli gen varyasyonları sebebiyle OKB'nin ailesel bir rahatsızlık olarak değerlendirilebileceği belirtilmiştir. OKB'nin kalıtsal yönünün, bozukluğun %40'ını oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır (Pauls ve ark., 2014).

Bir diğer araştırmada OKB'li bireylerin birinci derece akrabalarında OKB görülme riskinin, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek çıktığı belirtilmiştir (%10'a karşı %1.9) (Nestadt ve ark., 2010). Nestadt ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptığı bir araştırma da bu konuda paralellik göstermektedir. OKB'li bireylerin akrabalarında OKB prevalansı %11.7 iken, sağlıklı kontrol grubunun akrabalarında OKB prevalansı %2.7 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada OKB başlangıç yaşı 17'nin üstünde olan bireylerin akrabalarında OKB'ye rastlanmamıştır (Nestadt ve ark., 2000).

2.1.3.4. Nörokimyasal Etkenler

OKB'nin, serotonerjik, dopaminerjik ve glutamaterjik sistemlerden etkilendiğini öne süren birçok araştırma vardır. OKB'nin patofizyolojisi ve tedavisinde serotonerjik sistemlerin etkili olduğunu gösteren bir kanıt, selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGİ) ve bir serotonin geri alım inhibitörü (SGİ) olan klomipramin'in anti-obsesif özelliğinin keşfi olmuştur (Goddard ve ark., 2008).

OKB'li bireylerin bazal ganglionlarındaki dopaminerjik sistemden kaynaklanan işlev bozukluklarının OKB ile ilişkili olduğu ileri sürülen bir diğer bulgudur (Kim ve ark., 2003).

OKB'nin glutamaterjik sistemlerle ilişkisi son zamanlarda araştırmacıların dikkatini çeken ve OKB'nin patofizyolojisinde etkili olduğu düşünülen bir diğer faktördür. OKB'de glutamaterjik anormallikleri inceleyen bir araştırmada, OKB'li bireylerde glutamat düzeyi sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla çıkmıştır. Bu durum

glutamaterjik disfonksiyonların OKB ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür (Chakrabarty ve ark., 2005).

2.1.4. Tanı Kriterleri

OKB, 1952 yılında çıkan DSM-I’de Obsesif-Kompulsif Reaksiyon, 1968 yılında çıkan DSM-II’de Obsesif-Kompulsif Nevroz ve 1980’de çıkan DSM-III’te Obsesif-Kompulsif Bozukluk başlığı altında incelenirken DSM-IV-TR’de anksiyete bozuklukları kategorisine girmiştir (Zayman, 2016).

2013 yılında çıkan DSM 5 ile OKB bir anksiyete bozukluğu olmaktan çıkarılmış ve yeni bir bölüm olan “Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” adı altında incelenmeye başlanmıştır. Bu yeni kategorinin içindeki diğer bozukluklar ise trikotilomani, istifçilik, deri yolma bozukluğu, beden dismorfik bozukluk, madde kullanımının ya da ilaçların yol açtığı obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluk ve başka tıbbi duruma bağlı obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluktur (American Psychiatric Association, 2013).

DSM-IV’te obsesyonları tanımlamak için kullanılan “uygunsuz” kelimesi yerine DSM-5’te “istenmeyen” kelimesi kullanılmıştır. DSM-IV ile birlikte eklenen “içgörüsü az” belirleyicisi, DSM-5’te “içgörüsü iyi/orta”, “içgörüsü kötü” ve “içgörüsü yok/sanrısız inanışlar” şeklinde değiştirilerek içgörü teriminin bir spektrum şeklinde değerlendirilebilmesinin önü açılmıştır (American Psychiatric Association, 2013). Bu belirleyici, OKB’nin içgörüsüz tipine sahip bireyleri psikotik olarak değerlendirmemek ve doğru tedavi yöntemlerini uygulamak açısından önemlidir.

Kişinin sahip olduğu içgörü seviyesini değerlendirmenin bir yolu, mental durum muayenesinde kişiye sormaktır. Bu değerlendirmede kişilere, hasta olup olmadıklarına dair inançları, buna neyin sebep olduğu ve tedaviyi gerekli görüp görmediklerine dair sorular sorulur. Bu sorulara verilen cevaplar klinisyene, kişinin içgörü düzeyi ile ilgili bilgi verebilir (Neziroğlu ve Stevens, 2002). İçgörü düzeyini değerlendirmenin bir diğer yolu da geçerliği ve güvenilirliği yapılmış birtakım ölçeklerden faydalanmaktır. Literatürde en sık karşılaşılan ölçek, 1998 yılında Eisen ve arkadaşlarının oluşturduğu Brown Assessment of Beliefs Scale-Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BABS)’dir. Psikiyatrik bozukluklarda delüzyonların varlığını ve şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilen bu ölçek içgörüyü bir spektrum olarak değerlendirmektedir (Eisen

ve ark., 1998).

DSM-5'te eklenen "tikle ilişkili" bölümü OKB'nin ikinci belirleyicisidir (American Psychiatric Association, 2013). OKB'li bireylerin geçmişte ya da şu anda bir tik bozukluğu yaşayıp yaşamadığı belirtmek için kullanılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1990 yılında yayınladığı "International Classification of Diseases"- "Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması" (ICD-10)'de ise OKB "Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar" başlığı altında değerlendirilmektedir. Bu başlık altındaki diğer bozukluklar ise "fobik anksiyete bozukluğu", "diğer anksiyete bozuklukları", "ağır stres tepkisi ve uyum bozuklukları", "disosiyatif bozukluklar (konversiyon bozuklukları)", "somatoform bozukluklar" ve "diğer nevroitik bozukluklar"dır (World Health Organisation, 1992). ICD-10'da obsesyonlar, kişinin aklına tekrar tekrar giren düşünceler, görüntüler ya da dürtüler olarak tanımlanmıştır. Bu düşünceler şiddetle ya da müstehcen fikirlerle ilgili olduğu ve deneyimleyen kişi tarafından anlamsız bulunduğundan hemen hemen her zaman rahatsız edicidir. Kompulsif davranışlar ve ritüeller ise, tekrar tekrar yapılan davranışlar olarak tanımlanır (World Health Organisation, 1992). ICD-10'da F42 koduyla yer alan OKB'nin belirleyicileri şu şekilde sıralanmıştır:

F42.0 Obsesif Düşünce ve Ruminasyonların Baskın Olduğu Tip

F42.1 Kompulsif Davranışların (Obsesif Ritüellerin) Baskın Olduğu Tip

F42.2 Obsesif Düşünce ve Davranışların Birlikte Bulunduğu Tip

F42.3 Diğer Obsesif Kompulsif Bozukluklar

F42.4 Obsesif Kompulsif Bozukluk, Tanımlanmamış

DSM-5 ve ICD-10 arasında birçok bozukluğun tanımı ve tanı kriterlerinde olduğu gibi, OKB'de de bazı farklılıklar vardır. Örneğin DSM-5'te kompulsiyonlara mental ritüeller de dahilken, ICD-10'da kompulsiyonlar yalnızca davranışsal olarak tanımlanmıştır. DSM-5'de bir süre sınırlaması yokken, ICD-10'da tanı koyulabilmesi için obsesif düşüncelerin ve/veya kompulsif davranışların hemen hemen her gün olmak üzere en az iki hafta boyunca gözlemlenmesi gerekmektedir. ICD-10'da OKB ile depresif bozuklukları, bu bozukluklar genellikle bir arada görüldüğü için birbirinden ayırmanın zor olduğu belirtilmiştir. İlk önce hangi bozukluk ortaya çıktıysa tanı koymada önceliğin

ona verilmesi gerektiği, iki bozukluğun aynı anda görüldüğü durumlarda ise önceliğin depresyona verilmesi gerektiği üzerinde durulmuştur. Eğer depresyonun yokluğunda OKB hala ve uzun bir süre devam ediyorsa, OKB tanısı konulabileceği belirtilmiştir. ICD-10'a göre kişide Tourette sendromu, şizofreni ya da organik mental bozukluk sebebiyle ortaya çıkan obsesif semptomlar OKB olarak değerlendirilmemektedir (World Health Organisation, 1992). DSM-5'te ise böyle bir dışlama kriteri yoktur (American Psychiatric Association, 2013).

2.1.5. Klinik Özellikler

2.1.5.1. Klinik Görünüm

OKB'nin heterojen yapısı uzun yıllardır araştırmacıların ve bu alanda çalışan ruh sağlığı profesyonellerinin ilgisini çekmektedir. OKB'de bugüne dek yapılan sınıflandırmalar genellikle kompulsiyonlar üzerinden olmuştur. Obsesyonlar üzerinden yapılan sınıflandırma yeni bir yaklaşımdır (Doğan ve ark., 2013).

Obsesyonların birçok farklı çeşidi vardır. Bunlardan bazıları kirlenme/bulaşma, kuşku, simetri/düzenleme, başkalarına zarar verme, cinsel ve agresif düşünceler, zihine gelen rahatsız edici imgeler olarak sıralanabilir. Genellikle obsesyonların verdiği rahatsızlığı gidermek amacıyla yapılan kompulsiyonlardan bazıları da yıkama, kontrol etme, düzenleme ve zihinsel birtakım ritüeller yerine getirme şeklinde görülebilir. OKB'li hastaların çoğunda obsesyonlar ve kompulsiyonlar bir arada görülür. Fakat ikisinin aynı anda mevcut olmadığı OKB vakaları da vardır.

Kirlenme ve bulaşma ile ilgili obsesyonlar birden farklı şekilde ortaya çıkabilir. Bu obsesyon bazı bireylerde başka insanların tehlikeli görmediği mikroplar ya da kirletici maddelerden bir hastalık bulaşacağı inancına yol açarken, bazı bireylerde yalnızca “kirlenme” ile ilgili bir his yaratmaktadır. Bu obsesyonun arkasından genellikle “yıkama” kompulsiyonu gelir (Tolin ve Meunier, 2007). OKB'nin en yaygın türünün kirlenme obsesyonu olduğu yapılan çalışmalarda ortaya çıkmıştır (Greisberg ve McKay, 2003). Bu sonucu destekleyen bir diğer çalışmada da kirlenme obsesyonu %57 ve patolojik kuşku %55 olarak bulunurken, yıkama kompulsiyonu %56 ve kontrol etme kompulsiyonu %52 olarak bulunmuştur (Viswanath ve ark., 2012).

Kompulsif kontrol etme de OKB'nin en yaygın tiplerinden biridir. Kişiler belli

objeleri, ya da yerleri kontrol ederken saatler harcayabilirler. Bunu daha sonra zihinsel kontrol de izleyebilir. Zihinsel kontrolde, önceki kontrol davranışlarıyla ilgili olan tüm süreç hatırlanıp doğru yapıp yapılmadığı gözden geçirilir (Radomsky ve ark., 2007). Bu hatırlama sürecinde emin olunamayan bir kısım varsa kontrol davranışı tekrar tekrar devam edebilir. Örneğin evden çıkmadan ütünün fişini çekip çekmediğinden şüphe duyan bir birey, fişi çektiğinden neredeyse %100 emin olsa da fişi çekme anıyla ilgili her detayı gözünün önüne getirip bu durumdan emin olmaya çalışır. Süreçte hatırlamadığı bir kısım varsa, defalarca eve geri dönüp ütü kontrol edebilir.

Simetri/düzen ile ilgili OKB ise bireylerin etraflarındaki nesnelere düzenleme kompulsiyonu ya da düzensiz olmayan ortamlardan kaçınma şeklinde kendini gösterebilir. Bu OKB'ye sahip bireyler için, güne başlamadan önce, bu nesnelere tam olarak 'doğru bir şekilde' düzenlendiğinden ya da sıraya dizildiğinden emin olmak çok önemlidir. Bazen bir masa ya da rafın önünde kaygı düzeyleri belirli bir seviyeye düşene kadar saatlerce nesnelere düzenleyebilirler (Radomsky ve Rachman, 2004).

Bir diğer obsesyon türü olan cinsel içerikli obsesyonlar genel olarak uygunsuz kişilerle cinsel ilişkide bulunma düşüncesi, akla gelen rahatsız edici cinsel imgeler ya da kuşku olarak tanımlanabilir. Cinsel içerikli obsesyonlar kompulsiyonla birlikte ya da kompulsiyonsuz ortaya çıkabilirler. Kompulsiyonlar davranışsal ya da zihinsel olarak kendini gösterebilir. Zihinsel kompulsiyonlara örnek sayı sayma, belirli kelimeleri tekrarlama, kendi içinde bu intruzif obsesyonların geçerliliğini ve önemini sorgulamak olabilir. Bu içsel tartışmalar ve sorgulamalar saatler sürebilir ve genellikle elle tutulur bir sonuca varılmaz (Gordon, 2002).

Dini içerikli obsesyonlar ise dini figürlerle ilgili uygunsuz imgeler ya da düşünceler, kutsal kabul edilen alanlarda uygunsuz sözler söyleme ya da uygunsuz hareketlerde bulunma korkularını ya da şüphelerini barındırır. Kişi genelde bu kaygıyla başa çıkabilmek için dua etme gibi kompulsiyonlar geliştirirken, kutsal mekanlara gidememe, daha önce gerçekleştirebildiği dini ritüellerinden kaçınma gibi davranışlar geliştirebilir.

2.1.5.2. Otojen ve Reaktif Obsesyonlar

Lee ve Kwon 2003 yılında öne sürdükleri modelde otojen ve reaktif obsesyonlar olarak obsesyonları iki farklı gruba ayırmışlardır. Otojen obsesyonlar ego-distonik olarak

tanımlanırlar ve belirli bir uyarıcı olmadan akla aniden gelen, istenmeyen, agresif veya cinsellikle ilgili, kişinin ahlak dışı olarak tanımladığı düşünce, dürtü veya imgelerdir (Lee ve Kwon, 2003). Otojen obsesyonlar kendi başına bir tehdit unsuru olarak algılanır ve birey, bu obsesyonların içeriğine ve olma olasılığına ciddi bir anlam yükler. Kullanılan nötralizasyon stratejileri ile bu algılanan tehlikenin yarattığı kaygının azaltılması hedeflenir. Bunlar genellikle intruzif düşünceleri bastırmak, nötralize etmek ya da bu düşüncelerden kaçınmak için tasarlanmış zihinsel stratejileri içerir (Lee ve Telch, 2007).

Reaktif obsesyonlar ise dışarıdan gelen bir uyarıcıyla tetiklenebilir, nispeten gerçekçi ve mantıklı olarak algılanan obsesyonları içerir. Bunlara örnek olarak kirlenme/bulaşma, hata ya da kaza yapma, asimetri ile ilgili düşünceler ya da endişeler verilebilir (Lee ve Kwon, 2003). Reaktif obsesyonlarda algılanan tehlike düşüncenin kendisinden ziyade, bu düşüncenin yaratacağı olumsuz sonuçlara ilişkin inançlarla ilgilidir. Dolayısıyla kaygıyı azaltmak için gerçekleştirilen ritüeller, zihinsel bir nötralizasyondan ziyade, gerçekleşmesi olası görülen tehlikeli sonucu önlemeye yöneliktir. Örneğin mikroplara maruz kalıp hastalık bulaştığına inanmak bulaşma obsesyonunun bir tetikleyicisi olarak işlev görür ve kişinin temizlenme ve yıkanma yoluyla bu tehlikeli sonucu önleyici ritüeller yapmasına yol açar (Lee ve Telch, 2007).

2.1.6. Komorbidite

OKB ile sıklıkla birlikte görülen birçok psikiyatrik bozukluğun olduğu yıllardır yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. OKB'li bireylerden oluşan 420 kişilik bir örneklem üzerinde yürütülen bir çalışmada, OKB ile en sık görülen komorbid bozuklukların duygudurum (%27.1) ve anksiyete bozuklukları (%12.8) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışmada majör depresyonun OKB'li örnekleme, genel popülasyona oranla 10 kat daha fazla bulunduğu belirtilmiştir. Komorbid kişilik bozukluğu olan kişilerin örneklemin %36'sını oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. En yaygın olanları obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (%9) ve bağımlı kişilik bozukluğu (%7.6) olarak bulunmuştur. Kişilik bozukluklarının OKB'de, genel popülasyona göre 3 kat daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Denys ve ark., 2004).

Komorbid majör depresyon OKB'nin tetiklemesiyle ikincil olarak ortaya çıkabilir. Bunun en önemli nedeninin de OKB'nin ortaya çıkardığı yoğun stres ve işlevsellikte bozulmalar nedeniyle depresyonu tetiklemesi olduğu düşünülmektedir. Tanı

kriterleri için ICD-10 kullanılan başka bir araştırmada da OKB ile komorbid majör depresif bozukluk %36.8, onu izleyen yaygın anksiyete bozukluğu %31.4, agorafobi ya da panik bozukluk %22.1, sosyal fobi %17.3 ve özgül fobi %15.1 bulunmuştur (Torres ve ark., 2006).

OKB'li bireylerin panik bozukluk/agorafobi ve sosyal fobisi olan bireylerle karşılaştırıldığı bir diğer araştırmada, OKB'li bireylerde yaşam boyu anksiyete bozukluklarının yaygın olduğu ancak anksiyete bozukluğu, özellikle de panik bozukluk/agorafobi ve sosyal fobisi olan bireylerde yaşam boyu OKB oranının düşük olduğu belirtilmiştir (Crino ve Andrews, 1996). Bu durum OKB'nin yarattığı yoğun kaygı ve işlev bozukluklarının diğer anksiyete bozukluklarının tetikleyicisi olabileceğini dūřündürmektedir.

Crino ve Andrews de OKB'de en çok gürülen komorbid bozukluğun majör depresyon olduğu sonucuna ulaşmıştır. Ancak, depresyonun bir çok anksiyete bozukluğunda gürüldüğü ve OKB ile majör depresyon arasında diğer bozukluklara oranla daha farklı ya da OKB'ye özgül bir özellik ya da ilişki bulmadıklarını belirtmişlerdir (Crino ve Andrews, 1996). Crino ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları ve DSM-IV kriterlerini esas aldıkları çalışmada da OKB'li bireylerin, afektif, anksiyete, madde kullanım ya da kişilik bozukluğu gibi bozukluklardan en az birine sahip olma olasılığı sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla bulunmuştur. Bu çalışmada da komorbid bozuklukların arasında majör depresyon %54 ile ilk sırada bulunmuştur (Crino ve ark., 2005). Douglass ve arkadaşları ise OKB ile birlikte gürülen en yaygın üç bozukluğu majör depresif bozukluk, sosyal fobi ve madde bağımlılığı olarak tanımlamıştır (Douglass ve ark., 1995). OKB'li örnekleminin %90'ının başka bir DSM-IV/CIDI tanı kriteri daha sağladığı bir araştırmada en yaygın bozukluklar anksiyete bozuklukları (%75.8), duygudurum bozuklukları (%63.3), dürtü kontrol bozuklukları (%55.9) ve madde kullanım bozukluklarıdır (%38.6) (Ruscio ve ark., 2010).

Yeni Zelanda'da 3-18 yaş arası örnekleme yapılan bir kohort çalışmasında, OKB'li kişilerden yalnızca %16'sının tek tanısı OKB olarak bulunmuştur. Geriye kalan %84'lük dilimde en sık gürülen komorbid bozukluklar olarak majör depresyon, sosyal fobi ve madde kullanım bozukluğuna rastlanmıştır (Douglass ve ark., 1995). Çocuklarla yapılan bir diğer araştırmada ise 9-15 yaş arası OKB'li bir örnekleme, OKB ile en sık gürülen bozukluklar %39 ile anksiyete bozukluklarıdır. Tüm ruhsal bozukluklar ayrı

değerlendirildiğinde ise depresyon tek başına %30'luk bir oranla ilk sırada bulunmuştur (Diler ve Avcı, 2002).

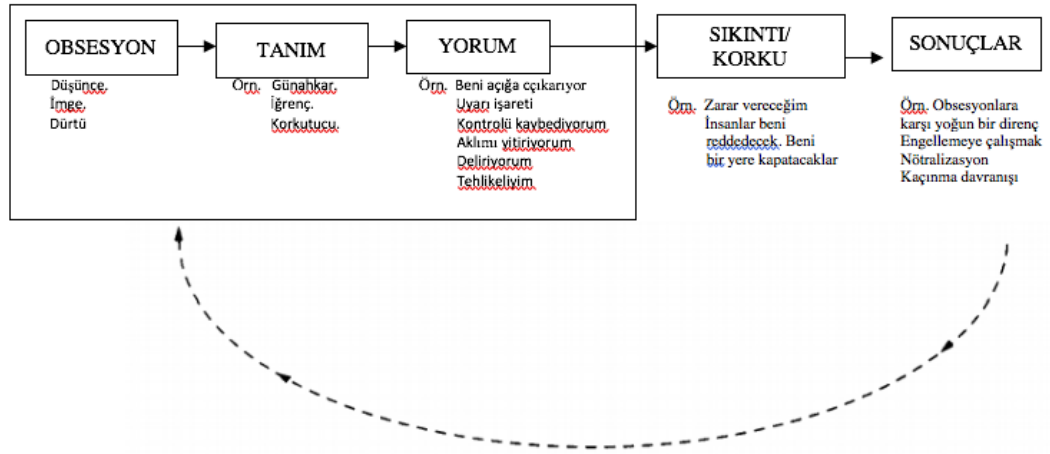
2.1.7. OKB'nin Bilişsel Modeli

Salkovskis'in OKB modeline göre, intruzyonların yol açtığı otomatik düşünceler, kişilerin kendilerine ya da başkalarına gelebilecek olası zararlardan sorumlu olduğu fikirleri ile ilgilidir. Kişiler bu intruzif düşüncelerinden sorumlu olduklarına inandıklarından, düşüncenin yol açacağı tehlikeli sonuçlardan da sorumlu olacaklarını düşünüp, bu sonuçları önlemek için bir adım atmak zorunda olduklarına inanırlar. Buna "şişirilmiş sorumluluk" adı verilir. (Salkovskis, 1985). Bir diğer deyişle obsesif kompulsif semptomlara yol açan değerlendirmeler, kişinin kendisini intruzif düşünceden ve bu düşüncenin yol açacağını düşündüğü tehlikeli sonuçtan sorumlu tutmasından kaynaklanır. Dolayısıyla, olası bir zararla ilgili akla gelen intruzif düşünce, OKB'li birey tarafından, kendisinin o zararın engellemesinden sorumlu olduğu şeklinde yorumlanır (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997). Kişinin kendine veya başkalarına zarar verme ya da verilebilecek zararı önlemesine yönelik kendine atfettiği sorumluluk, kompulsif kontrol etme davranışının ya da diğer nötralizasyon davranışlarının sürdürülmesinde önemli bir rol oynar (Salkovskis ve ark., 1999).

Rachman, Salkovskis'in şişirilmiş sorumlulukla ilgili modelini biraz daha geliştirerek, intruzif düşüncelerin yalnızca şişirilmiş sorumluluktan kaynaklanmadığı, OKB'li bireylerin başka yanlış yorumlama ve değerlendirmelerinin de bulunduğunu belirtmiştir. Rachman'ın modeline (1997) göre, "normal obsesyonları" "anormal obsesyonlar" yapan, bu düşüncelerin katastrofik yorumlanmasıdır. Klinik obsesyonları olan birçok birey bu düşüncelerini ahlak dışı, günahkâr, iğrenç, tehlikeli vb. şekilde tanımlarlar. Bu obsesyonların kendileriyle ilgili gizli unsurları ortaya çıkardığını düşünürler. Örneğin, bu obsesyonların ne kadar kötü, güvenilmez ya da tehlikeli insanlar olduklarının kanıtı olarak değerlendirirler. Bir gün kontrolü kaybedip bu düşüncelerin onlara kötü şeyler yaptırabileceği sonucuna varırlar.

Rachman'ın bilişsel OKB modeline göre, kişi sıkıntı ve korku veren bu intruzif düşüncelerden kurtulmak için yoğun çaba gösterir ve obsesyonlar sonucu ortaya çıkan kaçma davranışını sergiler. Çocuklarını bıçakladığı imgesi aklından çıkmayan kadının, keskin objelerle temastan kaçınması ve mutfak kapılarına kilitler takması, hatta bir

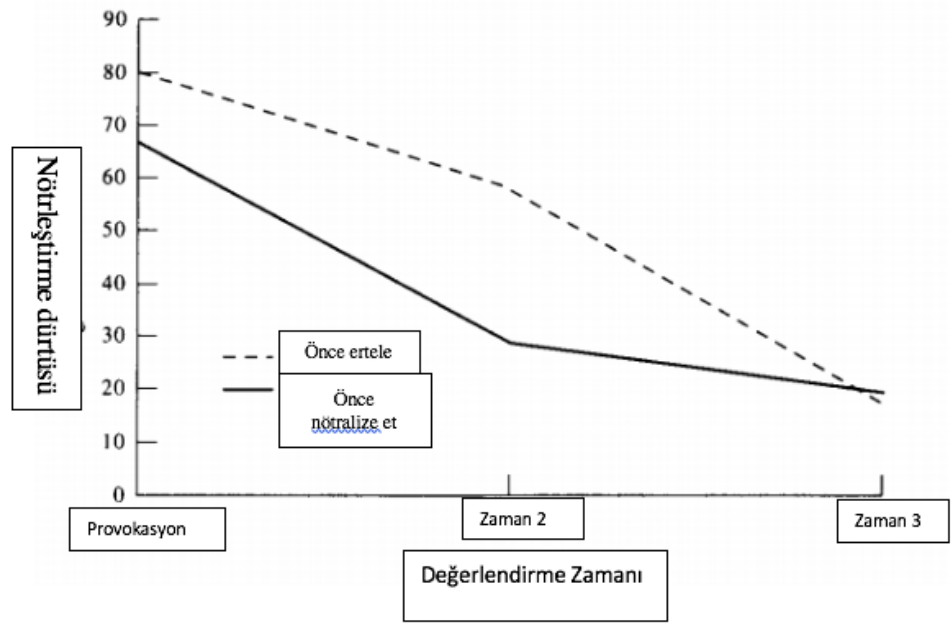
yetişkin eşliğinde olmadıkça mutfağa girmemesi bu kaçınmalara örnektir (Rachman, 1997).



Şekil 1: Rachman'ın OKB modeli (1997)

İntruzif düşünceler, kişilerin bireysel olarak sorumlu oldukları bir tehdit olarak değerlendirildiğinde, bu durum kişide yoğun bir rahatsızlık hissine yol açar ve kişi bu düşünceleri ve ortaya çıkaracağını düşündüğü sonuçlarını engelleme girişiminde bulunur. Ancak bu durum intruzif düşüncelerin sıklığını artırır. Kompulsiyonlar ise bu düşüncelerin sürdürülmesine sebep olur ve kişinin bu yorumlamaların geçerliliğini değerlendirmesini engeller (Taylor ve ark., 2007)

Nötralizasyon çabaları ise, obsesyonların ortaya çıkardığı etkileri önlemeye ya da kaldırmaya yönelik girişimlerdir ve OKB'li bireylerin bu düşüncelere karşı koyma ya da düzeltme konusunda güçlü bir dürtüleri vardır (Rachman, 1997). Rachman ve arkadaşları 1996 yılında nötralizasyonla ilgili yaptıkları çalışmada üç önemli sonuç elde etmişlerdir. Birincisi, nötralizasyonun obsesyonların oluşturduğu kaygıyı giderdiğidir. Aynı çalışmadan çıkan ikinci sonuç, nötralizasyon ertelendiğinde de kaygının kendiliğinden azalacağıdır. Üçüncü sonuç ise bu erteleme sonucu nötralizasyonu gerçekleştirmeye yönelik dürtünün de kendiliğinden azalacağıdır (Rachman ve ark. 1996).



Şekil 2: Rachman ve arkadaşlarının nötralizasyon modeli (1996)

OKB'nin bilişsel tedavisinde intruzif düşüncelerin dünya çapında çok yaygın olduğu dolayısıyla kişiye özgü olmadığını anlatılması, danışandaki suçluluk duygusunu azaltmaya yardımcı olur. Bu düşüncelerin, OKB'li kişilerin gizli kalmış karakteristik özelliklerini yansıtmadığını danışanlara anlatmak bir diğer önemli aşamadır. Danışanların obsesif düşüncelerinin içeriği sorgulanıp, bu içeriklere atfettikleri anlamları anlayabilmek için bunları kayıt etmeleri istenir. Daha sonra bu yanlış yorumlamaların değiştirilmesi hedeflenir (Rachman, 1997). Bireyleri kaygı yaratan durumlara maruz bırakarak kaygının kendiliğinden azalacağını, sonsuza dek korkulan şiddette devam etmeyeceğini danışana fark ettirmek bilişsel terapinin en önemli hedeflerindedir.

OKB'de bilişsel süreçleri araştırmak için bir araya gelmiş bir grup olan Obsessive Compulsive Cognitions Working Group-Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (OCCWG), OKB ile en çok ilişkili olan inanç alanlarını gözden geçirmişlerdir. Bunlar şişirilmiş sorumluluk, düşüncenin aşırı önemsenmesi, düşüncüyü kontrol etmeyle ilgili inançlar, tehlikenin aşırı yorumlanması, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçiliktir (OCCWG, 1997). OKB'nin heterojen yapısı düşünüldüğünde, bu farklı inanç alanlarının OKB'nin her alt tipi için geçerli olmayabileceği, belirli inanç alanlarının belirli alt tiplerle yakından ilgili olduğu düşünülmektedir.

OKB'nin bilişsel modelini açıklayan araştırmacılar genel olarak intruzif

düşüncelerin yorumlanmasının, bu düşüncelerin öneminin yol açacağı sorunlar ve kişinin bu sonuçlarla ilgili sorumluluğu ve düşünceyi kontrol etmenin önemi üzerinde durmuştur (Neziroğlu ve Stevens, 2002).

2.2. ÜSTBİLİŞLER VE SIKINTIYA DAYANMA

2.2.1. Üstbiliş

Üstbiliş kavramıyla ilgili son yıllarda birçok araştırma yapılmıştır. Üstbiliş kısaca bireyin düşündüğü üzerine düşünmesi olarak tanımlanmaktadır. Wells üstbilişi, farkındalık sürecini kontrol eden ve değerlendiren, bilişe uygulanan biliş olarak tanımlar (Wells, 2009).

Üstbilişsel bir çerçeveden yola çıkarak Wells, ilk olarak yaygın anksiyete bozukluğunda endişenin üstbilişsel modelini geliştirmiştir. Wells endişeyle ilgili olumlu inançların normal olduğunu ancak yaygın anksiyetesi olan bireylerin, endişeyi tehlikeyle başa çıkma yöntemi olarak kullandığını belirtmiştir. Bu durum endişe ile ilgili olumlu üstbilişsel inanışlar tarafından teşvik edilmektedir (Wells ve Carter 2001). Bu olumlu üstbilişler “Endişelenirsem olabilecek kötü şeyleri engelleyebilirim” ya da “Organize olabilmek için sürekli endişelenmeliyim” gibi inançlar olabilir. Duyulan endişe arttıkça, insanlar bu kez endişenin olumsuz sonuçlarıyla ilgili bir inanç sistemi geliştirmeye başlarlar. Bu inançlar da “Endişelerim delirmeme sebep olacak” ya da “Endişelerim hayatıma çok fazla müdahale ediyor” gibi inançlardır (Gwilliam ve ark., 2004). Bu olumsuz üstbilişler sonucunda da insanlar yukarıda bahsedildiği gibi, kontrolü kaybettikleri düşüncesine kapılırlar ve bu da bazı psikolojik sorunları beraberinde getirir. Yani özetlemek gerekirse yaygın anksiyetenin üstbilişsel modelinde 2 çeşit endişe vardır. Tip 1 endişe, kişinin sağlığı ya da eşinin bir kaza geçirmiş olabileceği gibi dışsal olaylarla ve bilişsel olmayan durumlarla ilgilidir. Tip 2 endişe ise kişinin kendisiyle ya da endişenin kontrol edilemezliği ve bunun sonuçlarının kişide bırakacağı etkilerle ilgili duyulan endişedir. Yani endişe duyulmasından dolayı endişelenmek olarak tanımlanabilir (Wells ve Carter 2001). Bir diğer deyişle, patolojik endişe, endişe ile ilgili endişe duyulmaya başlandığı zaman oluşur. Wells ve Carter de olumsuz düşünceler yerleştikten sonra kişilerin tip 1 endişelerini olumsuz olarak değerlendirmeye daha meyilli olduklarını bu durumun da anksiyeteye yol açtığını belirtmiştir (Wells ve Carter 2001).

Endişe ile ilgili olumlu ve olumsuz inançlar, insanların endişeye benzer başa çıkma yöntemlerini kullanmaya eğilimli olduğunu ancak aynı zamanda buna devam etmenin sonuçlarından da endişe duyması demektir (Cartwright ve Wells, 1997). Endişenin bir başa çıkma mekanizması olarak kullanılması işlevsel değildir çünkü kişinin aklına daha sonra daha fazla endişelenmeye yol açacak birçok senaryo getirebilir ve endişeyi bir kısır döngüye sürükleyebilir. Bu da uyumlu bilişsel süreçleri sekteye uğratarak intruzif düşünceler gibi uyumsuz bilişsel süreçlerin ortaya çıkmasına sebep olabilir (Wells ve Carter 2001).

Wells ve Matthews self-regulatory executive function-benliği düzenleyen yürütücü işlevler (S-REF) adını verdikleri ve üstbilişlerin, psikiyatrik bozuklukların sürdürülmesinde etkisini gösteren bir model geliştirmiştir (Wells ve Matthews, 1994). Bu model üç aşamadan oluşmaktadır. Bunlar, 1) otomatik ve refleksler tarafından sürdürülen işleme (düşük seviye işleme), 2) düşünce ve davranışların bilinçli işlemesi (bilişsel stil), 3) kişinin birikmiş bilgisi ve kendiyle ilgili inançlarının uzun süreli belleğe atılması (meta sistem) (Wells, 1997, 2009). Bu modele göre, üstbilişsel bilgiler, değerlendirmeler ve stratejiler, duygusal bozuklukların sürdürülmesinde etkili olabilmektedir (Wells, 2000).

Metakognitif yaklaşıma göre, psikolojik bozukluklarda etkili olduğu düşünülen düşünme stili Bilişsel Dikkat Sendromu'dur (BDS). BDS toksik bir düşünme stilidir ve bu stilin aktivasyonu psikolojik bozukluklarda rol oynar. BDS olağan kaygı ve ruminasyon, tehdide yönelmiş dikkat, yararsız başa çıkma mekanizmalarından oluşmaktadır. Wells'in S-REF modeline göre endişe ve ruminasyonlarla ilgili olumlu inançlar BDS'ye, BDS ise psikolojik rahatsızlıklara yol açar. Birçok insan olumsuz duyguları zaman zaman yaşasa da BDS insanları bu düşünce ve duygulara hapsetmektedir (Wells, 2009).

Üstbilişsel modele göre, anksiyetenin geliştirilmesi ve sürdürülmesi ile birtakım psikolojik bozukluklar kişinin kendi düşüncesine verdiği tepkilerin sürekli tekrarlanması sonucu oluşur (Ryum ve ark., 2017). Üstbilişsel modele göre, insanların psikolojik bozukluklar geliştirmesinde üstbilişlerin etkisi, endişenin tek başına etkisinden daha fazladır.

2.2.2. OKB'nin Üstbilişsel Modeli

İntruzif düşünceler aniden akla gelen anlamsız ve kabul edilemez düşüncelerdir,

örneğin birinin çocuğuna zarar vermek istemediği halde zarar verdiği düşüncesinin aklına gelmesi gibi (Wells ve Matthews, 1994). Bu düşünceler ya da akla aniden gelen imgeler her insanın aklına zaman zaman gelebilen türdedir. İntruzif düşüncelerin sürdürülmesiyle ilgili iki tür zihinsel süreç vardır. Birincisinde, akla gelen intruzif düşüncenin kişisel önemi değerlendirilir. OKB’li olmayan kişiler bu düşünceleri önemsiz bulur ve süreç sona erer. Obsesif kişiler, bu düşüncelerin gerçek olabileceği ve düşüncelerin muhtemel zararlı sonuçlarından sorumlu olacakları inancıyla daha fazla zihinsel işleme yaparlar. İkinci tur süreç ise nötralizasyon tepkilerinin başlatılmasıdır. Bunlar pozitif şeyler düşünmeye çalışmak gibi içsel ya da kompulsif el yıkama gibi dışsal tepkiler olabilir (Wells ve Matthews, 1994). Bu tepkiler sayesinde bireyler kendilerine yükledikleri sorumluluk seviyelerini azaltmaya çalışırlar. Güvenlik arama davranışı ve düşünceleri bastırma gibi yöntemlerin yanı sıra, bu tepkiler de kısa vadede anksiyeteyi azaltmakta ancak anksiyetenin sönmesini engellemekte ve intruzif düşüncelerin sürdürülmesine yol açmaktadır (Wells, 1997). Bu sebeple Wells OKB’nin oluşumunda üstbilişsel düzeydeki bir işlev bozukluğunun birincil öneme sahip olduğunu ileri sürmüştür.

İnsanlar intruzif düşünceleriyle ilgili olumsuz yorumlarını bu düşüncelerin önemine dair inançlarına dayandırır. Bunun sonucu olarak da hafızalarına olan güvenin azalmasına ve tehditle ilgili düşüncelerinin devamına yol açan nötralizasyon veya kontrolle ilgili birtakım ritüeller uygularlar (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004).

Obsesif bireylerin olayları alışılmadık derecede tehdit edici bulmaları birincil değerlendirmedir. İkincil değerlendirme ise kendilerini bu tehditle başa çıkmada beceriksiz algılamalarıdır. Ancak kendileriyle ilgili bu gözlemleri, obsesyonların bilişsel özelliklerini açıklamaya yetmez (Wells ve Matthews, 1994).

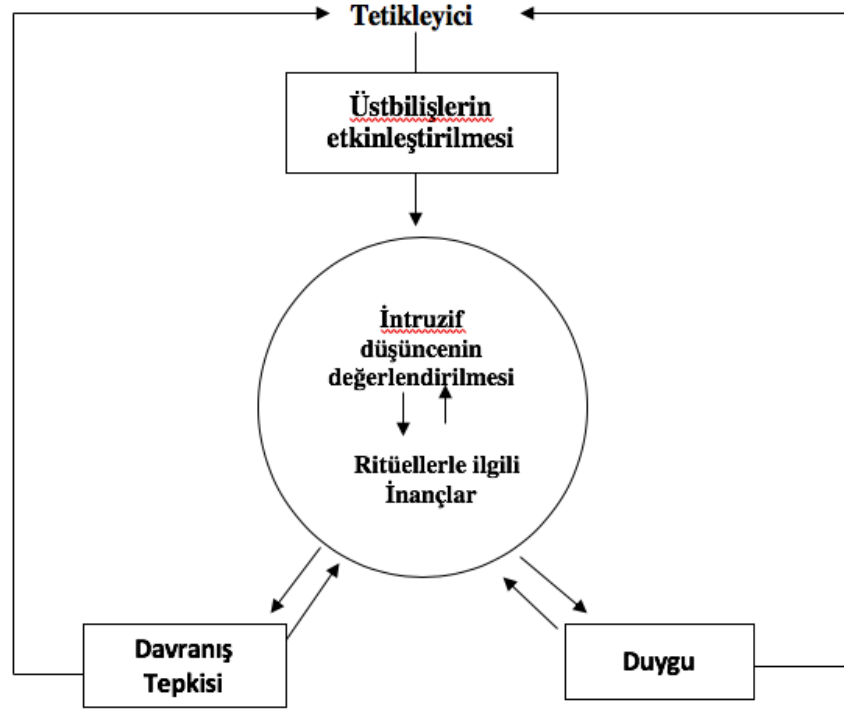
Wells 1997’de OKB’nin prototipik modelini geliştirmiştir. Bu modele göre intruzif düşünce ya da kuşku şeklinde karşımıza çıkabilecek tetikleyici, tetikleyicinin anlamıyla ilgili üstbilişsel inançları harekete geçirir. Bu üstbilişsel inanışlar iki seviyede tanımlanır. İlk seviyedeki inançlar düşüncenin tehlikesi ve anlamı ile ilgilidir. OKB’de ortaya çıkan üstbilişsel inanışlar, düşünce ve olaylar ile düşünce ve eylemler arasındaki sınırları bulanıklaştırır. Bu sınırların bulaşması üç şekilde gerçekleşebilir. Birincisi düşünce-eylem kaynaşmasıdır (DEK). Düşünce-eylem kaynaşmasını ilk Rachman 1993 yılında ortaya atmıştır. Bu türde bir kaynaşmayı bireyin, obsesif düşünceyi ve yasaklı eylemi ahlaki açıdan eşdeğer görmesi olarak tanımlamıştır. Bu karmaşa dolayısıyla, yaşlı

bir adamı tren yoluna ittirdiğini düşünmek, bu eylemi gerçekleştirmek kadar kötüdür. İnsanların çoğu düşünce ile eylem arasında başarılı bir şekilde ayırım yapabilse de bazı OKB'li bireyler bu konuda sıkıntı yaşamaktadır (Rachman, 1993). Wells'in düşünce-eylem kaynaşması tanımı Rachman'la uyuşsa da Wells'in üstbilişsel modelindeki DEK, daha çok düşüncenin gücü ile ilgili inançları içermesi bakımından Rachman'ın modelinden ayrılır. Ayrıca Wells düşünce-eylem kaynaşmasına ait diğer üstbilişsel alanları da tanımlamıştır (Fisher ve Wells., 2008).

İkinci üstbilişsel alan düşünce-olay kaynaşmasıdır. Bireyler, belli bir olayla ilgili bir düşünceye sahip olmanın o olayı gerçekleştireceğine (“Şeytanı aklıma getirirsem şeytan karşıma çıkacaktır”) ya da o olayın gerçekleştiğine (“Arabayla giderken birine çarptığım düşüncesi aklıma geliyorsa bu olay muhtemelen olmuştur”) inanırlar.

Üçüncü üstbilişsel alan ise düşünce-nesne kaynaşması olarak adlandırılmaktadır. Bu da düşünce ve duyguların, nesnelere aktarılabilmesi inancı ile ilgilidir. Bu “kirlenmiş” nesnelere de daha sonra bu duygu ve düşünceleri diğer insanlara ya da nesnelere bulaştırabileceği düşüncesine dayanır (Wells, 2000). Wells, bilişsel yaklaşımın aksine bu kavramları bilişsel çarpıtmalar olarak değil inanışlar olarak tanımlamaktadır (Fisher ve Wells, 2008).

Wells'in OKB modeline göre ikinci seviyedeki üstbilişsel inanışlar ritüellere ve davranışsal tepkilere ilişkin inanışlarla ilgilidir. Kişi ritüellerini yerine getirmese rahatlayamayacağını ve sıkıntısının geçmeyeceğini düşünür. Dolayısıyla kendisini, ritüellerini yerine getirmek zorunda hisseder. Ritüeller ve nötralizasyon davranışları kişinin kendince belirlediği kuralları içeren dur sinyalleri gerçekleşene kadar sürdürülür (Wells, 2000).



Şekil 3: OKB'nin prototipik modeli (Wells, 1997)

OKB'nin üstbilişsel modelinde düşünce ve düşünce süreçleriyle ilgili inanışlar esastır. “Aileme zarar gelmesini önlemekten ben sorumluyum” gibi düşüncenin düşük dereceli değerlendirilmesini değiştirmek gerekli değildir. Bunun yerine metakognitif terapi düşüncenin önemi ve gücü gibi daha üst düzey üstbilişsel süreçleri değiştirmeye yöneliktir (Fisher ve Wells, 2008). OKB’de düşüncenin içeriğindense düşünce ile ilgili düşünceler üzerinde durulur.

Üstbilişsel modeldeki OKB ile ilgili inançları test etmek amacıyla yürütülen bir araştırmada kaynaşma inançları, ritüellerle ilgili inançlar ve dur sinyallerinin OKB ile ilişkisi incelenmiştir. Her üç inancın da obsesif kompulsif semptomlarla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bu araştırmada ayrıca mükemmeliyetçilik, belirsizlik ve sorumluluk gibi OKB ile ilişkilendirilen diğer faktörlerin endişe ve üstbilişler kontrol edildikten sonra bağımsız birer yordayıcı olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Myers ve ark., 2009). Buna paralel başka bir araştırmada, üstbilişlerdeki değişimin, sorumluluk ve mükemmeliyetçilikle ilgili inançlardaki değişime oranla, OKB semptom şiddetinin daha iyi bir yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Solem ve ark., 2009).

55 OKB’li katılımcı ile yürütülen bir araştırmada OKB’li araştırma grubunun üstbilişler alt ölçekleri arasından “olumlu inançlar” alt ölçeği haricinde tüm üstbilişsel alt boyutlarda kontrol grubundan farklılaştığı belirtilmiştir (Moritz ve ark., 2010). Doğan ve arkadaşları da araştırmalarında “olumlu inançlar” alt ölçeği hariç diğer tüm alt ölçeklerde OKB’li katılımcıların kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla puan aldığını belirtmiştir (Doğan ve ark., 2013). Başka bir araştırmada ise, OKB’li katılımcılar sağlıklı kontrol grubundan tüm üstbilişsel alanlarda farklılaşırken bu farklılaşmanın en zayıfı “olumlu inançlar” alt ölçeğinde görülmüştür (Hermans ve ark., 2008). Üniversite öğrencilerinin örneklem olarak kullanıldığı bir araştırmada ise, “düşünceleri kontrol etme ihtiyacı” alt ölçeğinin obsesif kompulsif belirtilerin esas yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tosun ve Irak, 2008).

Metakognitif terapide, OKB’nin bilişsel modelinde yer alan “belirsizliğe tahammülsüzlük”, “şişirilmiş sorumluluk” ve “mükemmeliyetçilik” gibi düşünce alanları da değiştirilmeye çalışılmaz, yalnızca üstbilişsel inanışlar üzerinden müdahale yapılır (Fisher ve Wells, 2008). Bu düşünce alanları, OKB’nin üstbilişsel modeline göre, üstbilişsel inanışların ürünleridir. Maruziyet-tepki önlemenin aksine, üstbilişsel terapi alıştırma yöntemleri ve obsesyonlara maruz bırakma yöntemleri kullanmaz (Fisher ve Wells, 2008). Bir diğer farklılık ise, üstbilişsel terapide, danışanların obsesyonlara sebep olan uyarıcıları zihinsel olarak işlemeleri ve buna uygun davranış geliştirilebilmeleri için uyumlu bir plan geliştirmelerini sağlamak önemlidir (Fisher ve Wells, 2008).

OKB’nin metakognitif terapisinde önce danışanın, semptomlarının sürdürülmesinde etkili olan üstbilişsel inançlarının farkına varması amaçlanır. Bireylerin obsesyon ve kompulsiyonlarıyla ilgili düşüncelerinin tedavi edilmeye çalışılmasındansa, obsesyonlarının daha ileri bir zihinsel işlem gerektirmeyen zihinsel olaylar olarak değerlendirilmesi önemlidir (Fisher ve Wells, 2008).

2.2.3. Sıkıntıya Dayanma

Sıkıntıya dayanma, olumsuz duygu yaratan olayları ve durumları deneyimleme ve bunlara dayanma kapasitesi olarak tanımlanır (Simons ve Gaher, 2005). Simons ve Gaher, sıkıntıya dayanmayı dört farklı boyutta açıklamışlardır: 1) Sıkıntıya dayanma düzeyi düşük bireyler, sıkıntıyı “dayanılmaz” olarak tarif ederler 2) Sıkıntılı olma durumlarını değerlendirdiklerinde, sıkıntılı olmayı kabul etmeme, yaşanılan sıkıntıdan utanç duyma

ve kendi başa çıkma kapasitelerini başkalarınınkinden daha düşük görme eğilimleri vardır. 3) Sıkıntıya dayanma düzeyi düşük olan bireylerin, yaşadıkları olumsuz duygulardan kaçmak ya da bu duyguları azaltmak için yoğun çaba harcadıkları gözlemlenir. 4) Yaşanan sıkıntı, bu bireylerin tüm dikkatinin sıkıntı veren duruma yönlendirilmesine ve işlevselliklerinin önemli ölçüde bozulmasına sebep olur (Simons ve Gaher, 2005).

Sıkıntıya dayanma düzeyi düşük olan bireyler olumsuz duyguları kontrol edilemez ve yordanamaz gördükleri için bu olumsuz duygular sonucu bunalmış hissederler. Bunun sonucunda da olumsuz duygulara dayanma düzeyi azaldıkça kaygı ile ilişkili semptomların anlamına aşırı tepki verme eğilimine girerler (Mitchell ve ark., 2013).

Yapılan araştırmalar sonucu düşük sıkıntıya dayanma düzeyinin birtakım ruh sağlığı bozukluklarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Macatee ve arkadaşları yaptıkları çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış kişilerin, sağlıklı kontrol grubuna oranla sıkıntıya dayanma düzeyinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Aynı çalışmada düşük sıkıntıya dayanma düzeyinin patolojik endişe gelişimi için de bir risk faktörü olabileceği belirtilmiştir. Bu bireyler, diğer insanların stresli ya da sıkıntı verici bulmadığı durumlarda da yoğun endişe duymaktadır (Macatee ve ark., 2015).

2.2.4. OKB’de Sıkıntıya Dayanma

Obsesif kompulsif bozukluk ve sıkıntıya dayanma ile ilgili yapılan çalışmalarda, düşük sıkıntıya dayanma düzeyinin obsesyonların yordayıcısı olduğu ancak diğer obsesif-kompulsif semptomlarla ilişkili olmadığı belirtilmiştir (Cougler ve ark., 2012).

Bu konuda yapılmış bir diğer araştırmada da sıkıntıya dayanmanın bütün obsesif-kompulsif semptomlarla değil, obsesyonlarla ilişkili olduğu sonucuna varılırken, düşük sıkıntıya dayanma düzeyinin stresli durumlarda bu obsesyonları arttırdığı belirtilmiştir (Macatee ve ark., 2013).

Cougler ve arkadaşları düşük sıkıntıya dayanma düzeyinin intruzif düşüncelere karşı daha uzun süren stres tepkilerine yol açabileceğini belirtmiştir. Bunun sonucunda OKB’li bireylerin, bastırma ve nötralizasyon gibi uyumsuz düşünce kontrol stratejileri geliştirebileceğini ve bunun da intruzif düşüncelerin süresini ve sıklığını artırabileceğini öne sürmüştür (Cougler ve ark., 2012).

3. YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Üsküdar Üniversitesi'ne bağlı NP Ümraniye Beyin Hastanesi, Etiler Tıp Merkezi ve Feneryolu Tıp merkezinden gerekli izinler alındıktan sonra üniversitenin etik kurul onayına başvurulmuştur. Etik kurul onayı alındıktan sonra bu üç hastanede çalışmaya başlanmıştır. Deney grubu örnekleme dahil olma kriterleri NP hastanelerinin psikiyatri servislerinden OKB tanısı almış olmak ve ölçekleri doldurabilecek bilişsel kapasiteye sahip olmak olarak belirlenmiştir. Kontrol grubu ise herhangi bir psikiyatrik başvurusu olmayan ve demografik olarak deney grubu ile uyumlu bireyler arasından seçilmiştir. Dışlama kriterleri her iki grup için de psikotik atak ya da bipolar manik atak gibi gerçeği değerlendirme yetisinin bozuk olduğu durumlar, ölçekleri doldurabilecek bilişsel yeterlilikten uzak olmak ve madde kullanımı olarak belirlenmiştir. Bu çalışma deney grubu 43 ve kontrol grubu 43 olmak üzere 86 kişilik bir örnekleme yürütülmüştür. Araştırmaya katılan bireylerin yaşları 19-61 arasındadır.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin Ocak 2018'den Mayıs 2018'e kadar olmak üzere toplam 4 ayda toplandığı bu kesitsel araştırmada, dahil olma kriterlerine uyan gönüllü örneklem grubuna bilgilendirilmiş onam formu, sosyodemografik bilgi formu, Bec Depresyon Envanteri, Üstbilişler Ölçeği, Sıkıntıya Dayanma Ölçeği ve Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri verilmiştir.

3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ölçekler uygulanmaya başlanmadan önce örneklem grubuna araştırmanın içeriği, amacı ve araştırmacı ile ilgili temel bilgilerin bulunduğu bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir. Katılımcıların onayı imzaları ile birlikte alındıktan sonra diğer ölçekler uygulanmaya başlanmıştır.

3.2.2. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir düzeyi, ilaç kullanımı, psikoterapi ve ruh sağlığı geçmişleri ile ilgili sorular bulunan sosyodemografik veri formu verilmiştir.

3.2.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck'in 1961 yılında geliştirdiği Beck Depresyon Envanteri, öz bildirime dayalı ve 21 sorudan oluşan bir envanterdir. Her soru için 0 en düşük ve 3 en yüksek olmak üzere 4 seçenek vardır. Alınabilecek puanlar 0 ile 63 arasında değişir. Bu envanterin uygulanmasındaki amaç depresyon tanısı koymak değil depresyon belirtilerinin şiddetini ölçmektir (Beck, 1961). Beck Depresyon Ölçeği'nin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını 1989 yılında Hisli yapmıştır ve ölçeğin kesme puanını 17 olarak belirtmiştir. Ölçülmek istenen depresyon belirtileri şu şekilde sıralanmaktadır: depresif ruh durumu, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyumсузлук, suçluluk duyguları, kendinden nefret etme, kendini suçlama, cezalandırılma istekleri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal çekilme, kararsızlık, bedensel imajın çarpıtılması, çalışamama, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik meşguliyetler ve libido kaybı (Hisli, 1989).

3.2.4. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ)

Simons ve Gaher tarafından 2005 yılında geliştirilen Sıkıntıya Dayanma Ölçeği, kişinin sıkıntıya dayanma kapasitesini ölçmektedir (Simons ve Gaher, 2005). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Sargın ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır (Sargın ve ark., 2012). 15 sorudan oluşan likert tipi bu ölçekte her soru 1 kesinlikle katılıyorum ve 5 kesinlikle katılmıyorum olmak üzere 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Yalnızca 6. madde ters madde olması sebebiyle 5'ten 1'e doğru puanlanmaktadır. Ölçeğin Simon ve Gaher tarafından geliştirilen orijinalinde tolerans, değerlendirme, dikkat çelinmesi ve regülasyon olmak üzere 4 alt ölçek bulunurken (Simons ve Gaher, 2005), Türkçe uyarlamasında tolerans, regülasyon ve öz yeterlilik

olmak üzere 3 alt ölçek bulunmaktadır. Tolerans alt ölçeğini 1, 2, 3, 4, 5, 10, 11, 12, 15 maddeleri, regülasyon alt ölçeğini 8, 13, 14 ve özyeterlilik alt ölçeğini 6, 7, 9 maddeleri oluşturmaktadır (Sargın ve ark., 2012). Kesme puanı olmayan bu ölçekte, puan yükseldikçe sıkıntıya dayanma düzeyinin de arttığı görülür.

3.2.5. Üstbilişler Ölçeği (ÜBÖ-30)

Üstbilişler Ölçeği'nin (ÜBÖ) 65 soruluk orijinali 1997 yılında Cartwright-Hatton ve Wells tarafından oluşturulmuştur (Cartwright-Hatton & Wells, 1997). Cartwright-Hatton ve Wells 2004 yılında bu ölçeğin 30 soruluk kısa formu geliştirmiştir (ÜBÖ-30) (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Tosun ve Irak 2008 yılında yapmıştır. Özbildirime dayalı bu ölçeğin her maddesi 1 kesinlikle katılmıyorum ve 4 kesinlikle katılıyorum olmak üzere, 1 ile 4 arasında puanlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişir. Ölçekten alınan puanın artması patolojik anlamda bir üstbilişsel faaliyetin varlığına işaret eder. Olumlu inançlar, bilişsel güven, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık ve düşünceleri kontrol ihtiyacı olmak üzere 5 alt tipten oluşur. “Olumlu inançlar” alt tipini 1, 7, 10, 20, 23 ve 28. sorular; “bilişsel güven” alt tipini 8, 14, 18, 24, 26 ve 29. sorular; “kontrol edilemezlik ve tehlike” alt tipini 6, 13, 15, 21, 25, 27. sorular; “bilişsel farkındalık” alt tipini 3, 5, 12, 17, 19 ve 30. sorular ve “düşünceleri kontrol ihtiyacı” alt tipini 2, 4, 9, 11, 16, 22. soruları ölçmektedir (Tosun ve Irak, 2008).

3.2.6. Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri (VOKE)

Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri, Thordarson ve arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir (Thordarson ve ark., 2004). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması İnözü ve Yorulmaz tarafından 2013 yılında yapılmıştır. 55 maddeden oluşan likert tipi bu ölçekte her soru için 5 seçenek vardır. Ölçekten alınan puanların artması, OKB semptom şiddetinin arttığına göstergesidir (İnözü ve Yorulmaz, 2013). “Bulaşma/kirlenme”, “kontrol etme”, “obsesyonlar”, “biriktirme”, “sadece doğru hissetme” ve “kararsızlık” alt tipleri olmak üzere 6 bölümden oluşur. “Bulaşma/kirlenme” alt ölçeğini 3., 8., 13., 15., 21., 23., 25., 32., 39., 44., 49. ve 50. maddeleri, “kontrol etme”

alt ölçeğini 7., 20., 33., 37., 41. ve 43. maddeleri, “obsesyonlar” alt ölçeğini 2., 6., 12., 16., 27., 28., 30., 34., 40., 46., 52. ve 54. maddeleri, “biriktirme” alt ölçeğini 10., 22., 26., 35., 42., 45. ve 51. maddeleri, “sadece doğru hissetme” alt ölçeğini 1., 5., 9., 14., 18., 19., 24., 36., 38., 47., 53. ve 55. maddeleri ve “kararsızlık” alt ölçeğini 4., 11., 17., 29., 31. ve 48. maddeleri ölçmektedir.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmadan elde edilen verilerin incelenmesinde SPSS 24 programı kullanılmıştır. Sosyodemografik veriler değerlendirilirken betimsel analiz yöntemlerinden faydalanılmıştır. İkili bağımsız grupların karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem t Testi kullanılmıştır. Ölçek puanları arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi, ileri değerlendirmelerde ise doğrusal regresyon modelleri kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1.DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLERİ

Klinik ve sağlıklı kontrol grubunun demografik değişkenlerinin frekans dağılımları için çapraz tablo kullanılmış ve bulgular Tablo 1’de listelenmiştir.

Tablo 1. Klinik ve Klinik Olmayan Grupların Demografik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri

Demografik Değişkenler	Gruplar				
	Klinik		Kontrol		
	N	%	N	%	
	Kadın	19	44,2	19	44,2
	Erkek	24	55,8	24	55,8
	Toplam	43	100,0	43	100,0
Medeni Durum	Evli	15	34,9	14	32,6
	Bekar	28	65,1	28	65,1
	Boşanmış	0	0,0	1	2,3
	Toplam	43	100,0	43	100,0
Eğitim Düzeyi	İlkokul	1	2,3	1	2,3
	Ortaokul	0	0,0	1	2,3
	Lise	11	25,6	10	23,3
	Üniversite	25	58,1	21	48,8
	Lisansüstü	6	14,0	10	23,3
	Toplam	43	100,0	43	100,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	20	46,5	39	90,7
	Çalışmıyor	22	51,2	4	9,3
	Emekli	1	2,1	0	0,0
	Toplam	43	100,0	43	100,0
Gelir Düzeyi	0-1000 TL	15	35,7	2	4,7
	1001-3000 TL	6	14,3	21	48,8
	3001-5000 TL	12	28,6	9	20,9
	5001 TL ve üzeri	9	21,4	11	25,6
	Toplam	43	100,0	43	100,0
Psikoterapi Öyküsü	Evet	39	90,7	12	27,9
	Hayır	4	9,3	31	72,1
	Toplam	43	100,0	43	100,0
Yaş (ort±ss)	30,9±8,83		31,05±9,30		

Tablo 1’de klinik ve sağlıklı kontrol grubunun demografik değişkenleri incelendiğinde klinik grupta kadınların oranı %44,2 (n=19) ve erkeklerin oranı %55,8 (n=24) olduğu görülmektedir. Sağlıklı kontrol grubunda cinsiyet dağılımı klinik grupta aynıdır.

Medeni durum değişkenine göre klinik grupta %34,9 (n=15) evli ve %65,1 (n=28) bekar kişi bulunmaktadır. Sağlıklı kontrol grubunda %32,6 (n=14) evli, %65,1 (n=28) bekar ve %2,3 (n=1) boşanmış kişi bulunmaktadır.

Eğitim düzeyi değişkenine göre klinik grupta ilkokul mezunu %2,3 (n=1), lise mezunu %25,6 (n=11), %58,1 (n=25) üniversite mezunu ve %14 (n=6) lisansüstü mezunu bulunmaktadır. Sağlıklı kontrol grubunda ise %2,3 (n=1) ilkokul mezunu, %2,3 (n=1) ortaokul mezunu, %23,3 (n=10) lise mezunu, %48,8 (n=21) üniversite mezunu ve %23,3 (n=10) lisansüstü mezunu bulunmaktadır.

Çalışma durumu değişkenine göre klinik grupta %46,5 (n=20) çalışan, %51,2 (n=22) çalışmayan ve %2,1 (n=1) emekli bulunmaktadır. Sağlıklı kontrol grubunda %90,7 (n=39) çalışan ve %9,3 (n=4) çalışmayan katılımcı bulunmaktadır.

Gelir düzeyi değişkenine göre klinik gruptaki katılımcılarda %35,7 (n=15) 0-1000 TL, %14,3 (n=6) 1001-3000 TL, %28,6 (n=12) 3001-5000 TL, %21,4 (n=9) 5001 TL ve üzeri gelir bildirmişlerdir. Kontrol grubundaki katılımcılarda %4,7 (n=2) 0-1000 TL, %48,8 (n=21) 1001-3000 TL, %20,9 (n=9) 3001-5000 TL, %25,6 (n=11) 5001 TL ve üzeri gelir bildirmişlerdir.

Klinik grupta, daha önce psikoterapi alanların oranı %90,7 (n=39) ve almayanların oranı %9,3’tür (n=4). Sağlıklı kontrol grubunda daha önce psikoterapi alanların oranı %27,9 (n=12) ve almayanların oranı %72,1’dir (n=31).

Klinik gruptaki katılımcıların yaş ortalaması 30,9(ss=8,83) ve sağlıklı gruptaki katılımcıların yaş ortalaması 31,05 (ss=9,30)’dir.

Tablo 2. Cinsiyete Göre OKB Tanısı Üzerinden Geçen Sürenin Betimsel İstatistikleri

		Kadınlar		Erkekler	
		N	%	N	%
OKB Tanısı	0-5 yıl	2	11,1	1	4,5
	1-5 yıl	3	16,7	6	27,3
	5-10 yıl	6	33,3	4	18,2
	10 yıldan fazla	7	38,9	11	50,0
	Toplam	18	100,0	21	100,0

Tablo 2’de klinik gruptaki katılımcıların cinsiyetine göre OKB tanısı üzerinden geçen süre değişkeni incelendiğinde kadınlarda 0-5 yıl %11,2 (n=2) 1-5 yıl %16,7 (n=3), %33,3 5-10 yıl (n=6) ve %38,9 10 yıldan fazla (n=7) olarak belirtilmiştir. Erkeklerde ise %4,5 (n=1) 0-5 yıl, %27,3 1-5 yıl (n=6), %18,2 5-10 yıl (n=4), %50 10 yıldan fazla (n=11) olarak bildirilmiştir.

4.2.KLİNİK VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNUN SIKINTIYA DAYANMA, ÜSTBİLİŞLER VE OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Klinik ve sağlıklı kontrol grubunun sıkıntıya dayanma, üstbilişler ve OKB boyutlarının karşılaştırılmasında ikili bağımsız grupların karşılaştırılmasında kullanılan parametrik bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Analizlerde anlamlılık değeri 0,05 düzeyindedir.

Tablo 3. Klinik ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Sıkıntıya Katlanma Boyutlarının Karşılaştırılması

Sıkıntıya Dayanma Alt Boyutları	Gruplar	N	\bar{X}	SS	t	p
Tolerans	Klinik	43	25,88	9,51	-3,839	,000**
	Kontrol	43	33,16	8,00		
Regülasyon	Klinik	43	8,44	3,40	-1,471	,145
	Kontrol	43	9,53	3,48		
Özyeterlilik	Klinik	43	8,72	2,19	-5,523	,000**
	Kontrol	43	11,65	2,69		
Toplam	Klinik	43	43,04	12,91	-4,217	,000**
	Kontrol	43	54,34	11,92		

**p<0,01

Tablo 3'te katılımcıların sıkıntıya dayanma alt boyutlarının klinik ve sağlıklı kontrol grubunda karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi bulgularına göre tolerans alt boyutu (t=-3,839; p<0,01), öz-yeterlilik (t=-5,523; p<0,01) alt boyutlarının ve toplam (t=-4,217; p<0,01) puan ortalamaları anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Sonuçlara göre, klinik gruptaki katılımcıların sıkıntıya dayanma tolerans ve öz-yeterlilik alt boyutları ile toplam puanlarının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Klinik ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Üstbiliş Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Üst Biliş Alt Boyutları	Grup	N	\bar{X}	SS	t	p
Olumlu inançlar	Klinik	43	12,25	5,05	,449	,655
	Kontrol	43	11,81	4,00		
Bilişsel güven	Klinik	43	13,06	4,50	,744	,459
	Kontrol	43	12,32	4,76		
Kontrol edilemezlik ve tehlike	Klinik	43	14,32	4,10	3,492	,001*
	Kontrol	43	11,46	3,45		
Bilişsel farkındalık	Klinik	43	17,46	4,16	1,768	,081
	Kontrol	43	15,90	4,00		
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	Klinik	43	16,21	4,92	4,981	,000**
	Kontrol	43	11,60	3,54		
Toplam	Klinik	43	73,32	14,51	3,510	,001*
	Kontrol	43	63,11	12,36		

**p<0,01

*p<0,05

Tablo 4'te klinik ve kontrol grubun üstbiliş alt boyutlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi bulgularına göre, kontrol edilemezlik ve tehlike (t=3,492; p<0,05), düşünceleri kontrol ihtiyacı (t=4,981; p<0,01) alt boyutları ve toplam (t=3,510; p<0,05) gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Sonuçlara göre, klinik grubun üstbiliş kontrol edilemezlik ve tehlike ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutları ile toplam puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 5. Klinik ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Obsesif Kompulsif Belirti Boyutlarının Karşılaştırılması

Vancouver OKB Envanteri	Gruplar	N	\bar{X}	SS	t	p
Bulaşma kirlenme	Klinik	43	18,60	13,41	4,125	,000**
	Kontrol	43	8,69	8,25		
Kontrol etme	Klinik	43	8,62	7,21	2,198	,031*
	Kontrol	43	5,53	5,75		
Obsesyonlar	Klinik	43	14,30	9,14	3,312	,001*
	Kontrol	43	8,18	7,94		
Biriktirme	Klinik	43	5,16	5,54	,451	,653
	Kontrol	43	4,65	4,96		
Sadece doğru hissetme	Klinik	43	17,00	9,09	3,539	,001*
	Kontrol	43	10,46	7,99		
Kararsızlık	Klinik	43	9,65	5,07	3,103	,003*
	Kontrol	43	6,18	5,27		
Toplam	Klinik	43	73,34	37,93	3,823	,000**
	Kontrol	43	43,72	33,80		

**p<0,01 *p<0,05

Tablo 5’te klinik ve kontrol grubunun OKB belirti alt boyutlarının farklılaşma düzeylerini incelemek için yapılan bağımsız örneklem t testi bulgularına göre bulaşma kirlenme (t=4,125; p<0,01), Kontrol etme (t=2,198; p<0,05), obsesyonlar (t=3,312; p<0,05), sadece doğru hissetme (t=3,539; p<0,05) ve kararsızlık (t=3,103; p<0,05) alt boyutları ile toplam (t=3,823; p<0,01) puanların farklılığı istatistiksel olarak anlamlıdır. Sonuçlara göre, klinik gruptaki katılımcıların OKB belirti alt boyutları arasında biriktirme alt boyutu dışında kalan tüm alt boyutların ve toplam puan ortalamalarının sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 6. Klinik ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

	Gruplar	N	\bar{X}	SS	t	p
Beck Depresyon Toplam Skor	Klinik	43	15,21	10,800	3,950	,000**
	Kontrol	43	7,58	6,609		

**p<0,01

Tablo 6’da klinik ve kontrol grubunun depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında

gruaplarda puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=3,950$; $p<0,01$). Sonuçlara göre, klinik gruptaki OKB tanısı almış katılımcıların depresyon puanları daha yüksektir.



4.3.KLİNİK GRUBUN SIKINTIYA DAYANMA DÜZEYLERİ, DEPRESYON, OKB BELİRTİLERİ VE ÜSTBİLİŞ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Klinik grubun sıkıntıya dayanma, depresyon, OKB belirtileri ve üstbilis düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyonu uygulanmıştır. Analizlerde anlamlılık değeri 0,01 ve 0,05 düzeyinde alınmıştır. Analize ilişkin bulgular Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Klinik Grubun Sıkıntıya Katlanma, Üstbilis, Depresyon ve Obsesif-Kompulsif Belirti Boyutlarının Korelasyon Bulguları

Ölçekler	Araştırma Değişkenleri	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Beck Depresyon	1. Depresyon	1																	
Sıkıntıya Dayanma Ölçeği	2. Tolerans	-,497**	1																
	3. Regülasyon	-,285	,418**	1															
	4. Öz-yeterlilik	-,183	,560**	,631**	1														
	5. Olumlu inançlar	,198	-,086	-,094	-,158	1													
Üstbilis Ölçeği-30	6. Bilişsel güven	,229	-,191	-,044	-,169	,103	1												
	7. Kontrol edilemezlik ve tehlike	,305*	-,398**	-,237	-,398**	,208	,194	1											
	8. Bilişsel farkındalık	-,103	,045	,155	,004	,102	-,046	,494**	1										
	9. Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	,453**	-,413**	-,186	-,294	,262	,076	,669**	,561**	1									
Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri	10. Bulaşma kirlenme	,415**	-,325*	-,039	-,123	,152	,072	,157	,131	,361*	1								
	11. Kontrol etme	,438**	-,477**	-,223	-,204	,286	,269	,166	-,143	,175	,429**	1							
	12. Obsesyonlar	,556**	-,431**	-,043	-,169	,363*	,166	,447**	,181	,355*	,459**	,401**	1						
	13. Biriktirme	,180	-,194	,130	,006	,168	,325*	,140	,072	,053	,265	,303*	,427**	1					
	14. Sadece doğru hissetme	,484**	-,352*	-,115	-,158	,454**	,260	,425**	,314*	,415**	,643**	,506**	,762**	,515**	1				
15. Kararsızlık	,433**	-,465**	-,056	-,131	,331*	,153	,391**	,324*	,458**	,394**	,282	,592**	,547**	,731**	1				
Toplam Puanlar	16. Üstbilisler Toplam	,351*	-,329*	-,132	-,319*	,557**	,413**	,784**	,638**	,804**	,280	,248	,477**	,237	,590**	,522**	1		
	17. Sıkıntıya Dayanma Toplam	-,473**	,942**	,679**	,749**	-,115	-,181	-,424**	,075	-,404**	-,271	-,445**	-,358*	-,107	-,316*	-,380*	-,332*	1	
	18. OKB Belirtileri Toplam	,564**	-,484**	-,083	-,178	,373*	,247	,370*	,192	,415**	,791**	,641**	,804**	,597**	,920**	,725**	,507**	-,409**	1

**p<0,01 *p<0,05

Beck depresyon toplam puanı ile Sıkıntıya dayanma tolerans alt boyutu ($r=-,497$; $p<0,01$) ve sıkıntıya dayanma toplam puanı ($r=-,473$; $p<0,01$) orta düzey negatif yönlü; üstbilgi kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutu ($r=,305$; $p<0,05$), düşünceleri kontrol ihtiyacı ($r=,453$; $p<0,01$), Vancouver bulaşma kirlenme ($r=,415$; $p<0,01$), kontrol etme ($r=,438$; $p<0,01$), obsesyonlar ($r=,556$; $p<0,01$), sadece doğru hissetme ($r=,484$; $p<0,01$), kararsızlık ($r=,433$; $p<0,01$), üstbilgişler toplam ($r=,351$; $p<0,05$) ve OKB belirtileri toplam ($r=,564$; $p<0,01$) ile orta düzey pozitif yönlü ve anlamlı ilişkilidir.

Sıkıntıya dayanma tolerans alt boyutu ile üstbilgiş kontrol edilemezlik ve tehlike ($r=-,398$; $p<0,01$), düşünceleri kontrol ihtiyacı ($r=-,416$; $p<0,01$), Vancouver bulaşma kirlenme ($r=-,325$; $p<0,01$), kontrol etme ($r=-,477$; $p<0,01$), obsesyonlar ($r=-,431$; $p<0,01$), sadece doğru hissetme ($r=-,352$; $p<0,01$), kararsızlık ($r=-,465$; $p<0,01$), üstbilgişler toplam ($r=-,329$; $p<0,01$) ve OKB belirtileri toplam ($r=,484$; $p<0,01$) ile orta düzey ve negatif ilişkilidir.

Sıkıntıya dayanma regülasyon alt boyutu ile üst bilgişler ve OKB belirtileri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Sıkıntıya dayanma öz-yeterlilik alt boyutu ile üst bilgiş kontrol edilemezlik ve tehlike ($r=-,398$; $p<0,01$) ve üst bilgişler toplam ($r=-,319$; $p<0,01$) negatif yönlü ve anlamlı ilişkilidir.

Üstbilgiş olumlu inançlar alt boyutu ile VOKE obsesyonlar ($r=,363$; $p<0,05$), sadece doğru hissetme ($r=,454$; $p<0,05$) ve kararsızlık ($r=,331$; $p<0,05$) pozitif yönlü ve anlamlı ilişkilidir.

Üstbilgiş bilişsel güven, VOKE biriktirme ($r=,325$; $p<0,05$) ve OKB toplam ($r=,373$; $p<0,05$) pozitif yönlü ve anlamlı ilişkidir.

Üstbilgiş kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutu ile VOKE obsesyonlar ($r=,447$; $p<0,01$), sadece doğru hissetme ($r=,425$; $p<0,01$), kararsızlık ($r=,391$; $p<0,01$) ve OKB Toplam ($r=,247$; $p<0,05$) pozitif yönlü; sıkıntıya katlanma toplam ($r=-,424$; $p<0,01$) ile negatif yönlü ve anlamlı ilişkilidir.

Üstbilgiş bilişsel farkındalık alt boyutu ile VOKE sadece doğru hissetme ($r=,314$; $p<0,01$) kararsızlık ($r=,324$; $p<0,01$) ile pozitif yönlü ve anlamlı ilişkilidir.

Üstbilgiş düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyut ile VOKE obsesyonlar ($r=,355$; $p<0,05$), bulaşma kirlenme ($r=,361$; $p<0,05$), sadece doğru hissetme ($r=,415$; $p<0,01$), kararsızlık ($r=,458$; $p<0,01$) ve OKB Toplam ($r=,415$; $p<0,01$) ile pozitif yönlü; sıkıntıya

dayanma ile ($r=-,404$; $p<0,01$) negatif yönlü ve anlamlı ilişkilidir.

Tablo 8. Değişkenlerin Sıkıntıya Dayanma Tolerans Alt Boyutunu Yordama Düzeyi

Model	R ²	ΔR^2	SH
1	,345	,256	8,20
2	,549	,390	7,43



Tablo 9. Sıkıntıya Dayanma Tolerans Alt Boyutunun Depresyon, Üstbilişler ve OKB Boyutlarıyla Açıklayıcı Regresyon Analizi Bulguları

	Model	B	SH	β	t	p
1	(Sabit)	34,928	7,067		4,942	,000
	BECK Toplam	-,209	,152	-,237	-1,375	,178
	ÜBÖ-30 Olumlu inançlar	,139	,258	,074	,539	,593
	ÜBÖ-30 Bilişsel güven	-,105	,292	-,050	-,361	,720
	ÜBÖ-30 Kontrol edilemezlik ve tehlike	-,653	,429	-,282	-1,523	,137
	ÜBÖ-30 Bilişsel farkındalık	,750	,426	,328	1,762	,087
	ÜBÖ-30 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	-,613	,433	-,317	-1,414	,166
2	(Sabit)	36,417	7,237		5,032	,000
	BECK Toplam	,022	,169	,025	,128	,899
	ÜBÖ-30 Olumlu inançlar	,286	,273	,152	1,047	,304
	ÜBÖ-30 Bilişsel güven	-,133	,290	-,063	-,459	,650
	ÜBÖ-30 Kontrol edilemezlik ve tehlike	-,548	,430	-,237	-1,273	,213
	ÜBÖ-30 Bilişsel farkındalık	,702	,440	,307	1,596	,121
	ÜBÖ-30 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	-,460	,443	-,238	-1,037	,308
	VOKE Bulaşma kirlenme	-,085	,129	-,120	-,659	,515
	VOKE Kontrol etme	-,468	,208	-,355	-2,249	,032*
	VOKE Obsesyonlar	-,250	,217	-,240	-1,151	,259
	VOKE Biriktirme	,197	,280	,115	,703	,488
	VOKE Sadece doğru hissetme	,459	,320	,439	1,435	,162
VOKE Kararsızlık	-,953	,386	-,509	-2,468	,020*	

a. Bağımlı Değişken: SDÖ Tolerans, SDÖ: Sıkıntıya Dayanma Ölçeği, VOKE: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri, ÜBÖ-30: Üstbilişler Ölçeği-30

*p<0,05

İlişkili olduğu saptanan sıkıntıya dayanma tolerans alt boyutunun klinik gruptaki katılımcıların üst biliş ve OKB belirti alt boyutları tarafından yordayıcılığını incelemek için yapılan doğrusal çoklu regresyon analizi iki modelde yürütülmüştür.

İkinci modelde, sıkıntıya dayanma tolerans alt boyutu VOKE kontrol etme ($\beta=-0,35$; $p<0,05$) ve kararsızlık alt boyutu tarafından negatif yönlü ve anlamlı düzeyde yordanmaktadır ($\beta=-0,50$; $p<0,05$). Sonuçlara göre sıkıntıya dayanma puanlarının yüksek oluşu kontrol etme ve kararsızlık puanlarının düşük oluşunu açıklamaktadır. Saptanan açıklayıcı ilişki, katılımcıların yaklaşık %54'ünde anlamlı bulunmuştur.



Tablo 9. Sıkıntıya Dayanma Regülasyon Alt Boyutunun Depresyon, Üstbilişler ve OKB Boyutlarıyla Açıklayıcı Regresyon Analizi Bulguları

	Model	B	SH	β	t	p
1	(Sabit)	8,182	2,893		2,828	,008
	BECK Toplam	-,028	,062	-,090	-,458	,650
	ÜBÖ-30 Olumlu inançlar	-,011	,106	-,017	-,109	,914
	ÜBÖ-30 Bilişsel güven	,051	,120	,068	,430	,670
	ÜBÖ-30 Kontrol edilemezlik ve tehlike	-,252	,176	-,304	-1,435	,160
	ÜBÖ-30 Bilişsel farkındalık	,320	,174	,392	1,837	,074
	ÜBÖ-30 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	-,112	,177	-,162	-,632	,531
	2	(Sabit)	7,668	3,328		2,304
BECK Toplam		-,049	,078	-,155	-,628	,534
ÜBÖ-30 Olumlu inançlar		,022	,125	,033	,175	,862
ÜBÖ-30 Bilişsel güven		,065	,133	,086	,486	,631
ÜBÖ-30 Kontrol edilemezlik ve tehlike		-,271	,198	-,328	-1,372	,180
ÜBÖ-30 Bilişsel farkındalık		,323	,202	,395	1,596	,121
ÜBÖ-30 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı		-,093	,204	-,135	-,456	,651
VOKE Bulaşma kirlenme		,045	,060	,176	,752	,458
VOKE Kontrol etme		-,051	,096	-,108	-,533	,598
VOKE Obsesyonlar		,128	,100	,343	1,276	,212
VOKE Biriktirme		,127	,129	,207	,988	,331
VOKE Sadece doğru hissetme		-,168	,147	-,448	-1,139	,264
VOKE Kararsızlık		,014	,178	,022	,081	,936

a. Bağımlı Değişken: SDÖ Regülasyon, SDÖ: Sıkıntıya Dayanma Ölçeği, VOKE: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri, ÜBÖ-30: Üstbilişler Ölçeği-30,

* $p < 0,05$

İlişkili olduğu saptanan sıkıntıya katlanma regülasyon alt boyutunun klinik gruptaki katılımcıların üst biliş ve OKB belirti alt boyutları tarafından yordayıcılığını incelemek için yapılan doğrusal çoklu regresyon analizi iki modelde yürütülmüştür. Doğrusal

regresyon analizi bulgularına göre, SDÖ regülasyon alt boyutu üstbilişler ve Vancouver obsesif kompulsif belirtiler alt boyutları tarafından anlamlı düzeyde yordanmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 10. Sıkıntıya Dayanma Öz-Yeterlilik Alt Boyutunun Depresyon, Üstbilişler ve OKB Boyutlarıyla Açıklayıcı Regresyon Analizi Bulguları

Model	B	SH	β	t	p
(Sabit)	10,764	1,800		5,981	,000
BECK Toplam	,027	,039	,131	,690	,494
1 ÜBÖ-30 Olumlu inançlar	-,026	,066	-,059	-,390	,699
ÜBÖ-30 Bilişsel güven	-,036	,074	-,074	-,483	,632
ÜBÖ-30 Kontrol edilemezlik ve tehlike	-,227	,109	-,424	-2,076	,045*
ÜBÖ-30 Bilişsel farkındalık	,198	,108	,375	1,827	,076
ÜBÖ-30 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	-,116	,110	-,260	-1,049	,301
(Sabit)	11,117	2,178		5,104	,000
BECK Toplam	,033	,051	,161	,642	,525
2 ÜBÖ-30 Olumlu inançlar	-,028	,082	-,064	-,336	,739
ÜBÖ-30 Bilişsel güven	-,049	,087	-,100	-,556	,582
ÜBÖ-30 Kontrol edilemezlik ve tehlike	-,239	,129	-,447	-1,847	,075
ÜBÖ-30 Bilişsel farkındalık	,180	,132	,341	1,361	,184
ÜBÖ-30 Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	-,085	,133	-,191	-,639	,528
VOKE Bulaşma kirlenme	-,015	,039	-,094	-,394	,696
VOKE Kontrol etme	-,026	,063	-,086	-,420	,678
VOKE Obsesyonlar	-,001	,065	-,004	-,014	,989
VOKE Biriktirme	,047	,084	,119	,559	,580
VOKE Sadece doğru hissetme	,019	,096	,078	,196	,846
VOKE Kararsızlık	-,031	,116	-,071	-,264	,794

a. Bağımlı Değişken: SDÖ Özyeterlilik, *SDÖ: Sıkıntıya Dayanma Ölçeği*, *VOKE: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri*, *ÜBÖ-30: Üstbilişler Ölçeği-30*

* $p<0,05$

İlişkili olduğu saptanan sıkıntıya katlanma özyeterlilik alt boyutunun klinik gruptaki katılımcıların üst biliş ve OKB belirti alt boyutları tarafından yordayıcılığını incelemek için yapılan doğrusal çoklu regresyon analizi iki modelde yürütülmüştür. İlk modelde, doğrusal regresyon analizi bulgularına göre, SDÖ öz-yeterlilik alt boyutu üst bilişler kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutu tarafından anlamlı düzeyde ve negatif yönlü yordamaktadır ($\beta=-0,42$; $p<0,05$).

Tablo 11. Sıkıntıya Katlanma ve OKB Belirtileri Toplam Puanlarının Üstbiliş Toplam Puanlarını Yordayıcı Etkisi

Model	R ²	ΔR^2	SH
1	,276	,239	12,65

Tablo 12. Üstbilişlerin Sıkıntıya Katlanma ve Obsesif Kompulsif Belirtiler Boyutları Tarafından Açıklayıcı Doğrusal Regresyon Analizi

Model		B	SH	β	t	p
1	(Sabit)	68,022	9,790		6,948	,000
	VOKE	,171	,056	,446	3,026	,004*
	Toplam					
	SDÖ	-,168	,166	-,149	-1,012	,318
	Toplam					

a. Bağımlı Değişken: Üstbilişler, SDÖ: Sıkıntıya Dayanma Ölçeği, VOKE: Vancouver Obsesif Kompulsif Envanteri
P<0,05

Tablo 13'te sıkıntıya dayanma ve OKB belirtileri toplam puanlarının üstbilişleri yordayıcılığını incelemek için yapılan doğrusal regresyon analizi bulgularına göre üst bilişler obsesif kompulsif belirtiler toplam puanı tarafından pozitif ve anlamlı düzeyde yordamaktadır ($\beta=0,44$; $p<0,05$). Sonuca göre, obsesif kompulsif belirtilerin yüksek oluşu üstbilişlerin yüksek oluşunu açıklamaktadır. Tablo 12'de yordayıcı etkiye bakıldığında, klinik gruptaki katılımcıların %27'sinde, saptanan ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

OKB kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kronik bir ruh sağlığı bozukluğudur (Çamlı ve ark., 2012). OKB'li bireylerin sağlıklı kontrol grubuyla üstbilişler ve sıkıntıya dayanma düzeyi açısından karşılaştırılması amacıyla yürütülen bu araştırmada sonuçlar literatürle bağlantılı olarak analiz edilmiş ve yorumlanmıştır. Bu araştırma ulaşılabildiği kadarıyla ülkemizde OKB'de sıkıntıya dayanma ve üstbilişleri aynı anda inceleyen ilk araştırmadır.

Sosyodemografik bulgular incelendiğinde deney grubu ve sağlıklı kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum kontrol grubunun bilimsel yönteme uygun seçildiğini göstermektedir.

Literatür tarama bölümünde de belirtildiği gibi, OKB genellikle erken yetişkinlik yıllarında başlayan bir psikiyatrik bozukluktur. Bu araştırmada OKB'li katılımcıların başvuru sırasındaki yaş ortalaması $30,9 \pm 8,83$ bulunmuştur. 263 OKB'li katılımcı ile yürütülen bir araştırmada başvuru sırasındaki yaş ortalaması 33.1 bulunmuştur. Aynı araştırmada bu ortalama erkeklerde 30.8 iken kadınlarda 34.8 bulunmuştur (Lensi ve ark., 1996). Ülkemizde yürütülen bir araştırmada, başvuru sırasındaki yaş ortalaması toplamda 28.78 bulunurken, kadınlarda bu ortalamanın 32.4 ve erkeklerde 22 olduğu belirtilmiştir. Aynı araştırmada OKB ortalama başlangıç yaşının 22.38 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Erkeklerde başlangıç yaşı 18.2 iken kadınlarda başlangıç yaşının 24.5 olduğu belirtilmiştir (Sayar ve ark., 1999). Bu sonuçlar, OKB'nin erkeklerde daha erken yaşta başladığına dair genel kanıyı doğrular niteliktedir. Buna paralel başka bir araştırmada ise, erkek katılımcılarda OKB başlangıcının (22) kadınlara (25) oranla 2.2 yıl daha erken olduğu belirtilmiştir (Stengler ve ark., 2013). Başvuru sırasındaki ortalama yaşın 28.5 bulunduğu başka bir araştırmada ise OKB başlangıç yaşı 20.2 bulunmuştur (Tükel ve ark., 2002).

Sosyodemografik veri ölçeğinden elde edilen bilgilere bakıldığında katılımcıların %7.5'inin 0-1 yıldır, %22.5'inin 1-5 yıldır, %25'inin 5-10 yıldır ve %45'inin 10 yıldan fazla bir süredir OKB'li olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Bu değerlerin obsesif-kompulsif şikayetlerin ilk ortaya çıkmaya başladığı zamanı mı yoksa klinik olarak anlamlı hale geldiği zamanı mı yansıttığı tam olarak bilinmese de OKB'nin kronik bir

hastalık olduğuna dair görüşleri desteklediği görülmektedir. 12 farklı araştırmanın sonuçlarının incelendiği bir gözden geçirme araştırmasında, OKB'nin tedavi edilmediğinde kronik bir hal alabileceği ve hastalığın başlangıcından tedaviye başvurulması arasında geçen sürenin 3.28 ile 17 yıl arasında değiştiği belirtilmiştir (Garcia ve ark., 2014). Başka bir çalışmada hastalığın başlangıcından profesyonel yardıma başvurma arasında geçen sürenin 8 yıl, tanı konulmasına kadar geçen sürenin ise ortalama 10.8 yıl olduğu belirtilmiştir (Stengler ve ark., 2013).

OKB tanısı almış 617 kişilik örnekleme yürütülen bir çalışmada, erken yaşta başlayan OKB'de belirtilerin aşamalı bir biçimde ilerlediği belirtilirken geç yaşta başlayan OKB'nin aniden başladığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum, geç başlayan OKB'nin çevresel faktörlerle ilgili olabileceğini düşündürmektedir (Millet ve ark., 2004). OKB'nin erken yetişkinlik yıllarında başladığı ve yaş ilerledikçe daha az görüldüğü bulgusuna birçok çalışmada yer verilmiştir. Türkiye'de klinik örnekleme yürütülen ve bu görüşü destekleyen çalışmalardan birinde OKB görülme sıklığı 45-54 yaş aralığında %11.5 ve 55 yaş üzeri için %4.9 bulunmuştur (Çamlı ve ark., 2012).

Literatür incelendiğinde, OKB'nin kadın ve erkeklerde eşit görüldüğünü belirten birçok çalışma vardır. Bu çalışmada cinsiyet yönünden dağılıma bakıldığında erkeklerin oranının %55.8 ve kadınların oranının %44.2 olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara benzer olarak, Amerika'da 5 farklı eyalette yürütülen bir tarama çalışmasında, OKB'nin kadın ve erkeklerde eşit oranda görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Karno ve ark., 1988). OKB'li 220 kişiden oluşan bir örnekleme yürütülen başka bir çalışmada da, OKB'nin kadın ve erkeklerde görülme oranı eşit bulunmuştur (Lochner ve ark., 2004). DSM-IV kullanılarak 431 OKB'li birey arasında yürütülen bir çalışmada katılımcıların %51'inin kadın olduğu belirtilmiştir (Foa ve Kozak, 1995). Türkiye'de OKB ile ilgili yapılmış bir çalışmada, katılımcıların %56.8'inin kadın ve %43.2'sinin erkek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (Tükel ve ark., 2004). Ancak Türkiye'de yürütülen başka bir çalışmada 198 kişilik örneklemin %32.8'inin erkek, %67.2'sinin ise kadın olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Altıntaş ve Özçürümez, 2015).

Gruplar medeni durum yönünden karşılaştırıldığında, OKB'li grubun %34.9'unun evli olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Medeni durumun, deney grubu ile kontrol grubu eşleştirilirken göz önünde bulundurulmuş faktörlerden biri olduğu düşünülünce, eşleştirmenin sağlıklı bir biçimde yapıldığı ancak bu durumun iki grup arasında medeni

durum açısından fark olup olmadığını ortaya koyamayacağı söylenebilir. Türkiye'de daha önce obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış 169 bireyle yürütülen bir araştırmada, OKB'li bireylerin %33.1'inin evli olduğu sonucuna ulaşılmıştır Aynı araştırmada OKB'li kadınlarda evli olma sıklığı erkeklere göre daha fazladır Fakat bu durumun, erkeklerdeki OKB daha erken başladığı için, erkek yaş ortalamasının düşük olmasından kaynaklanabileceği belirtilmiştir (Tükel ve ark., 2004). Ülkemizde yürütülen başka bir araştırmada ise OKB'li katılımcıların %59'unun bekar ve %41'inin evli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çamlı ve ark., 2012). Bu sonuçlara göre deney grubunun medeni durumuyla ilgili verilerin literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırma grubuna eğitim düzeyi yönünden bakıldığında grubun %2.3'ünü ilkokul, %25.6'sını lise, %58.1'ini üniversite ve %14'ünü yüksek lisans mezunlarının oluşturduğu görülmektedir. Türkiye'de yapılan başka bir araştırmada OKB'li katılımcıların arasından üniversite mezunu olanların oranı %27.4 bulunmuştur (Tükel ve ark., 2004). Türkiye'de klinik örnekleme yapılan başka bir araştırmada eğitimsiz katılımcıların oranı %1, ilkokul mezunu katılımcıların oranı %22.9, ortaokul mezunu katılımcıların oranı %10.4, lise mezunu katılımcıların oranı %36.5 ve yüksekokul mezunu katılımcıların oranı %29.2 bulunmuştur. Aynı araştırmada çalışan kişilerin oranı %24 bulunmuştur (Demet ve ark., 2005). OKB'li bireylerde işsizlik oranının genel popülasyona göre daha fazla olduğu sonucuna ulaşan başka araştırmalar vardır (Karno ve ark., 1988). Bu araştırmada katılımcıların %46.5'inin çalıştığı ve %51.2'sinin çalışmadığı görülmektedir. Çilli ve arkadaşlarının Konya'da yürüttüğü araştırmada 89 OKB'li birey arasından 52 kişinin yıllık gelirinin 0-4.999 dolar arası, 18 kişinin 5.000-9.999 dolar arası ve 7 kişinin 10.000 dolar ve üstü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çilli ve ark., 2004). Bu araştırmada gelir düzeyine bakıldığında ise örneklemin %35.7'ini 0-1000 TL, %14.3'ünü 1001-3000 TL, %28.6'sını 3001-5000 TL ve %21.4'ünü 5001 TL ve üzeri geliri olan kişiler oluşturmaktadır. Araştırmanın özel bir hastanede yürütüldüğü göz önüne alındığında eğitim düzeyinin ve buna paralel olarak gelir düzeyinin genel popülasyondan yüksek olduğu ve dolayısıyla bu dağılımın OKB'ye özgü bir sosyodemografik özellik olarak değerlendirilemeyeceği akla gelmektedir.

Bu araştırmanın deney grubunda psikoterapi alanların oranının %90.7 olduğu görülmüştür. Ancak bu oranın bu kadar yüksek olmasının sebebinin, çalışmanın özel bir hastaneden seçilen bir örnekleme yürütülmesi olduğu düşünülmektedir. Genel

popülasyonda yürütülecek araştırmalar, OKB’li bireylerin psikoterapi ya da ilaç tedavisine ne oranda başvurduğu ile ilgili en sağlıklı bilgiyi verecektir.

Deney grubu ve kontrol grubu BDE puan ortalaması yönünden karşılaştırıldığında deney grubunun ortalama puanının 15.21 ve kontrol grubunun ortalama puanının 7.58 olduğu görölmektedir. Depresyonun, OKB ile birlikte sıklıkla görölen bir bozukluk olmasına rağmen araştırma grubu ortalamasının kesme puan olan 17’nin altında kaldığı görölmektedir. Bunun sebebi, tedavi süreci devam eden bir deney grubu örneklemini seçilmiş olması ve katılımcıların çoğunun ilaç tedavisi ve psikoterapi görmesi olabilir. Demal ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada OKB’li katılımcıların %79’unun hastalıkları süresince en az bir kez majör depresyon kriterini karşıladığı belirtilmiştir (Demal ve ark., 1993). Maruziyet ve tepki önlemenin OKB’de kullanımı ile ilgili bir araştırmada, ileri düzeyde depresyonu olan OKB’li bireylerin, depresyonu bulunmayan OKB’li bireylere oranla maruziyet ve tepki önleme yönteminden daha az fayda göreceği sonucuna ulaşılmıştır (Abramowitz, 2004). Dolayısıyla kişiye en uygun terapi yönteminin belirlenebilmesi için, obsesif-kompulsif şikayetlerle başvuran kişilerin depresif şikayetleri olup olmadığının sorgulanması gerektiği, daha sonra bir tedavi planı oluşturulması gerektiği düşünölmektedir. Tökel ve arkadaşları, OKB’li katılımcılarda %39.5 majör depresyon ve %20.4 oranla distimi göröldüğu sonucuna ulaşmıştır (Tökel ve ark., 2002). Depresif mod ve OKB arasındaki ilişkiyi araştıran başka bir araştırmada, komorbid duygudurum bozukluğu olan OKB’li katılımcıların, duygudurum bozukluğu olmayan OKB’li katılımcılara göre daha şiddetli obsesyon semptomları bulunduğunu ancak kompulsiyon şiddeti açısından iki grupta farklılık bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Ricciardi ve McNally, 1995).

BDE puanlarının VOKE alt boyutlarıyla ilişkisine bakıldığında ise, BDE’nin kirlenme/bulaşma ($r=,415$; $p<0,01$), kontrol etme ($r=,438$; $p<0,01$), obsesyonlar ($r=,556$; $p<0,01$), sadece doğru hissetme ($r=,484$; $p<0,01$) ve kararsızlık ($r=,433$; $p<0,01$) alt boyutlarıyla orta düzey pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu görölmektedir. Buradan yola çıkarak BDE’nin, “biriktirme” alt tipi hariç diğer tüm VOKE alt tipleriyle ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılabilir. Kompulsif biriktiricilerin, OKB’li katılımcılardan daha fazla depresif semptom sergilediğini belirten bir araştırmada anksiyete kontrol edildikten sonra bu fark ortadan kalkmıştır (Frost ve ark., 2000). Ancak biriktirmenin OKB ile ilişkisini araştıran bir çalışmada, biriktirmenin, kontrol etme

kompulsiyonundan sonra en yüksek korelasyonu depresyon ile gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Wu ve Watson, 2005). Başka bir araştırmada ise, biriktirmenin depresif belirtilerle zayıf bir korelasyonu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Abramowitz ve ark., 2008). Biriktiricilerden oluşan bir örnekleme yürütülen bir araştırmada katılımcılar, bu davranışı kendilerinin bir parçası olarak tanımlamış ve kimileri bu davranışı tutumlulukla ilişkilendirerek olumlu bulduklarını ifade etmiştir. Bu araştırmada biriktiricilerin hata yapmaktan korktukları için hata yapmalarını önleyen biriktirme davranışına yöneldikleri dolayısıyla onlar için önemli bir nesneyi attıklarında hissedecekleri olumsuz duygulardan kaçındıkları belirtilmiştir (Frost ve Gross, 1993). Mevcut araştırmada da BDE ile biriktirme arasında ilişki bulunmamasının sebebi, biriktirme davranışının, görece değerli bir eşya elden çıkarıldığında bu durumun yaratacağı olumsuz duyguları ve dolayısıyla depresif semptom gelişimini engellemesi olabilir.

BDE ile SDÖ toplam puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, iki ölçekten alınan toplam puanlar arasında orta düzey negatif yönlü ($r=-,473$; $p<0,01$) bir ilişki bulunmuştur ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Sıkıntıya dayanma ile ilgili yürütülen bir diğer araştırmada ise üzgün duygudurumun sıkıntıya dayanma düzeyini düşürebileceği sonucuna ulaşılmıştır (Ellis ve ark., 2010). BDE toplam puanının SDÖ alt ölçekleriyle ilişkisi incelendiğinde, BDE'nin SDÖ "tolerans" alt ölçeği ile orta düzey negatif yönlü ($r=-,497$; $p<0,01$) bir ilişkisi olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Simons ve Gaher, tolerans alt ölçeğinin dolayısıyla sıkıntıyı tolere edebilme yeteneğinin yüksek düzeyde pozitif affekt ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Simons ve Gaher, 2005). Başka bir araştırmada, negatif duygular sonucu sıkıntıya dayanma kapasitesi düşük olan bireylerin Türkçeye 'geviş getirir gibi düşünme' olarak çevrilen ve 'Ben bunu hakedecek ne yaptım?' gibi düşüncenin olumsuz yönleri üzerine düşünme anlamına gelen bir ruminasyon çeşidini sık kullandıkları belirtilmiştir. Sıkıntıya dayanamayan bireylerin bu tür bir baş etme kapasitesi kullandığı ve stres veren durumun belirtilerine çok fazla odaklandıkları için depresif semptomlarının ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (Magidson ve ark., 2013). Sıkıntı veren durum ve duygulara dayanma derecesi ile ilgili olan tolerans alt ölçeğinin BDE ile ilişkili olması, kişinin üstesinden gelemediği sıkıntı ve stres yaratan durumların kendisini tamamen ele geçirmesi ve sıkıntının kendisini ne kadar kötü hissettirdiği ile ilgili düşüncelere odaklanması sonucu depresif bir duygudurum yaşamasından kaynaklanabileceği akla gelmektedir. Obsesif

bireylerin kontrol grubuyla karşılaştırıldığı ve katılımcılara korku, iğrenme, üzüntü ve kızgınlık temaları barındıran filmler izletilen bir araştırmada, yoğun obsesif düşünceleri olan bireylerin, üzüntü temalı filmlere gösterdiği duygusal toleransın daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun sebebinin obsesyonlar ve üzüntüye karşı düşük toleransın rahatsız edici düşünceleri akıldan atmakla ilgili zorlukları içermesi olabileceği belirtilmiştir (Cougle ve ark., 2013). Dolayısıyla yaşadıkları obsesyonlar sonucu yoğun bir sıkıntı hisseden ve bu sıkıntıya dayanma kapasitesi düşük olan bireylerin, bu düşüncelerden kurtulamadıkça üzgün ya da depresif bir duygudurum geliştirebileceği düşünülmektedir.

BDE ile ÜBÖ-30 toplam puanlarına bakıldığında, iki ölçeğin ortalama toplam puanlarının pozitif yönde ilişkili olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($r=,351$; $p<0,05$). BDE toplam puanının “kontrol edilemezlik ve tehlike” ($r=,305$; $p<0,05$) ve “düşünceleri kontrol ihtiyacı” ($r=,453$; $p<0,01$) ile pozitif yönde orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi vardır. Wells, yaygın anksiyete bozukluğunun üstbilişsel modelinin depresyondaki ruminasyonlara uygulanabileceğini belirtmiştir. Wells’e göre, ruminasyonlarla ilgili pozitif üstbilişsel inançlar yaygın anksiyetedeki endişe ile ilgili pozitif inançlara benzer (Wells ve Carter, 2001). Ruminatif düşünme depresyonun semptomu olarak görülebilir ancak aynı zamanda depresyonla başa çıkmada kullanılan bir stratejidir. Ruminatif düşünceler sonucu hissedilen umutsuzluk hissi depresyona katkıda bulunabilir (Papageorgiou ve Wells, 2001). Bu araştırmanın sonuçlarıyla paralel başka bir araştırmada, intruzif düşüncelerin en önemli iki yordayıcısının kişinin bu düşünceleri gerçekleştireceğine inancı ve düşüncelerin kontrol edilemezliği ile ilgili algısı olarak bulunmuştur (Purdon ve Clark, 1994). Düşüncenin kontrol edilmesi gerektiğini düşünen bireylerin düşük bir ruh haline sebep olabilecek ruminasyon gibi işlevsiz başa çıkma stratejileri kullanabileceğini belirten bir araştırmada, depresyonla en korele üstbilişsel inanç kontrol edilemezlik ve tehlike olarak bulunmuştur. Bu araştırmada bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık da depresyonla korele bulunmuştur ancak aradaki ilişki oldukça zayıftır (Spada ve ark., 2008). Sarısoy ve arkadaşları ise, unipolar ve bipolar depresyonu olan iki örneklem grubunun da sağlıklı kontrol grubuna göre kontrol edilemezlik ve tehlike ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeklerinden daha yüksek puan almıştır (Sarısoy ve ark., 2013). Bu araştırmada BDE toplam puanının kontrol edilemezlik ve tehlike ve düşünceleri

kontrol ihtiyacı alt ölçekleriyle ilişkisi düşünüldüğünde, kişinin düşünceleri üzerinde kontrol sahibi olamayarak bunun olası olumsuz sonuçlarına yönelmesinin, düşüncenin sürekli negatif yorumlanması ve değerlendirilmesinin depresif moda yol açabileceği akla gelmektedir.

Deney grubunun VOKE'den aldığı ortalama puanlar incelendiğinde, en yüksek puanın “kirlenme/bulaşma” alt tipinden alındığı görülmektedir. Tükel ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada da bu sonuçla paralel olarak, en yaygın obsesyonlar %74.1 ile kontaminasyonla ilgili endişeler olarak bulunmuştur (Tükel ve ark., 2002)

En çok puan alınan ikinci OKB alt boyutu ise “sadece doğru hissetme” olarak bulunmuştur. Sadece doğru hissetme, OKB'yi araştıran araştırmacıların ilgisini çeken bir kavramdır. Üniversite öğrencileri ile yürütülen bir araştırmada katılımcıların %95'inin son bir hafta içinde, %99'unun herhangi bir zaman diliminde sadece doğru hissetme ile ilgili bir deneyim yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (Coles ve ark., 2003). Bununla ilgili başka bir araştırmada “sadece doğru hissetme” deneyimlerinin OKB ile önemli bir ilişkisinin olduğu belirtilmiştir. “Sadece doğru hissetme” davranışı “kontrol etme”, “düzenleme/sıraya dizme” ve “şüphe” boyutları ile ilgiliyken, “kirlenme/bulaşma” ile ilgili bir korelasyon bulunmamıştır (Coles ve ark., 2003).

VOKE'de en çok puan alınan üçüncü alt boyut ise “obsesyonlar” ($t=3,312$; $p<0,05$) alt boyutudur. Düşünce ya da dürtü şeklinde deneyimlenebilecek obsesyonlar yalnızca OKB'li bireylerde değil genel popülasyonda da yaygındır. Normal ve anormal obsesyonlar içerik açısından benzerken, sıklık, yoğunluk, süre ve doğurduğu sonuçlar açısından farklılık gösterir (Rachman ve Silva, 1978).

Thordarson ve arkadaşlarının 88 OKB'li katılımcı ile yürüttüğü bir araştırmada katılımcılar en yüksek puanı “sadece doğru hissetme” alt tipinden almışlardır. Ardından en yüksek puan alınan alt tiplerin “kirlenme/bulaşma” ve “obsesyonlar” olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Thordarson ve ark., 2004). 46 OKB'li birey ve 365 kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubunu karşılaştıran ve obsesif kompulsif belirtilerin incelenmesinde VOKE kullanılan bir diğer araştırmada da sırasıyla “sadece doğru hissetme”, “kirlenme bulaşma” ve “obsesyonlar” iki grupta da en yüksek puan alınan alt tipler olmuştur (Boysan ve ark., 2015). VOKE kullanarak yürütülen 140 kişilik başka bir araştırmada en yüksek puan “sadece doğru hissetme” alt tipinden alınırken, ikinci sırada “kirlenme/bulaşma” ve üçüncü sırada ise “obsesyonlar” alt tiplerinin olduğu belirtilmiştir (Starcevic ve ark.,

2012).

Bu araştırmada klinik ve kontrol gruplarının OKB alt boyutlarının farklılaşma düzeyleri incelendiğinde OKB'li katılımcıların bulaşma kirlenme ($t=4,125$; $p<0,01$), kontrol etme ($t=2,198$; $p<0,05$), obsesyonlar ($t=3,312$; $p<0,05$), sadece doğru hissetme ($t=3,539$; $p<0,05$) ve kararsızlık ($t=3,103$; $p<0,05$) alt boyutlarındaki puan ortalamaları, sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Biriktirme alt boyutu ortalama puanı ise kontrol grubunda daha yüksek çıkmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Boysan ve arkadaşları da OKB alt boyutlarını VOKE kullanarak araştırdıkları bir çalışmada, OKBli katılımcıların biriktirme alt boyutunda sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla puan almadıklarını belirtmiştir (Boysan ve ark., 2015). VOKE'nin alt tiplerinden biri olan istifçilik, DSM 5'te (American Psychiatric Association, 2013) obsesif kompulsif bozukluk başlığından çıkarılmıştır. Biriktirmenin, obsesif düşünceler olmadan meydana geldiği sonucuna ulaşan bir araştırmada biriktirme, tatmin, rahatlama ve suçluluk duyguları ile ilgili bulunmuştur (Seedat ve Stein, 2002). Biriktirmenin OKB'den ayrı değerlendirilmesi gerektiği belirtilen başka bir araştırmada, biriktiricilerin, OKB'de etkinliği bilinen selektif serotonin geri alım inhibitörüne verdiği yanıtın OKB'li katılımcılara oranla zayıf olduğu belirtilmiştir (Winsberg ve ark., 1999). Biriktirmede de OKB'nin kontrol etme ve kontaminasyon alt tiplerinde olduğu gibi sorumluluk duyguları hakimdir ancak bu sorumlulukla ilgili çok net yanıtlar alınamamaktadır. Kontrol etme OKB'si olan kişiler kontrol etmezlerse oluşabilecek zararlı sonuçlar hakkında net bilgiler verirken, biriktiriciler bu konuda çok yüzeysel cevaplar vermiştir (Frost ve Hartl, 1996). OKB'li bireyler semptomlarından dolayı stres yaşarken, biriktiricilerin bu davranışlarından rahatsız olmadıkları belirtilmiştir. Yalnızca biriktirme, biriktirme/OKB birlikte ve yalnızca OKB'li katılımcılardan oluşan bir örneklemle yürütülen bu araştırmada yalnızca biriktirme g r len katılımcıların diğer iki gruba oranla daha düşük negatif affekt, anksiyete, endişe ve stres düzeyleri olduğu belirtilmiştir (Grisham ve ark., 2005). Biriktirmenin OKB'nin aksine ego-sintonik yapısı, OKB'de kullanılan tedavi yöntemlerine yanıtının daha zayıf olması bu araştırmada da olduğu gibi birçok araştırmada OKB'li bireylerin bu alt tipte kontrol grubundan farklılaşmaması OKB'den ayrı bir bozukluk olduğu görüşünü desteklemektedir. VOKE'de olduğu gibi, biriktirme alt tipinin OKB'nin bir alt boyutu olarak değerlendirildiği ölçeklerin yeniden

düzenlenmesi gerekebileceği akla gelmektedir.

Sıkıntı kavramı zaman zaman fiziksel belirtiler için kullanılsa da bu araştırmada bahsedilen kavram emosyonel sıkıntı ile ilgilidir. Sıkıntıya dayanma kavramı OKB’de olduğu gibi madde kullanımı, anksiyete, duygudurum ve kişilik bozuklukları gibi çeşitli patolojilerde de etkilidir (Leyro ve ark., 2010). Farklı anksiyete bozukluklarında ve OKB’de sıkıntıya dayanma düzeyini araştıran bir araştırmada katılımcıların duygusal sıkıntıya tolerans göstermede zorluk yaşadıkları belirtilmiştir. Bu araştırmanın sonucu olarak düşük sıkıntıya dayanma düzeyinin psikopatolojiye yatkınlık oluşturabileceği belirtilmiştir (Michel ve ark., 2016).

OKB’li katılımcıların SDÖ’den deney grubuna göre daha düşük puan alması, bu araştırmanın hipotezlerinden biridir. İstatistiksel veriler incelendiğinde bu hipotezin toplam SDÖ puanları açısından doğru olduğu görülmektedir. OKB’de sıkıntıya dayanma düzeyini inceleyen bir araştırmada, depresyon değişkeni kontrol edildikten sonra OKB’li grubun kontrol grubuna göre daha düşük sıkıntıya dayanma düzeyi olmadığı ve bunun da depresyonun, kişinin sıkıntıya dayanma düzeyini düşürmesi olabileceği belirtilmiştir (Macatee ve ark., 2013). 60 OKB’li katılımcının 60 kişilik sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığı bir araştırmada ise bu araştırmada olduğu gibi, OKB’li katılımcıların toplam SDÖ puanı kontrol grubuna göre daha düşük çıkmıştır (Ay ve Aytas, 2018).

Sıkıntıya Dayanma Ölçeği’nin “tolerans” alt tipi kişinin deneyimlenen sıkıntıya ne kadar dayanabildiği ve sıkıntının sonuçlarıyla ilgili düşüncelerini kapsamaktadır (Sargın ve ark., 2012). Bu araştırmada, OKB’li katılımcıların bu alt tipten alınan ortalama puanının kontrol grubuna oranla daha düşük ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. OKB’li bireylerin istenmeyen ve stres yaratan obsesyon ve kompulsyonlarına yükledikleri aşırı anlamlar nedeniyle yaşadıkları yoğun kaygıyı emosyonel olarak dayanılmaz görmelerinin bunun sebebi olabileceği düşünülmüştür. Ölçeğin “öz yeterlilik” alt tipinde, sıkıntı hissetmenin bir sonucu olarak hissedilen utanç gibi olumsuz duygularla ve kişinin kendisini sıkıntıyla baş edebilme konusunda ne kadar yeterli gördüğüyle ilgili maddeler yer almaktadır (Sargın ve ark., 2012). Bu araştırmadan elde edilen puanlar karşılaştırıldığında, OKB’li katılımcıların “öz yeterlilik” alt tipinden kontrol grubuna göre daha düşük puan aldığı görülmektedir. OKB’li bireylerin yoğun endişeler sebebiyle uyumsuz baş etme stratejileri kullanabileceği dolayısıyla da kendilerini obsesyon ve kompulsyonlarla baş etmede zayıf görmeleri bunun sebebi

olabilir. Ölçeğin “regülasyon” alt tipi ise, kişinin yaşanan olumsuz duygulardan kaçınmak için gösterdiği çaba ve bu duyguları hafifletmek için geliştirdiği hızlı başa çıkma yöntemleri ile ilgilidir (Sargın ve ark., 2012). Bu araştırmada deney ve kontrol grubu arasında “regülasyon” alt tipi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. OKB’de sıkıntıya dayanma kavramını inceleyen başka bir araştırmada, bu sonuçların aksine regülasyon alt ölçeği dahil bütün sıkıntıya dayanma alt ölçeklerinin OKB’li grupta kontrol grubuna oranla daha düşük bulunduğu belirtilmiştir (Ay ve Aytas, 2018). Cogle ve arkadaşları sıkıntıya dayanma düzeyi düşük ve yaşanan olumsuz bir duyguyla ilgili anında harekete geçme ihtiyacı anlamına gelen negatif aciliyeti yüksek bireylerin obsesyon semptomlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Cogle ve ark., 2012). Ancak bu araştırmada beklenenin aksine negatif aciliyetle ilişkilendirilebilecek “regülasyon” alt ölçeğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunun sebebinin regülasyonla ilgili soruların çok açıklayıcı olmaması ve katılımcıların “bir şeyler yapmak”la ilgili maddeleri anlamlandırmada sıkıntı yaşamış olmasından kaynaklanabilmesi olabilir. SDÖ’nün her alt ölçeğinden birer soru kullanılarak oluşturulan 4 soruluk kısa formunun OKB ile ilişkisini araştıran bir çalışmada, regülasyon hariç diğer tüm faktörlerde yüksek yüklenme bulunurken, regülasyon alt ölçeğinde düşük yüklenme bulunmuştur. Bu maddenin sıkıntıya dayanma yapısının dışına çıkıp deneyimsel kaçınma ya da uyumsuz emosyonel regülasyon stratejileri gibi yapılarla ilişkili olabileceği ifade edilmiştir (Garner ve ark., 2018). Bu alt ölçeğin ÜBÖ-30 toplam puan ve OKB belirtileri arasındaki ilişkisinin de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Literatürde OKB ve sıkıntıya dayanma ile ilgili araştırmalar SDÖ toplam puanları üzerinden değerlendirildiğinden SDÖ alt ölçeklerinin OKB ile ilişkisine dair sonuç bulunamamıştır. Sıkıntıya dayanma ve üstbilişlerle ilgili araştırmalarda da alt ölçeklerle ilgili bilgilere rastlanılmamıştır.

“Tolerans” alt ölçeğinin ÜBÖ alt ölçekleri ile ilişkisi incelendiğinde, ÜBO “kontrol edilemezlik ve tehlike” ve “düşünceleri kontrol ihtiyacı” ile negatif yönlü ve anlamlı ilişkili olduğu görülmektedir ($r=-,416$; $p<0,01$). OKB’li bireyler düşüncelerini kontrol etmeleri gerektiğini düşünür ve kontrol edemedikleri düşünceler füzyon inançları sebebiyle tehlikeli olarak değerlendirilir. Bununla benzer bir şekilde kontrol edilemezlik ve tehlike de endişelenmeye başladığında kişinin kendisini durduramayacağına dair inançlarıyla ilgilidir ve kişi bunun sonucu yoğun bir endişe duyar. Ortaya çıkan bu

olumsuz duygularla OKB’li bireylerde anlamlı bulunan düşük olumsuz duygulara katlanma kapasitesinin bu sebeple birbiriyle ilişkili bulunduğu düşünülmektedir.

“Özyeterlilik” alt ölçeğinin ÜBÖ-30 toplam puan ve “kontrol edilemezlik ve tehlike” alt boyutuyla negatif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmektedir. Bunun sebebinin, kişinin kendisini negatif duygularla baş etmede yetersiz gördükçe kontrol edemediği endişelerini daha tehlikeli yorumlamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Yukarıda belirtildiği gibi, SDÖ alt ölçeklerini üstbilişsel inançlarla ayrı ayrı inceleyen çalışmalar bulunamadığından literatürle karşılaştırma yapılamamıştır.

“Tolerans” alt ölçeğinin VOKE alt boyutlarıyla ilişkisine bakıldığında, “biriktirme” hariç her alt boyutla orta düzey ve negatif yönlü ilişkili olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Araştırmanın bir diğer hipotezi ÜBÖ-30’dan alınacak toplam puanın deney grubunda kontrol grubundan daha fazla olmasıdır. Toplam ÜBÖ puanları incelendiğinde deney grubunun toplam puan ortalamasının (73.32), kontrol grubu toplam puan ortalamasından (63.11) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum ikinci hipotezin de doğruluğunu kanıtlar niteliktedir. Pazvantoğlu ve arkadaşlarının araştırmasında da OKB’li katılımcıların ÜBÖ-30’dan sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar aldığı belirtilmiştir (Pazvantoğlu ve ark., 2013). Üstbilişsel inanışların obsesif kompulsif semptomlarla ilişkili olduğunu belirten araştırmalar vardır (Gwilliam ve ark., 2004). 83 OKB’li bireyin 12 aylık takibinin sağlandığı bir çalışmada, katılımcıların tedavi öncesi ve tedavi sonrasındaki üstbilişleri 385 kişilik sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılarak incelenmiştir. Deney grubunun başlangıçtaki üstbilişsel ortalama puanları kontrol grubuna göre daha yüksek çıkmıştır. OKB’li katılımcılara maruziyet ve tepki önleme tedavisinin uygulandığı bu çalışmada, tedavi sonrasında obsesif kompulsif semptom puanlarının ve ÜBÖ’den alınan ortalama puanların düştüğü gözlemlenmiştir (Solem ve ark., 2009).

Klinik ve kontrol grupları üstbiliş alt boyutları yönünden karşılaştırıldığında, klinik grubun “kontrol edilemezlik ve tehlike” ve “düşünceleri kontrol ihtiyacı” toplam puan ortalamasının, kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna paralel başka bir çalışmada da OKB’li katılımcıların “kontrol edilemezlik ve tehlike”, “düşünceleri kontrol ihtiyacı” ve “bilişsel güven” alt ölçeklerinden kontrol grubuna oranla önemli ölçüde yüksek puanlar aldığı sonucuna

ulaşmıştır. Aynı araştırmada obsesif-kompulsif belirtilerle en korele alt ölçekler ise “kontrol edilemezlik ve tehlike” ve “düşünceleri kontrol ihtiyacı” olarak bulunmuştur (Pazvantoğlu ve ark., 2013). Üstbilişlerle OKB arasındaki ilişkiyi araştıran başka bir çalışmada, “düşünceleri kontrol ihtiyacı”, “kontrol edilemezlik ve tehlike”, “olumlu inançlar” ve “bilişsel farkındalık” alt ölçeklerinin, obsesif kompulsif belirtilerin yordayıcıları olduğu belirtilmiştir (Tosun ve Irak, 2008). Başka bir araştırmada, OKB’li katılımcıların kontrol edilemezlik ve tehlike ve düşünceyi kontrol ihtiyacı alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanların, sağlıklı kontrol grubundan farklılaştığı görülmüştür (Cucchi ve ark., 2012). OKB’de üstbilişsel modeli test etmek için yürütülen bir araştırmada ise modelin OKB ile en bağlantılı boyutları olduğu belirtilen ÜBO-30 “kontrol edilemezlik ve tehlike” ve “düşünceleri kontrol ihtiyacı” alt ölçekleri kullanılmıştır. Tahmin edildiği gibi bu iki alt ölçek OKB ile ilişkili bulunmuştur (Myers ve Wells, 2005). “Kontrol edilemezlik ve tehlike” ve “düşünceleri kontrol ihtiyacı” ile ilgili üstbilişlerin ortak noktası, her iki üstbilişin de düşüncenin kontrolü ve bununla ilgili yaşanan anksiyete ile ilgili olmalarıdır (Pazvantoğlu ve ark., 2013). Düşünceleri kontrol ihtiyacı, düşünce kontrol edilmediğinde olabileceklerle ilgili olumsuz inançları kapsar (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). Kontrol edilemezlik ve tehlike ise, endişenin kontrol edilemez ve tehlikeli olmasıyla ilgili olumsuz inançlara sahip olmakla ilgilidir (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). Dolayısıyla birbiriyle bağlantılı bu iki alt ölçek OKB’nin üstbilişsel modelini temsil eden alt ölçekler olarak literatürde sıkça karşımıza çıkmaktadır. Wells’in 1997 yılında geliştirdiği OKB’nin üstbilişsel modeline göre düşüncenin önemi ve gücüyle ilgili inançları içeren üstbilişler, OKB’li bireylerde hakimdir. Füzyon inançları olarak da adlandırılan bu inançlar düşüncenin olası sonuçlarından dolayı olumsuz değerlendirilmesine sebep olur. Bu inançlar nedeniyle kişi düşüncesinin tehlikeli olduğunu ve kontrol edilmesi gerektiğini düşünür. Bu sebeple OKB’li grubun bu iki alt ölçekten aldığı puanın kontrol grubuna göre yüksek olduğu akla gelmektedir. Bu sonuca paralel olarak literatürde bu iki alt ölçeğin sıklıkla OKB ile bağlantılı olduğu fakat OKB’nin üstbilişsel diğer alt ölçeklerle neden ilişkisinin bulunmadığına dair bilgilere rastlanmamıştır.

Düşünceleri kontrol ihtiyacı ve kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçeklerinin obsesyonlarla pozitif yönlü korele olduğu görülmektedir. Moritz ve arkadaşları da yürüttükleri araştırmada, “düşünceleri kontrol ihtiyacı” ve “kontrol edilemezlik ve

tehlike” alt ölçeklerinin obsesyonlarla bağlantılı olduğu sonucuna ulaşmıştır (Moritz ve ark., 2010). Timpano ve arkadaşları da mevcut araştırmada olduğu gibi, “düşünceleri kontrol ihtiyacı” ve “kontrol edilemezlik ve tehlike” alt ölçeklerinin obsesyonlarla ilgili olduğunu belirtmiştir (Timpano ve ark., 2014). Literatür incelendiğinde düşünceleri kontrol ihtiyacı ve kontrol edilemezlik ve tehlike ile obsesyonlar arasındaki ilişkiye sıkça değinildiği görülmektedir. Mevcut araştırmanın sonuçlarıyla da paralel bu durumun, intruzif düşünce ya da imgelerin yarattığı olumsuz duygular sonucu, kişinin bu düşünceleri kontrol etmesi gerektiği aksi takdirde kontrolü kaybedebileceği ile ilgili inançlarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Kişi kendisini aklına gelen intruzif düşüncelerden sorumlu tutar ve cezalandırılacağına ya da bu düşüncelerin kendi zayıflığını yansıttığına dair inançlar oluşturur. Obsesif düşünceleri sebebiyle kontrolü kaybedeceğini ve bu durumun olası tehlikeleri olduğunu düşünür. Bu iki alt ölçeğin VOKE kararsızlık alt tipiyle de pozitif korele olduğu görülmektedir. Cucchi ve arkadaşları işlevsiz üstbilişlerin OKB’li bireylerin karar verme süreçlerini yavaşlatabileceğini belirtmiştir (Cucchi ve ark., 2012). Bu araştırmada da OKB ile en korele iki üstbilişsel alt ölçeğin kararsızlıkla ilişkili çıkması, düşüncenin sonuçlarıyla ilgili endişelerin karar verme yeteneğini etkilemesi olabilir. Bu iki alt ölçek VOKE sadece doğru hissetme ile de pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Bunun sebebi, “her şeyi tam olarak doğru yapmaya çalışmak” ya da eksiksiz tamamlanması gereken rutinlerle ilgili sadece doğru hissetmenin, bu iki alt ölçekte ortak olan kontrol kavramıyla bağlantısı olabileceği akla gelmektedir.

Kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilişkili bulunmayan VOKE kirlenme/bulaşma alt tipi düşünceleri kontrol ihtiyacıyla pozitif korele bulunmuştur. Bunun sebebi, bireyin aklına gelen kontaminasyonla ilişkili düşüncelerinin füzyon inançları sebebiyle gerçek olarak yorumlanması dolayısıyla düşüncenin olumsuz sonuçlarını engellemek için temizlik kompulsiyonlarını yapmak zorunda hissetmesi olabilir. Başka bir araştırmada “yıkama” kompulsiyonlarının yalnızca “kontrol edilemezlik ve tehlike” alt ölçeği tarafından yordandığı belirtilmiştir. Bu durumun, yıkama kompulsiyonunun düşünce kontrol stratejilerinden biri olması ve bu düşüncelerle ilişkilendirilen tehlikeyi azaltmasından kaynaklanabileceği belirtilmiştir. (Wells ve Papageorgiou, 1998). Mevcut araştırmada kirlenme/bulaşmanın kontrol edilemezlik ve tehlike ile korelasyonunun bulunmaması beklenmedik bir sonuçtur. Düşünceleri kontrol ihtiyacı ve kontrol

edilemezlik ve tehlikenin VOKE “biriktirme” alt ölçeğiyle korelasyonu bulunmamıştır. OKB ile en ilişkili bu iki üstbilişsel alt ölçeğin, OKB’li grupta farklılaşmayan tek VOKE alt tipi olan biriktirmeyle ilişkili bulunmaması beklenen bir sonuçtur. Biriktirmenin egosintonik yani benlikle uyumlu yapısı düşünüldüğünde, biriktirme davranışının düşünce kontrolü ya da düşüncenin tehlikeleriyle ilgili olumsuz üstbilişlerle bağlantısı olmadığı çünkü biriktirmenin nötralizasyonun aksine obsesif düşüncelerin olumsuz değerlendirilmesinden kaynaklanmadığı düşünülebilir. Bu iki üstbilişin VOKE “kontrol etme” ile neden korelasyonu bulunmadığı ise bilinmemektedir ve literatürde bu konuda bilgiye rastlanmamıştır. Mevcut çalışmada ayrıca bu iki alt ölçeğin SDÖ toplam puan ile negatif yönlü anlamlı ilişkili olduğu görülmektedir. Sıkıntıya katlanma düzeyi düştükçe bireyin yoğun endişe yaratan olumsuz üstbilişsel inançlardan daha fazla etkilenebileceği düşünülebilir.

ÜBÖ’deki diğer alt ölçeklerden “olumlu inançlar” endişe duymanın problemlerin çözümüne ve geleceği planlamaya katkısı ile ilgilidir (Tosun ve Irak, 2008). Klinik grup bu alt ölçekten kontrol grubuna göre daha yüksek puan almış olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Wells ilk olarak yaygın anksiyete bozukluğu ile ilgili geliştirdiği üstbilişsel modelde (Wells ve Carter, 2001) endişeyle ilgili pozitif inançların çoğu bireyde olağan olduğunu ancak bunun işlevsiz bir başa çıkma mekanizması olarak kullanılmaya başlandığında patolojik olabileceğini belirtmiştir. Hissedilen yoğun endişe sonucu birey kontrolü kaybettiğini düşündüğünden bu kez endişenin olumsuz yönlerine odaklanmaya başlar. Bu çalışmada OKB’li katılımcıların olumlu inançlar alt ölçeğinde farklılaşmamasının, endişeyle ilgili olumlu inançlarının yoğun bir endişe sonucu olumsuz inançlara dönüşmesinden kaynaklanıyor olabilir. “Olumlu inançlar” alt ölçeğinin VOKE alt boyutlarıyla ilişkisi incelendiğinde, “obsesyonlar”, “sadece doğru hissetme” ve “kararsızlık” ile pozitif yönlü ve anlamlı ilişkili olduğu görülmektedir. “Olumlu inançlar” ve “obsesyonlar” arasında ilişki bulan başka bir çalışmada OKB’nin “sıraya dizme/düzenleme” alt tipinin de bu alt ölçekle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Timpano ve ark., 2014). Başka bir çalışmada da zarar vermeyle ilgili obsesyonların “olumlu inançlar” ve “kontrol edilemezlik ve tehlike” alt ölçekleri tarafından yordandığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada, “olumlu inançların”, OKB’nin “kontrol etme” alt tipinin tek başına yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Wells ve Papageorgiou, 1998).

“Bilişsel güven” alt ölçeği kişinin kendi dikkat ve belleğine duyduğu güven ile

ilgilidir (Tosun ve Irak, 2008). Klinik grup bu ölçekten kontrol grubuna göre daha yüksek puan almıştır ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. “Bilişsel güven”, VOKE toplam puanı ve VOKE alt boyutları arasından yalnızca “biriktirme” ile pozitif yönlü ve anlamlı ilişkilidir. Başka bir araştırmada, “bilişsel güven” alt ölçeğinin, OKB’nin “sıraya dizme/düzenleme” ve “biriktirme” alt tipleriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Timpano ve ark., 2014). Irak ve Tosun’un üniversite öğrencileri ile yürüttüğü bir araştırmada, “bilişsel güven” alt ölçeğinin obsesif kompulsif belirtilerin yordayıcısı olmayan tek alt ölçek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tosun ve Irak, 2008). Bu sonuca paralel başka bir araştırmada, “bilişsel güven” alt ölçeğinin OKB semptomatolojisi ile ilgili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Moritz ve ark., 2010). OKB’de bilişsel güveni inceleyen bir araştırmada, OKB’li katılımcıların, Meta-Cognitions Questionnaire (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997) “bilişsel güven” alt ölçeğinin genel bellek yetenekleri, gerçeklik izleme ve dikkatle ilgili alanlarından düşük puanlar aldığı belirtilmiştir. Bu araştırmada belleğe güvenin, OKB’nin “kontrol etme” alt tipiyle bağlantılı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Hermans ve ark., 2008). Ancak Timpano ve arkadaşları bu görüşün aksine, düşük bilişsel güvenin OKB’nin kontrol etme/şüphe semptomlarıyla ilişkisi olmadığı sonucuna ulaşmıştır (Timpano ve ark., 2014). Bunun sebebinin, bu araştırmada klinik dışı örneklem kullanılmasından kaynaklanabileceği akla gelmektedir. Literatür tarama kısmında belirtildiği gibi, OKB’li bireylerde bellekle ilgili problemler yerine organize olmayla ilgili problemler görülmektedir. Özellikle bellekle ilgili sorular bulunan bilişsel güven alt ölçeğinin bu sebeple OKB’li bireylerde farklılık göstermediği akla gelmektedir.

“Bilişsel farkındalık” alt ölçeği kişinin düşünme süreçleri üzerinde durmasıyla ilgilidir (Tosun ve Irak, 2008). Klinik grubun bu ölçekten aldığı puan ortalaması kontrol gruptan yüksektir ancak bu istatistiksel olarak anlamlı bir fark değildir. “Bilişsel farkındalık”, VOKE alt boyutlarından “sadece doğru hissetme” ve “kararsızlık” ile pozitif yönlü ve anlamlı ilişkilidir. Başka bir araştırmada, “bilişsel farkındalık” alt ölçeğinin yalnızca “obsesyonlar” ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Moritz ve ark., 2010). Bir diğer araştırmada ise, bu alt ölçeğin obsesyonlar ve sıraya dizme/düzenleme ile ilgili olduğu sonucuna varılmıştır (Timpano ve ark., 2014).

Solem ve arkadaşları, OKB’nin tedavisi sonucundaki iyileşmenin en büyük belirleyicisinin “düşünceyi kontrol ihtiyacı” ve “olumlu inançlar” olduğunu belirtmiştir. Üstbilişlerin OKB’nin gelişmesine katkıda bulunuyor olabileceğini ve iyileşmek için

üstbilişleri değiştirmenin etkili olabileceği sonucuna ulaşmıştır (Solem ve ark., 2009).

Regresyon analizi bulguları incelendiğinde VOKE “kontrol etme” ($\beta=-0,35$; $p<0,05$) ve “kararsızlık” ($\beta=-0,50$; $p<0,05$) alt boyutları, SDÖ tolerans alt boyutunu negatif yönde ve anlamlı düzeyde yordamaktadır. Bu açıklayıcı ilişkinin katılımcıların %54’ünde görüldüğü ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun sebebi, kontrol etme davranışının uzun süreli rahatlama yaratmaması ve rahatlamak için tekrar tekrar kontrol etmeyi teşvik etmesinden dolayı bu kısır döngünün sıkıntıya katlanabilme kapasitesini düşürebileceği olabilir. Kararsızlık alt boyutunun ise SDÖ toleransla ilişkisi bilinmemektedir. Literatürde OKB’nin kontrol etme ve kararsızlık alt tiplerinin SDÖ toleransı yordayıcılığı ile ilgili bilgiye rastlanmamıştır. Bulgular incelendiğinde SDÖ öz yeterlilik alt boyutunun ilk regresyon modeline göre ÜBO-30 kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçeği tarafından negatif yönde ve anlamlı düzeyde yordandığı görülmektedir ($\beta=-0,42$; $p<0,05$). Ancak uygulanan hiyerarşik regresyon sonucu ikinci modelde VOKE alt tipleri eklendiğinde bu yordayıcılığın ortadan kalktığı görülmektedir. Bunun sebebin gerçekleştirilen kompulsiyonların bir baş etme stratejisi olarak kullanılması ve dolayısıyla öz yeterliliğin kontrol edilemezliği yordayıcılığını ortadan kaldırması olabilir. SDÖ, VOKE ve ÜBO-30 toplam ortalama puanlarının regresyon analizi bulguları incelendiğinde, OKB alt tiplerinin, üstbilişlerin yordayıcısı olduğu görülmektedir ($\beta=0,44$; $p<0,05$). Bu durumun katılımcıların %27’sinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Bu durum literatürle uyuşmayan bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatür incelendiğinde üstbilişlerin obsesif kompulsif semptomları yordadığını belirten sonuçlar vardır (Myers ve Wells, 2005). Ancak mevcut araştırmada bu durumun tam tersi mevcuttur ve bunun neden olabileceği ile ilgili bir açıklama yapılamamaktadır. Ölçeklerin öz bildirim dayalı ölçekler olması bu çelişkili sonucu doğurmuş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada OKB’li katılımcılar, sağlıklı kontrol grubuyla üstbilişler ve sıkıntıya dayanma yönünden karşılaştırılmıştır. OKB’de üstbilişler ve sıkıntıya dayanma son yıllarda araştırmacıların ilgisini çeken bir konu olsa da, bu iki kavramı aynı anda inceleyen araştırma sayısı oldukça azdır. Bu araştırmanın, OKB’nin bu iki kavram yönünden incelenmesi ve uygun tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi açısından literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

OKB’li bireylerin birtakım işlevsiz üstbilişlere sahip olduğu bilinmektedir (Pazvantoğlu ve ark., 2013). Bu araştırma, literatüre paralel olarak, OKB’li katılımcıların, sağlıklı kontrol grubuna oranla üstbilişsel faaliyetlerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Araştırma grubunun “kontrol edilemezlik ve tehlike” ve “düşünceleri kontrol ihtiyacı” ile ilgili üstbilişsel inanışlarda kontrol grubundan farklılaştığı görülmektedir. OKB’nin metakognitif terapi ile tedavisinde, bu iki inanç boyutu üzerinde yoğunlaşmanın faydalı olabileceği düşünölmektedir.

Araştırmanın bir diğer önemli sonucu, birçok farklı psikiyatrik bozuklukla ilişkili olduğu belirtilen sıkıntıya dayanma düzeyinin, OKB’li katılımcılarda kontrol grubuna oranla daha düşük olmasıdır. Literatürle uyumlu olan bu sonuç, OKB’li bireylerin emosyonel sıkıntıya katlanma kapasitelerinin düşük olması dolayısıyla patoloji gelişimine daha yatkın olabileceklerini akla getirmektedir. OKB’li katılımcıların özellikle SDÖ “tolerans” ve “özyeterlilik” alt ölçeklerinden düşük puanlar aldıkları düşünöldüğünde, OKB’nin tedavisinde bu iki kavramın önemli olabileceği akla gelmektedir.

Literatürde birçok kez belirtildiği ve bu araştırmanın sonuçlarından da göröldüğü gibi OKB son derece heterojen bir psikiyatrik bozukluktur. OKB’nin çeşitli alt tipleriyle ilişkili olan üstbilişsel inançlar ve sıkıntıya dayanma alt boyutlarının birbirinden farklı olduğu görölmektedir. Bu durum, OKB’nin farklı alt tiplerinin tedavisinde kullanılacak yöntemlerin çeşitlendirilmesi ve kişiye özgü bir tedavi metodu geliştirilmesi gerektiğini düşöndürmektedir.

Bu araştırmanın sınırlılıklarından biri, hedeflenen örneklem sayısına ulaşılamamış olmasıdır. Araştırma örnekleminin ilk etapta en az 50 kişilik OKB ve 50 kişilik sağlıklı kontrol olmak üzere 100 kişi olması amaçlanmıştır. Gerekli izinler

alındıktan sonra görüŖülmesi hedeflenen danışanların bir kısmına randevu iptali ya da erteleme gibi sebeplerden dolayı ulaşılamamıştır. Dolayısıyla ilk başta hedeflenen en az 50 kişilik OKB’li deney grubu, 43 kişide sınırlanmak zorunda kalmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarının bir kısmı literatürle uyumlu olsa da bu konuda yapılacak araştırmaların daha geniş bir örnekleme yapılması, bulguların genellenebilmesi açısından son derece önemlidir.

Araştırmanın bir diğer sınırlılığı ise, deney grubunun yalnızca NP Feneryolu Tıp Merkezi ve NP İstanbul Beyin Hastanesi’ne gelen kişilerden oluşmasıdır. Bulgulara bakıldığında, örneklemin eğitim ve gelir düzeyinin genel popülasyonun üzerinde olduğu görölmektedir. Bu da araştırma sonuçlarının sosyodemografik açıdan genellenebilmesi önünde bir sınırlılık oluşturmaktadır. Sonraki çalışmaların yalnızca özel bir hastaneden değil, toplumun her kesimini temsil etmesi açısından devlet hastanelerine başvuran kişilerden de seçilmesi sonuçların genellenebilmesi açısından oldukça önemlidir.

Araştırma grubunun çoğunun tedavi süresince psikiyatrik bir ilaç kullandığı ve psikoterapi aldığı görölmektedir. Katılımcıların ölçeklere verdikleri cevapların bir kısmının kullanılan ilacın etkisine ve psikoterapiye göre değişkenlik gösterebileceği akla gelmektedir. Daha sağlıklı sonuçlar alabilmek için, sonraki çalışmaların OKB’li olup ilaç tedavisi/psikoterapi almayan kişiler üzerinde de uygulanıp bulguların karşılaştırılması, sonuçların bilimsel bir biçimde değerlendirilmesi açısından gereklidir.

KAYNAKÇA

Abramowitz, J. S., Wheaton, M. G., & Storch, E. A. (2008). The status of hoarding as a symptom of obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 1026-1033.

Abramowitz, J. S. (2004). Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients who have comorbid major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 60(11), 1133-1141.

Altıntaş, E., & Özçürümez, G. (2015). Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaların cinsiyet farklılığı açısından değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 40(3), 409-417.

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

Ay, R., & Aytas, O. (2018). The relationship between eating attitudes and distress tolerance in obsessive compulsive disorder. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 45(6), 139-142.

Ayçiçeği, A., Dinn, W.M., Harris, C.L., & Erkmén, H. (2003). Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder: effects of comorbid conditions on task performance. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 18 (5), 241-8.

Beck, A. T. (1961). An Inventory For Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.

Boysan, M., Gulec, M., Deveci, E., & Barut, Y. (2015). Diagnostic performance of the Turkish version of the Vancouver obsessional compulsive inventory (VOCI) versus Padua inventory-revised (PI-R): a validation study. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 25(1), 44-56.

Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders, 11*(3), 279-296.

Chakrabarty, K., Bhattacharyya, S., Christopher, R., & Khanna, S. (2005). Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology, 30*(9), 1735.

Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rhéaume, J. (2003). “Not just right experiences”: perfectionism, obsessive–compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy, 41*(6), 681-700.

Conelea, C. A., Walther, M. R., Freeman, J. B., Garcia, A. M., Sapyta, J., Khanna, M., & Franklin, M. (2014). Tic-related obsessive-compulsive disorder (OCD): phenomenology and treatment outcome in the Pediatric OCD Treatment Study II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53*(12), 1308-1316.

Cogle, J. R., Timpano, K. R., & Goetz, A. R. (2012). Exploring the unique and interactive roles of distress tolerance and negative urgency in obsessions. *Personality and Individual Differences, 52*(4), 515-520.

Cogle, J. R., Timpano, K. R., Sarawgi, S., Smith, C. M., & Fitch, K. E. (2013). A multi-modal investigation of the roles of distress tolerance and emotional reactivity in obsessive-compulsive symptoms. *Anxiety, Stress & Coping, 26*(5), 478-492.

Crino, R. D., & Andrews, G. (1996). Obsessive-compulsive disorder and axis I comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders, 10*(1), 37-46.

Crino, R., Slade, T., & Andrews, G. (2005). The Changing Prevalence and Severity of Obsessive-Compulsive Disorder Criteria From DSM-III to DSM-IV. *American Journal of Psychiatry, 162*(5), 876-882

Çamlı, K., Türkçapar, M.H., Sargın, A.E. (2012) Reaktif ve otojen özellik gösteren obsesif kompulsif bozuklukta içgörü, bilşsel içgörü ve sosyodemografik özellikler. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*.1(1), 28–35.

Çilli, A.S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S., & Kucur, R. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive psychiatry*, 45 (5), 367-74.

Cucchi, M., Bottelli, V., Cavadini, D., Ricci, L., Conca, V., Ronchi, P., & Smeraldi, E. (2012). An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comprehensive psychiatry*, 53(5), 546-553.

Deckersbach, T., Savage, C.R., Dougherty, D.D., Bohne, A., Loh, R., Nierenberg, A., Sachs, G., & Rauch, S.L. (2005). Spontaneous and directed application of verbal learning strategies in bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder. *Bipolar disorders*, 7 (2), 166-75.

Demal, U., Lenz, G., Mayrhofer, A., Zapotoczky, H. G., & Zitterl, W. (1993). Obsessive-compulsive disorder and depression. *Psychopathology*, 26(3-4), 145-150.

Demet, M. M., Deveci, A., Deniz, F., Taşkın, E. O., Şimşek, E., & Yurtsever, F. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(3), 133-144.

Denys, D., Tenney, N.H., Megen, H.J., Geus, F.D., & 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), 155-62.

Dilbaz, N., & Karamustafalıoğlu, O. (2008). Obsesif kompulsif bozukluk ve obsesif kompulsif spektrum bozukluklarında tedavi: Fluvoksamin'in yeri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 18(3), 208-221.

Diler, R.S., & Avcı, A. (2002). Sociodemographic and clinical characteristics of Turkish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Croatian medical journal*, 43 (3), 324-9.

Doğan K, Solak Ö, Özdel K, Türkçapar M. H. (2013). Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Tiplerinde ve Sağlıklı Kontrol Grubunda Üstbilişlerin Karşılaştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, (2), 34–40.

Douglass, H.M., Moffitt, T.E., Dar, R., McGee, R., & Silva, P. (1995). Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (11), 1424-31.

Eisen, J. L., Phillips, K. A., Baer, L., Beer, D. A., Atala, K. D., & Rasmussen, S. A. (1998). The Brown assessment of beliefs scale: reliability and validity. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 102-108.

Ellis, A. J., Fischer, K. M., & Beevers, C. G. (2010). Is dysphoria about being red and blue? Potentiation of anger and reduced distress tolerance among dysphoric individuals. *Cognition & Emotion*, 24(4), 596-608.

Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 39(2), 117-132.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 152(1), 90.

Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., Marques, C., & Versiani, M. (2003). Early-and late-onset obsessive–compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *Journal of Psychiatric Research*, 37(2), 127-133.

Fontenelle, L.F., Mendlowicz, M.V., & Versiani, M.C. (2006). The descriptive epidemiology of obsessive–compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30, 327-337.

Fontenelle, L.F., Mendlowicz, M.V., Marques, C.R., & Versiani, M.C. (2004). Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *Journal of psychiatric research*, 38 (4), 403-11.

Frost, R. O., & Hartl, T. L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour research and therapy*, 34(4), 341-350.

Frost, R. O., & Gross, R. C. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour research and therapy*, 31(4), 367-381.

Frost, R. O., Steketee, G., Williams, L. F., & Warren, R. (2000). Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive compulsive hoarders: a comparison with clinical and nonclinical controls. *Behaviour research and therapy*, 38(11), 1071-1081.

Garcia-Soriano, G., Rufer, M., Delsignore, A., & Weidt, S. (2014). Factors associated with non-treatment or delayed treatment seeking in OCD sufferers: a review of the literature. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 1-10.

Garner, L. E., Van Kirk, N., Tiff, E. D., Kropfing, J. W., Mathes, B. M., Fraire, M., ... & Elias, J. A. (2018). Validation of the distress tolerance scale-short form in obsessive compulsive disorder. *Journal of clinical psychology*, 74(6), 916-925.

Goddard, A. W., Shekhar, A., Whiteman, A. F., & McDougle, C. J. (2008). Serotonergic mechanisms in the treatment of obsessive–compulsive disorder. *Drug discovery today*, 13(7-8), 325-332.

Gordon, W. M. (2002). Sexual obsessions and OCD. *Sexual and Relationship Therapy*,

17(4), 343-354.

Greenberg, B. D., Rauch, S. L., & Haber, S. N. (2010). Invasive circuitry-based neurotherapeutics: stereotactic ablation and deep brain stimulation for OCD. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 317.

Greisberg, S., & McKay, D. (2003). Neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: a review and treatment implications. *Clinical psychology review*, 23 (1), 95-117.

Grisham, J. R., Brown, T. A., Liverant, G. I., & Campbell-Sills, L. (2005). The distinctiveness of compulsive hoarding from obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(7), 767-779.

Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(2), 137-144.

Hemmings, S. M., Kinnear, C. J., Lochner, C., Niehaus, D. J., Knowles, J. A., Moolman-Smook, J. C., ... & Stein, D. J. (2004). Early-versus late-onset obsessive-compulsive disorder: investigating genetic and clinical correlates. *Psychiatry research*, 128(2), 175-182.

Hermans, D., Engelen, U., Grouwels, L., Joos, E., Lemmens, J., & Pieters, G. (2008). Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: distrusting perception, attention and memory. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 98-113.

Heyman, I., Fombonne, E.J., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H., & Goodman, R. (2003). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *International review of psychiatry*, 15 (1-2), 178-84.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.

İnozü, M. & Yorulmaz, O. (2013). Vancouver Obsesif-Kompulsif Ölçeği: Türkçe Formunun Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikoloji Yazıları*, 16(32), 64-72.

Karno, M., Golding, J.M., Sorenson, S.B., & Burnam, M.A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of general psychiatry*, 45 (12), 1094-9.

Kim, C. H., Koo, M. S., Cheon, K. A., Ryu, Y. H., Lee, J. D., & Lee, H. S. (2003). Dopamine transporter density of basal ganglia assessed with [123 I] IPT SPET in obsessive-compulsive disorder. *European journal of nuclear medicine and molecular imaging*, 30(12), 1637-1643.

Külz, A., Hohagen, F., & Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biological psychology*, 65 (3), 185-236.

Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., ... & Goodman, W. K. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 911-917.

Lee, H. J., & Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour research and Therapy*, 41(1), 11-29.

Lee, H. & Telch, M.J. (2007). Autogenous obsessions and reactive obsessions. In Abramowitz, J. S., McKay, D., & Taylor, S. (Eds) *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions* (pp. 107-123). Elsevier Science Ltd.

Lensi, P., Cassano, G. B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J. L., & Akiskal, H. S.

(1996). Obsessive–Compulsive Disorder: Familial–Developmental History, Symptomatology, Comorbidity and Course with Special Reference to Gender-Related Differences. *The British Journal of Psychiatry*, *169*(1), 101-107.

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

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.

Macatee, R. J., Capron, D. W., Guthrie, W., Schmidt, N. B., & Cogle, J. R. (2015). Distress tolerance and pathological worry: Tests of incremental and prospective relationships. *Behavior Therapy*, *46*(4), 449-462.

Macatee, R. J., Capron, D. W., Schmidt, N. B., & Cogle, J. R. (2013). An examination of low distress tolerance and life stressors as factors underlying obsessions. *Journal of psychiatric research*, *47*(10), 1462-1468.

Magidson, J. F., Listhaus, A. R., Seitz-Brown, C. J., Anderson, K. E., Lindberg, B., Wilson, A., & Daughters, S. B. (2013). Rumination mediates the relationship between distress tolerance and depressive symptoms among substance users. *Cognitive therapy and research*, *37*(3), 456-465.

Michel, N. M., Rowa, K., Young, L., & McCabe, R. E. (2016). Emotional distress tolerance across anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, *40*, 94-103.

Millet, B., Kochman, F., Gallarda, T., Krebs, M. O., Demonfaucon, F., Barrot, I., ... & Hantouche, E. G. (2004). Phenomenological and comorbid features associated in obsessive–compulsive disorder: influence of age of onset. *Journal of affective disorders*, *79*(1-3), 241-246.

Mitchell, M.A., Riccardi, C.J., Keough, M.E., Timpano, K.R., & Schmidt, N.B. (2013). Understanding the associations among anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: a comparison of three models. *Journal of anxiety disorders, 27*, 1, 147-54.

Moritz, S., Peters, M. J., Larøi, F., & Lincoln, T. M. (2010). Metacognitive beliefs in obsessive-compulsive patients: a comparison with healthy and schizophrenia participants. *Cognitive neuropsychiatry, 15*(6), 531-548.

Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A. (2009). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of anxiety disorders, 23*(4), 436-442.

Myers, S. G., & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders, 19*(7), 806-817.

Nestadt G, Samuels J, Riddle M, et al (2000). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch.Gen. Psychiatry, 57*, 358–363.

Nestadt, G., Grados, M., & Samuels, J. F. (2010). Genetics of obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America, 33*(1), 141-58.

Neziroglu, F., & Stevens, K. P. (2002). Insight: its conceptualization and assessment. In Frost, R. O. & Steketee, G. (Eds). *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions* (pp. 183-193). Pergamon.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 35*(7), 667-681.

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*(2), 160-164.

Pauls, D.L., Abramovitch, A., Rauch, S.L., & Geller, D.A. (2014). Obsessive–compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, *15*, 410-424.

Pazvantoglu, O., Algul, A., Ates, M. A., Sarisoy, G., Ebrinc, S., Basoglu, C., & Cetin, M. (2013). Metacognitive functions in obsessive compulsive disorder in a Turkish clinical population: the relationship between symptom types and metacognition subdimensions. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, *23*(1), 65-71.

Purcell, R., Maruff, P., Kyrios, M., & Pantelis, C. (1998). Cognitive deficits in obsessive-compulsive disorder on tests of frontal-striatal function. *Biological psychiatry*, *43* (5), 348-57.

Purdon, C., & Clark, D. A. (1994). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, *32*(4), 403-410.

Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour research and therapy*, *31*(2), 149-154.

Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour research and therapy*, *16*(4), 233-248.

Rachman, S., Shafran, R., Mitchell, D., Trant, J., & Teachman, B. (1996). How to remain neutral: An experimental analysis of neutralization. *Behaviour Research and Therapy*, *34*(11-12), 889-898.

Rachman, S.J. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour research and therapy*, *35* 9, 793-802.

Radomsky ve ark. (2007). Doubting and Compulsive Checking. In Abramowitz, J. S.,

McKay, D., & Taylor, S. (Eds) *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions* (pp.19-35). Elsevier Science Ltd.

Radomsky, A. S., & Rachman, S. (2004). Symmetry, ordering and arranging compulsive behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42(8), 893-913.

Ricciardi, J. N., & McNally, R. J. (1995). Depressed mood is related to obsessions, but not to compulsions, in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(3), 249-256.

Ruscio, A.M., Stein, D.J., Chiu, W.T., & Kessler, R.C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53-63.

Ryum, T., Kennair, L. E. O., Hjemdal, O., Hagen, R., Halvorsen, J. Ø., & Solem, S. (2017). Worry and metacognitions as predictors of anxiety symptoms: a prospective study. *Frontiers in psychology*, 8, 924.

Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 571-583.

Salkovskis, P.M., Shafran, R., Rachman, S.J., & Freeston, M.H. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour research and therapy*, 37 11, 1055-72.

Sargin, A. E., Özdel, K., Utku, C., Kuru, E., Yalçinkaya-Alkar, O., & Türkçapar, M. H. (2012). Sıkıntıya Dayanma Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(3), 152-161.

Sarisoy, G., Pazvantoğlu, O., Özturan, D. D., Ay, N. D., Yilman, T., Mor, S., ... & Gümüş, K. (2014). Metacognitive beliefs in unipolar and bipolar depression: A comparative study. *Nordic journal of psychiatry*, 68(4), 275-281.

Sayar, K., Uğurad, I. K., & Acar, B. (1999). Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9, 142-147.

Seedat, S., & Stein, D. J. (2002). Hoarding in obsessive–compulsive disorder and related disorders: a preliminary report of 15 cases. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56(1), 17-23.

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.

Solem, S., Håland, Å. T., Vogel, P. A., Hansen, B., & Wells, A. (2009). Change in metacognitions predicts outcome in obsessive–compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behaviour research and therapy*, 47(4), 301-307.

Spada, M. M., Mohiyeddini, C., & Wells, A. (2008). Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the metacognitions questionnaire 30. *Personality and Individual differences*, 45(3), 238-242.

Starcevic, V., Berle, D., Brakoulias, V., Sammut, P., Moses, K., Milicevic, D., & Hannan, A. (2012). Interpersonal reassurance seeking in obsessive-compulsive disorder and its relationship with checking compulsions. *Psychiatry research*, 200(2-3), 560-567.

Stengler, K., Olbrich, S., Heider, D., Dietrich, S., Riedel-Heller, S., & Jahn, I. (2013). Mental health treatment seeking among patients with OCD: impact of age of onset. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(5), 813-819.

Taylor, S., Abramowitz, J., & McKay, D. (2007). Cognitive-behavioral models of obsessive–compulsive disorder. In M. Antony, C. Purdon, & L. Summerfeldt (Eds.), *Psychological treatment of OCD: Fundamentals and beyond* (pp. 9–29). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuck, C. N., & Hakstian, A. R. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1289-1314.

Timpano, K. R., Rasmussen, J. L., Exner, C., Rief, W., & Wilhelm, S. (2014). The association between metacognitions, the obsessive compulsive symptom dimensions and hoarding: A focus on specificity. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 188-194.

Tolin, D. F., & Meunier, S. A. (2007). Contamination and decontamination. In Abramowitz, J. S., McKay, D., & Taylor, S. (Eds) *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions* (pp. 3-18). Elsevier Science Ltd.

Torres, A.R., Prince, M.J., Bebbington, P., Bhugra, D.K., Brugha, T.S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H.I., & Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *The American journal of psychiatry*, 163 (11), 1978-85.

Tosun, A., Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği -30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 67-80

Tükel, R., Polat, A., Genç, A., Bozkurt, O., & 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., & Türksöy, N. (2002). Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(3), 204-209.

Veale, D., Sahakian, B.J., Owen, A.M., & Marks, I.M. (1996). Specific cognitive deficits in tests sensitive to frontal lobe dysfunction in obsessive-compulsive disorder.

Psychological medicine, 26 (6), 1261-9.

Viswanath, B., Narayanaswamy, J.C., Rajkumar, R.P., Cherian, A.V., Kandavel, T.K., Math, S.B., & Reddy, Y.C. (2012). Impact of depressive and anxiety disorder comorbidity on the clinical expression of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 53 (6), 775-82.

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, NY, US: Guilford Press.

Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32, 85–102.

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*, 42 (4), 385-96.

Wells, A., & Matthews. (1994), *Attention and Emotion*, London: LEA.

Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive–compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour research and therapy*, 36(9), 899-913.

Williams, A. D., Thompson, J., & Andrews, G. (2013). The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour research and therapy*,

51(8), 469-475.

Winsberg, M. E., Cassic, K. S., & Koran, L. M. (1999). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: a report of 20 cases. *The Journal of clinical psychiatry*.

World Health Organisation (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva: WHO.

Wu, K. D., & Watson, D. (2005). Hoarding and its relation to obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(7), 897-921.

Zayman, E.P. (2016). DSM 5'te obsesif kompulsif bozukluk. *Cukurova Medical Journal*, 41(2), 360-362.

EKLER

Ek 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI: Takıntı Hastalığında Üstbilişler ve Sıkıntıya Dayanma

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu** imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Takıntı hastalığında sıklıkla görülen bazı kavramlar vardır. Bunlardan bazıları üst bilişler ve sıkıntıya dayanmadır. Bu çalışma ile takıntı hastalığının bu iki kavram yönünden incelenmesi amaçlanmıştır

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken beş adet form verilecektir. Bunlardan ilkinde bazı demografik verilerinizle ilgili sorular bulunmaktadır. Bu form çalışmacılar tarafından hazırlanmıştır. Diğer dört form ise standardize ölçeklerdir. Bu ölçekler sizin, üstbilişsel inanışlarınız, sıkıntıya dayanma düzeyiniz, depresif belirtileriniz ve takıntılarınızı sorgulamaktadır. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

1. Emine Gamze Tekin Larsson- gamze.tekinn1@gmail.com

Ek 2

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Arařtırmacı² Adı Soyadı:</i>	Emine Gamze Tekin Larsson	<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>	0554 417 86 26- Nafi Baba Sokak No: 6 Rumeli Hisarüstü/ İstanbul- İstanbul International Community School	

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

Ek 3

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Cinsiyet: Kadın Erkek

Yaş:

Medeni Durum: Evli Bekar Birlikte yaşıyor Boşanmış Dul

Eğitim Durumu: İlkokul Mezunu Ortaokul Mezunu Lise Mezunu

Üniversite Mezunu Yüksek Lisans ve üstü

Çalışma Durumu: Çalışıyor Çalışmıyor Emekli

Aylık Gelir Düzeyi: 0-1000 TL. 1001 TL-3000 TL

3001 TL-5000 TL. 5001 TL ve üzeri

Daha önce herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı aldınız mı?

Evet Hayır Belirtiniz_____

Kullandığınız psikiyatrik bir ilaç var mı ?

Evet Hayır Belirtiniz_____

Daha önce Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı aldıysanız bu durum ne kadar zamandır var?

0-1 yıl 1-5 yıl 5-10 yıl. 10 yıldan fazla

Hiç psikoterapi aldınız mı?

Evet Hayır

Ek 4

BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)

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 üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızgınım.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 7- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
 2. Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
 3. Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum
- 8- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9- 0. İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
 1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10- 0. Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
 1. Eskisine kıyasla daha kolay canı sıkılıyor ve kızıyorum.
 2. Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
 3. Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.

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

Ek 5

SIKINTIYA DAYANMA ÖLÇEĞİ

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

	Tamamen katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmek bana dayanılmaz gelir	1	2	3	4	5
2. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde tek düşünebildiğim ne kadar kötü hissettiğimdir	1	2	3	4	5
3. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmenin üstesinden gelemem	1	2	3	4	5
4. Sıkıntılı duygularım beni tamamen ele geçirecek kadar yoğundur	1	2	3	4	5
5. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmekten daha kötü bir şey yoktur	1	2	3	4	5
6. Sıkıntılı ya da üzgün olmaya diğer birçok kişi kadar katlanabilirim	1	2	3	4	5
7. Sıkıntı ya da üzüntü duygularım kabul edilemezdir	1	2	3	4	5
8. Sıkıntılı ya da üzüntülü hissetmemek için her şeyi yaparım	1	2	3	4	5
9. Diğer insanlar sıkıntılı veya üzüntülü hissetmeye benden daha çok dayanıyor gibiler	1	2	3	4	5
10. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmek her zaman benim için ateşten gömlektir	1	2	3	4	5
11. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde utanırım	1	2	3	4	5
12. Sıkıntılı hissetmek ya da üzüntülü olmak beni korkutur	1	2	3	4	5
13. Sıkıntılı veya üzgün hissetmeyi durdurmak için her şeyi yaparım	1	2	3	4	5
14. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde hemen bir şeyler yapmalıyım	1	2	3	4	5
15. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde, sıkıntının aslında ne kadar kötü hissettirdiğine odaklanmaktan kendimi alamam	1	2	3	4	5

Ek 6

ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ-30

Bu anket insanların kendi düşünceleri hakkında sahip oldukları inançları ile ilgilidir. Aşağıda insanların ifade ettikleri bazı inançlar listelenmiştir. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve bu ifadeye genellikle ne kadar katıldığınızı uygun numarayı işaretleyerek belirtiniz. Lütfen tüm maddelere cevap veriniz doğru ya d yanlış cevap yoktur.

	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Düşüncelerimi izlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır	(1)	(2)	(3)	(4)

15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Endişelerim beni delirtebilir	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Düşündüğümün her an farkındayım	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Belleğime güvenmem	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem	(1)	(2)	(3)	(4)
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 7

VANCOUVER OBSESİF KOMPULSİF ENVANTERİ (VOKE)

Her bir ifadeyi, ifadenin sizin için kadar doğru olduğunu en iyi tanımlayan sayıyı daire içine alarak belirtiniz. Lütfen, belirli bir madde üzerinde çok fazla vakit harcamadan her bir maddeyi yanıtlayın.

Aşağıdaki ifadeler sizin için ne kadar doğru?	Hiç	Çok Az	Biraz	Oldukça	Çok
1. Mektupları postalamadan önce, her harfi tekrar tekrar kontrol etme mecburiyeti hissederim	0	1	2	3	4
2. Kesici bir alet kullanmakla ilgili istenmeyen düşüncelerim nedeniyle sıklıkla keyfim kaçır.	0	1	2	3	4
3. Paraya dokunduktan sonra kendimi çok kirli hissederim.	0	1	2	3	4
4. Önemsiz kararları almak bile bana çok zor gelir.	0	1	2	3	4
5. Kendimi, tamamıyla mükemmel olmaya mecbur hissederim.	0	1	2	3	4
6. Bir kaza hakkındaki aynı istenmeyen düşünce veya imge (hayal) tekrar tekrar aklıma gelir	0	1	2	3	4
7. Musluk ve elektrik düğmesi gibi şeyleri kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
8. Evi veya kendimi mikroplardan korumak için aşırı miktarda dezenfektan (mikrop öldürücü) kullanırım.	0	1	2	3	4
9. Sıklıkla önemsiz şeyleri (ör. araba plakaları, levhalardaki talimatlar) ezberlemeye mecbur hissederim.	0	1	2	3	4
10. Evim, biriktirdiğim eşyalarla darmadağınık olduğu için günlük ev işlerini yapmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
11. Bir şeye karar verdikten sonra, çoğunlukla kararım konusunda uzun süre endişe duyarım.	0	1	2	3	4
12. Hemen hemen her gün, zihnimde istem dışı beliren olumsuz düşüncelerden dolayı rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
13. Ellerimi yıkamak için çok zaman harcarım	0	1	2	3	4

14. Her şeyi tam olarak doğru yapmaya çalıştığım için işleri tamamlamakta sıklıkla zorluk yaşarım.	0	1	2	3	4
15. Ayakkabılarımın tabanına dokunmak beni çok huzursuz eder.	0	1	2	3	4
16. Cinsel içerikli istenmeyen düşünce ve imgelerimden (hayallerden) sıklıkla rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
17. Çok önemsiz bir karar bile vermek zorunda olsam, kendimi gergin hissederim.	0	1	2	3	4
18. Kendimi günlük işleri yaparken, çok katı bir sıralama takip etmeye mecbur hissederim.	0	1	2	3	4
19. Mobilyalarımın veya diğer eşyalarımın her zaman tam olarak aynı pozisyonda/konumda olmaması beni rahatsız eder.	0	1	2	3	4
20. Her ne kadar bunu yapma isteğine karşı koymaya çalışsam da kapı ve pencerelerin kilitli olup olmadığını tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
21. Çöp ya da çöp kutusuna dokunmak bana çok zor gelir.	0	1	2	3	4
22. Bir şeyi atmam gerektiğini düşündüğümde kendimi çok gergin veya üzgün hissederim.	0	1	2	3	4
23. Mikroplar ve hastalık konusunda gereğinden fazla endişeliyimdir.	0	1	2	3	4
24. Günlük işleri zamanında tamamlayamadığım için çoğunlukla geç kalırım.	0	1	2	3	4
25. Bir şey bulaşma (kirlenme) olasılığı nedeniyle umumi telefonları kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
26. Biriktirdiğim gereksiz eşya yığınlarından dolayı insanları evime davet etmeye utanırım.	0	1	2	3	4
27. Ölüm ile ilgili aynı üzüntü verici düşünce veya imge (hayal) aklıma tekrar tekrar gelir.	0	1	2	3	4
28. Herkesin içinde birden bire küfür etmek ve hakaret etmek ile ilgili istenmeyen düşünce ve imgeler beni sıklıkla rahatsız eder.	0	1	2	3	4
29. Diğer insanları üzümüş olabileceğime dair çok endişelenirim.	0	1	2	3	4
30. Sıklıkla, akıp giden bir trafiğin içine arabayla veya koşarak dalma dürtüsü beni korkutur.	0	1	2	3	4
31. Rutin işlerimi yaparken neredeyse her zaman sayı sayarım.	0	1	2	3	4
32. Bir hayvana dokunduğum zaman kendimi çok kirlenmiş hissederim.	0	1	2	3	4
33. En büyük sorunlarımdan biri, bir şeyi tekrar tekrar kontrol etmektir.	0	1	2	3	4
34. Aklıma sıklıkla, kontrolü kaybedeceğime dair rahatsız edici istem dışı düşünceler gelir.	0	1	2	3	4
35. Neyi saklayıp neyi atmam gerektiğine karar vermek benim için neredeyse imkânsızdır.	0	1	2	3	4
36. Güçlü bir şekilde, bir şeyleri saymaya kendimi mecbur hissederim.	0	1	2	3	4
37. Bunu yapma dürtüsüne karşı koysam bile, ocağı kapatıp kapatmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
38. Yatmadan önceki rutin hazırlığımı kesinlikle aynı şekilde tamamlayamazsam çok rahatsız olurum	0	1	2	3	4
39. Vücut salgıları (kan, idrar ve ter vb.) ile en ufak bir temastan bile çok korkarım.	0	1	2	3	4
40. Sıklıkla, diğer insanlara zarar vermeye yönelik istem dışı istek ve dürtülerimden çok rahatsız olurum	0	1	2	3	4
41. Her gün, aynı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmekle çok zaman harcarım.	0	1	2	3	4

42. İsraf etmekten korktuğum için bazı şeyleri atmakta çok zorlanırım.	0	1	2	3	4
43. Sıklıkla elektrik düğmesi, musluk, araç-gereç ve kapı gibi şeyleri birkaç defa kontrol etmek zorunda kalırım.	0	1	2	3	4
44. En büyük sorunlarımdan biri, temizlik konusunda aşırı endişeli olmamdır.	0	1	2	3	4
45. Gelecekte ihtiyacım olabilir diye korktuğum için, eski dergi, gazete ve fişleri biriktirme zorunluluğu hissederim.	0	1	2	3	4
46. Aklıma tekrar tekrar dinsel içerikli rahatsız edici ve kabul edilemez düşünceler gelir.	0	1	2	3	4
47. Aynı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için genellikle işlerimi yetiştiremem.	0	1	2	3	4
48. Hata yapmaktan çok korktuğum için bir konuda karar vermeyi ertelemeye çalışırım.	0	1	2	3	4
49. Sıklıkla aklıma hastalık konusunda rahatsız edici ve istenmeyen düşünceler gelir.	0	1	2	3	4
50. Mikroplar konusunda oldukça hassas olduğum için bakımlı olsa bile, umumi tuvaletleri bile kullanmaktan korkarım.	0	1	2	3	4
51. Karşı koymaya çalışmama rağmen, hiç kullanmayacağım çok sayıdaki nesneyi biriktirme mecburiyeti hissederim.	0	1	2	3	4
52. Rahatsız edici ve istenmeyen biçimdeki ahlak dışı düşünceler aklıma tekrar tekrar gelir.	0	1	2	3	4
53. En büyük sorunlarımdan biri ayrıntıya çok fazla takılmamdır.	0	1	2	3	4
54. Kendime zarar verme dürtüsünden sıklıkla rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
55. Her şeyi tamamen doğru yapmaya çalıştığım için hazırlanıp evden dışarı çıkmam çok fazla zaman alır.	0	1	2	3	4

ÖZGEÇMİŞ

Adı : Emine Gamze

Soyadı: Tekin Larsson

Doğum Tarihi: 21/02/1991

Doğum Yeri: Sakarya

Cep telefonu : 0554 417 86 26

E-mail: gamze.tekinn1@gmail.com

Eğitim:

2009-2014 Yeditepe Üniversitesi- Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik

2017- Üsküdar Üniversitesi- Klinik Psikoloji

İş Deneyimi:

02/13-05/13 Atanur Oğuz Koleji : Psikolojik Danışmanlık Stajı

09/13-12/13 Mecidiyeköy Anadolu Lisesi : Psikolojik Danışmanlık Stajı

02/14-05/14 Birlikcan Rehabilitasyon Merkezi : Özel Eğitim Stajı

11/14 İstanbul International Community School : Asistan Öğretmen (yarı zamanlı)

10/15- 6/18 Pronto Publishing Services : Serbest Çevirmen (yarı zamanlı)

Eğitimler:

- 2017 Bilişsel Davranışçı Terapi Teori ve Beceri Eğitimi
- 2019 Bilişsel Davranışçı Terapi Süpervizyon (devam ediyor)
- 2017 Çift ve Aile Terapisi 200 saat (devam ediyor)

