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

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA VE ALT TİPLERİNDE AŞIRI DEĞERLENDİRİLMİŞ DÜŞÜNCE ÜSTBİLİŞ, BÜYÜSEL İNANÇLAR, YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE DİĞER KLİNİK ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Meryem Gül TEKSİN BAKIR

ANKARA
TEMMUZ 2017

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

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA VE ALT TİPLERİNDE AŞIRI DEĞERLENDİRİLMİŞ DÜŞÜNCE ÜSTBİLİŞ, BÜYÜSEL İNANÇLAR, YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE DİĞER KLİNİK ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Meryem Gül TEKSİN BAKIR

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Selçuk Aslan

ANKARA
TEMMUZ 2017

KABUL VE ONAY

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Meryem Gül Tevsin Bakır
Baba Adı	Resul
Doğum Yeri/Tarihi	KARS / 1987
Diploma Tarihi / Diploma No	30.06.2011 / 158827
Mezun Olduğu Fakülte	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
İhtisas Süresi	Yıl: 4 Ay:
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarda ve Alt Tiplerinde Aşırı Değerlendirilmiş Düşünce, Üstbiliş, Bilişsel İnançlar, Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Diğer Klinik Özelliklerle İlişkisi

JÜRİ KARARI: "BAŞARILI BULUNMUŞTUR"

Tıpta uzmanlık eğitimi çerçevesinde yürütülmüş olan yukarıda adı geçen Dr. Meryem Gül Tevsin Bakır'a ait bu çalışma 21/07/2017 tarihinde yapılan tez savunmasında aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN

Prof.Dr. Ayla Erkıvılcım
T.C. Gazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Dip.No: 46049 - Dip.Tes.No: 49951

Prof. Dr. Selçuk ASLAN

ÜYE

Prof. Dr. Meryem Erbek Özer

ÜYE

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY i
İÇİNDEKİLER ii
TEŞEKKÜR iv
KISALTMALAR DİZİNİ vi
TABLOLAR LİSTESİ viii
ŞEKİLLER LİSTESİ x
GRAFİKLER LİSTESİ xi
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİLER 8
2.1. Obsesif -Kompulsif Bozukluk 8
2.1.1. Tanım 8
2.1.2. Tarihçe 8
2.1.3. Epidemiyoloji 9
2.1.4. Etiyoloji 10
2.1.5. Klinik Özellikler 17
2.1.6. Otojen ve Reaktif Obsesyon Kavramları 19
2.1.7. Tanı 22
2.1.8. Eştanı 23
2.1.9. Ayırıcı Tanı 25
2.1.10. Tedavi 26
2.1.11. Prognoz 31
2.2. Üstbiliş 31
2.2.1. Tanım 31
2.2.2. Üstbiliş ve Psikopatoloji 34
2.2.3. Üstbiliş ve OKB 35
2.3. Aşırı Değer Verilmiş Düşünce 37
2.4. Büyüsel Düşünce 38
2.5. Yaşam Kalitesi 40
2.6. Otojen ve Reaktif Obsesyonların Üstbiliş İle İlişkisi 40
2.7. Otojen ve Reaktif Obsesyonların Büyüsel Düşünce İle İlişkisi 41
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER 43
3.1. Araştırmanın süresi ve yeri 43

3.2. Örneklem grubu 43
3.2. Örneklem Genişliği Hesaplamaları 44
3.3. Etik Kurul Onayı 45
3.4. Araştırmanın Bütçesi 45
3.5. Veri toplama araçları 45
3.5.1. Onam ve Bilgilendirme 45
3.5.2. Sosyodemografik veri formu 45
3.5.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) 46
3.5.4. Aşırı Değerlendirilmiş Düşünce Ölçeği (ADDÖ) 46
3.5.5. Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ) 47
3.5.6. Büyüsel Düşünce Ölçeği (BDÖ) 47
3.5.7. Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) 48
3.5.8. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) 48
3.5.9. Beck Anksiyete Envanteri (BAE) 49
3.5.10. Beck Depresyon Envanteri (BDE) 49
3.5.11. İstatistiksel Analiz 49
4. BULGULAR 51
5. TARTIŞMA 75
5.1. Kontrol ve OKB Grupları Arasında Tanımlayıcı Bulgular ile İlgili Değerlendirmeler 79
5.2. Kontrol ve OKB Grupları Arasında Üstbilişler Veriler ile İlgili Değerlendirmeler 80
5.3. Kontrol ve OKB Grupları Arasında Aşırı Değerlendirilmiş Düşünceler ile İlgili Değerlendirmeler 85
5.4. Kontrol ve OKB Grupları Arasında Büyüsel İnançlar ile İlgili Değerlendirmeler 88
5.5. Kontrol ve OKB Grupları Arasında Yaşam Kalitesiyle İlişkili Değerlendirilmeler 91
6. SONUÇ 98
7. KAYNAKLAR 103
8. ÖZET 112
9. ABSTRACT 115
10. EKLER 118
11. ÖZGEÇMİŞ 150

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ilgi ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Selçuk Aslan ile bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum için her daim çok şanslı hissettiğim Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Aslı Kuruoğlu başta olmak üzere, destek ve önerileriyle her zaman yanımda olan Sayın Prof. Dr. Nevzat Yüksel'e ve Prof. Dr. Mustafa Ender Taner'e, kendisini her konuda örnek aldığım hem mesleki hem manevi daima yanımda hissettiğim Sayın Prof. Dr. Selçuk Candansayar'a, tıp fakültesi öğrencilik dönemimde de psikiyatriyi sevmeme ve seçmeme ön ayak olmuş, sonrasında kıymetli bilgi ve tecrübeleriyle bizleri aydınlatmış değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Zehra Arıkan ve Prof. Dr. Behcet Coşar'a, engin bilgi ve deneyimlerini bizlerden esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Rukiye Filiz Karadağ'a çok teşekkür ederim.

Eğitim sürecimde bilgi ve tecrübelerinden faydalanma fırsatı bulduğum, psikiyatriyi sevmeme vesile olmuş, yoluma ışık tutmuş, her zorluk ve sıkıntımda yanımda olan çok değerli hocam Uzm. Dr. Seçil Özen'e gönülden teşekkür ederim.

Asistanlığım süresince beraber çalıştığım, yardımlarını ve dostluklarını her zaman hissettiğim tüm değerli asistan arkadaşlarıma, özellikle Sevgili arkadaşım Dr. Şule Akıncı ve Değerli dostum Dr. Ferit Şahin'e; her zaman çok uyumlu bir işbirliği içinde çalıştığımız kliniğimizin değerli hemşirelerine ve tüm tedavi ekibine çok teşekkür ederim.

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonum süresince ilgi ve desteğini esirgemeyen, kendisinden çok kıymetli bilgiler edindiğim Sayın Prof Dr Pınar Yurtbaşı'na, değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Yasemen Işık Taner'e, Prof. Dr. Elvan İşeri ve Doç. Dr. Esra Güney'e, Nöroloji rotasyonum sırasında

bilgilerinden yararlandığım tüm hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Hayatımın her anında koşulsuz sevgi ve destekleriyle yanımda olan, başarımın asıl mimarları olarak gördüğüm, benden çok uzaklarda olmalarına rağmen her zaman yanımda hissettiğim sevgili babam Resul Teksin ve annem Soncan Teksin'e; desteğini hiç bir koşulda esirgemeyen, dostum, biricik ablam Gülen Teksin'e ve varlığını hep omzumda hissettiğim çok değerli hayat arkadaşım Serhan Bakır'a sonsuz teşekkürler…

Aynı rahmi paylaşıp her daim yan yana olduğum, psikiyatri ihtisasımı tamamladığım bu tıp fakültesinde aynı sıralarda dirsek çürüttüğüm ve hekimlik sürecimiz sonrasında psikiyatri mesleğinde de yoluma yoldaş olmuş; tez sürecimde yardım, öneri ve destekleriyle beni aydınlatmış; hayat ışığım, dostum, ikiz kardeşim ve meslektaşım Psikiyatrist Dr. Gülşen Teksin'e canı gönülden teşekkür ederim...

Bu çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarıma özellikle teşekkür ederim… Onlar olmasa bu çalışma yapılamazdı…

KISALTMALAR DİZİNİ

5-HIAA	: 5- hidroksiindol asetik asit
5-HT	: 5-Hidroksitriptamin
ADD	: Aşırı değerlendirilmilş düşünce
ADDÖ	: Aşırı Değerlendirilmiş Düşünce Ölçeği
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
ASC	: Anterior singulat korteks
BAE	: Beck Anksiyete Envanteri
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
BDÖ	: Büyüsel Düşünce Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırılması
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
fMRI	: İşlevsel manyetik rezonans görüntüleme
ICD	: Hastalıların uluslararası sınıflaması
Maks.	: Maksimum
Min.	: Minimum
MKT	: Metakognitif Terapi
MOKSL	: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
OFC	: Orbitofrontal korteks
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OCD	: Obsesive Compulsive Disorder
PANDAS	: Streptokok Enfeksiyonuna Bağlı Pediatrik Otoimmun Nöropsikiyatrik Hastalık
PET	: Pozitron Emisyon Tomografi
PFC	: Prefrontal korteks

SS : Standart Sapma

SSRI : Selektif serotonin gerialım inhibitörü

SPSS : Statistical Programof Social Science

ÜBÖ : Üst bilişim ölçeği

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

WHOQOL-BREF-TR: Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

YAB : Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Y-BOCS : Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Üstbilişle İlgili Önemli Kavramlar ve Açıklamaları 33
Tablo 2. Kontrol Grubuna Ait Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı (n:55) ... 51
Tablo 3. OKB Grubuna Ait Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı (n:54) 52
Tablo 4. OKB Hastaları ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri 53
Tablo 5. Kontrol Grubuna Ait Bireylere Uygulanan Ölçeklerin Genel Toplam ve Alt Boyutlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri (n:55)..... 54
Tablo 6. OKB Hastalarına Ait Bireylere Uygulanan Ölçeklerin Genel Toplam ve Alt Boyutlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri (n=54)..... 55
Tablo 7. Gruplar Arasında ÜBÖ, WHOQOL-BREF-TR, MOKSL Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması 57
Tablo 8. Ölçekler ve Alt Boyutlarının Birbirleriyle Hasta Grubunda İncelenmesi n=54 62
Tablo 9. OKB Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Üstbiliş Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 65
Tablo 10. OKB Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF-TR Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 66
Tablo 11. OKB Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 69
Tablo 12. OKB Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 70
Tablo 13. OKB Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre BAE, BDÖ ve ADDÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 71
Tablo 14. Otojen ve reaktif OKB alt gruplarına ait Sosyodemografik ve Klinik Özellikler..... 72

Tablo 15. Otojen ve Reaktif grubun ÜBÖ, WHOQOL-BREF-TR, MOKSL, Y-BOCS, BDÖ, BAE genel toplam ve alt boyutları açısından karşılaştırılması 74

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Üstbiliş (üst düzey) ve Bilişin (nesne düzeyi) Bağlantıları ve İşleyiş Çerçevesi (Nelson ve Narens'dan (1994) uyarlanmıştır)..... 33

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. ADDÖ ve ÜBÖ arasındaki ilintinin dağılımını gösteren grafik 87
Grafik 2. ADDÖ ve BDÖ arasındaki ilintinin dağılımını gösteren grafik 90
Grafik 3. Y-BOCS ve MOKSL arasındaki ilintinin dağılımını gösteren grafik .. 93

1. GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)'ta a kişi rahatsız edici, benliğe yabancı, tekrarlayıcı ve kaygı oluşturan düşünceler, varsayımlar, dürtüler ya da imgeler (obsesyonlar) yaşar ve bunların sonucunda oluşan kaygıyı azaltmak için kontrol etme, tekrarlama gibi emin olmaya çalışmak için yineleyen davranışlar ya da zihinsel işlemler (kompulsiyon) yapar [1]. Bu sorun kişinin sosyal ve mesleki alanlarında önemli kısıtlanmalara ve sorunlara yol açar.

OKB'nin yetişkinlerde yaşam boyu yaygınlığı % 2.5 ve bir yıllık yaygınlığı % 0,5-% 2,1 olarak saptanmıştır [2]. Hastaların %15'inde mesleki ve toplumsal işlevsellikte bozulmanın zamanla arttığı ve OKB'nin yeti yitimine en sık sebep olan tıbbi durumlar içerisinde 10. sırada yer aldığı belirtilmiştir [3].

OKB kişilerin akademik, mesleki, sosyal ve aile işlevlerini olumsuz etkileyerek yeti yitimine yol açan bir bozukluktur [4]. OKB tanılı hastalarda bu alanda yapılan sınırlı sayıda çalışmada yaşam kalitesinin bozulduğu bildirilmektedir [5]. Bu çalışmalarda yaşam kalitesinin hastalığın klinik özellikleri ile ilişkisine ait bilgiler ise sınırlıdır. Son yıllarda geliştirilen psikofarmakoloji ve bilişsel davranışçı psikoterapi yöntemleriyle uzun yıllardır dirençli bir hastalık olarak görülen OKB hakkında fikirler değişmeye başlamıştır [6]. Davranışçı yaklaşımdaki alıştırma ve tepkiyi engelleme ile hastanın aşamalı olarak kaygı ve kompusiyonlarını artıran durumların üstüne gitmesi ve başlangıçta duyulan korku ve kaygının kontrol altına alınması amaçlanmaktadır [7]. Davranışçı yaklaşımın OKB tedavisindeki bazı kısıtlılıkları nedeniyle bu tedaviye bilişsel bileşenin eklenmesi düşünülmüştür [8].

OKB'de altı inanç alanının önemli olabileceği yönünde görüş bildirilmiş olup bu alanlar:

- ✓ düşüncelerin kontrol edilebilirliğine dair inanç,

- ✓ abartılmış sorumluluk,
- ✓ düşüncelere önem verme (düşünce eylem kaynaşması),
- ✓ abartılı tehdit algısı,
- ✓ mükemmeliyetçilik ve
- ✓ belirsizliğe tahammülsüzlüktür [9].

Üstbiliş kavramı ilk olarak Flavell tarafından (1979) bilişleri kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçlerden oluşan bir sistem olarak tanımlanmıştır [10].

Üstbiliş, kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir üstbilişsel sistemdir [11]. Zihinsel işlevlerimiz ve zihin işleyişimize ilişkin düşünce, kural ve inançlarımız üstbilişsel alanda yer alırlar. Üstbilişsel model, insanın bilişsel süreçlerinin uyuma yönelik çalışmasında büyük rol oynadığını ileri sürer. Dolayısıyla bu sistemde meydana gelebilecek herhangi bir sapmanın, doğal olarak pek çok psikopatolojinin gelişmesi ve sürmesinde önemli bir faktör olacağı düşünülmektedir [12].

Kişinin kendi düşüncelerini izlemesi ve düşünce sürecine odaklanmasına dair olan bilişsel farkındalık boyutunun OKB hastalarında diğer anksiyete bozukluklarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu ve hem klinik hem de normal örneklem üzerinde bilişsel farkındalığın OKB gelişimi ve sürdürülmesinde önemli rol oynadığı önceki çalışmalarda saptanmıştır [12]. OKB'nin üstbilişsel modeline göre OKB ile ilişkili olduğu düşünülen inanç alanları üstbilişlerin bir ürünü olarak görülür [13]

Obsesif Kompulsif Bozukluğun belirtileri olan obsesyonlar ve kompulsiyonların oluşması ve sürdürülmesinde, düşüncenin değerlendirilmesi ve düşünce hakkındaki inançlar gibi üstbilişsel süreçlerin öneminden söz edilmektedir [14]. Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB) bu yaklaşıma dayanan

üstbilişsel modeline göre ise, kişiler bazı girici tarzdaki düşüncelerinin önemi ve etkilerine yönelik olumsuz değerlendirme içeren inançlara sahiptirler. Uygun olmayan ölçütlere dayanan üstbilişler kişiyi bir takım nötrleştirici ve kontrol edici ritüeller sergilemeye yöneltir. Böylelikle tehdit hakkındaki değerlendirmelerinin kalıcı hale gelmesine ve belleklerine olan güvenlerinin azalmasına yol açarlar [15].

Aşırı Değerlendirilmiş Düşünce (ADD) kişinin zihnini meşgul eden, obsesyonlara oranla benliğe daha az yabancı, sanrısal kesinliğe ulaşmamış, fakat bu doğrultuda da yoğunlaşabilen düşünceler olarak tanımlanmaktadır [16]. Jaspers sanrının niteliksel olarak normal veya ADD'den farklı olduğunu ve ADD'nin normalden daha inandırıcı, benliğe daha az yabancı ve sürekli; ancak bireyin kişiliği ve duygularıyla uyum içinde olan bir inançla ilintili olduğunu belirtmiştir [16].

Kozak ve Foa (1994) bu ikilemi bir ucunda sanrısal yoğunluğa ulaşmış düşüncelerin, diğer ucunda ise kişinin benliğine yabancı ve mantıksız bulduğu obsesif düşüncelerin olduğu ve tam anlamıyla sanrısal bir karakter kazanmamış, yeterince de iç görünün olmadığı düşüncelerin ise ADD olarak bu yelpazenin ortasında yer almaları gerektiğini düşünmüşlerdir. [17]

ADD'lerin OKB tanılı hastalarda olmasının çeşitli klinik sonuçları olabilmektedir. Bunlar içinde en önemlisi tedaviye kötü yanıtı öngören bir etmen olmalarıdır. [18]. Çünkü bu düşünceler kişinin ego bütünlüğüyle kısmi uyumlu olmasından dolayı sağlık yardımı arama davranışının oluşmaması veya gecikmesine neden olabilmektedir [18]. Dolayısıyla OKB hastalarında ADD varlığı klinik olarak önemli bir bulgudur.

Büyüsel düşünce kişinin kendi düşüncesi ve dış gerçeklik arasındaki hatalı bir nedensellik ilişkisini varsayma eğilimi şeklinde tanımlanmıştır [19]. Eckblad ve Chapman (1983)'a göre ise herhangi bir nedensellik ilişkisinin kuramsal olarak

olanaklı olduğunun savunulmasından çok, kişinin büyüsel düşüncesine ilişkin öznel yaşantısı daha mühimdir [20].

Herhangi bir psikopatolojisi olmayan normal bireyler de zaman zaman stres ile karşılaştıklarında kontrol duygusu sağlayabilmek için büyüsel veya batıl düşüncelere başvurabilirler [21] [22]. Büyüsel düşünce ve OKB ilişkisi ise henüz yeterince aydınlatılamamış olsa da tıpkı üstbilişsel düşüncede olduğu gibi düşünce eylem kaynaşması kuramına dayanır [19]. Bu kuram OKB'de görülen ve nedensellik veya bilimsel yasalarla açıklanamayan bir takım nötralize edici kompulsif tarzda davranışları açıklayabilmektedir [23-24] [24] [25]. Yapılan çalışmalarda OKB tanılı hastalarda obsesyon alt tiplerine göre büyüsel düşünce puanları değişiklik göstermektedir. Agresif ya da dini obsesyonlar gibi atipik obsesyonları olanlarda [26] [27] ve istifleme ve sayma kompulsiyonları olanlarda büyüsel düşünce puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır [24];[28] ; [27]. OKB'da temizlik ve kontrol etme alt tipleri büyüsel düşünce skorları açısından kıyaslandığında çelişkili sonuçlar elde edilmekle birlikte yine de kanıtlar kontrol etme alt tipinin büyüsel düşünce ile temizlik alt tipine göre daha ilintili olduğunu göstermektedir [29]; [24] [24] [30] [22]. Başka bir çalışmada ise Einstein ve Menzies (2008) OKB'li hastalarda tedavi öncesi büyüsel düşünce puanlarını tedaviye direnç ile korele bulmuşlar ve aynı zamanda OKB semptomlarındaki iyileşme ile büyüsel düşünce puanlarındaki gerilemeyi de birbiriyle ilişkili saptamışlardır [30]. Bu bağlamda büyüsel düşünce tedavi öncesi iyileşmeyi gösteren bir parametre olarak düşünülebilir.

OKB, etiyoloji, klinik ve tedaviye yanıt gibi özellikler açısından heterojen yapıya sahip bir ruhsal hastalıktır [31]. Heterojen bir doğaya sahip OKB'un, homojen özellikli alt tiplerini belirlemeye yönelik çalışmalar giderek artmaktadır. Böylece, hastalığın daha iyi anlaşılması ve daha özgül psikofarmakolojik ve psikoterapotik tedavi seçeneklerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Yeni tedavi seçeneklerinin gelişmesiyle, OKB tedavisinde başarı oranlarının artması hedeflenmektedir.

Hastalığın sınıflandırılmasına yönelik olarak, pek çok araştırmacı değişik yöntemler önermiştir. Obsesif kompulsif bozukluğun belirti yapısını tanımlayan çalışma ve sınıflandırmalar başlangıçta kompulsiyonlara dayanılarak yapılmıştır.

İki çalışmacı (Lee ve Kwon) yakın zamanda, obsesyonları bilişsel gelişim dizgelerini temel alarak otojen obsesyonlar ve reaktif obsesyonlar olarak iki alt gruba ayırmayı önermiştir. Otojen ve reaktif obsesyonlar, bilişsel açıdan farklı bir gelişim dizgesine sahip olmaları, farklı uyaranlarla tetiklenmeleri, farklı içeriklere sahip olmaları, klinik özellikleri arasında ayrımlar olması ve farklı başa çıkma tutumlarının kullanılması açısından, araştırmacılara hastalık için daha homojen bir alt tiplendirme fırsatı sunmaktadır. Otojen ve reaktif alt grupları karşılaştıran bilişsel davranışçı psikoterapi açısından yapılan değerlendirmelerde de, otojen obsesyonlar için bilişsel teknikler daha etkili bulunurken, reaktif obsesyonlar tepki engelleme gibi davranışçı tekniklere daha iyi yanıt vermektedir.

Her iki alt grubun üstbiliş ile ilişkisini araştıran çalışmalar az sayıdadır. Doğan ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada otojen ve reaktif grupların üstbilişleri karşılaştırılmış, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır [32]. Öte yandan Corcoran ve Woody (2008) normal örneklemle çalıştıkları araştırmalarında sosyal kabul görmeyecek ve kişide suçluluk duyguları uyandıran otojen nitelikte düşünceleri olan katılımcıların değerlendirmesini istemişler ve düşüncelerin kendini kötü karakteri olan bir kişi olarak görme, zihinsel bir bozuklukla ilişkilendirme, ahlaksızlık gibi değerlendirmelerin obsesif-kompülsif belirtilerle ilişkili olduğuna dair sonuçlar elde etmişlerdir [33].

Literatürde bildiğimiz kadarıyla reaktif ve otojen gruplarda aşırı değerlendirilmiş düşünceleri araştıran bir çalışma mevcut değildir. Reaktif obsesyonlu bireyler klinisyenlere her ne kadar düşüncelerini akla aykırı olarak tanımlasalar da düşünceleri görece daha gerçekçi, kabul edilebilir veya başkaları tarafından kabul edilmesi gereken düşünceler olarak anlatmaya eğilimlidirler. Bu yüzden, kendilerini zihinlerinden bu düşünceleri savuşturmaktan ziyade

düşüncenin istenmeyen olası sonuçlarını engellemek için asıl başetme davranışına adarlar [34]. Otojen obsesyonlu bireylerin ise obsesyonları aşırı değerlendirilmiş nitelikte olsa da bu düşüncelerini klinik görüşmelerde belirtmekten daha fazla suçluluk duyabilirler ve daha akla aykırı açıklama eğilimi gösterebilirler.

Otojen obsesyonlu bireyler obsesif düşüncelerini kontrol edebilmek için sıklıkla daha büyüsel kompulsif davranış ve ritüeller gösterebilirler. Obsesyonlarını tetikleyici herhangi bir dış tetikleyici olmadığından nötralize edici kompulsif davranışlarının belirli bir hedefi yoktur. Bu da batıl anlaşılabilecek bir takım davranışları daha fazla göstermelerine neden olabilir. Otojen hastaların reaktif hastalara göre daha olağandışı algısal deneyimler tarif ettikleri ve daha fazla mantık dışı/büyüsel düşüncelerinin olduğuna yönelik araştırmalar yapılmıştır [35].

OKB aynı zamanda etiyoloji, belirti yapısı, klinik ve tedaviye yanıt gibi özellikler açısından oldukça heterojen yapıya sahip bir ruhsal hastalıktır [31]. Hastalığın daha etkin tedavi ve etiyolojik teorilerinin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabilmesi açısından OKB'nin daha homojen alt tiplerini belirlemeye ve bu alt tiplerin klinik görünümlerini netleştirmeye yönelik çeşitli çalışmalar ve farklı sınıflandırma önerileri bulunmaktadır. Obsesyonları ortaya çıkaran tetikleyici uyaran bakımından ve obsesif düşünceye yüklenen anlamın değeri bakımından her iki alt tip birbirinden oldukça farklılık göstermektedir. Bundan dolayı da klinik pratikte bu iki farklı tipte obsesyona sahip bireyler farklı şekillerde tedavi edilmeye çalışılır. Bu sebeple otojen ve reaktif grubun düşünce stilleri, bilişsel mekanizmalarının oluşumu, kompulsif davranışları iyi ayırt edilebilmeli ve tedavi ya da psikoterapi müdahaleleri bu bağlamda şekillendirilmelidir.

Bu çalışmanın amaçları şu şekilde sıralanabilir:

1. DSM 5 tanı sınıflandırmasına göre OKB hastalarında ADD'lerin varlığının, klinik özellikler, hastalık şiddeti ve yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemek,
2. OKB hastalarında üstbilişsel işlevlerin ve büyüsel düşünce gücünün sağlık kontrol grubuna göre farklılıklarını değerlendirmek ve hastalık şiddetiyle ilişkisini belirlemek,
3. Yaşam kalitesinin OKB hastalarındaki ve sağlıklı kontrol grubunda ADD, üstbilişler ve büyüsel düşünceler ile ilişkisini değerlendirmek,
4. Reaktif ve otojen obsesyona sahip OKB hastalarının klinik özelliklerini, üstbilişsel stratejilerini, yaşam kalitelerini, büyüsel düşünce sistemlerini ve yaşam kalitelerini karşılaştırmak.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif -Kompulsif Bozukluk

2.1.1. Tanım

OKB; obsesyon[1] ve/veya kompulsiyonların (zorlantı) görüldüğü, genellikle süreğen, dönem dönem şiddetlenme gösteren, kişinin işlevselliğini belirgin şekilde bozan bir bozukluktur [36]. Obsesyonlar istemsiz gelen, buna bağlı olarak tedirginliğe yol açan, kişinin benliğine yabancı olan (ego distonik) ve tekrarlayıcı özellik gösteren düşünceler, dürtüler (impulslar) veya görsel niteliği olan imajlar (imgeler) olarak tanımlanmaktadır. Kompulsiyonlar ise bu düşüncelere bağlı olarak gelişen, kişinin yapmaktan kendini alıkoyamadığı istem dışı yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemlerdir [1]. Kompulsiyonlar önceleri obsesyonların neden olduğu sıkıntıyı gidermek için yapılırken zamanla giderek artar ve günün önemli bir kısmını kaplayabilir. Hasta tarafından önüne geçilemez hale gelir ve kompulsiyonun bizzat kendisi sıkıntıya neden olur [36].

2.1.2. Tarihçe

Obsesyon ve kompulsiyonların tarihi insanlık tarihi kadar eskiye dayanır. Eski din kitaplarında obsesyon ve kompulsiyonlara işaret eden örnekler bulunmaktadır [36]. 17. yüzyılın başında Shakespeare'in Macbeth adlı eserinde obsesif-kompulsif bozukluğun bir örneği anlatılmıştır. Lady Macbeth'in kocasını etkilemesi ile kocası, Kral Duncan'ı öldürür. Bundan sonra Lady Macbeth'de el yıkama rahatsızlığı başlar. 'Arabistan'ın bütün kokulu sabunları getirilse bu elin kirleri temizlenemez' diyerek devamlı ellerini yıkar [36].

[1] "Obsesyon" kavramı bazı çevirilerde saplantı olarak, bazı çevirilerde düşünce takıntıları olarak Türkçeleştirilmiştir.

Obsesyon tanımını ilk kez 1860'lı yıllarda Belçikalı psikiyatrist Morel kullanmıştır. Fransız psikiyatrist Janet ise 20. yüzyılın başlarında obsesyon, kompulsiyon ve fobileri "psikasteni" tanımı altında toplamıştır. Janet'e göre psikasteni; kişide irade zayıflaması yüzünden ortaya çıkmaktadır [36]. 1875 yılında Legrand du Saulle tarafından yapılan OKB tanımı, hemen hemen bugünkü niteliğine kavuşmuştur. 1878 yılında ise bir klinisyen olan Westphal, esas sorunun bilişsel yetersizlik olduğunu ifade etmiştir [37]. 1890'lı yıllarda Freud, fobilerdeki nedenler ile obsesif kompulsif nevrozdaki nedenlerin farklı olduğunu göstererek fobik nevroz ile obsesif kompulsif nevrozu ayrı durumlar olarak değerlendirmiştir. 20. yüzyılın sonlarında ise bu hastalığın oluşmasında kalıtımsal ve nörobiyolojik etkenlerin olduğuna dair veriler elde edilmiştir [36]. 1980'de yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının (DSM) III. baskısı ile OKB, yapılandırılmış sınıflamalara girmiştir. DSM-IV ve DSM-IV-TR'de "OKB" terimi 'Anksiyete Bozuklukları' başlığı altında sınıflandırılmıştır.

Hastalıkların ve Bunlarla İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması 10. Baskı (ICD-10) tanı sınıflandırmasında ise 'nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar' başlıkları altında özgül bir tanı olarak sınıflandırılmıştır. Ayrıca ICD-10'da obsesyon ve kompulsiyonların 2 haftanın hemen tüm günlerinde olması gerektiğini belirtirken DSM-IV-TR'de böyle bir gereklilik belirtilmemiştir. DSM-IV-TR ile bir diğer farkı da DSM-IV-TR'de obsesyon ve kompulsiyonların günde bir saatten daha uzun zaman alması vurgulanırken, ICD-10'da kompulsiyonlarla ilgili bir süre tanımlanmamıştır. DSM-IV'te iç görüsü az olan tip olmak üzere sadece bir alt grup bulunurken ICD-10'da OKB, 5 alt grupta toplanmıştır (Kaplan & Sadock's, 2007; ICD-10, 1992).

2.1.3. Epidemiyoloji

1980'li yıllara kadar nadir görülen bir hastalık olduğu düşünülen OKB, bütün coğrafi bölgelerde sıkça görülen ve kronik seyirli bir hastalıktır [38]. Hastaların bir kısmı belirtiler hafif olduğu, bir kısmı hastalıklarını gizlediği, bir

kısmı ise hastalıklarını artık benimsedikleri için doktora başvurmazlar. Bu nedenlerle bu hastalığın yaygınlığını belirlemek zor olmaktadır [36].

Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre OKB'nin 12 aylık süredeki yaygınlığı %0,5 olarak saptanmıştır. Kadınlarda %0,6, erkeklerde %0,2 olmak üzere kadınlarda 3 kat daha yüksek oranda görüldüğü bulunmuştur [39]. Ülkemizde çeşitli çalışmalarda OKB'nin yaşam boyu yaygınlığının ise %2 ila %3,7 oranında olduğu tespit edilmiştir [40].

OKB'nin ergenlik öncesi ve çocukluk döneminde erkeklerde kızlara oranla daha sık görüldüğü, yaş büyüdükçe benzer oranlara ulaşıldığı saptanmıştır [41]. Bu durumun nedeni olarak erkeklerde daha erken başlangıç yaşının olduğu belirtilmiştir [42]. OKB'nin erkek hastalarda başlangıç yaşı kadın hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha erken bulunmuştur [43]. Hastaların %65'inde 25 yaşından önce başlarken, %15'inde 35 yaşından sonra başlamaktadır. Yapılan araştırmalara göre çocukluk döneminde OKB başlangıç yaşı 7-12 yaşları arasındadır [44].

2.1.4. Etiyoloji

2.1.4.1. Genetik

OKB'de ailesel geçiş 1930'lu yıllarda araştırılmaya başlanmıştır [45]. Yapılan iki farklı aile çalışmasında OKB'li çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında %20-25 oranında OKB saptanmıştır. Sonuçların yüksek çıkması örneklemin yaş ortalamasının düşük olmasına bağlanmıştır. Çünkü erken başlangıcın daha fazla ailesel yüklülüğe neden olabileceği düşünülmektedir [41, 46]. Başka bir çalışmada ise obsesyonların kompulsiyonlara kıyasla daha fazla ailesel geçiş gösterdiği ve erken başlangıçlı OKB hastalarında da ailesel geçişin daha yüksek olduğu saptanmıştır [47]. Yaklaşık olarak obsesyonlar için %33, kompulsiyonlar için %26 civarında genetik aktarım olabileceği bildirilmiştir [48]. Tek yumurta ikizlerinde OKB için eş hastalanma oranının ise çift yumurta

ikizlerine göre çok daha yüksek olduğu bulunmuştur [45]. Bununla birlikte üç tek yumurta ve 9 çift yumurta ikiz üzerinde yapılan bir çalışmada çiftlerden hiçbirinde eş hastalanma saptanmamıştır [49]. Aile ve ikiz çalışmaları OKB'nin bazı alt gruplarında kalıtımın rol oynadığını göstermektedir. Çalışmalar genetik geçişin olabileceğini göstermekle beraber, bu genetik özelliğin ne olduğu, geçişte özel bir gen etkisinin olup olmadığını açıklamak açısından yeterli değildir [50].

2.1.4.2. Nöroimmunoloji

Streptokok Enfeksiyonuna Bağlı Pediatrik Otoimmun Nöropsikiyatrik Hastalık (PANDAS), A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrasında, duygusal labilite, ayrılma kaygısı, dikkat bozuklukları ve obsesif kompulsif belirtilerin görüldüğü otoimmun bir hastalıktır [51]. A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarının yol açtığı romatizmal ateşte, hastaların %10 ila %30'unda Sydenham Koresi gelişmektedir. Sydenham Koresi olan çocukların ise %70'den fazlasında, nörolojik belirtiler başlamadan 2-4 hafta önce obsesif kompulsif belirtilerin başladığı saptanmıştır. Sydenham Koresi ve OKB'de orbitofrontal-striatal döngüde işlev bozukluğu olduğu düşünülmektedir. Obsesyon ve kompulsiyonların, nörolojik bulgular ile benzer yoğunlukta olduğu ortaya çıkmıştır [52]. Bu belirtilerin antibakteriyel veya steroid tedavisiyle düzelmesi OKB ve immunoloji arasındaki ilişkiye işaret etmektedir [53].

2.1.4.3. Nöroanatomi ve Nörogörüntüleme

Motor, duyusal ya da bilişsel uyarılar bazal gangliyonlarda filtre edilir ya da algısal ve davranışsal değişikliklere dönüştürülür. Kısacası bazal gangliyonlar bilişsel işlevlerin yürütülmesinde rol alırlar. Nörolojik temelli OKB tanımı ilk olarak Constantin von Economo'nun ağır influenza enfeksiyonları sonrasında bazal gangliyonlarda hasar meydana gelen hastalardaki, postensefalitik Parkinson Hastalığı ile ilgili çalışmasından kaynaklanmaktadır. Bu olgulardaki hastalar OKB'de olduğu gibi, kontrol edemedikleri bazı davranışlarda bulunuyor ve motor

tikler ve ritüel benzeri davranışlara sahiptiler. OKB'de bazal gangliyonlarda işlev bozukluğu olduğuna yönelik kanıtlar, nörogörüntüleme çalışmaları, Tourette sendromu, Sydenham koresi, Huntington koresi gibi bazal ganglion patolojileri ile giden nörolojik hastalıklarla OKB arasındaki ilişkileri inceleyen araştırma sonuçlarından elde edilmiştir [51].

OKB hastalarında yapılan beyin görüntüleme çalışmalarıyla da prefrontal korteks (PFC)-bazal gangliyon-talamus ve prefrontal yolakta işlev bozukluğu ile ilgili önemli bulgular saptanmıştır [54]. Çeşitli manyetik rezonans görüntüleme (MRG) teknikleri kullanılarak yapılan yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında, kaudat nukleus hacmi ile ilgili farklı sonuçlar saptanmıştır. Bununla beraber, yapılan çalışmalarda OKB'li hastalarda sol orbitofrontal korteks, sol superior temporal girus, sol inferior parietal korteks, sol talamus ve bilateral hipotalamus gri cevher hacminde artış; kuneus ve serebellumda ise gri cevher hacminde azalma tespit edilmiştir [52].

İşlevsel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) ve Pozitron Emisyon Tomografi (PET) gibi görüntüleme çalışmalarında anterior lateral orbitofrontal korteks (OFC), anterior singulat korteks (ASC) ve kaudattaki aktivite artışı daha tutarlı olarak gösterilmiştir. Diğer anksiyete bozukluklarındaki patolojilerle karşılaştırıldığında, anterior/lateral OFC ve kaudat aktivitesi OKB'ye özgün gibi görünmektedir. Diğer anksiyete bozukluklarında ve fizyolojik anksiyetede de aktive olan posteromedial OFC ve ASK, anksiyetenin özgün olmayan bir belirteci olabilir [55].

2.1.4.4. Nörotransmitterlerin Rolü

2.1.4.4.1. Serotonin

Serotonerjik nöronlar, koordine edici ve düzenleyici rol oynarlar. Serotonerjik nöronlar, cevap verme latansını yani dürtüselliği düzenlerler, duygudurum ve özsaygıyı dengede tutarlar ve uygunsuz agresyonu azaltarak

sosyal davranışları düzenlerler. Ön beyindeki serotonerjik aktivitenin azalması ile huzursuzlukta artış, duygudurumda dalgalanmalar, stresle başa çıkma yetisinde azalma, heyecan arama ve risk alma davranışı ortaya çıkabilmektedir [56]

OKB'de serotonin hipotezi, serotonin geri alımını inhibe eden antidepresanların ve serotonin agonistlerinin antiobsesyonel etkinliklerinin görülmesiyle birlikte ortaya atılmıştır. OKB belirtilerinin benzer antidepresan etkinliğe sahip olan desipramine yanıt vermezken klomipraminle azalması, ilaç tedavisi ile beyin omurilik sıvısı (BOS) 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) düzeyinin düşmesi, serotonin geri alımının OKB'de önemli bir rolü olduğunu göstermektedir. Serotonin hipotezi OKB'yi bütünüyle izah etmek için yeterli değildir. Sorun sadece serotonin işlev bozukluğu olsaydı tüm hastalarda klomipramin ve seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) belirtileri etkin bir şekilde tedavi etmesi gerekirdi. Bununla birlikte OKB'de sıklıkla tedaviye kısmi cevap görülmekte ve hastaların %40'dan fazlası SSRI'ya yeterli cevap vermemektedir [57]. Yapılan çalışmalar, OKB'de klomipraminin antiobsesyonel etkisinin, serotonin geri alımını inhibe etme kapasitesine bağlı olabileceğini göstermiştir. Bununla birlikte BOS'ta 5-HIAA düzeylerinin azalmasıyla birlikte tedaviye cevabın azaldığını da bildirmişlerdir [58]. Çeşitli nöroendokrin çalışmalarda 5-HT1 reseptörlerinin OKB'de değişikliğe uğradığı ve 5-HT2c reseptörlerinde de aynı değişikliklerin olabileceği ortaya atılmıştır [59].

2.1.4.4.2. Dopamin

Bazal ganglion bozukluklarında ve yüksek doz psikostimülan alımı sonrasında obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkması ve psikostimulan alımı sonrasında antidopaminerjik ilaçlarla obsesif kompulsif belirtilerin düzelmesi OKB patogenezinde dopaminin rolü olduğunu düşündürmektedir. Bu ise tekrarlayıcı düşünce ve davranışların aşırı dopaminerjik aktivasyona bağlı olabileceğini, egodistonisite için ise serotonin işlev bozukluğunun daha ön planda olduğu görüşlerini ortaya çıkarmıştır [52]. Ayrıca OKB ile Tourette bozukluğunun

birlikte sıkça görülmesi, dopamin antagonisti ajanların OKB'nin tedavisinde SSRI'lara yardımcı olarak kullanılabilmeleri de OKB'de dopamin hipotezini destekleyen bulgulardır [60]. Antipsikotiklerin bu etkisi ise alışılmış dozlardan daha düşük dozlar kullanıldığı zaman ortaya çıkmaktadır. Bunun nedeni olarak ise, presinaptik reseptörleri bloke etmek yoluyla dopaminerjik aktiviteyi arttırmaları olduğu kabul edilmektedir [61].

Buradan anlaşılabileceği üzere OKB'de "serotonin-dopamin hipotezi" ortaya atılmıştır. Bu hipotezde, OKB'nin bazı formlarında serotonin-dopamin dengesinin bozulduğu düşünülmektedir. Striatum ve korteksteki dopaminerjik nöronlar üzerinde bulunan postsinaptik 5-HT2 reseptörlerinin serotonerjik nöronlarca uyarılması dopamin seviyelerinin azalması ile sonuçlanır. Dolayısıyla, serotonin seviyelerini artıran ajanlar dopamin sistemi üzerindeki inhibisyonu arttırırlar; aksine 5-HT1A agonistleri ve 5-HT2 antagonistleri serotonin seviyesini azaltarak, dopamin sistemi üzerindeki inhibisyonu azaltırlar [60].

2.1.4.4.3. Glutamat

OKB'de serotonin ve glutamat etkileşiminin normal olmadığı hipotezi ilk kez 1998 yılında öne sürülmüştür. Kortikostriatal glutamatın, kaudat nukleusta serotonin salınımını azalttığı ve serotonerjik nöronların da glutamaterjik salınımda rol oynadığı düşünülmektedir [62]. Beynin çeşitli yerlerinde glutamaterjik uyarımın artırıldığı hayvan çalışmalarında OKB benzeri davranışlar ortaya çıkmıştır. Orbitofrontal korteksten kaudat nukleusa glutamaterjik projeksiyon alanı olan internal kapsülün ön boynuzunda yapılan lezyon sonrasında, tedaviye dirençli OKB olgularında iyileşme gözlenmiştir [36]. Bu sebeple orbitofrontal kortekste serotonerjik otoreseptör duyarsızlaşması için uzun süre gerektiğinden, doğrudan bu alanlarda antiglutamaterjik etkili bir ilacın hızlı yanıt ortaya koyabileceği düşünülmüştür.

2.1.4.5. Psikanalitik kurama göre OKB

OKB için önerilen psikanalitik kuramların geçersiz olduğuna ilişkin görüşler ve nörobiyolojik çalışmalar son yıllarda artmaktadır. Klasik psikanalitik kurama göre obsesif kompulsif kişilik, anal özellikler taşır ve anal dönemde saplanma (fiksasyon) özellikleri vardır [36]. Anal dönemden geçerken yaşanan sorunlar, özellikle tuvalet eğitimi sırasında yaşanan zorluklar anal döneme saplanmayı kolaylaştıran nedenlerdir. Tuvalet eğitimi, çocuğun egosu ile dürtüleri arasındaki ilişkinin gelişiminde önemlidir. Bu eğitim çocuğun dürtü doyumundan vazgeçmeyi öğrenip öğrenemeyeceği ilk durumdur. Tuvalet eğitimi ile dürtülerinin anında tatmininin engellenmesi çocukta kızgınlık oluşturabilir ya da annesinin cezalandırma ihtimaline karşı korku gelişmesine yol açar. Bunun sonucunda çocuk ya dışkısını çıkartarak protesto eder ya da korkarak dışkısını çıkartmaz. Eğer anne çocuğu suçlar ve cezalandırırsa çocuk suçluluk duyguları ve itaat etme zorunluluğu ile öfke ve karşı koyma isteği arasında ikilem yaşar. Tuvalet eğitimi sırasındaki çatışmaların anal karakter özelliklerinin oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir [63].

Freud'a göre OKB hastaları anksiyeteye yol açan çözülmemiş ödipal isteklerine bağlı bir çatışma içine girdiklerinde, yaşadıkları anksiyeteden kurtulmak için psikoseksüel gelişimin anal dönemine gerilerler [64]. Regresyonun sonucu olarak büyüsel düşüncenin meydana gelmesi, ambivalans ve süperego değişiklikleri ortaya çıkar [65]. Regresyon, fallik dönemde sağlanan kaynaşmanın çözülmesine sebep olur. Böylece kişi aynı nesneye karşı hem sevgi hem de düşmanlık hisleri besleyebilir [61]. Diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi ego kontrolü, kısmen yetersiz hale gelmiştir. Regresyon aynı zamanda süperegoyu da etkileyerek daha katı ve daha ilkel hale getirir. Düşüncede regresyon, çocuklarda olduğu gibi büyüsel düşüncenin egemen olmasına neden olur. Kişi, eylem olmaksızın sadece düşünceyle veya sözcüklerle gerçeğin değişeceğini düşünür [66].

OKB'de saldırgan ve cinsel dürtülerle baş edebilmek için temel olarak üç savunma mekanizması kullanılır. Bunlar yalıtma (izolasyon), yapma-bozma (doing-undoing) ve karşıt tepki kurmadır (reaksiyon formasyon). Yalıtma ile dürtünün duygusal bileşiminden ayrılması ve sadece düşünce içeriği ile bilinç düzeyinde tutulması söz konusudur. Yapma-bozma ise gerçekten yapılmış veya yapıldığı düşünülen bir eylemin, doğuracağı kötü sonuçları önlemek için tam tersi eylemle ortadan kaldırılmasıdır. Kompulsif nitelik taşıyan eylemin, ikinci bir eylem yoluyla iptal edilmesi ve bu tür eylemler yoluyla kişinin egoyu tehdit eden, korkutucu obsesif düşüncelerden kurtulması söz konusudur [67]. Karşıt tepki kurma ise kişinin asıl dürtülerinin tam tersi davranış örüntüleri geliştirmesidir. Kirlilik dürtülerine karşın bilinçdışında bu dürtüler devam ederken bilinç düzeyinde kişinin aşırı temiz olmaya yönelmesi, kirlenme obsesyonları ile sonucunda gelişen temizlenmeye yönelik kompulsif eylemler ortaya çıkabilmektedir [67].

2.1.4.6. Bilişsel ve davranışçı kuram

OKB ile ilgili Mowrer'in iki aşamalı kuramı, bilişsel-davranışçı modeller, Salkovskis'in abartılı sorumluluk modeli ve Rachman'ın anlamın yanlış yorumlanması kuramı gibi kuramlar bulunmaktadır [68]. Mowrer'in korkunun kazanılması ve sürdürülmesini açıklayan iki aşamalı kuramı fobik bozukluklar ve OKB'de uygulanmaktadır. Bu kurama göre obsesyonlar anksiyeteyi uyaran koşullu yanıtlar, kompulsiyonlar ise anksiyeteyi gidermek için öğrenilmiş ve anksiyetenin azalmasıyla da pekiştirilmiş davranışlardır [68].

OKB'de davranışçı görüşün temeli öğrenme kuramlarından gelir. Obsesyonlar koşullanmış uyaranlardır. Göreceli olarak nötral bir uyaran, zararlı ya da bunaltı oluşturucu bir olayla eşleştirilir ve böylelikle önceleri nötral olan nesneler ve düşünceler, bunaltıya neden olabilen koşullu uyaranlar haline gelir [36]. Yani aslında obsesif düşüncenin kökeni normal olan zorlayıcı düşüncelerde yer alır. Bu düşünceler genel popülasyonun %90'ında vardır. Normal zorlayıcı

düşünceler ile klinik obsesyonlar arasındaki fark ise OKB hastalarının bu düşünceleri zarardan ve zararın önlenmesinden sorumlu olduklarına dair yorumlamalarıdır [68]. Kişi, obsesyonel düşünceye bağlı sıkıntının, belirli bir eylem ile azaldığını fark ettiğinde kompulsiyonlar şeklindeki aktif kaçınmalar sıkıntıyı kontrol etmek üzere zaman içerisinde gelişir [36].

Salkovskis'in abartılı sorumluluk modelinde ise normal zorlayıcı düşünce ile obsesyon arasındaki fark, düşüncenin oluşumu, içeriği ya da kontrol edilemezliği değildir [7]. Zorlayıcı düşüncenin değerlendirilme ve yorumlanma şeklidir. Zorlayıcı düşünce ilk ortaya çıktığında tarafsızdır. Eğer düşünce yüksek kişisel sorumluluk ve anlam ifade edecek şekilde yorumlanırsa obsesif olma riski taşır [68]. Rachman'ın anlamın yanlış yorumlanması kuramı da zorlayıcı düşüncenin değerlendirilmesi veya yorumlanmasına dayanır. Ancak Rachman, zorlayıcı düşüncelerle ilgili yanlış yorumların artmış sorumluluk inancıyla sınırlandırılamayacağını söyler. Düşüncelere kişisel anlam katmanın, düşünceleri tehditkâr olarak değerlendirmenin, felaketleştirici yorumlamanın da katkıları olduğunu belirtmektedir [69]

2.1.5. Klinik Özellikler

Obsesyon ve kompulsiyonların şekil ve içerikleri kültürden kültüre değişmese de yaygınlıkları arasında bazı farklılıklar saptanmaktadır. Özellikle dini değer ve yaşantıların yoğunluğu ile farklılıkların gözlendiği bildirilmektedir [36]. Hastada hem obsesyon hem de kompulsiyonlar birlikte görülebileceği gibi, sadece obsesyonlar ya da sadece kompulsiyonlar da bulunabilir.

Hastalarda sık görülen obsesyon çeşitleri şunlardır:

Bulaşma (kontaminasyon) obsesyonları: En sık görülen obsesyon türü olup hastaların yaklaşık olarak %45-55'inde görülmektedir. Kirli olduğu düşünülen yerlerden mikrop, idrar, feçes vb. şeylerin bulaşacağına dair aşırı bir endişe yaşanır. Anksiyete, korku ve utanç duygusu da sıklıkla olabilmektedir. Bu

kirlenme ve bulaşma obsesyonlarına karşı sık ve tekrarlayıcı el yıkamalar, uzun süreli banyo yapma, eşyaları aşırı temizleme gibi temizleme kompulsiyonları ya da kaçınma davranışları oluşmaktadır [70] [71].

Kuşku obsesyonları: İkinci en sık görülen obsesyon türüdür. Bir eylemin yapıldığından emin olamama durumudur. Kişilerde, bir şeyi unutmaktan ya da bir nedenle çevreye zarar veriyor olmaktan dolayı şüpheler ve kendini suçlayıcı düşünceler vardır. Bu obsesyon genellikle bir tehlikeyi işaret ettiği için, güvenliği sağlamakla ilgili olarak kontrol etme kompulsiyonları gelişir [40] [70].

Saldırganlık obsesyonları: Bu obsesyonların yaygınlığı %10-20 arasındadır. Bunlar kişinin kendine, eşine, çocuğuna veya çevresindeki başka birine zarar verme, öldürme obsesyonları ve şiddet içeren korkutucu imgeler, utanılacak bir şeyi yapmaktan korkma, dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar vermekten korkma ile ilgili obsesyonlardır [72].

Cinsel obsesyonlar: Görülme sıklığı %13-26 arasındadır. Tanıdık ya da yabancı biri ile ilgili istenmeyen cinsel düşünceler ve imgelere sahip olma, çocukları içeren cinsel düşünceler, eşcinsellik ile ilgili cinsel düşüncelerin olduğu obsesyonlardır [71]

Dini obsesyonlar: Görülme sıklığı %11-42 arasında değişmektedir. Tanrıya küfretme, varlığına inanmama gibi düşüncelere sahip olmaktan endişe duyma, dini değerlere küfür etme ve bundan dolayı ceza almaktan korkma gibi durumları içeren obsesyonlardır [36].

Somatik obsesyonlar: Kişilerin kanser, AIDS gibi tedavisi zor olan bir hastalığa yakalanma korkusu şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu tür obsesyonlara karşı hastalıkla ilgili olduğu düşünülen beden bölümünü aralıklı kontrolü ve herhangi bir hastalığı olmadığına dair onaylanma arayışı gibi kompulsiyonlar geliştirirler [36].

Simetri, düzen obsesyonları: Nesnelerin tam istedikleri düzende, mükemmel veya tam bir simetrisi olması gerektiğini düşünürler. Bu obsesyonları diğerlerinden farklı olarak ego-distonik olarak yaşantılamazlar. İstedikleri düzeni sağlayamadıkları zaman anksiyeteden çok hoşnutsuzluk duyarlar. Büyüsel düşüncesi ön planda olan hastalar ise hayali bir tehlikeyi önlemek amacıyla düzene ihtiyaç duyarlar. Bu nedenle yapma-bozma ve sayma ritüellerini kullanabilirler [73].

Obsesif-kompulsif bozukluk hastalarında görülen birkaç belirti grubu vardır. Birinci grupta kirlenme ile ilgili obsesyonların olduğu ve kirlilik düşüncesine dayalı yıkama ve kirli objelerden sakınma kompulsiyonlarının olduğu grup yer alır. İkinci grupta patolojik sayma ve kompulsif kontrol etme vardır. Üçüncü grupta ise kompulsif bulgusu olmayan sadece obsesyonu olan hastalar bulunur. Bu hastaların temel semptomu yavaşlıktır. Obsesyonel yavaşlık denen bu durumda hastalar her gün yıkanmak, giyinmek, ödevlerini yapmak için saatler harcayabilirler ve yaşamları son derece yavaş seyreder [74].

2.1.6. Otojen ve Reaktif Obsesyon Kavramları

Psikiyatride heterojen kabul edilen bozuklukların homojen alt tiplere ayrılması hastalığın tanısını, gidişini ve altta yatan psikopatolojik etmenleri tanımlayabilmenin yanı sıra başarılı bir tedavi düzenini oluşturabilmek için de yararlı olabilir. OKB etiyoloji, belirti yapısı, klinik ve tedaviye yanıt gibi özellikler açısından oldukça heterojen doğaya sahip bir klinik tablodur [31].

Alt tiplendirme çalışmaları arasında en sık kullanılan belirti yapısına dayanan ayırımdır. Belirti yapısına göre yapılan bu sınıflandırma başlarda yalnızca kompulsif davranış paternlerini içeriyorken bazı araştırmacılar ise OKB belirtilerini gruplara ayırmak için faktör analiz çalışmaları yapmışlardır. Bu çalışmalarda Y-BOCS belirti listesi ile elde edilen veriler üzerinde faktör

analizleri yapılarak OKB'nin daha homojen alt tipleri oluşturulmaya çalışılmıştır. Yapılan çalışmalarda beş faktör yapısı tanımlanmıştır.

i. Kirlenme (bulaş) obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları.
ii. Simetri obsesyonları ve sıralama, sayma, tekrar etme kompulsiyonları
iii. Biriktirme obsesyon ve kompulsiyonlar
iv. Dini, cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar
v. Saldırganlık obsesyonları, ilgili kompulsiyonlar ve kontrol etme kompulsiyonları [75-76]

Lee ve Kwon, 2003 yılında hastalığın sınıflanması için yeni bir model önermişlerdir. Bu model bağlamında, obsesyonları bilişsel gelişim dizgelerine göre "otojen" ve "reaktif" obsesyonlar olarak sınıflandırmışlardır. Obsesyonları; düşünce tetikleyicileri, düşünce karakteristikleri, tehdit odağı, bilişsel değerlendirme ve kompulsif davranışlar arasındaki ilişkiye göre sistematik biçimde ikiye ayırmaya çalışmışlardır [77]. Belirti yapısına göre alt sınıflandırma yapan önceki çalışmalardan farklı olarak, bilişsel gelişim dizgelerini temel alarak sınıflama, temel olarak obsesyonların ayırımına ve ilişkili obsesyonların birlikte tanımlanmasına dayanır.

Otojen obsesyonlar daha az uyaranla ya da açıkça bir uyaran olmadan zihinde beliren, daha tekrarlayıcı ve kişinin kendisinde bulunmasından daha fazla rahatsızlık duyduğu obsesyonlar olarak tanımlanır. Saldırganlık obsesyonları, dini ve cinsel temalı obsesyonlar otojen obsesyonlar olarak sınıflandırılır. Reaktif obsesyonlar ise daha fazla bir dış uyaran tarafından tetiklenme ve zihinde belirme eğilimindedir. Otojen obsesyonlara göre daha az rahatsızlık ve suçluluk uyandırdığından kişiler daha az saklama eğilimindedirler. Kirlenme, emin olamama (kuşku), simetri ve biriktirme obsesyonları ise bu grupta yer alır [35].

Her iki alt grubun üstbiliş ile ilişkisini araştıran çalışmalar az sayıdadır. Doğan ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada otojen ve reaktif grupların

üstbilişleri karşılaştırılmış, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır [32]. Öte yandan Corcoran ve Woody (2008) normal örneklemle çalıştıkları araştırmalarında sosyal kabul görmeyecek ve kişide suçluluk duyguları uyandıran otojen nitelikte düşünceleri olan katılımcıların değerlendirmesini istemişler ve düşüncelerin kendini kötü karakteri olan bir kişi olarak görme, zihinsel bir bozuklukla ilişkilendirme, ahlaksızlık gibi değerlendirmelerin obsesif-kompülsif belirtilerle ilişkili olduğuna dair sonuçlar elde etmişlerdir [33].

Ulaşabildiğimiz kadarıyla literatürde reaktif ve otojen gruplarda aşırı değerlendirilmiş düşünceleri araştıran bir çalışma mevcut değildir. Reaktif obsesyonlu bireyler klinisyenlere her ne kadar düşüncelerini akla aykırı olarak tanımlasalar da düşünceleri görece daha gerçekçi, kabul edilebilir veya başkaları tarafından kabul edilmesi gereken düşünceler olarak anlatmaya eğilimlidirler. Bu yüzden, kendilerini bu düşünceleri zihinlerinden savuşturmaktan ziyade düşüncenin istenmeyen olası sonuçlarını engellemek için asıl baş etme davranışına adarlar [34]. Otojen obsesyonlu bireylerin ise obsesyonları aşırı değerlendirilmiş nitelikte olsa da bu düşüncelerini klinik görüşmelerde belirtmekten daha fazla suçluluk duyabilirler ve daha akla aykırı açıklama eğilimi gösterebilirler.

Otojen obsesyonlu bireyler obsesif düşüncelerini kontrol edebilmek için sıklıkla daha büyüsel kompulsif davranış ve ritüeller gösterebilirler. Obsesyonlarını tetikleyici herhangi bir dış tetikleyici olmadığından nötralize edici kompulsif davranışlarının belirli bir hedefi yoktur. Bu da batıl anlaşılabilecek bir takım davranışları daha fazla göstermelerine neden olabilir. Otojen hastaların reaktif hastalara göre daha olağandışı algısal deneyimler tarif ettikleri ve daha fazla mantık dışı/büyüsel düşüncelerinin olduğuna yönelik araştırmalar yapılmıştır [35].

2.1.7. Tanı

Obsesif Kompulsif Bozukluk, sınıflandırma sistemlerine ilk kez 1980'de yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-III) ile girmiştir. Daha sonra DSM-III-R'de "günlük yaşamı kesintiye uğratan en az bir saat süren obsesyonlar ya da kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte bulunması" koşuluyla tanımlanmıştır. DSM-III'den DSM-IV-TR'ye kadar OKB, Anksiyete bozuklukları içinde sınıflandırılmıştır.

DSM 5'de ise OKB'nin sınıflandırma sistemi içindeki yeri değişmiş ve DSM 5'de "OKB ve İlişkili Bozukluklar" adı altında ayrı bir kategoride yer almıştır. Ayrıca DSM 5'de ilk kez "tikle ilişkili" alt tip tanımlanmıştır [1].

DSM 5'e göre OKB tanısı koyabilmek için, obsesyon veya kompulsiyonlardan birinin varlığı ve belirtilerin işlevselliği bozacak kadar ağır olması gereklidir. Obsesyon ve/veya kompulsiyonların günde 1 saatten daha fazla vakit alması, belirtilerin madde-ilaç etkisine veya tıbbi bir hastalığın etkisine bağlı olmaması, bulguların başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaması gereklidir.

DSM 5 içgörü değerlendirmesini de zorunlu kılmakta, olguları içgörü düzeyine göre içgörüsü iyi, içgörüsü kötü ve içgörüsü yok olarak gruplandırmaktadır [78].

OKB, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayınladığı International Classification of Disease (ICD–10) ruhsal ve davranışsal bozukluk lar sınıflandırmasında F–42 kodu ile "nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar" başlıkları altında sınıflandırılmıştır [79].

ICD-10 içindeki tanı ölçütleri ise obsesif belirtiler veya kompulsif davranışların, veya her ikisinin de en az iki hafta boyunca var olması, sıkıntı kaynağı olması veya işlevselliği etkilemesi gerektiğini belirtir.

Obsesif belirtiler, kişinin kendi düşünceleri veya dürtüleri olarak tanınmalıdırlar. Karşı konulurken başarılı olunamayan en az bir düşünce veya eylem olmalıdır. Eylemi gerçekleştirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (gerginlik veya kaygının azaltılması bu anlamda bir haz olarak değerlendirilmez).

Düşünceler, imgeler veya dürtüler tekrarlayıcı ve rahatsızlık verici olmalıdır.

Obsesif kompulsif bozukluğun ICD-10'da başlıca beş tipi tanımlanmıştır:

F42.0 :Obsesyonel düşünceler veya kurmaların (ruminasyonların) baskın olduğu tip
F42.1 : Kompulsif hareketlerin baskın olduğu tip
F42.2 : Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte bulunduğu tip
F42.8 : Başka obsesif ve kompulsif bozukluklar
F42.9 : OKB, belirlenmemiş

OKB, DSM 5'te Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında yer almaktadır. Bu gruptaki diğer bozukluklar ise Beden Algısı Bozukluğu (Vücut Dismorfik Bozukluğu), Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu), Deri Yolma Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk, Tanımlanmış Diğer Bir Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk ve Tanımlanmamış Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluktur [1].

2.1.8. Eştanı

OKB'de komorbid durumlar tedavi cevabını ve hastalığın seyrini etkilemektedir. Hastalığın seyri sırasında, obsesif ve kompulsif belirtilere ek olarak anksiyete belirtileri, otonomik belirtiler, somatik yakınmalar, depresif duygudurum belirtileri ve hipomanik, manik belirtiler görülebilir. Psikiyatri

kliniğine başvurdukları sırada OKB hastalarının %48-68'inin başka bir psikiyatrik bozukluğa sahip oldukları, bu oranların yaşam boyu %86-92'ye kadar çıktığı bildirilmektedir. En yaygın saptanan eksen I bozuklukları olarak bazı çalışmalarda anksiyete bozuklukları, bazı çalışmalarda ise duygudurum bozuklukları bildirilmiştir [80]. Başta anksiyete bozuklukları olmak üzere komorbid eksen I bozukluğu olan OKB hastalarının obsesyon-kompulsiyon belirti puanlarının komorbid hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda iç görülerinin de daha düşük olduğu düşünülmektedir [81]. OKB ile unipolar depresyon birlikteliği yaşam boyu % 65, eş zamanlı olarak ise % 30'dur. OKB'de herhangi bir anksiyete bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %40-60 olarak bildirilmektedir [82]. OKB'ye en sık eşlik eden anksiyete bozuklukları ise panik bozukluk, özgül fobi, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğudur. OKB hastalarında yaşam boyu Tourette sendromu yaygınlığı ise %5-10 olarak tespit edilmiştir. Tourette sendromunda yaşam boyu OKB yaygınlığı da yaklaşık olarak %30-40 oranlarındadır [83].

OKB'de iki uçlu bozukluğun yaşam boyu birlikteliği epidemiyolojik araştırmalarda %14-21, klinik çalışmalarda ise %10-35 olarak bulunmuştur [84].

Klinik gözlemde OKB'de zaman zaman psikotik özelliklerin ortaya çıkması veya şizofreni hastalarında obsesif kompulsif belirtilerin görülmesi sık karşılaşılan bir durumdur. Obsesif kompulsif belirtiler şizofreninin prodromal döneminde de ortaya çıkabilmektedir. Psikotik tablo başlamadan önce hastalar bir süre sadece obsesif kompulsif belirtiler gösterebilirler. Yapılan çalışmalarda OKB ve şizofreni komorbiditesi %10-12 olarak belirtilmektedir [85].

OKB ile birlikte görülme sıklığı nispeten daha az olan diğer eş tanılar ise alkol ve madde kullanım bozuklukları, beden dismorfik bozukluğu, yeme bozuklukları, hipokondriyazis ve trikotillomani olarak sayılabilir [70]. OKB'li hastalarda saptanan kişilik bozuklukları alınan örneklem ve kullanılan tanısal araçlardaki farklılıklara bağlı olarak %9 gibi bir orandan, %75'lere kadar

değişebilmektedir. Çalışmaların bir çoğunda ise %40-60 aralığında olduğu bildirilmektedir. OKB'de C kümesi kişilik bozukluklarının (çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif), A (paranoid, şizoid, şizotipal) ve B kümesine (histriyonik, narsisistik, borderline, antisosyal) göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir [80].

2.1.9. Ayırıcı Tanı

Obsesyonlar birçok psikiyatrik bozuklukta görülebilirken, kompulsiyonlar nadiren görülür. Klinikte obsesyon ile anksiyeteyi ayırmak zor olabilmektedir (Rosenberg ve ark, 1998).

Yaygın Anksiyete Bozukluğu'ndaki kaygılar OKB'deki kaygılardan daha gerçekçidir. Panik bozuklukta yineleyen beklenmedik panik atakların olması gerekir. OKB'de ise panik ataklar obsesyonlara ikincildir. OKB hastalarının %60'ında panik ataklar görülmektedir [61]

Şizofreninin başlangıç döneminde OKB'dekine benzer belirtiler olabilir. Şizofrenideki obsesyonlar ve kompulsiyonlar genelde acayiptir ve kalıplaşmış yinelemeler (stereotipiler) şeklinde kendini gösterir. Bazı OKB hastalarının seyri, hastalığın kronikleşmesi ve işlevsellik kaybı ile şizofreniye benzemektedir. Obsesyonlar egodistonik, dirençli ve içsel kaynaklıdır ve şiddetli bunaltı vardır. Oysa sanrılar dirençli değildir ve egosintoniktir. Şizofreni hastaları ise genelde obsesyonları ve kompulsiyonları kontrol etmek için çaba göstermezler ve künt bir duygulanımları vardır [74].

Depresyonda obsesif düşünce, dirençli, ruminatif nitelikte veya olumsuz zihin uğraşıları şeklinde huzursuz edici olsa da, gerçek bir obsesyonda görülen mantıksız, saçma veya istem dışı, zorlayıcı obsesif düşünce uğraşılarından farklıdır [74]. Ciddi bir hastalığa yakalanma korkusu tarzında somatik obsesyonların olduğu OKB ile hipokondriyazisi ayırt etmek bazen çok zor olabilmektedir. Bu noktada hastanın başka obsesyon ve kompulsiyonlarının olması OKB lehine bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır [61].

Tourette Sendromundaki karmaşık tikler; örneğin belli nesnelere, belli biçimde dokunma gereksinimi, simetri gereksinimi gibi özelliklerinin olması OKB ile ayırıcı tanıda zorluk yaşatır. Tikler, istemli ve amaçlı motor hareketler olup rahatlama hissi elde edilinceye kadar tekrarlanır [61]. Fobik bozukluklarda ise fobiye nesnesine spesifik korkular vardır, zorlantılı yinelemeler yoktur [36]. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğunda obsesyon ya da kompulsiyonlar olmak zorunda değildir. Düzenli olmak, denetim altında tutmak, mükemmeliyetçi olmak üzerine düşünüp durma vardır ve bozukluk genç erişkinlik döneminde başlamış olmalıdır [65].

2.1.10. Tedavi

OKB tedavisi, somatik tedaviler ve psikoterapiler olarak ikiye ayrılabilir.

2.1.10.1. Somatik Tedaviler

2.1.10.1.1. Farmakoterapi

Panik bozukluğu gibi bazı anksiyete bozukluklarının aksine OKB'de noradrenerjik sistemde bir bozukluk saptanmamıştır. Buna paralel olarak OKB hastaları ile anksiyete bozuklukları arasındaki bir diğer önemli farklılık, farmakoterapiye verilen yanıtlardır. Sadece serotonin geri alımını inhibe eden ilaçların (SSRI ve klomipramin) OKB'de etkisi olduğu tutarlı bir biçimde gösterilmiştir. OKB'de farmakoterapiye olan yanıt anksiyete bozukluklarından daha geç ve yüksek dozlarda olmaktadır [81]. Ayrıca özellikle başka bir komorbid anksiyete varlığının antiobsesyonel ilaçlara olan iyi yanıtın göstergesi olabileceği de vurgulanmaktadır [86].

Halen OKB için Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmış olan ilaçlar klomipramin, fluvoksamin, fluoksetin, sertralin ve paroksetindir. Bunlardan klomipramin, fluvoksamin ve sertralin çocuk ve

adolesanlar için de onaylanmıştır. Sitalopram ve venlafaksin için kanıtlar birikmekle beraber henüz OKB için FDA onayı alamamışlardır [87].

2.1.10.1.2. Elektrokonvulsif Tedavi

EKT'nin antiobsesyonel etkisi gösterilmemekle birlikte, şiddetli depresyon eş tanısı olan, öz kıyım düşünceleri olan ve işlevselliği bozulmuş olan hastalarda uygulanması önerilmektedir [88]. Yineleyici Transkraniyal Manyetik Uyarı (rTMS) ve Derin Beyin Uyarımı yöntemlerinin de tedaviye dirençli hastalarda klinik iyileşme sağlayabileceği belirtilmektedir [87].

2.1.10.1.3. Psikocerrahi

Tedaviye dirençli OKB hastalarında psikocerrahi tekniklerinden singulotomi ve kapsülotominin de klinik iyileşme sağladığı bildirilmektedir [89]. Bu hastalarda frontal lob işlev bozukluğuna bağlı olarak yürütücü işlevlerde bozulma, kişilik değişiklikleri, depresyon, özkıyım ve artmış madde kötüye kullanımı görülmektedir. Bu tedavi için hastalığın en az 5 yıldır sürüyor olması, hastaların 18-61 yaş aralığında, işlevselliğinin önemli oranda etkilenmiş, farmakoterapiye yanıt vermemiş, en az 20 saatlik BDT uygulandıktan sonra yanıt alınamamış ve tedavi sonrası semptomatik iyileşmenin Yale Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğine (Y-BOCS) göre %25'in altında olması gibi ölçütler aranmaktadır [88].

2.1.10.2. Psikoterapiler

2.1.10.2.1. Psikodinamik Psikoterapiler

Psikanalitik yönelimli psikoterapinin OKB'de uygulanmasının sonuçları olumlu değildir. Ayrıca bu hastalarda değişmeye ve değişikliğe karşı direnen katı kişilik yapısı tedaviyi zorlaştırmaktadır. Ancak hastaların duygularını ortaya

çıkarıcı, açıklayıcı, kısa dönem yoğun dinamik psikoterapinin, farmakoterapi ve bilişsel davranışçı tedavi ile birlikte uygulanması önerilebilir [36].

2.1.10.2.2. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Hem yetişkinler hem de çocuklar için bilişsel-davranışçı terapi (BDT), çok sayıda klinik tarafından desteklenmektedir. Tek başına ilaç kullanımına göre relapslar daha az görülmektedir [90].

Davranışçı yöntem olarak özellikle maruz bırakma (exposure) ve tepki engelleme (response prevention) kullanılmaktadır [90]. Hastanın, belirli bir program içerisinde sıkıntı ve kompusiyonlarını artıran durumların üstüne gitmesi sağlanarak, hastalar tarafından başlangıçta duyulan korku ve sıkıntının kontrol altına alınması ve giderek azalmasının sağlanmasını amaçlamaktadır (Salih, 2007). Bilişsel terapi sırasında ise OKB hastalarında var olan hatalı inançların değiştirilmesine çalışılır. Bu hastalarda artmış bir tehlike ihtimali algısı ve tehlikenin sonuçlarına yönelik abartılı düşünceler vardır. Bu hatalı düşünceler sonucunda sıkıntı ortaya çıkar ve kişiler bu sıkıntıdan kurtulmak için kompulsif davranışlar sergilerler. OKB'de bilişsel terapi sürecinde ilgilenilen alanlar, aşırı sorumluluk, düşüncelerin aşırı önemsenmesi, belirsizliğe tahammülsüzlük, tehdit algısı, mükemmeliyetçilik ve düşünceleri kontrolde tutmadır [91].

2.1.10.2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Metakognitif Terapisi

OKB'nin metakognitif modeli ile diğer etkili bilişsel kuramlar arasında tedavide anlamlı değişiklere neden olan farklılıklar vardır.

1) Metakognitif Terapi (MKT) abartılmış sorumluluk, belirsizliğe tahammülsüzlük ya da mükemmeliyetçilik gibi inanç alanları üzerinde düzenleme yapmak yerine bu bilişlerin gücü ve önemi hakkındaki inanışlar üzerine odaklanır.

2) MKT OKB'nin tüm alt tiplerine uygulanabilir.

3) MKT alışma stratejilerinden yararlanmaz ya da oturum içinde uygulanan uzatılmış alıştırmalara gereksinim duymaz.

4) OKB için MKT'de ana amaç kişinin obsesyonel uyaranı işlemlemesi ve izleyen davranışları yönlendirmesi için işlevsel bir plan geliştirmesini sağlamaktır [92].

Metakognitif terapide hastanın düşünceleriyle nasıl ilişki kurduğu, düşüncelerini nasıl deneyimlediği ve kişilerin düşünceleriyle ilgili neye inandıklarına odaklanılır. Wells 7 aşamalı tedavi önermiştir. Birinci aşama olgu kavramlaştırılması olup; belirli bir sıra izlenir. İlk olarak son zamanlardaki obsesyonel düşünce, dürtü veya nötralizasyonun oluşumu sorularak tetikleyici ortaya çıkarılır. Bunu tetikleyiciye eşlik eden duygular hakkında soruların sorulması yani; duyguyu çıkarma aşaması izler. Ardından girici tarzdaki düşünceler hakkındaki değerlendirmeler ve bunlar hakkındaki inançları sorularak kaynaşma inançları ortaya çıkarılır. Son olarak davranışsal cevapların içeriği hakkında ve bu cevaplarla meşgul olma ihtiyacına dair inançları sorulur; böylece ritüeller ve durdurma sinyalleri hakkındaki inançlar ortaya çıkarılır [92].

Olgu kavramlaştırılmasından sonraki adım tedaviyi tanıtmadır. Bilişsel model aktarılır: sorunun obsesyonel düşünce/şüphe/duygunun olmadığı, sorunun onlara verilen yanıtlar ve anlamı olduğu düşüncesine dayanır ve bununla ilgili davranış deneyleri yapılır. Ardından hastaya tedavi rasyoneli sunulur. Bazı obsesyonların utanmaya neden olması ve açığa çıkarılmasının tehdit edici olarak algılanmasının önüne geçebilmek amacıyla terapist obsesyonların içeriğini normalize eder. OKB'de metakognitif düzenlemede ilk aşama "bağımsız düşünebilme" (detached mindfulness) eğitimidir. Bağımsız düşünebilme ile hastanın girici tarzda düşünceleriyle ilgili başka ve daha işlevsel yollar planlayabilmesine yardımcı olunur. Bağımsız düşünebilmenin dört unsuru vardır.

Birincisi “farkındalık (awareness)” tır; bu aşamada terapist hastaya tetikleyici olan hangi duygu ve düşüncelerine bağımsız düşünebilme uygulanması gerektiğini belirlemek için yardım eder.

İkincisi “bağımsız düşünebilme”dir.

Üçüncüsü “alıştırma ve yanıtı görevlendirmek (exposure and response commission, ERC)”, yani hastalar ritüellerini gerçekleştirirler; ama burada amaç ritüellerle tehlikeyi azaltmak ya da düşünceden kurtulmak değil, ritüellerle birlikte obsesyonel düşüncelerin farkındalığını sürdürmektir. Böylece düşünceden ayrılma kolaylaşır ve girici tarzdaki düşüncelerin üst seviyede (meta-level) yaşantılanması güçlendirilir.

Dördüncüsü ise “metakognitif olarak yürütülen alıştırma ve ritüel engellemedir”. Geleneksel bilişsel davranışçı terapi yaklaşımlarından farklı olarak hastaların abartılı tehdit algısı altında yatan “bilişsel dikkat sendromu (cognitive-attentional syndrome, CAS)”ı azaltmak ve kaynaşma inanç alanlarındaki metakognitif inançlara meydan okuma (challenge) amacıyla davranışsal deneyler uygulanır.

Bağımsız düşünebilme yoluyla hastanın obsesyonel düşüncelerini deneyimlemesinden bir sonraki basamak girici tarzdaki düşüncelerin gücü ve önemine yönelik spesifik metakognitif inançların düzenlenmesidir.

Kaynaşma inançlarının sorgulanması, altta yatan kaynaşma etkilerinin mekanizmasının ayrıntılandırılması, tersine kanıtları inceleme gibi teknikleri içerir. Ardından kaynaşma inançlarının sorgulanmasına yönelik davranışsal deneyler yapılır. Ritüeller ve durdurma sinyalleri hakkındaki inançların düzenlenmesi girici tarzdaki düşünceler hakkında inançlarla çalışmaya başladıktan sonra yapılsa da, ritüelleri önlemeyi gerektirir davranış deneylerine katılımı arttırmak için daha erken çalışılabilir. Sokratik sorgulama, avantaj-dezavantaj analiziyle rasyonel sunularak davranış deneyleri yapılır. Son aşamada

ilerleme amacıyla yeni planlar için hasta cesaretlendirilir ve nüks önleme seansları gerçekleştirilir [92].

2.1.11. Prognoz

Semptomlar hastaların bir kısmında yavaş bir başlangıç göstermekteyken, bir kısmında ise gebelik, cinsel bir sorun ya da yakın kaybı gibi nedenlerle ani başlangıç gösterebilmektedir [68]. Hastalar çoğunlukla 5-10 yıl kadar semptomlarını gizler ve doktora başvurmazlar [36]. %20-30'unda semptomlarda belirgin düzelme, %40-50'sinde orta derecede düzelme olur. %20-40'ında ise semptomlar ya aynı kalır ya da daha da kötüleşir. %15'inde işlevsellikte ilerleyici bir bozulma görülür. %5'inde ise epizodlar arasında çok az semptom olan ya da semptomsuz olan iyi bir gidiş vardır. Çoğunlukla semptomlarda alevlenme ve yatışmalarla giden kronik bir gidiş vardır. Alevlenmeler ise genellikle stresle ilişkilidir [65].

Obsesyon içeriği ile prognoz arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır [65]. OKB dirençli kronik bir hastalık olmakla birlikte uygun tedavilerle iyi sonuçlar elde edilebilmektedir [64]

2.2. Üstbiliş

2.2.1. Tanım

Üstbiliş teriminin ilk kez 1971 yılında Flavell tarafından kullanıldığı kabul edilmekle birlikte üstbilişsel bir yapıyı ima etmekte olan Simonides'in *loci yöntemi* veya W. James'in "*dilimin ucunda*" olgusunu ifade etmesi gibi öncü düşüncelerin var olduğu bilinmektedir [93] [94].

Flavell'in küçük çocukların bilişsel gelişimi ile ilgili çalışmaları üstbiliş alanı için bir kilometre taşı olmuştur. Flavell, 70'li yıllarda çocukların belleklerinin işlevleri, sınırları ve kullandıkları stratejiler üzerinde yürüttüğü

araştırmalarının bir sonucu olarak, üstbellek (metamemory) kavramını ortaya atmış; daha sonra bu kavramı genişleterek "bireyin kendi öğrenme ve bellek süreçleri üzerindeki kontrolünü" ifade etmek üzere üstbiliş terimini kullanmaya başlamıştır [95].

Nelson'a (1999) göre üstbiliş bireyin kendi bilişleri hakkındaki bilişleri olarak tanımlanabilecek özel bir biliş türüdür [96]. Flavell'e (1979) göre ise üstbiliş, kişinin kendi bilişsel süreçleri hakkındaki bilgisi ve bu bilgiyi bilişsel süreçlerini denetlemek için kullanılmasıdır [97].

Üstbiliş, Flavell'den bu yana çok boyutlu ve kapsayıcı bir yapı olarak tasvir edilmektedir. Flavell (1979) üstbilişi *üstbilişsel bilgiler* (*metacognitive knowledge*) ve *üstbilişsel deneyimler* (*metacognitive experiences*); Brown (1987) ise *biliş bilgisi* (*knowledge of cognition*) ve *bilişin düzenlenmesi (regulation of cognition*) olarak boyutlara ayırmıştır. Her iki sınıflamada da ikinci boyutlar, kişinin kendi bilişlerini izlemesi, denetlemesi ve düzenlemesi olarak tanımlanmaktadır [98].

Üstbilişsel bilgi, bilişsel işlemlerimizin nasıl gerçekleştiğine dair ne bildiğimizdir [97]. Üstbilişsel bilgiler uzun süreli bellekte depolanmış bulunduklarından yapıları gereği görece olarak durağan bir niteliğe sahiptirler ve bildirimsel bilgilerdir [99].

Üstbilişsel izleme, belirli bir bilişsel etkinliğin mevcut halinin veya devam eden ilerleyişinin değerlendirilmesidir [93]. Üstbilişsel izleme sayesinde birey, kendi bilişsel süreçlerini takip eder ve durumunu değerlendirir. Böylece birey, örneğin çarpım tablosunu tam olarak ezberleyip ezberlemediğine ya da biraz önce okuduğu metni anlayıp anlamadığına karar verebilir. Özetle üstbilişsel izleme bireye, o anki amacına yönelik olarak kendi bilişinin durumu hakkında bilgi verebilir [100].

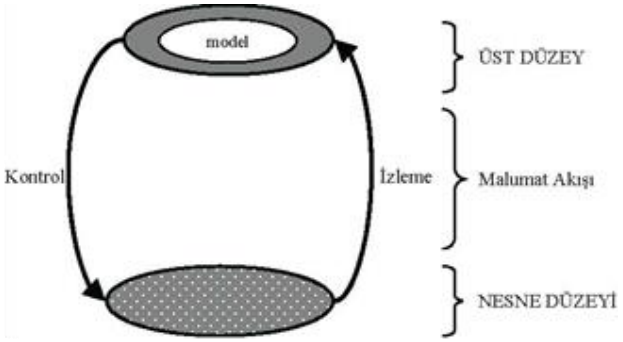
Üstbilişsel denetleme, süregelen bilişsel etkinliğin düzenlenmesidir. Bu düzenlemeler etkinliği durdurmak, devam etmesine karar vermek veya değiştirmek şeklinde yapılabilir. Dolayısıyla üstbilişsel denetleme, gözlem ve izleme sonucu elde edilen bilgiye dayalı olarak yapılan bilinçli ya da bilinçsiz tercihleri ifade etmektedir. Bu tercihler bir etkinliğin başlatılmasına; sürdürülmesine; durdurulmasına veya kullanılan stratejinin değiştirilmesine sebep olur [93] Nelson ve Narens, 1996) [101]. Tablo 1'de üstbilişle ilintili önemli kavramlar ve açıklamalar sunulmaktadır.

Tablo 1. Üstbilişle İlgili Önemli Kavramlar ve Açıklamaları

Kavram	Açıklama
Biliş	Sembolik zihinsel etkinlikler ve zihinsel temsiller
Üst Biliş	Diğer bilişler hakkındaki bilişler
Üst Bilişsel Bilgi	Bilişler hakkındaki bilgiler
Üst Bilişsel İzleme	Bir bilişsel etkinliğin mevcut halinin değerlendirilmesi
Üst Bilişsel Denetleme	Bilişsel etkinliğin çeşitli yönlerinin düzenlenmesi

Not. Dunlosky ve Metcalfe'den (2009) uyarlanmıştır.

Herhangi bir bilişsel etkinlik esnasında, hem biliş ve hem de üstbilişin üç yüzü, birbirleriyle etkileşim halinde işlev görmekte veya bir diğer ifade ile birlikte çalışmaktadırlar. Nelson ve Narens, biliş ile üstbilişin bağlantılarına ve üstbilişin üç yüzünün birlikte nasıl çalıştığına ilişkin genel bir çerçeve geliştirmişlerdir [94] [101].



Şekil 1. Üstbiliş (üst düzey) ve Bilişin (nesne düzeyi) Bağlantıları ve İşleyiş Çerçevesi (Nelson ve Narens'dan (1994) uyarlanmıştır)

Şekil 1'de görüldüğü üzere, bu çerçeve, *üst-düzey* (meta-level) ve *nesne-düzeyi* (object- level) olmak üzere birbiriyle ilişkili iki yapıdan oluşmaktadır. Nesne düzeyi, öğrenme, problem çözme gibi sürmekte olan herhangi bir bilişsel süreç olarak ele alınabilir. Üst-düzey ise, kişinin, mevcut görevi tamamlamak için meşgul olduğu bilişsel süreçlerin ve icra ettiği görevi kavrayışının bir modelini ihtiva eder. Bu model, bireyin görevdeki durumunu izlemesi ile biçimlendiği kadar bireyin mevcut üstbilişsel bilgileri tarafından da şekillendirilir. Üst-düzey ve nesne-düzeyi arasındaki etkileşim, üstbilişin iki işlemsel etkinliği olan *izleme* ve *denetleme* ile sağlanır. Nesne-düzeyi, izleme işlevi vasıtasıyla üst-düzeye malumat akışını sağlar; onu şekillendirir ve güncel tutar. Üst-düzey, bu malumat akışına dayalı olarak ve denetleme işlevi vasıtasıyla nesne düzeyindeki işlemin durumunu ya da işlemin kendisini düzenler. Bu düzenleme nesne düzeyinde bir işlemin başlamasına, devam etmesine, değiştirilmesine veya durmasına sebep olur [96] [101].

2.2.2. Üstbiliş ve Psikopatoloji

Son yıllarda psikiyatrik bozukluklarla ilgili üstbilişsel modelleri araştıran araştırmaların sayısındaki artış göze çarpmaktadır. Yaygın kaygı bozukluğu [102], OKB [102] [103], travma sonrası stres bozukluğu [104], psikozlar [105] [106] [107], depresyon [108] ve madde kötüye kullanımında [109] üstbilişin rolünü araştıran çalışmalar üstbilişin bu sorunlarda önemli bir rolü olduğunu göstermektedir. Ek olarak özellikle kaygı bozukluklarında üstbilişin rolünü açıklamaya yönelik üstbilişsel modeller geliştirilmiştir.

Esasen tüm üstbilişsel süreçlerin ele aldığı kavramlar üzerinde düşünüldüğünde, psikolojide bu kavramın ilişkili olduğu öngörülemeyecek az sayıda konu bulunabileceği söylenebilir. Bu ilişkili kavramlar üstbilişsel farkındalık, deneyim, bilgi, beceri, kanaatler; üst bellek, bilme hissi, öğrenme kararları; kendini düzenleme, kendini izleme, kendini değerlendirme gibi bağlantılı çok sayıda yeni ve eski terim ve tanımlamadan oluşur [110]

2.2.3. Üstbiliş ve OKB

OKB'nin bu yaklaşıma dayanan üstbilişsel modeline göre, kişiler bazı girici tarzdaki düşüncelerinin önemine ve etkilerine yönelik olumsuz inançlara sahiptirler. Örneğin, "olumsuzluklara karşı hazır olmak için daima endişe içinde olmalıyım" ya da "çocuğuma zarar vereceğim diye düşünüyorsam, bu ona zarar vereceğimi gösterir" gibi. Uygun olmayan bu üstbilişler kişiyi bir takım nötrleştirici ve kontrol edici türden yineleyen davranışlara yöneltebilir. Örneğin, "eğer o davranışı yapmazsam, bu duygu artar ve çıldırabilirim" ya da "bu davranışı tekrar tekrar yapmazsam o düşüncem gerçekleşir ve başıma kötü bir şey gelir" gibi. Bu durum kişilerin tehdit hakkındaki değerlendirmelerinin kalıcı hale gelmesine ve belleklerine olan güvenlerinin azalmasına yol açar [111].

"Obsesif Kompulsif Kognisyonları Çalışma Grubu (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, OCCWG)" OKB'de 6 inanç alanının önemli olabileceğiyle ilgili ortak görüş bildirmiştir. Bunlar: Abartılmış sorumluluk, düşüncelere aşırı önem verme, düşüncelerin kontrol edilmesinin önemiyle aşırı ilgilenmek, abartılmış tehdit algısı, belirsizliğe tahammülsüzlük, mükemmeliyetçiliktir [9]

Bu inanç alanlarının sağlıklı topluma göre OKB'de daha fazla olduğu deneysel olarak desteklenmiştir [112] [113].

a. Düşünce-eylem kaynaşması: Düşünce eylem kaynaşması 2 türdür: Birincisi kötü bir düşünceye sahip olma inancının kötü bir sonuca neden olabileceği inancıdır (ör. Kişide arkadaşının araba kazası yaptığı düşüncesinin olması araba kazasının oluşma olasılığını arttırır). Sonuç olarak bazı eylemler olası kötü bir sonuçtan korunmak amacıyla yapılmalıdır. İkincisi ise bazı kötü eylemler hakkında ahlaken o olayı yapmaya eşit olarak değerlendirilen düşüncelere sahip olmadır (ör. kişide

çocuğuyla cinsel ilişki düşüncesinin olması o olayı yapma ile ilişkili gizli bir isteğin olması şeklinde değerlendirilir).

b. Abartılmış sorumluluk: Bir kişinin olumsuz sonuçları önleme ya da neden olma gücüne sahip olduğuna dair abartılmış inanç. Bu kişide korkulan sonucu önlemek için mümkün olan her eylemi yapma veya olumsuz sonuçlara yol açabilecek yaptıkları ya da yapmadan bıraktıkları herhangi bir şeyi emin olmak için sürekli izleme zorunluluğu hissetmekle sonuçlanır.

c. Düşüncelerin kontrol edilebilmesi üzerine inançlar: Bir kişinin düşüncelerini ve imajlarını kontrol etmesinin mümkün olduğuna dair inancıdır. Düşünceleri kontrol etmeyle ilgili gereksinim duyulur (düşüncelerin olası zararlı etkilerinden dolayı).

d. Mükemmeliyetçilik: Herhangi bir şeyin yapılması için tek doğru yol vardır inancı. Kişinin görevi bu tek doğru yolla bir şeyi gerçekleştirmektir (ör. bir işte ufak bir hata yapmak tamamını hatalı yapmak kadar kötüdür).

e. Abartılmış tehdit algısı: Olası zararın şiddetinin veya olasılığının abartılı varsayımıdır (ör. Sürekli kötü şeyleri önlemek için çaba sarf etmezsem kötü şeyler olabilir).

f. Belirsizliğe tahammülsüzlük: Tamamen emin olma gereksinimi olup; eğer bir kişi tamamen emin olmazsa bir sorunla başa çıkmasının imkansız olacağına dair inancıdır. Yaşamdaki belirsizlikleri sıfıra indirme isteği ve çabasıdır. Bunun için kişi gelecekteki olumsuz durumlarla ilgili ihtimalleri çok yüksek görür, riskleri yüksek algılar ve bu belirsizliği azaltmaya çalışır [114].

Literatürde Cartwright-Hatton ve Wells (1997), yaptıkları çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve OKB hastalarının normal kontrol grubundan ÜBÖ'nün düşüncenin kontrol edilemezliği ve düşünce hakkındaki olumsuz inançlar ile düşüncenin tehlikeliliği alt-ölçeklerinde belirgin olarak farklı

olduklarını bulmuşlardır [12]. Bilişsel farkındalık alt-ölçeği ise OKB ve YAB hastalarının farklılaştığı tek alt-ölçek olarak bulunmuştur. ÜBÖ'nün beşinci faktörü olan bilişsel farkındalık, düşüncenin farkında olma ve düşünceyi gözlemleme eğilimidir. OKB hastaları bu alt ölçekte YAB hastalarından belirgin olarak daha yüksek puanlar almışlardır. 'Düşünce süreçlerine yoğun bir biçimde odaklanmak', YAB hastalarına özgü özellikler olan 'endişe hakkındaki inançlar ve girici düşüncelere' kıyasla, OKB hastalarını daha iyi tanımlayabilmektedir [12].

Diğer anksiyete bozukluklarıyla karşılaştırmada (ör. agorafobili veya agorafobisiz panik bozukluğu, sosyal fobi) inanç alanları ya OKB spesifik (OKB'li kişilerde diğer anksiyete bozukluğu olan kişilerden daha fazla bulunan) ya da OKB ilişkili (OKB'li kişilerde ve diğer anksiyete bozukluğu olan kişilerde eşit olarak bulunan) olarak bulunmuştur [115]

Herman ve arkadaşları (2003), OKB'li kişileri normal kontrol grubuyla karşılaştırdıkları çalışmalarında ise bazı üst-biliş inanç alanlarında farklılıklar bulmuşlardır [116]. OKB'li kişiler zihinsel olayların kontrol edilemezliği, tehlikesi ve belirli düşüncelerinin olması üzerine zararlı sonuçların ortaya çıkacağı ile ilgili olumsuz inançlarının daha çok olduğunu, düşüncelerini daha fazla izlediklerini ve bilişsel becerilerine daha az güvendiklerini bildirmişlerdir.

2.3. Aşırı Değer Verilmiş Düşünce

ADD kişinin zihnini meşgul eden, obsesyonlara oranla benliğe daha az yabancı, sanrısal kesinliğe ulaşmamış fakat bu doğrultuda da yoğunlaşabilen düşünceler olarak tanımlanmaktadır. Sanrılardan farklı olarak sıklıkla kompulsiyonlar eşlik etmektedir ve ikincil olarak yapılan kompulsif davranışların kişi tarafından yapılmadığı zaman korkulan durumun gerçekleşme olasılığına inanç ve bu doğrultuda kaygılanma ADD için daha öncelikli olmaktadır.

Bireyin kişiliğiyle yakından ilintili olan ve desteklenen tekil inançları tanımlamak amacıyla ADD terimini üreten ilk kişi Wernicke'dir [16]. Carl Jaspers ise sanrının niteliksel olarak normal veya ADD'den farklı olduğunu belirtmiştir. Jaspers'e göre ADD normalden daha inandırıcı, sürekli ancak bireyin kişiliği ve duygularıyla uyum içinde olan bir inançla ilintilidir [16]. Diğer yönden Fish'e göre sürdürülen kanaat ve eylemlerin sonuçları arasındaki sanrılarda gözlemlenen uyuşmazlık asıl önemli olan noktadır. ADD davranışı devamlı olarak belirlerken sanrılarda bu çoğu zaman beklenmez [117].

Kozak ve Foa (1994) bu ikilemi bir ucunda sanrısal yoğunluğa ulaşmış düşüncelerin, diğer ucunda ise kişinin benliğine yabancı ve mantıksız bulduğu obsesif düşüncelerin olduğu bir yelpaze olarak tanımlamışlardır. Kesin olarak sanrısal bir karakter kazanmamış ve yeterince de içgörünün olmadığı düşünceler ise ADD olarak tanımlanmış ve bu yelpazenin ortasında yer almaları gerektiği düşünülmüştür [17].

ADD OKB dışında birçok psikiyatrik bozukluklarda karşımıza çıkmaktadır. Bunlar arasında beden dismorfik bozukluk, hipokondria, anoreksiya nevroza ve sosyal fobi sayılabilir [16]. ADD'lerin bir kişide mevcut olmasının çeşitli klinik sonuçları olabilmektedir. Bunlar içinde en önemlisi tedaviye kötü yanıtı yordayan bir etmen olmalarıdır. Ayrıca kişinin ego bütünlüğüyle kısmi uyumlu olmasından dolayı sağlık yardımı arama davranışının gecikmesi ya da oluşmamasında önemli derecede etkili olmakta ya da kişinin profesyonel yardım olanakları dışında tedavi arayışlarında bulunmasında etkili olabileceği düşünülmektedir [18]. Dolayısıyla OKB hastalarında ADD varlığı klinik olarak önemli bir bulgudur.

2.4. Büyüsel Düşünce

Eckblad ve Chapman (1983), büyüsel düşünceyi, kişinin, kavramlar arasında nedensellik ilişkileri kurma eğilimi olarak tanımlamıştır [20]. Bu tanımda, herhangi bir nedensellik ilişkisinin kuramsal olarak olanaklı olduğunun

savlanmasından çok, kişinin böyle bir olasılığa ilişkin öznel yaşantısı daha mühimdir.

Büyüsel düşünce eğilimine çevresel ve kültürel etmenlerin yanı sıra biyolojik özellikler de katkıda bulunuyor olabilir [118] [119].

Büyüsel düşünce kişinin kendi düşüncesi ve dış gerçeklik arasındaki hatalı bir nedensellik ilişkisini varsayma eğilimi şeklinde de tanımlanmıştır [19]. Genel bir ifade ile bilimsel kurallar ile tutarsız ancak kültürel olarak kabul görebilen, spiritüalizm veya telepati gibi tanımlara benzer nitelikte nedenselliğe dayalı düşünce biçimidir [120].

Normal bireyler bazen stres ile karşılaştıklarında kontrol duygusu sağlayabilmek için büyüsel veya batıl düşüncelere başvurabilirler [21] [22].

Büyüsel düşünce ve OKB ilişkisi henüz emekleme aşamasında olsa da düşünce eylem kaynaşması kuramına dayanır [19]. Bu kuram OKB'de görülen ve nedensellik veya bilimsel yasalarla açıklanamayan bir takım nötralize edici kompulsif tarzda davranışları açıklayabilir [23-24] [24] [25].

Yapılan çalışmalarda OKB tanılı hastalarda agresif ya da dini obsesyonlar gibi atipik obsesyonları olanlarda [26] [27] ve istifleme ve sayma kompulsiyonları olanlarda büyüsel düşünce puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır [24]; [28]; [27]. OKB'da temizlik ve kontrol etme alt tipleri büyüsel düşünce skorları açısından kıyaslandığında çelişkili sonuçlar elde edilmekle birlikte yine de kanıtlar kontrol etme alt tipinin büyüsel düşünce ile temizlik alt tipine göre daha ilintili olduğunu göstermektedir [29]; [24] [24] [30] [22]. Başka bir çalışmada ise Einstein ve Menzies (2008) OKB'li hastalarda tedavi öncesi büyüsel düşünce puanlarını tedaviye direnç ile ilintili bulmuşlar ve aynı zamanda OKB semptomlarındaki iyileşme ile büyüsel düşünce puanlarındaki gerilemeyi de birbiriyle ilişkili saptamışlardır [30].

OKB ve büyüsel düşünce arasındaki güçlü korelasyona rağmen aralarındaki ilişki halen belirsizliğini korumaktadır.

2.5. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Yaşamın niceliksel değerlendirilmesinin aksine, yaşam kalitesi kişinin öznel olarak yaşamdan memnuniyetini, genel iyilik halini ve işlevselliğini yansıtan bir kavramdır [121] [122]. Başka bir tanımlama ile "kişinin kendi durumunu, kendi kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi" olarak da açıklanabilir [123].

Ruhsal hastalıkların yaşamın sosyal, mesleksel, fiziksel ve psikolojik alanları üzerinde olumsuz etkileri bilinmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesi ruhsal hastalıkların değerlendirilmesinde tanılandırılmasında gittikçe artan bir öneme sahiptir. Nitekim DSM 5'te de yaşam kalitesindeki bozulmanın ruhsal bozuklukların gelişimindeki yeri ve tedavi etkinliğindeki önemi vurgulanmıştır [1].

Obsesif-kompulsif bozukluk, süreğen gidişli ve diğer psikiyatrik bozukluklarda da olduğu gibi kişilerin akademik, mesleksel, sosyal ve aile işlevlerini olumsuz etkileyerek yeti yitimine yol açan bir bozukluktur [124]. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre OKB, işlevselliği olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve ruhsal hastalıklar arasında genelde onuncu sırada, 15-44 yaş arasındaki kadınlarda ise beşinci sırada yer almaktadır [125]. OKB tanılı hastalarda bu alanda yapılan sınırlı sayıdaki çalışmada yaşam kalitesinin bozulduğu bildirilmektedir [126] [127]. Başka bir çalışmada OKB tanılı hastalarda obsesyonların ve depresyon şiddetinin yaşam kalitesinin belirleyicisi olduğu, ama kompulsiyonların yaşam kalitesini etkilemediği bildirilmiştir [128]. Bu çalışmalarda yaşam kalitesinin hastalığın klinik özellikleri ile ilişkisine ait bilgiler ise sınırlıdır.

2.6. Otojen ve Reaktif Obsesyonların Üstbiliş İle İlişkisi

Otojen obsesyonlu kişiler düşüncelerini egodistonik ve mantıksız algılamaya, onları bilinçlerinden uzaklaştırmaya ve bastırmaya ya da sık sık gizli kompülsif davranışlarla kontrol stratejileri kullanmaya eğilimlidirler. Öte yandan klinisyenlere sık sık düşüncelerini akla aykırı veya tuhaf olarak tanımlasalar da reaktif obsesyonlu kişiler, kendi düşüncelerinin görece gerçekçi ve daha akla yatkın olduğuna inanmaya eğilimindedirler. Bu yüzden, mevcut obsesif düşüncelerini savuşturmaktansa obsesif düşüncenin istenmeyen olası sonuçlarını engellemek için kendilerini baş etme davranışına adarlar [34]. Otojen obsesyonu olan kişiler her ne kadar ego-distonik olsalar da obsesyonlarının niteliğinden ötürü obsesyonlarıyla sıklıkla zihinsel anlamda baş etmeye çalışırlar. Düşünceyi akıllarından savuşturmaya veya obsesif düşüncenin anlamını yorumlamaya veya yordamaya uğraşı gösterirler.

Bu alanda yapılan özgün çalışmalar az sayıda olsa da araştırma verilerine bakıldığında çelişkili sonuçlar mevcuttur. Doğan ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada otojen ve reaktif grupların üstbilişleri karşılaştırılmış, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır [32]. Corcoran ve Woody (2008) normal örneklemle çalıştıkları araştırmalarında, saldırganlık, cinsellik ve günahkârlığa dair, sosyal kabul görmeyecek düşünceleri katılımcıların değerlendirmesini istemişler ve düşüncelerin kendini kötü karakteri olan bir kişi olarak görme, zihinsel bir bozuklukla ilişkilendirme, ahlaksızlık gibi değerlendirmelerin obsesif-kompülsif belirtilerle ilişkili olduğuna dair sonuçlar elde etmişlerdir [33]. Buna bağlı olarak düşüncenin içeriğinden çok kişi için ne ifade ettiğine vurgu yapmışlardır. Örneğin birine vurmayla ilgili düşünce, eğer saldırganlıkla ilişkilendiriliyorsa farklı, kendini savunmayla bağlantılı olarak düşünülüyorsa farklı üstbilişsel değerlendirmeyle sonuçlanacaktır.

2.7. Otojen ve Reaktif Obsesyonların Büyüsel Düşünce İle İlişkisi

Lee ve Telch'in, otojen OKB hastalarının reaktif hastalara göre daha fazla şizotipal kişilik özellikleri taşıdıkları hipoteziyle üniversite öğrencilerinde yaptıkları bir araştırmada, otojen OKB semptomlarının şizotipal kişilik

özellikleriyle anlamlı derecede ilişkili olduğunu, reaktif OKB semptomlarının şizotipal kişilik örüntüsüyle arasında ise anlamlı ilişki olmadığını saptamışlar [34].

Henüz otojen-reaktif obsesyon alt tipleri tanımlanmadan Exner'in 1993 yılında yaptığı bir çalışmada, tetikleyici bir uyaranla ortaya çıkan obsesyonlara bağlı aşikar kompulsif davranışları olan OKB hastalarının Rorscharch testi sonuçlarının, diğer anksiyete bozukluğuna sahip hastalarla çok benzer olduğu bulunmuştur. Bir grup OKB hastasının ise ciddi algısal bozulmalar sergilediği ve bu grubun Rorscharch testinin psikotik bir hastanın testinden ayırt edilemez olduğu gösterilmiştir [129]. Tüm bu sonuçlar, otojen OKB hastalarının düşüncelerindeki bozulmanın, reaktif OKB hastalarından daha yüksek olduğunu desteklemektedir.

Otojen hastaların reaktif hastalara göre daha olağandışı algısal deneyimler tarif ettikleri ve daha fazla mantık dışı/büyüsel düşüncelerinin olduğuna yönelik araştırmalar yapılmıştır. Otojen hastaların temel stratejisi, düşünceyi kontrol etme ve o düşünceyle olan sık zihinsel uğraşı şeklinde olsa da, bazen obsesif dalıcı düşüncelerinin ortaya çıkardığı anksiyeteyi azaltmak için aşırı ritüeller gösterebilirler; ancak otojen hastaların obsesyonları davranışsal ritüelleri reaktif hastalarınkine göre sıklıkla daha büyüsel olabilir [35]. Diğer insanlar tarafından anlaşılmaz ya da batıl inançlarla ilişkili gibi bulunabilir. Örneğin hastalar akıllarına gelen saldırganlık düşüncelerini telafi etmek için anlamsız kelimeleri belli sayıda tekrar etme, belli şeylere tekrar tekrar dokunmak gibi dışarıdan anlaşılmaz ve tuhaf sayılabilecek davranışlar sergileyebilirler. Otojen obsesyonla direk illişkilendirilebilen çok az sayıda dış tetikleyici olduğundan nötralizayonun hedefi belirsizdir. Bu durum atipik olarak görülebilecek davranışlarda artmaya neden olur. Reaktif hastaların obsesyonları genellikle dışsal bir uyaranla ortaya çıktığından bu kişiler belirli bir hedefe yönelik kompulsif davranışlar sergilerler ve bu davranışlar genellikle klinik görünümde büyüsel nitelikte olmaz.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın süresi ve yeri

Çalışma 1 Haziran 2015 – 1 Haziran 2016 tarihleri arasında Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Örneklem grubu

Araştırmamıza Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'ne ayaktan başvuran ve DSM 5'e göre OKB tanısı almış hastalar ve herhangi bir psikiyatrik bozukluğu bulunmayan sağlıklı kontrol grubu dâhil edilmiştir.

Örneklem Grubu Oluşturma Kriterleri;

1) 18-51 yaş arası olması
2) Klinik olarak normal zekâ düzeyinde olması
3) Çalışmaya katılmak için gönüllü olması ve onam formunu imzalamış olması
4) Yapılandırılmış tanı aracı olarak SCID-I ve DSM 5 tanı kriterlerine göre OKB'a komorbid diğer psikiyatrik bozuklukların olmaması
5) Okuma yazma biliyor olması

Araştırmadan Dışlama Kriterleri

1) DSM 5 e göre; şizofreni, diğer psikotik bozukluklar, bipolar affektif bozukluk ve majör depresif bozukluk tanısı almış olmak
2) Madde kullanım öyküsü ya da son 3 ay içinde alkol kullanımı olması
3) Yaşam kalitesini olumsuz etkileyecek ve belirgin işlev kaybına yol açabilecek ağır bir fiziksel hastalığa sahip olmak
4) Nörolojik, metabolik veya aktif inflamatuar hastalığı olan bireyler

Herhangi bir antidepresan ya da atipik antipsikotik kullanımı olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Herhangi bir terapi süreci içerisinde tedavilerine devam etmekte olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Klinik görüşme ve Y-BOCS semptom kontrol listesine göre hasta grubu, otojen ve reaktif olmak üzere iki alt gruba ayrılmıştır. Her hastanın sosyodemografik verileri alındıktan sonra çalışma kriterlerine uygun olan ve çalışmayı kabul eden hastalara aydınlatılmış onam imzalatılmıştır.

Erişkin kontrol grubunda yer alan 55 birey herhangi bir psikiyatrik hastalığı ya da belirgin bir fiziksel hastalığı olmayan üniversite personelinden ve tıp fakültesi öğrencilerinden oluşmaktaydı. Kontrol grubunda sosyodemografik veri formuna göre mevcut haliyle herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olduğunu bildiren ve tedavi almakta olan veya sağlık arama davranışını gerektirecek herhangi bir fiziksel hastalığı olan bireyler çalışma dışı bırakıldı. Kontrol grubu seçilirken olabildiğince yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu bakımından hasta grubuyla uyumlu olmasına özen gösterildi.

3.2. Örneklem Genişliği Hesaplamaları

Kontrol ve vaka grupları arasında yaşam kalitesi alt ölçek puanları yönünden en az 2 birimlik, üstbiliş alt ölçek puanları yönünden ise en az 2.5 birimlik bir farkın, %80 güç ve %5 yanılma düzeyinde, istatistiksel olarak önemliliğini test edebilmek için grupların her birine en az 41'er olgu alınması öngörülmüştür. Yaşam kalitesi için 2 [130], üstbiliş yönünden 2.5 [131] birimlik fark bilgilerine literatür çalışmalarından ulaşılmıştır. Örneklem genişliği hesaplamaları G*Power 3.0.10 paket programında yapılmıştır.

Kontrol ve vaka grupları arasında yaşam kalitesi alt ölçek puanları yönünden en az 2 birimlik, üstbiliş alt ölçek puanları yönünden ise en az 2.5 birimlik bir farkın, %85 güç ve %5 yanılma düzeyinde, istatistiksel olarak önemliliğini test edebilmek için grupların her birine en az 46'şar olgu alınması öngörülmüştür. Yaşam kalitesi için 2 [130], üstbiliş yönünden 2.5 [131] birimlik

fark bilgilerine literatür çalışmalarından ulaşılmıştır. Örneklem genişliği hesaplamaları G*Power 3.0.10 paket programında yapılmıştır.

Kontrol ve vaka grupları arasında yaşam kalitesi alt ölçek puanları yönünden en az 2 birimlik, üstbiliş alt ölçek puanları yönünden ise en az 2.5 birimlik bir farkın, %90 güç ve %5 yanılma düzeyinde, istatistiksel olarak önemliliğini test edebilmek için grupların her birine en az 54'er olgu alınması öngörülmüştür. Yaşam kalitesi için [130], üstbiliş yönünden 2.5 birimlik fark [131] bilgilerine literatür çalışmalarından ulaşılmıştır. Örneklem genişliği hesaplamaları G*Power 3.0.10 paket programında yapılmıştır.

3.3. Etik Kurul Onayı

Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurul komitesinden 28 Mayıs 2015 tarihli ve 07 sayılı toplantısında 99950669/145 numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Bütçesi

Araştırma için bir bütçe belirlenmemiştir, masraflar araştırıcının kendi kaynaklarından karşılanmıştır.

3.5. Veri toplama araçları

3.5.1. Onam ve Bilgilendirme

Çalışmaya katılan tüm katılımcılara, klinik görüşme ve uygulamalardan önce bilgilendirilmiş onam formu verilmiş, çalışma hakkında detaylı bilgilendirme yapılmış ve ardından tüm katılımcıların imzalı onayları alınmıştır.

3.5.2. Sosyodemografik veri formu

OKB hasta grubunun bir takım klinik özellikleri göz önünde bulundurularak belirlenmiş, araştırma verilerinin daha iyi analiz edilebilmesi

amacıyla, çalışmamızın amaçları ve varsayımıyla uyumlu olarak araştırmacı tarafından hazırlanmış bir formdur. Araştırmaya katılan bireylerin onamları alındıktan sonra hasta ve kontrol gruplarına sosyodemografik ve klinik verilerin derlendiği bir dizi sorudan oluşan bu form doldurtulmuştur.

3.5.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS)

Obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiştir [132]. Görüşmeci tarafından uygulanır. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır, fakat toplam puanın saptanması için yalnızca ilk 10 madde (madde 1b ve 6b dışında) kullanılır. Her sorunun puanı 0–4 arasında değişmektedir. Ayrıca ölçeğin yanında belirti dağılımını araştırmaya yönelik Y-BOCS Belirti Kontrol Listesi bulunmaktadır. 11. madde ile hastaların içgörüsü değerlendirilebilmektedir. Türkçeye uyarlanması ve geçerlik-güvenilirlik çalışmaları Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [133].

3.5.4. Aşırı Değerlendirilmiş Düşünce Ölçeği (ADDÖ)

ADD'leri değerlendirmek üzere geliştirilmiş birkaç değerlendirme aracı bulunmaktadır. ADDÖ bu amaçla geliştirilmiştir. Neziroğlu ve arkadaşları (1999) tarafından ADD'lerin şiddetini belirlemek üzere geliştirilen ADDÖ 10 maddeden oluşmaktadır: Bu on maddede kişinin sahip olduğu düşünce ya da inanca atfettiği değişik özellikler değerlendirilmektedir. Her maddenin puanı klinisyen tarafından 0-10 arasında değerlendirilmekte ve tüm puanlar toplanarak maddelerin ortalaması alınmaktadır. Ölçek ile en fazla 3 temel ADD'nin değerlendirmesi ayrı ayrı yapılarak tümü için bir ortalama puan elde edilebilmektedir. Sonuç olarak 0-10 arasında bir toplam puan elde edilir [18]. Özgün ölçeğin güvenilirlik analizlerinde iç tutarlılık katsayısı 0.95, değerlendiriciler arası bağıntı katsayısı toplam puan için 0.95 olarak bulunmuştur.

3.5.5. Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ)

Wells'in yaygın anksiyete bozukluğunun bilişsel modelini temel alan ölçek Cartwright-Hatton ve Wells tarafından endişe hakkındaki üstbilişleri ve diğer üstbilişsel yargıları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir [12]. Beş faktör içeren ölçek toplam 65 maddeden oluşmaktadır; (a) *Endişe hakkında olumlu inançlar*, endişenin plan yapmaya ve sorun çözmeye yardımcı olduğuna dair inançları (b) *Endişe hakkında olumsuz inançlar*, endişenin tehlikeli ve kontrol edilemez yapısına dair inançları içerir. (c) *Bilişsel güven*, kişinin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmamasına dair inançları inceler. (d) *Düşünceler hakkında olumsuz inançlar*, düşüncenin kontrol edilemediği için sorumlu olacağına ve bunun olumsuz sonuçlarıyla karşılaşacağına dair batıl inançları içerir. (e) *Bilişsel farkındalık*, kişinin kendi düşünce süreçleri hakkındaki inançlarını inceler. Faktörlerin iç geçerliliği Cronbach alfa değerleri 0,72'den 0,89'a değişen oranlarda yeterli bulunmuştur [12]. Cartwright-Hatton ve Wells 2004 yılında ölçeğin 30 maddelik kısa formunu geliştirmişlerdir [134]. Orjinalinde olduğu gibi yine 5 faktör ihtiva eden ölçeğin tüm olarak iç tutarlılık Cronbach α değeri 0,93'dür ve faktörler için α değerleri 0,72 ile 0,93 aralığındadır. Ölçeğin 30 maddelik kısa formunun Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması ise Tosun ve Irak tarafından yapılmıştır [10].

3.5.6. Büyüsel Düşünce Ölçeği (BDÖ)

Büyüsel düşünce kişinin kavramlar arasında ait olduğu kültürde yaygın kabul görmeyen sebep sonuç ilişkileri kurma eğilimi olarak tanımlanabilir. Büyüsel düşünceyi ölçen 30 maddelik bu ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Atbaşoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [135]. Ölçek doğru ya da yanlış seçeneklerinin bulunduğu 30 maddeden oluşur. Yedi madde (7,12,13,16,18,23,24) ters, 23 madde düz yönlüdür. Tüm bu maddeler üzerinden total puan hesaplanır. Bu maddeler psikoz yatkınlığı ile ilişkili olduğu düşünülen büyüsel düşünceyi yansıtmaktadır.

3.5.7. Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)

Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilmiş ve ülkemizde de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır [136]. WHOQOL- 100 içinden seçilen 26 soru ve 4 alanı kapsamaktadır. Bu 4 alan fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarıdır. Ölçek likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir ve kişi tarafından doldurulmak üzere hazırlanmıştır. Yanıtlar hastanın yaşadıklarının şiddetini, sıklığını, yaşadıklarına ilişkin hastanın yorumunu ve kapasitesini içermektedir. Fiziksel alanda gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili sorular yer almaktadır. Psikolojik alan, olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüş, kişisel inançlar ve dikkat; sosyal ilişkiler alanı ise diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin çevre boyutunda ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, fizik çevre ve ulaşım ile ilgili sorular bulunmaktadır [130].

3.5.8. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Hodgson ve Rachman tarafından 1977 yılında geliştirilen ölçek, obsesif kompulsif belirtilerin düzeyini ve türünü araştırmayı amaçlar [137]. Erol ve Savaşır (1988) tarafından yapılan uyarlama çalışmasında (7 yaş ve üzeri) ölçeğe yedi madde daha eklenmiş ve ölçeğin son hali 37 madde olarak yeniden düzenlenmiştir. Bu çalışmaya göre MOKSL'un ülkemizde normal ve psikiyatrik örneklemlerde obsesif-kompulsif yakınmaların türü ve yaygınlığını ölçmede, araştırma ve klinik amaçlar için geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir [137]. Ölçek kontrol, temizlik, yavaşlık, kuşku ve ruminasyon alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ölçekte her madde, doğru/yanlış olarak yanıtlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 37 arasında değişmekte ve puanın yükselmesi obsesif-

kompulsif belirtilerin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alfa değeri ilk 30 madde için 0.81, 37 madde için ise 0.86 olmuştur. Alt ölçekler için bu katsayılar 0.31 ile 0.70 arasında değişmiştir.

3.5.9. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

A.T. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen 21 maddelik bir ölçektir. Kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Yanıt veren hastalar her bir belirtiden rahatsız olma düzeyini belirtir. Her belirti 0 (hiç yok) ile 3 (şiddetli) arasında değerlendirilir. Çevirisi Şahin, geçerlilik ve güvenilirliği Ulusoy tarafından yapılmıştır [138].

3.5.10. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Depresyon belirtilerinin şiddetini ölçmek amacıyla Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Toplam 21 maddeden oluşan ölçeğin maddeleri 0-3 arasında puanlanır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Hisli tarafından yapılmıştır [139]. Araştırmamızda çalışmaya katılan hasta grubunda komorbid depresyon tanısı klinik görüşmeler ve SCID-I tarama ile dışlanmasına rağmen yine de BDE hasta ve kontrol gruplarına uygulanmıştır. Ancak istatistik analizlere bu ölçek puanları dâhil edilmemiştir.

3.5.11. İstatistiksel Analiz

Katılımcılardan elde edilen verilerin analizini yapmak için SPSS 16.0 paket programı kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için *ortalama ± standart sapma* olarak tablo halinde verilmiştir. Kategorik değişkenler *sayı ve yüzde* olarak özetlenmiştir. Sayısal değişkenlerin normallik testi n<50 olduğu durumda *Shapiro Wilks testi,* n>50 olduğu durum/durumlarda ise *Kolmogrov Smirnov testi* ile kontrol edilmiştir. Bağımsız grupların karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren ve n>30 şartını sağlayan durumlarda parametrik bir test olan *Independent*

Samples t test, normal dağılım göstermeyen veya n<30 olan durumlarda ise *Mann Whitney U testi* kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki farklılık karşılaştırmalarında 2x2 tablolarda Pearson Ki-Kare, RxC tablolarda ise *Fisher Freeman Halton Test* kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde, normal dağılım gösteren ve n>30 şartını sağlayan durumlarda *Pearson Korelasyon Katsayısı* kullanılmıştır. İstatistiksel analizler R 3.3.2v (açık kaynak) programı ile yapılmış ve istatistik analizlerde anlamlılık düzeyi 0.05 (p-value) olarak dikkate alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, çalışmada yer alan 54 OKB ve 55 sağlıklı kontrol grubu katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve bu katılımcılara uygulanan ölçek ve alt ölçek puanlarına ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 2. Kontrol Grubuna Ait Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı (n:55)

Sosyodemografik Özellik		**Sayı (%)**
Cinsiyet	Erkek	23(41.8)
	Kadın	32(58.2)
Medeni durum	Bekâr	33(60)
	Evli	22(40)
Eğitim durumu	Ortaokul	1(1.8)
	Lise	3(5.5)
	Lisans	49(89.1)
	Yüksek lisans	2(3.6)
İlaç kullanma durumu	Hayır	55(100)
	Evet	0(0)
Geçmişte başka bir psikiyatrik öykü	Hayır	51(92.7)
	Anksiyete bozukluğu	1(1.8)
	Depresyon	3(5.5)
Aile OKB varlığı	Hayır	51(92.7)
	Evet	4(7.3)
Ailede OKB tanısının kimlerde olduğu	Çocuk	1(25)
	1. Derece akraba	1(25)
	2. Derece akraba	2(50)
Ailede başka bir psikiyatrik öykü varlığı	Hayır	43(78.2)
	Evet	12(21.8)
Ailede başka bir psikiyatrik öykünün kimlerde olduğu	Anne	5(41.7)
	1. Derece akraba	4(33.3)
	2. Derece akraba	3(25)
Ailedeki var olan psikiyatrik hastalıklar	Anksiyete Bozukluğu	4(33.3)
	Depresyon	4(33.3)
	Psikotik Bozukluk	2(16.7)
	Bipolar Affektif Bozukluk	1(8.3)
	Diğer	1(8.3)
Fiziksel başka bir hastalık	Hayır	55(100)
	Evet	0(0)

Tablo 2 ve 3'te çalışmaya alınan bireylere ait sosyodemografik özelliklere ait bilgiler yer aldığı görülmektedir. Kontrol grubu, OKB grubu ve genel olarak bilgiler özetlenmiştir.

Tablo 3. OKB Grubuna Ait Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı (n:54)

Sosyodemografik Özellik		**Sayı (%)**
Cinsiyet	Erkek	21(38.9)
	Kadın	33(61.1)
Medeni durum	Bekâr	30(55.6)
	Evli	24(44.4)
Eğitim durumu	İlkokul	3(5.6)
	Ortaokul	1(1.9)
	Lise	10(18.5)
	Lisans	39(72.2)
	Yüksek lisans	1(1.9)
İlaç kullanma durumu	Hayır	25(46.3)
	Evet	29(53.7)
Geçmişte başka bir psikiyatrik öykü	Hayır	29(53.7)
	Anksiyete bozukluğu	9(16.7)
	Depresyon	14(25.9)
	Diğer	2(3.7)
Aile OKB varlığı	Hayır	42(77.8)
	Evet	12(22.2)
Ailede OKB tanısının kimlerde olduğu	Anne	4(33.3)
	Baba	4(33.3)
	1.derece akraba	3(25)
	2.derece akraba	1(8.3)
Ailede başka bir psikiyatrik öykünün varlığı	Hayır	36(66.7)
	Evet	18(33.3)
Ailede başka bir psikiyatrik öykünün kimlerde olduğu	Anne	6(37.5)
	Baba	1(6.3)
	Çocuk	2(12.5)
	1.derece akraba	3(18.8)
	2.derece akraba	4(25)
Ailede varolan psikiyatrik hastalıklar	Anksiyete bozukluğu	8(47.1)
	Depresyon	6(35.3)
	Psikotik Bozukluk	1(5.9)
	Diğer	2(11.8)
Fiziksel başka bir hastalık	Hayır	54(100)
	Evet	0(0)

Tablo 4'de, OKB hastaları ve kontrol grubu arasında sosyodemografik ve klinik özellikler bakımından fark olup olmadığı araştırılmıştır. Buna göre gruplar arasında eğitim durumu, geçmişte başka bir psikiyatrik öykünün varlığı ve ailede

OKB tanısı almış bireylerin bulunması arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır (p<.05). Gruplar arasında cinsiyet, medeni durum, ailede başka bir psikiyatrik öykünün olması ve yaş ortalamaları benzer dağılım gösterdiği gözlenmiştir (p>.05). Bu sonuçlara göre kontrol grubunda üniversite mezunu bireyler OKB grubuna göre fazladır, fark istatistiksel olarak anlamlıdır. OKB grubunda geçmişte psikiyatrik öykünün bulunması ve ailede OKB varlığı beklenildiği gibi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4. OKB Hastaları ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellik	Grup		
	Kontrol n:55	OKB n:54	
	Sayı (%)	Sayı (%)	P
Cinsiyet[1]			
Erkek	23(41.8)	21(38.9)	0.755
Kadın	32(58.2)	33(61.1)	
Medeni durum[1]			
Bekâr	33(60)	30(55.6)	0.639
Evli	22(40)	24(44.4)	
Eğitim Durumu[1]			
Üniversite mezunu değil	4(7.3)	14(25.9)	0.009*
Üniversite mezunu	51(92.7)	40(74.1)	
Geçmişte başka bir psikiyatrik öykü[1]			
Yok	51(92.7)	31(57.4)	
Anksiyete Bozukluğu	1(1.8)	9(16.7)	p<0.001*
Depresyon	3(5.5)	14(25.9)	
Ailede OKB varlığı[1]			
Hayır	51(92.7)	42(77.8)	0.027*
Evet	4(7.3)	12(22.2)	
Ailede başka bir psikiyatrik öykü varlığı[1]			
Hayır	43(78.2)	36(66.7)	0.178
Evet	12(21.8)	18(33.3)	
Yaş[2]	31.41±10.92	28.83±7.63	0.156

1: Ki-Kare testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler n (%) şeklinde verilmiştir.
2: Independent Samples t Testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma şeklinde verildi.
*: p<.05

Tablo 5 ve 6'da çalışmada kullanılan ölçeklerin genel toplam ve alt boyut tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir.

Tablo 5. Kontrol Grubuna Ait Bireylere Uygulanan Ölçeklerin Genel Toplam ve Alt Boyutlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri (n:55)

		Min-Maks.	Ort.±SS
Kontrol	Olumlu İnançlar	6-24	10.35±3.11
	Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	6-21	11.53±3.34
	Bilişsel Güven	6-24	12.56±4.40
	Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	6-16	11.56±2.71
	Bilişsel Farkındalık	6-22	13.16±3.3
	ÜBÖ Toplam	32-107	59.16±13.23
	Fiziksel Alan	5-21	15.49±3.04
	Psikolojik Alan	6-21	15.82±2.44
	Sosyal Alan	3-12	7.82±2.1
	Çevresel Alan	16-32	23.78±3.35
	WHOQOL-BREF-TR Toplam	38-79	62.91±8.03
	Kontrol Etme	0-4	1.02±1.15
	Ruminasyon	0-2	0.31±0.54
	Temizlik	0-8	2.71±1.82
	Yavaşlık	0-4	0.89±0.9
	Kuşku	0-7	2.45±1.32
	MOKSL Toplam	56-74	66.15±4.39
	BAE Toplam	0-29	4.6±5.07
	BDÖ Toplam	4-24	8.47±3.55

Tablo 6. OKB Hastalarına Ait Bireylere Uygulanan Ölçeklerin Genel Toplam ve Alt Boyutlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri (n=54)

		Min-Maks.	Ort.±SS
OKB	Olumlu İnançlar	7-24	12.89±4.4
	Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	8-24	17.87±4.07
	Bilişsel Güven	7-23	12.24±4.18
	Kontrol İhtiyacı	7-24	17.28±3.96
	Bilişsel Farkındalık	8-22	15.81±3.42
	ÜBÖ Toplam	40-110	77.09±14.93
	Fiziksel Alan	2-26	12.74±3.88
	Psikolojik Alan	5-20	12.63±3.51
	Sosyal Alan	0-11	5.87±2.38
	Çevresel Alan	9-29	20.37±4.74
	WHOQOL-BREF-TR Toplam	24-71	51.61±11.5
	Kontrol Etme	0-9	4.57±2.26
	Ruminasyon	0-4	2.7±1.21
	Temizlik	0-10	5.22±2.89
	Yavaşlık	0-7	3.43±1.56
	Kuşku	0-7	4.72±1.75
	MOKSL Toplam	42-67	53.59±6.99
	BAE Toplam	3-61	21.59±15.39
	BDÖ Toplam	0-21	8.61±4.66
	ADDÖ Toplam	1.1-8.3	5.23±1.67
	Obsesyon Şiddeti	7-19	12.59±3.38
	Kompulsiyon Şiddeti	5-19	12.63±3.7
	Y-BOCS Toplam	15-38	25.22±6.58

Tablo 7'de OKB ve kontrol grubu arasında ÜBÖ, WHOQOL-BREF-TR, MOKSL genel toplam ve alt boyutları ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Buna göre, ÜBÖ alt gruplarından "olumlu inançlar", "düşünceleri kontrol gereksinimi", "kontrol edilmezlik ve tehlike", "bilişsel farkındalık" ve ÜBÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farklılığın hasta ve

kontrol grupları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<.05$). Bu sonuçlar yorumlandığında OKB hastalarının "olumlu inançlar", "düşünceleri kontrol gereksinimi", "bilişsel farkındalık" ve ÜBÖ toplam puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu söylenebilir. Gruplar arasında ÜBÖ alt grubuna ait "bilişsel güven" puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>.05$). Diğer bir deyişle kontrol grubu ve OKB hastalarının ÜBÖ alt grubu olan bilişsel güven puanları benzer dağılım göstermiştir.

WHOQOL-BREF-TR alt boyutlarından fiziksel alan, psikolojik alan, sosyal alan, çevresel alan ve WHOQOL-BREF-TR genel toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bütün değişkenlerde gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık olduğu gözlenmiştir ($p<.05$). Kontrol grubunun yaşam kalitesi genel toplam ve alt boyut toplam puanlarının OKB hastalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bağlamda OKB bireylerin yaşam kalitelerini yalnızca psikolojik alanlarda değil tüm alanlarda önemli ölçüde olumsuz olarak etkilediği söylenebilir.

OKB hastaları ve kontrol grubu arasında BDÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında BDÖ genel puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>.05$). Bu bulgular başlangıç hipotezimizle çelişmekle birlikte çalışmamızın tartışma kısmında genel hatlarıyla ayrıntılandırılmıştır.

Tablo 7. Gruplar Arasında ÜBÖ, WHOQOL-BREF-TR, MOKSL Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Grup		
	Kontrol (n:55)	OKB (n:54)	P
Üstbiliş ölçeği			
Olumlu inançlar[1]	10.35±3.11	12.89±4.4	0.001*
Kontrol edilemezlik ve tehlike[1]	11.53±3.34	17.87±4.07	p<0.001*
Bilişsel Güven[1]	12.56±4.40	13.24±4.18	0.413
Düşünceleri kontrol gereksinimi[1]	11.56±2.71	17.28±3.96	p<0.001*
Bilişsel farkındalık[1]	13.16±3.3	15.81±3.42	p<0.001*
Üstbiliş ölçeği toplam[1]	59.16±13.23	77.09±14.93	p<0.001*
WHOQOL-BREF-TR			
Fiziksel Alan[1]	15.49±3.04	12.74±3.88	p<0.001*
Psikolojik Alan[1]	15.82±2.44	12.63±3.51	p<0.001*
Sosyal Alan[1]	7.82±2.1	5.87±2.38	p<0.001*
Çevresel Alan[1]	23.78±3.35	20.37±4.74	p<0.001*
WHOQOL-BREF-TR toplam [1]	62.91±8.03	51.61±11.5	p<0.001*
MOKSL			
Kontrol etme[2]	1(0-2)	4(3-7)	p<0.001*
Temizlik[1]	2.71±1.82	5.22±2.89	p<0.001*
Yavaşlık[2]	1(0-1)	3(3-4)	p<0.001*
Kuşku[1]	2.45±1.32	4.72±1.75	p<0.001*
Ruminasyon[2]	0(0-1)	3(2-4)	p<0.001*
Maudsley obsesif kompulsif toplam[1]	66.15±4.39	53.59±6.99	p<0.001*
Beck Anksiyete Envanteri[2]	3(2-6)	22(9-30)	p<0.001*
Büyüsel Düşünce Ölçeği toplam[1]	8.47±3.55	8.61±4.66	0.862

[1]: Independent Samples t Testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma şeklinde verildi.
[2]: Mann Whitney U testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler M(Q_1-Q_3) şeklinde verildi.
*: p<.05

Tablo 8'de ÜBÖ ve WHOQOL-BREF-TR alt boyutları arasında ilişki olup olmadığı araştırıldığında, "bedensel alan" ile "kontrol edilemezlik ve tehlike", "bilişsel güven", "düşünceleri kontrol gereksinimi", "bilişsel farkındalık" ve ÜBÖ toplam puanı arasında anlamlı düzeyde doğrusal, ters yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür (**:p<0.01; *: p<0.05). Ruhsal alan, çevre alanı ve WHOQOL-BREF-TR toplam puanı ile "kontrol edilemezlik ve tehlike", "bilişsel güven", "düşünceleri kontrol gereksinimi" ve ÜBÖ toplam puanı arasında ters yönlü, doğrusal ve zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur (**:p<0.01; *:p<0.05). Genel olarak OKB hastalarının "kontrol edilemezlik ve tehlike", "bilişsel güven",

“düşünceleri kontrol gereksinimi” ve ÜBÖ toplam puanı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı söylenebilir.

MOKSL alt boyutları ile ÜBÖ alt boyutları arasında anlamlı ilişki olup olmadığı araştırılmak istenmiştir. Buna göre, kontrol etme ile “kontrol edilmezlik ve tehlike”, “düşünceleri kontrol gereksinimi” ve ÜBÖ toplam puanı arasında anlamlı düzeyde aynı yönlü doğrusal ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür (**:$p<0.01$; *: $p<0.05$). Bu sonuç OKB tanılı hastalarda abartılmış sorumluluk algısından kaynaklanan, düşünceleri, duyguları ve olayları kontrol etme çabasına yönelik üstbilişsel inançların varlığı ile ilgilidir ve bu durum hastalığın doğasıyla uyumlu niteliktedir.

MOKSL alt boyutlarından temizlik ile yalnızca “olumlu inançlar” arasında anlamlı düzeyde zayıf doğrusal ve aynı yönlü ilişki bulunmuştur (**:$p<0.01$; *: $p<0.05$). MOKSL alt boyutlarından yavaşlık ve genel toplam puanı ile ÜBÖ bütün alt boyutları arasında anlamlı düzeyde doğrusal ve zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (**:$p<0.01$; *: $p<0.05$). Yavaşlık ile ÜBÖ alt boyutları arasında aynı yönlü, MOKSL toplam puanı ile ters yönlü ilişki olduğu gözlenmiştir. Kuşku ve ruminasyon alt boyutları ile “kontrol edilemezlik ve tehlike”, “düşünceleri kontrol gereksinimi” ve ÜBÖ toplam puanı arasında anlamlı düzeyde doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür (**:$p<0.01$; *: $p<0.05$). Zayıf ve aynı yönlü olduğu gözlenmiştir.

Y-BOCS genel toplam ve alt boyutları ile “kontrol edilemezlik ve tehlike”, “düşünceleri kontrol gereksinimi”, “bilişsel farkındalık” ve ÜBÖ toplam puanları arasında anlamlı düzeyde doğrusal, aynı yönlü ve zayıf bir korelasyon bulunmuştur (**:$p<0.01$; *:$p<0.05$). Bu sonuçlar hastalardaki obsesyonların klinik şiddeti ile ÜBÖ toplam puanlarının aynı yönlü ilişkili olmasının obsesyonun üstbilişsel düzeydeki yorumunun klinik olarak hastalığı daha da şiddetlendirdiği şeklinde yorumlanabilir.

BDÖ toplam puanı ve BAÖ toplam puanı ile ÜBÖ alt boyutlarından "kontrol edilemezlik ve tehlike", "bilişsel güven", "düşünceleri kontrol gereksinimi" ve ÜBÖ toplam puanı arasında anlamlı düzeyde doğrusal ilişki görülmüştür (**:p<0.01; *:p<0.05). Bu sonuçlar OKB tanılı hastalarda büyüsel inançlara olan eğilimin üstbilişsel süreçlere olan katkısını göstermektedir (Tablo 8)

ADDÖ ile ÜBÖ alt boyutlarından "olumlu inançlar" arasında anlamlı düzeyde doğrusal ve aynı yönlü ilişki olduğu gözlenmiştir (**:p<0.01; *:p<0.05). Bu sonuç bir obsesyonuna yüklenen anlamın fazlalığının, mevcut anksiyetenin herhangi bir durum ile ilgili plan yapmaya ve sorun çözmeye olan olumlu etkisine dair inançlarla bağlantılı olduğunu göstermektedir.

OKB hastalarının MOKSL alt boyutlarından yavaşlık ve ruminasyon ile ruhsal alan ve WHOQOL-BREF-TR toplam puan arasında anlamlı düzeyde doğrusal, ters yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (**:p<0.01; *:p<0.05). OKB hastalarının yavaşlık ve ruminasyon puanları arttıkça, ruhsal alan ve yaşam kalitesi toplam puanının düştüğü söylenebilir.

OKB hastalarının BAE ile WHOQOL-BREF-TR alt boyut ve genel toplam puanları karşılaştırıldığında, ruhsal alan, çevre alanı ve WHOQOL-BREF-TR toplam puanı arasında anlamlı düzeyde doğrusal ters yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (**:p<0.01; *:p<0.05). OKB hastalarının BAÖ puanları arttıkça yaşam kalitesi toplam puanı, ruhsal alan ve çevresel alan puanlarının düştüğü görülmektedir.

BDÖ toplam puanı ile WHOQOL-BREF-TR alt boyutları ve genel toplam puanı karşılaştırıldığında, çevresel alan ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı arasında anlamlı düzeyde doğrusal, ters yönlü ve zayıf korelasyon olduğu saptanmıştır (**:p<0.01; *:p<0.05). Bu sonuca göre OKB tanılı hastaların büyüsel inanışlarının yoğunluğu yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Y-BOCS alt boyutlarından obsesyon şiddeti ile bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevre alanı ve WHOQOL-BREF-TR toplam puan arasında anlamlı düzeyde doğrusal, zayıf ve ters yönlü bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir (**:p<0.01; *:p<0.05). Kompulsiyon şiddeti ve Y-BOCS ile bedensel alan, ruhsal alan, çevre alanı ve WHOQOL-BREF-TR toplam puan arasında anlamlı düzeyde doğrusal, zayıf ve ters yönlü ilişki bulunmuştur (**:p<0.01; *:p<0.05). Bu sonuçlar yorumlandığında OKB hastalarında hastalığın şiddeti arttıkça yaşam kalitesi her alanda önemli ölçüde azalmaktadır (Tablo 8).

OKB hastalarının BAE toplam puanı ile MOKSL alt boyutları ve toplam puanı arasında doğrusal ilişki olup olmadığı araştırıldığında, BAE toplam puanı ile yavaşlık, ruminasyon ve MOKSL toplam puanı arasında anlamlı düzeyde doğrusal ve zayıf bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (**:p<0.01; *:p<0.05). Beck anksiyete ile yavaşlık ve ruminasyon arasında aynı yönlü ilişki bulunurken, MOKSL toplam puanı ile ters yönlü ilişki olduğu tespit edilmiştir.

BDÖ toplam puanı ile MOKSL alt boyutları ve toplam puanı arasında doğrusal ilişki olup olmadığı araştırılmak istendiğinde, kontrol etme, yavaşlık, kuşku, ruminasyon ve MOKSL toplam puan arasında anlamlı düzeyde doğrusal ve zayıf ilişki bulunduğu görülmüştür (**:p<0.01; *:p<0.05). Bu sonuca göre OKB tanılı hastalarda büyüsel inançların şiddeti arttıkça hastalığın şiddeti artmaktadır.

ADDÖ toplam puanı ile MOKSL alt boyutlarından temizlik arasında anlamlı düzeyde doğrusal, aynı yönlü ve zayıf bir ilişki bulunduğu görülmüştür (**:p<0.01; *:p<0.05).

Y-BOCS alt boyutlarından obsesyon şiddeti ile MOKSL alt boyutları ve toplam puanı arasında doğrusal ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Buna göre yavaşlık ve ruminasyon arasında doğrusal, zayıf ve aynı yönlü korelasyon bulunurken, MOKSL toplam puan arasında doğrusal, ters yönlü ve zayıf bir ilişki

olduğu görülmüştür (**:p<0,01; *:p<0.05). Y-BOCS alt boyutlarından obsesyon şiddeti ve Y-BOCS genel toplam puanı ile MOKSL alt boyutlarından kompulsiyon ile MOKSL alt boyutları ve toplam puanı karşılaştırıldığında, kontrol etme, temizlik, yavaşlık ve ruminasyon arasında doğrusal ve aynı yönlü, zayıf bir korelasyon bulunduğu görülürken, MOKSL toplam puan arasında doğrusal, ters yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür (**:p<0.01; *:p<0.05) (Tablo 8).

OKB hastalarının BAE toplam puanı ile BDÖ toplam puanı arasında anlamlı düzeyde doğrusal, aynı yönlü ve zayıf bir korelasyon olduğu, BAE arttıkça BDÖ toplam puanının azaldığı görülmüştür (**:p<0.01; *:p<0.05).

BAE toplam puanı ile Y-BOCS alt boyutları ve toplam puan arasında anlamlı düzeyde doğrusal, aynı yönlü ve orta düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir (**:p<0.01; *:p<0.05). OKB hastalığının anksiyete spektrumunda bir hastalık olması sonuçları doğrular niteliktedir.

BDÖ ile Y-BOCS alt boyutları ve toplam puanları arasında ilişki olup olmadığı araştırıldığında ise, anlamlı düzeyde doğrusal, aynı yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (**:p<0.01; *:p<0.05). Bu sonuca göre OKB tanılı hastalarda büyüsel inançların şiddeti arttıkça hastalığın şiddeti artmaktadır.

Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde, anlamlı düzeyde doğrusal bir ilişki bulunamadığı görülmüştür (p>.05) (Tablo 8).

Tablo 8. Ölçekler ve Alt Boyutlarının Birbirleriyle Hasta Grubunda İncelenmesi *n=54*

TABLO 8.		Olumlu İnançlar	Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Bilişsel Güven	Düşüncelerı Kontrol Gereksinimi	Bilişsel Farkındalık	ÜBÖ Toplam	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal İlişkiler Alanı	Çevre Alanı	YKÖ Toplam	Kontrol Etme	Temizlik	Yavaşlık	Kuşku	Ruminasyon	MOKSL Toplam	BAE Toplam	BDÖ Toplam	ADDÖ Toplam
Bedensel Alan	r	-0.212	**-.349****	**-.360****	**-.273***	**-.291***	**-.398****														
Ruhsal Alan	r	-0.142	**-.396****	**-.313***	**-.312***	0.030	**-.314***														
Sosyal İlişkiler Alanı	r	-0.236	-0.111	-0.169	-0.096	-0.086	-0.192														
Çevre Alanı	r	-0.088	**-.359****	**-.268***	**-.301***	-0.218	**-.329***														
WHOQOL-BREF-TR Toplam	r	-0.200	**-.410****	**-.363****	**-.331***	-0.197	**-.405****														
Kontrol Etme	r	0.160	**.357****	0.264	**.319***	**.338***	**.381****	-0.230	-0.191	-0.017	-0.166	-0.208									
Temizlik	r	**.353****	0.108	0.100	0.075	0.157	0.218	-0.082	-0.053	0.037	-0.116	-0.084									
Yavaşlık	r	**.301***	**.416****	.328*	**.404****	**.351****	**.482****	-0.228	**-.390****	-0.198	-0.267	**-.347***									
Kuşku	r	0.194	**.294***	0.110	**.291***	0.136	**.276***	-0.197	-0.228	-0.113	-0.126	-0.211									
Ruminasyon	r	0.161	**.553****	0.194	**.534****	0.256	**.453****	-0.214	**-.355****	-0.053	-0.254	**-.297***									
MOKSL Toplam	r	-.290*	**-.380****	-0.201	**-.340***	**-.276***	**-.399****	0.187	0.224	0.031	0.234	0.234									
BAE Toplam	r	0.193	**.568****	**.299***	**.547****	0.234	**.494****	-0.251	**-.506****	-0.234	**-.513****	**-.499****	0.212	0.246	**.444****	0.228	**.453****	**-.376****			
BDÖ Toplam	r	0.122	**.391****	**.288***	**.334***	0.231	**.365****	-0.086	-0.258	-0.025	**-.400****	**-.278***	**.347***	0.264	**.477****	**.337***	**.328***	**-.441****	**.443****		
ADDÖ Toplam	r	**.316***	-0.195	0.088	-0.164	-0.011	0.019	-0.024	0.161	0.181	0.135	0.134	0.047	**.354****	0.051	0.248	-0.165	-0.220	-0.082	-0.023	
Obsesyon Şiddeti	r	0.206	**.492****	0.135	**.393****	0.244	**.393****	**-.306***	**-.390****	**-.309***	**-.388****	**-.446****	0.186	0.262	**.494****	0.248	**.446****	**-.345***	**.546****	**.375****	0.047
Kompulsiyon Şiddeti	r	0.208	**.419****	0.226	**.406****	**.377****	**.433****	**-.329***	**-.278***	-0.170	**-.354****	**-.377****	**.377****	**.295***	**.478****	0.179	**.448****	**-.410****	**.471****	**.384****	0.129
YBOCS Toplam	r	0.223	**.489****	0.197	**.430****	**.338***	**.446****	**-.343***	**-.357****	-0.255	**-.399****	**-.442****	**.308***	**.301***	**.524****	0.228	**.481****	**-.409****	**.546****	**.409****	0.097

**:p<0.01

*. p<0.05

OKB hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre ÜBÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki farklılığın anlamlı olup olmadığı araştırılmıştır (Tablo 9).

Buna göre cinsiyet bakımından yalnızca bilişsel güven ortalamaları arasındaki farklılığın anlamlı olduğu ($p<.05$), olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, düşünceleri kontrol gereksinimi, bilişsel farkındalık ve ÜBÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, diğer bir deyişle benzer dağılım gösterdiği görülmüştür ($p>.05$). Çalışmamızın bir sonucu olarak kadın cinsiyette OKB hastalarının bilişsel güvenlerinin erkeklere göre daha iyi olduğu söylenebilir.

OKB hastalarının medeni durumları bakımından bilişsel güven, bilişsel farkındalık ve ÜBÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<.05$). Evli OKB hastalarının bilişsel güven, bilişsel farkındalık ve ÜBÖ toplam puanlarının bekârlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Medeni durum bakımından olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike ve düşünceleri kontrol gereksinimi alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>.05$).

OKB hastalarının üniversite mezunu olup olmama durumuna göre yalnızca olumlu inançlar alt boyut toplam puan ortalamaları arasında farklılık olduğu, üniversite mezunu olmayan OKB hastalarının üniversite mezunu olanlara göre olumlu inanç puanının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<.05$). Eğitim durumuna göre kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol gereksinimi, bilişsel farkındalık ve ÜBÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>.05$).

OKB hastalarında geçmişte başka bir psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması ile yalnızca kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyut toplam puan

ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<.05$). OKB hastalarında geçmişte başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü olanların kontrol edilemezlik ve tehlike puanının geçmişte başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir. Diğer alt boyut puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>.05$).

OKB hastalarının ilaç kullanma durumu, ailede OKB varlığı ve ailede başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmama durumuna göre olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol gereksinimi, bilişsel farkındalık ve ÜBÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>.05$) (Tablo 9).

Tablo 9. OKB Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Üstbiliş Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Olumlu İnançlar		Kontol Edilemezlik ve Tehlike		Bilişsel Güven		Düşünceleri Kontrol Gereksinimi		Bilişsel Farkındalık		ÜBÖ Toplam	
N:54		Ort.± SS	p	Ort.± SS	p	Ort.± SS	p	Ort.± SS	p	Ort.± SS	p	Ort.± SS	p
Cinsiyet	Erkek	13.33 ±4.23	0.559	17.10 ±4.55	0.268	11.71 ±3.52	**0.031***	16.29 ±3.94	0.144	15.76 ±3.19	0.929	74.19 ±15.00	0.258
	Kadın	12.61 ±4.55		18.36 ±3.72		14.21 ±4.33		17.91 ±3.91		15.85 ±3.61		78.94 ±14.81	
Medeni Durum	Bekâr	12.47 ±3.81	0.436	17.47 ±3.85	0.420	12.00 ±3.47	**0.013***	16.70 ±4.09	0.235	14.83 ±2.84	**0.017***	73.47 ±12.50	**0.045***
	Evli	13.42 ±5.08		18.38 ±4.36		14.79 ±4.54		18.00 ±3.76		17.04 ±3.74		81.63 ±16.67	
Eğitim Durumu	Üniversite mezunu değil	15.00 ±4.69	**0.036***	18.57 ±4.57	0.459	14.50 ±4.35	0.193	17.93 ±4.43	0.481	17.14 ±3.08	0.092	83.14 ±16.90	0.078
	Üniversite mezunu	12.15 ±4.10		17.63 ±3.91		12.80 ±4.09		17.05 ±3.82		15.35 ±3.45		74.98 ±13.78	
İlaç Kullanma Durumu	Hayır	12.04 ±4.11	0.191	16.88 ±4.43	0.097	13.04 ±4.34	0.747	16.40 ±4.43	0.132	15.00 ±3.62	0.105	73.36 ±16.00	0.088
	Evet	13.62 ±4.59		18.72 ±3.59		13.41 ±4.11		18.03 ±3.42		16.52 ±3.14		80.31 ±13.39	
Başka Psikolojik Öykü	Hayır	13.06 ±4.55	0.737	16.81 ±4.33	**0.024***	12.52 ±4.53	0.141	16.32 ±4.27	0.039	15.39 ±3.68	0.290	74.10 ±16.79	0.087
	Evet	12.65 ±4.29		19.30 ±3.25		14.22 ±3.53		18.57 ±3.16		16.39 ±3.01		81.13 ±11.08	
Aile Öyküsü	Hayır	13.14 ±4.51	0.433	18.17 ±3.91	0.322	13.40 ±4.21	0.595	17.45 ±3.87	0.550	16.02 ±3.32	0.406	78.19 ±14.67	0.317
	Evet	12.00 ±4.07		16.83 ±4.63		12.67 ±4.21		16.67 ±4.40		15.08 ±3.82		73.25 ±15.84	
Ailede psikolojik öykü var mı?	Hayır	13.11 ±4.41	0.605	17.89 ±4.30	0.963	12.92 ±4.22	0.426	17.42 ±4.00	0.719	15.64 ±3.59	0.598	76.97 ±15.88	0.934
	Evet	12.44 ±4.49		17.83 ±3.68		13.89 ±4.16		17.00 ±4.00		16.17 ±3.13		77.33 ±13.24	

Independent Samples t Testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma şeklinde verildi.
*: p<.05

Tablo 10'de OKB hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam ve alt boyut toplam puanları arasındaki farklılığın anlamlı olup olmadığı incelenmiştir.

Buna göre, cinsiyet bakımından yalnızca ruhsal alan puan ortalamaları arasındaki farklılığın anlamlı bulunduğu, erkeklerin ruhsal alan puanının kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ($p<.05$). OKB hastalarının cinsiyetlerine göre bedensel, sosyal ilişkiler, çevre alanı ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>.05$).

OKB hastalarının medeni durumuna göre sosyal ilişkiler alanı ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<.05$). Evli OKB hastaların sosyal ilişki alan puanı bekârlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. OKB hastalarının medeni durumlarına göre bedensel, ruhsal, çevre alanı ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>.05$).

Eğitim durumu bakımından yaşam kalitesi ölçeği alt boyut toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise, sosyal ilişkiler, çevre alanı ve yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($p<.05$). Üniversite mezunu olan OKB hastalarının sosyal ilişkiler, çevre alanı ve yaşam kalitesi toplam puanının üniversite mezunu olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bedensel ve ruhsal alan puan ortalamaları arasındaki farklılığın anlamsız olduğu gözlenmiştir ($p>.05$) (Tablo 10).

Başka bir psikiyatrik öykünün varlığı bakımından bedensel alan puan ortalamaları arasındaki farklılığın anlamlı olduğu, başka bir psikiyatrik öyküsü olan OKB hastalarının bedensel alan puanının olmayanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür ($p<.05$). Ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı, çevre alanı ve

yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir (p>.05).

OKB hastalarının ilaç kullanma durumu, aile OKB varlığı ve ailede başka bir psikiyatrik öykünün olup olmama durumuna göre bedelsen alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı, çevre alanı ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p>.05).

Tablo 10. OKB Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF-TR Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Bedensel Alan		Ruhsal Alan		Sosyal İlişkiler Alanı		Çevre Alanı		YKÖ Toplam	
N:54		Ort. ±SS	p	Ort. ±SS	p	Ort. ±SS	p	Ort. ±SS	p	Ort. ±SS	p
Cinsiyet	Erkek	13.62 ±2.69	0.187	13.95 ±3.06	**0.026***	6.10 ±2.55	0.584	21.14 ±4.71	0.344	54.81 ±10.35	0.103
	Kadın	12.18 ±4.42		11.79 ±3.57		5.73 ±2.30		19.88 ±4.75		49.58 ±11.87	
Medeni Durum	Bekâr	13.07 ±3.96	0.495	12.43 ±3.47	0.651	5.27 ±2.29	**0.036***	19.60 ±4.53	0.184	50.37 ±10.35	0.379
	Evli	12.33 ±3.82		12.88 ±3.63		6.63 ±2.32		21.33 ±4.90		53.17 ±12.85	
Eğitim Durumu	Üniversite mezunu değil	11.71 ±4.41	0.253	11.36 ±3.52	0.116	4.64 ±1.69	**0.023***	17.93 ±4.50	**0.024***	45.64 ±11.58	**0.023***
	Üniversite mezunu	13.10 ±3.66		13.08 ±3.44		6.30 ±2.45		21.23 ±4.57		53.70 ±10.85	
İlaç Kullanma Durumu	Hayır	13.00 ±4.56	0.653	13.28 ±3.77	0.210	6.16 ±2.37	0.411	21.52 ±3.73	0.098	53.96 ±11.63	0.165
	Evet	12.52 ±3.25		12.07 ±3.24		5.62 ±2.40		19.38 ±5.32		49.59 ±11.19	
Başka bir psikiyatrik öykü	Hayır	13.74 ±4.16	**0.026***	12.84 ±3.45	0.616	5.61 ±2.40	0.361	20.52 ±4.34	0.796	52.71 ±11.08	0.420
	Evet	11.39 ±3.04		12.35 ±3.66		6.22 ±2.35		20.17 ±5.31		50.13 ±12.13	
Aile OKB varlığı	Hayır	12.40 ±4.05	0.237	12.40 ±3.55	0.384	5.74 ±2.51	0.450	19.93 ±4.80	0.203	50.48 ±12.02	0.177
	Evet	13.92 ±3.03		13.42 ±3.42		6.33 ±1.87		21.92 ±4.34		55.58 ±8.72	
Ailede başka bir psikiyatrik öykü	Hayır	12.72 ±4.48	0.961	12.28 ±3.51	0.303	5.67 ±2.52	0.379	20.36 ±5.07	0.984	51.03 ±12.71	0.603
	Evet	12.78 ±2.37		13.33 ±3.51		6.28 ±2.08		20.39 ±4.12		52.78 ±8.80	

Independent Samples t Testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma şeklinde verildi.

*: p<.05

OKB hastalarının eğitim durumlarına göre MOKSL alt boyutu olan kuşku toplam puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<.05$). Üniversite mezunu olmayan OKB hastalarının yavaşlık puanları üniversite mezunlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyut ve MOKSL toplam puan ortalamalarına göre eğitim durumu düzeyleri karşılaştırıldığında, bu farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>.05$).

OKB hastalarında geçmişte başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmama durumuna göre ruminasyon alt boyut ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<.05$), diğer alt boyut ve MOKSL toplam puan ortalamalarına göre ise farklılığın anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>.05$). Geçmişte başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan OKB hastalarının ruminasyon puanının olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Cinsiyet, medeni durum, ilaç kullanma, aile OKB varlığı ve ailede başka bir psikiyatrik öykünün olup olmama durumlarına göre MOKSL alt boyut ve genel toplam puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, diğer bir deyişle benzer dağılım gösterdiği görülmüştür ($p>.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. OKB Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Kontrol Etme		Temizlik		Yavaşlık		Kuşku		Ruminasyon		MOKSL Toplam	
N:54		Ort. ±SS	p	Ort. ±SS	p	Ort. ±SS	p	Ort. ±SS	p	Ort. ±SS	p	Ort. ±SS	p
Cinsiyet	Erkek	4.57 ±2.18	0.995	4.33 ±2.82	0.071	3.52 ±1.40	0.717	4.71 ±2.05	0.979	2.90 ±1.04	0.334	54.29 ±6.72	0.566
	Kadın	4.58 ±2.35		5.79 ±2.84		3.36 ±1.67		4.73 ±1.57		2.58 ±1.30		53.15 ±7.23	
Medeni Durum	Bekâr	4.50 ±2.00	0.791	4.73 ±2.79	0.167	3.17 ±1.39	0.175	4.83 ±1.72	0.607	2.73 ±1.20	0.842	53.77 ±6.74	0.840
	Evli	4.67 ±2.60		5.83 ±2.96		3.75 ±1.73		4.58 ±1.82		2.67 ±1.24		53.38 ±7.44	
Eğitim Durumu	Üniversite mezunu değil	5.21 ±1.85	0.222	6.29 ±2.30	0.111	4.29 ±1.54	**0.015***	5.43 ±1.95	0.080	2.86 ±1.17	0.585	50.5± 7.14	0.054
	Üniversite mezunu	4.35 ±2.37		4.85 ±3.01		3.13 ±1.47		4.48 ±1.63		2.65 ±1.23		54.68 ±6.69	
İlaç Kullanma Durumu	Hayır	4.08 ±1.98	0.138	5.12 ±2.82	0.812	3.20 ±1.53	0.328	4.72 ±1.67	0.993	2.36 ±1.25	0.051	54.68 ±6.77	0.293
	Evet	5.00 ±2.43		5.31 ±3.00		3.62 ±1.59		4.72 ±1.85		3.00 ±1.10		52.66 ±7.16	
Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü	Hayır	4.26 ±2.27	0.237	5.61 ±2.62	0.253	3.29 ±1.72	0.464	4.84 ±1.61	0.576	2.42 ±1.34	**0.043***	53.45 ±6.67	0.865
	Evet	5.00 ±2.24		4.70 ±3.21		3.61 ±1.34		4.57 ±1.95		3.09 ±0.90		53.78 ±7.56	
Aile OKB varlığı	Hayır	4.55 ±2.25	0.874	5.17 ±3.05	0.795	3.52 ±1.63	0.394	4.71 ±1.77	0.951	2.64 ±1.19	0.494	53.50 ±7.11	0.858
	Evet	4.67 ±2.39		5.42 ±2.35		3.08 ±1.31		4.75 ±1.76		2.92 ±1.31		53.92 ±6.86	
Ailede başka psikiyatrik hastalık öyküsü	Hayır	4.31 ±2.11	0.221	4.92 ±2.86	0.276	3.47 ±1.44	0.761	4.81 ±1.84	0.626	2.69 ±1.24	0.937	53.78 ±7.20	0.786
	Evet	5.11 ±2.52		5.83 ±2.94		3.33 ±1.81		4.56 ±1.69		2.72 ±1.18		53.22 ±6.74	

Independent Samples t Testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma şeklinde verildi. *: p<.05

Tablo 12'de OKB hastalarının sosyodemografik özellikleri ile Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yalnızca eğitim durumu bakımından obsesyon şiddeti ve genel toplam puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p<.05). Üniversite mezunu olmayan OKB hastalarının obsesyon şiddeti ve Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği toplam puanının üniversite mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde ortalamalar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir (p>.05).

Tablo 12. OKB Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Obsesyon Şiddeti		Kompulsiyon Şiddeti		Y-BOCS Toplam	
N:54		Ort. ±SS	p	Ort. ±SS	p	Ort. ±SS	p
Cinsiyet	Erkek	11.76 ±3.02	0.152	11.86 ±3.6	0.225	23.62 ±6.09	0.155
	Kadın	13.12 ±3.54		13.12 ±3.74		26.24 ±6.76	
Medeni Durum	Bekâr	12.63 ±3.16	0.922	12.57 ±3.4	0.890	25.2 ±6.12	0.978
	Evli	12.54 ±3.72		12.71 ±4.12		25.25 ±7.24	
Eğitim Durumu	Üniversite mezunu değil	14.21 ±3.33	**0.036***	14.14 ±3.48	0.075	28.36 ±5.97	**0.037***
	Üniversite mezunu	12.03 ±3.25		12.1 ±3.67		24.13 ±6.49	
İlaç Kullanma Durumu	Hayır	12.24 ±3.54	0.482	11.96 ±3.76	0.220	24.2 ±6.81	0.293
	Evet	12.9 ±3.28		13.21 ±3.62		26.1 ±6.35	
Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü	Hayır	12.65 ±3.55	0.896	12.45 ±3.61	0.686	25.1 ±6.5	0.873
	Evet	12.52 ±3.23		12.87 ±3.89		25.39 ±6.81	
Ailede OKB varlığı	Hayır	12.71 ±3.44	0.626	12.83 ±3.94	0.455	25.55 ±6.84	0.501
	Evet	12.17 ±3.3		11.92 ±2.75		24.08 ±5.65	
Ailede başka psikiyatrik hastalık öyküsü	Hayır	12.28 ±3.3	0.338	12.47 ±3.72	0.663	24.75 ±6.57	0.461
	Evet	13.22 ±3.56		12.94 ±3.75		26.17 ±6.68	

Independent Samples t Testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma şeklinde verildi.
*: p<.05

Tablo 13'de OKB hastalarının sosyodemografik özellikleri ile Beck Anksiyete Envanteri, Büyüsel Düşünce ve ADD Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ortalamalar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, diğer bir deyişle benzer dağılım gösterdiği görülmüştür (p>.05).

Tablo 13. OKB Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre BAE, BDÖ ve ADDÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

N:54		BAE Toplam		BDÖ Toplam		ADDÖ Toplam	
		Ort. ±SS	p	Ort. ±SS	p	Ort. ±SS	p
Cinsiyet	Erkek	16.00 ±9.91	0.032	7.9 ±4.62	0.380	4.83 ±1.82	0.163
	Kadın	25.15 ±17.24		9.06 ±4.7		5.48 ±1.54	
Medeni Durum	Bekâr	20.27 ±14.41	0.484	8.77 ±4.87	0.787	5.17 ±1.49	0.779
	Evli	23.25 ±16.70		8.42 ±4.49		5.3 ±1.9	
Eğitim Durumu	Üniversite mezunu değil	27.86 ±18.19	0.077	9.86 ±5.02	0.249	5.45 ±1.6	0.568
	Üniversite mezunu	19.40 ±13.88		8.18 ±4.52		5.15 ±1.7	
İlaç Kullanma Durumu	Hayır	20.20 ±15.30	0.542	8.28 ±4.02	0.633	5.6 ±1.61	0.129
	Evet	22.79 ±15.64		8.9 ±5.21		4.91 ±1.68	
Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü	Hayır	20.84 ±14.1	0.680	8.58 ±4.17	0.956	5.08 ±1.69	0.447
	Evet	22.61 ±17.25		8.65 ±5.36		5.43 ±1.65	
Aile OKB varlığı	Hayır	21.74 ±15.84	0.898	8.76 ±4.47	0.661	5.23 ±1.78	0.990
	Evet	21.08 ±14.33		8.08 ±5.47		5.23 ±1.25	
Ailede başka psikiyatrik hastalık öyküsü	Hayır	21.39 ±16.22	0.892	8.81 ±4.71	0.669	4.99 ±1.77	0.143
	Evet	22,00± 14.03		8.22 ±4.68		5.7 ±1.36	

Independent Samples t Testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma şeklinde verildi.
*: p<.05

Reaktif OKB grubuyla (n:31) Otojen OKB gruplarına (n: 23) ait sosyodemografik ve klinik özelliklere göre dağılımları Tablo 14'de sunulmuştur. Buna göre gruplar arasında cinsiyet, medeni durum, ailede başka bir psikiyatrik öykünün olması, ailede OKB tanısı almış bireylerin bulunması, eğitim durumu, geçmişte başka bir psikiyatrik öykünün varlığı ve yaş ortalamalarının her iki hasta grubunda da benzer dağılım gösterdiği gözlenmiştir (p>.05).

Tablo 14. Otojen ve reaktif OKB alt gruplarına ait Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

	Reaktif Obsesyona Sahip Hasta Grubu (n:31)	**Otojen Obsesyona Sahip Hasta Grubu (n:23)**	**p**
Cinsiyet			
Erkek	12(38.71)	9(39.13)	0.975
Kadın	19(61.29)	14(60.87)	
Medeni durum			
Bekâr	17(54.84)	12(52.17)	
Evli	14(45.16)	10(43.48)	0.758
Boşanmış	0(0)	1(4.35)	
Eğitim durumu			
İlkokul	2(6.45)	1(4.35)	
Ortaokul	0(0)	1(4.35)	
Lise	7(22.58)	3(13.04)	0.689
Lisans	15(48.39)	15(65.22)	
Üniversite	6(19.35)	3(13.04)	
Yüksek lisans	1(3.23)	0(0)	
Başka bir psikiyatrik öykü			
Yok	19(61.29)	10(43.48)	
Anksiyete bozukluğu	2(6.45)	7(30.43)	0.107
Depresyon	9(29.03)	5(21.74)	
Diğer	1(3.23)	1(4.35)	
Ailede OKB Öyküsü			
Hayır	25(80.65)	17(73.91)	0.556
Evet	6(19.35)	6(26.09)	
Ailede başka bir psikiyatrik öykü			
Hayır	20(64.52)	16(69.57)	0.697
Evet	11(35.48)	7(30.43)	
Yaş	28.29±8.25	29.57±6.85	0.549

Independent Samples t Testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma şeklinde verildi.
*: p<.05

Tablo 15'de ise, hasta grubunun kendi içerisinde ayrılan otojen ve reaktif gruplarına göre ÜBÖ, WHOQOL-BREF-TR, MOKSL, Y-BOCS, BDÖ, BAE genel toplam ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığı araştırılmıştır. Buna göre "kontrol edilemezlik ve tehlike", "ruminasyon" alt grupları ve "ADDÖ" toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<.05$). Reaktif obsesyona sahip hastaların ADDÖ ve ruminasyon puanları otojen obsesyona sahip hastalara göre daha yüksekken, otojen obsesyona sahip hastaların kontrol edilemezlik ve tehlike puanları reaktif obsesyona sahip hastalara göre daha yüksek çıkmıştır. Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>.05$).

Tablo 15. Otojen ve Reaktif grubun ÜBÖ, WHOQOL-BREF-TR, MOKSL, Y-BOCS, BDÖ, BAE genel toplam ve alt boyutları açısından karşılaştırılması

	Reaktif Obsesyona Sahip Hasta Grubu	**Otojen Obsesyona Sahip Hasta Grubu**	**p**
Üstbiliş ölçeği			
Olumlu inançlar	13.52±4.56	12.04±4.13	0.228
Kontrol edilemezlik ve tehlike	16.81±4.39	19.30±3.14	**0.024***
Bilişsel Güven	13.19±4.45	13.30±3.89	0.924
Kontrol ihtiyacı	16.39±4.41	18.48±2.95	0.054
Bilişsel farkındalık	15.52±3.74	16.22±2.97	0.462
Üstbiliş ölçeği toplam	62.23±13.36	66.04±10.9	0.268
Yaşam kalitesi ölçeği			
Fiziksel Alan	20.19±3.76	19.13±4.03	0.324
Psikolojik Alan	18.94±3.59	18.22±3.45	0.463
Sosyal Alan	8.94±2.49	8.48±2.48	0.507
Çevresel Alan	29.48±4.08	29.22±5.59	0.840
Yaşam kalitesi ölçeği toplam	77.55±10.35	75.04±12.99	0.434
Maudsley obsesif kompulsif			
Kontrol etme	4.58±2.29	4.57±2.27	0.981
Temizlik	3.45±1.55	3.39±1.62	0.085
Yavaşlık	4.90±1.64	4.48±1.90	0.890
Kuşku	2.32±1.19	3.22±1.04	0.383
Ruminasyon	4.58±2.29	4.57±2.27	**0.006***
Y-BOCS Toplam	24.55±6.05	26.13±7.26	0.387
Obsesyon şiddeti	12.26±3.23	13.04±3.60	0.404
Kompulsiyon şiddeti	12.29±3.37	13.09±4.14	0.440
MOKSL Toplam	21.06±6.81	19.52±7.29	0.428
ADDÖ Toplam	5.59±1.25	3.90±1.30	**<0.001***

Bağımsız gruplar için t testi kullanıldı. *:p<.05

5. TARTIŞMA

OKB kişiyi hayatın her alanında yaşam boyu önemli ölçüde olumsuz etkileyen ruhsal bir bozukluktur [4, 124]. Daha önce yapılan araştırmalarda OKB hastalarında yaşam kalitesinin bozulduğu saptanmıştır [52] [5].

Obsesyon ve kompulsiyonların oluşmasında, düşüncenin değerlendirilmesi ve düşünce hakkındaki inançlar gibi üstbilişsel süreçlerin öneminden söz edilmektedir [14]. OKB'da uygun olmayan sapmalara dayanan üstbilişler ise kişiyi bir takım nötrleştirici ritüeller sergilemeye yöneltir. Bu da meydana gelebileceği düşünülen olumsuz sonuçlar hakkındaki değerlendirmelerin kalıcı hale gelmesine yol açar [15]. Böylelikle üstbilişsel mekanizmalar hastaların yaşam kaliteleri, hastalık şiddeti ve tedaviye yanıtlarının önemli yordayıcılarından biri haline getirir.

ADD ise sanrısal özellikte değil ancak obsesyonlar kadar da benliğe yabancı nitelikleri olmayan düşünceler olarak tanımlanır [12, 16]. OKB tanılı hastalarda obsesyonların ADD niteliğinde olmasının çeşitli klinik sonuçları olabilmektedir. Bunlar içinde en önemlisi bu düşüncelerin varlığının tedaviye kötü yanıtı öngören bir etmen olmalarıdır.

Aynı şekilde OKB hastalarındaki büyüsel düşünce ve inançların olmasını ADD'lerde olduğu gibi tedavi öncesi iyileşmeyi ve tedaviye kötü yanıtı gösteren bir parametre olarak düşünülebilir. Yapılan bir çalışmada Einstein ve Menzies (2008) OKB'li hastalarda tedavi öncesi büyüsel düşünce puanlarını tedaviye direnç ile korele bulmuşlar ve aynı zamanda OKB semptomlarındaki iyileşme ile büyüsel düşünce puanlarındaki düşmeyi de birbiriyle ilişkili saptamışlardır [30]. Ulaşabildiğimiz kadarıyla literatürde ADD ve büyüsel düşünce süreçlerini beraber değerlendiren bir araştırma yoktur. Bu sebeple ilerleyen dönemlerde ADD'ler ile ilgili özellikle OKB hastalarına ilişkin daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulabilir.

OKB hastalığının heterojen yapıya sahip bir hastalık olduğu bilinmektedir. Reaktif OKB daha fazla dış uyaran tarafından tetiklenerek zihinde beliren obsesyonlardır. Otojen obsesyonlara göre daha az rahatsızlık ve suçluluk uyandırdığından kişiler daha az saklama eğilimindedirler. Kirlenme, emin olamama (kuşku), simetri ve biriktirme obsesyonları ise bu grupta yer alır (Lee and Kwon 2003, Lee, Kwon et al. 2005). Otojen obsesyonlar ise daha az uyaranla zihinde beliren, daha tekrarlayıcı ve kişinin kendisinde bulunmasından daha fazla rahatsızlık duyduğu, hakkında daha az konuşmak istediği obsesyonlar olarak tanımlanır. Saldırganlık obsesyonları, dini ve cinsel temalı obsesyonlar otojen obsesyonlar olarak sınıflandırılır.

Reaktif obsesyonlu bireylerin obsesif düşünceleri genellikle tetikleyici bir uyaranla ortaya çıktığından bu hastalar sıklıkla düşüncenin kendisinden ziyade düşüncenin ortaya çıkardığı anksiyeteyi ortadan kaldırmak için çevreyi değiştirme ve kompulsif davranışlar sergilemeye eğilimlidir. Otojen obsesyona sahip bireylerin ise obsesyonlarını tetikleyen herhangi bir uyaran sıklıkla yoktur. Bu kişiler uyaranın yarattığı sıkıntı ve anksiyete ile ilgili davranışsal uğraşılara genellikle başvurmazlar. Sıklıkla kaçınarak veya bu obsesyonlarını zihinlerinden atmaya çalışarak anksiyeteleriyle baş etmeye çalışırlar. Bu nedenle obsesif düşünceleriyle ilgili bilişsel uğraşları daha sıktır.

Literatürde bildiğimiz kadarıyla reaktif ve otojen grupların ayrımı yapılarak aşırı değerlendirilmiş düşünceleri araştıran bir çalışma mevcut değildir. Reaktif obsesyonlu bireyler düşüncelerini görece daha gerçekçi, kabul edilebilir veya başkaları tarafından kabul edilmesi gereken düşünceler olarak anlatmaya eğilimlidirler. Otojen obsesyonlu bireylerin ise obsesyonları aşırı değerlendirilmiş nitelikte olsa da bu düşüncelerini klinik görüşmelerde belirtmekten daha fazla suçluluk duyabilirler ve akla daha aykırı açıklama eğilimi gösterebilmektedirler.

Otojen obsesyonlu bireyler obsesif düşüncelerini kontrol edebilmek için sıklıkla daha büyüsel kompulsif davranış gösterebilirler. Obsesyonlarını tetikleyici

herhangi bir dış tetikleyici olmadığından nötralize edici kompulsif davranışlarının belli bir nesnesi yoktur. Bu da batıl anlaşılabilecek bir takım davranışları veya ritüelleri daha fazla göstermelerine neden olabilir. Otojen hastaların reaktif hastalara göre daha fazla mantık dışı/büyüsel düşüncelerinin olduğuna yönelik araştırmalar mevcuttur [35].

Tüm bu araştırma sonuçlarından yola çıkarak bu çalışmadaki amacımız OKB hastalarında ve alt tiplerinde ADD'lerin varlığının, klinik özellikler, üstbiliş ve büyüsel inançlar ile ilişkisini değerlendirmek, bu parametreleri sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslamak ve bu klinik özelliklerin hastalık şiddeti ve yaşam kalitesine olan etkisini incelemektir.

Hipotezlerimiz ise OKB hastalarında ADD, uygun olmayan ölçütlerdeki üstbilişsel stratejiler ile alt boyutlarının ve büyüsel inanışların birbirleriyle doğrusal yönde paralellik gösterebileceği, bu düşünce stillerinin kişideki yoğunluğu arttıkça hastalığın klinik şiddetinin artabileceği ve bununla birlikte yaşam kalitesinin azalabileceği şeklinde kurgulanmıştır.

Bu hipotezleri araştırmak üzere, ek ruhsal hastalığı olmayan 54 OKB ve herhangi bir ruhsal veya fiziksel hastalığı bulunmayan 55 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dâhil edilmiştir. OKB tanılı hastalara tek bir klinisyen tarafından Y-BOCS ve ADDÖ birebir uygulanmış olup akabinde hasta ve kontrol grubunun BDÖ, ÜBÖ, WHOOL-BREEF-TR, MOKSL ve BAE ölçeklerini doldurmaları sağlanmıştır. Y-BOCS ve klinik görüşmelere göre OKB hastaları reaktif (n:31) ve otojen (n:23) obsesif özelliklerine göre iki ayrı gruba ayrılmıştır.

Çalışmamıza başlangıçta hasta ve kontrol gruplarında yaş, cinsiyet ve eğitim durumlarını benzer seçmeye çalışsak da OKB hastalarının eğitim durumları kontrol grubuna göre anlamlı olarak farklı tespit edilmiş ve kontrol grubumuzda üniversite mezunu sayısı daha fazla saptanmıştır.

Çalışmamızda OKB tanısı almış hasta grubunda, ÜBÖ toplam puanları, WHOQOL-BREF-TR total puanı ve BAE total puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edildi. Bu veriler beklediğimiz haliyle sonuçlanmış olsa da beklenmedik şekilde OKB hastaları ve kontrol grubu arasında BDÖ toplam puan ortalamalarını incelediğimizde, gruplar arasında BDÖ genel puan ortalamalarının her iki grupta anlamlı derecede farklı olmadığı sonucuna varılmıştır.

OKB ve kontrol grupları arasında alt boyutlar ile ilgili kıyaslamalarımızda ÜBÖ alt boyutlarından, olumlu inançlar, düşünceleri kontrol gereksinimi, bilişsel farkındalık ve kontrol edilmezlik ve tehlike alt boyutları OKB lehine farklılık gösterirken bilişsel güven alt boyutu her iki grup arasında benzer dağılım göstermiştir.

WHOQOL-BREF-TR ölçeği alt boyutları ve Y-BOCS alt boyutları arasında ise her iki grup arasındaki kıyaslamalarda ölçek puanlarının OKB hastalarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmamızda yaşam kalitesi toplam puanlarının ise üstbiliş total puanı ve büyüsel düşüncelerin şiddeti ile ters yönde ilişkide olduğu, OKB hastalarında üstbiliş puanları ve büyüsel inançların şiddeti arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı görülmüştür.

Çalışmamızda OKB hastalığının klinik şiddetini ölçen ve klinisyen tarafından hastaya uygulanan Y-BOCS genel toplam puanı ve ölçeğin alt boyutlarından olan obsesyon ve kompulsiyon şiddeti ile ÜBÖ ve BDÖ toplam puanları arasında anlamlı düzeyde doğrusal ve aynı yönlü bir korelasyon saptanmış olup hipotezimizi doğrulamıştır.

Çalışmamızda ADD'lerin OKB hasta grubunda büyüsel inançlarla doğrusal ilişkide olmaması ise başlangıçta bu ilişki için düşündüğümüz

varsayımlarla çelişmiştir. Benzer şekilde araştırmamızda hastalardaki ADD'lerin şiddeti ile yaşam kaliteleri, hastalığın klinik şiddeti ve üstbiliş toplam puanları arasında herhangi bir korelasyon tespit edilmemiştir.

Araştırmamızda reaktif otojen alt gruplar demografik ve klinik özellikleri açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak benzer dağılım gösterdikleri görülmüştür. Otojen ve reaktif grupların ÜBÖ, WHOQOL-BREF-TR, MOKSL, Y-BOCS, BDÖ, BAE genel toplam ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığı araştırıldığında reaktif obsesyona sahip hastaların ADDÖ ve ruminasyon puanları otojen obsesyona sahip hastalara göre daha yüksekken, otojen obsesyona sahip hastaların ÜBÖ alt alanlarından biri olan "kontrol edilemezlik ve tehlike" puanları reaktif obsesyona sahip hastalara göre daha yüksek saptanmıştır. Diğer test ve alt boyut karşılaştırmaları incelendiğinde her iki grupta ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır.

5.1. Kontrol ve OKB Grupları Arasında Tanımlayıcı Bulgular ile İlgili Değerlendirmeler

OKB hastaları ve kontrol grubu arasında sosyodemografik ve klinik özellikler bakımından fark olup olmadığı incelendiğinde gruplar arasında eğitim durumu, geçmişte başka bir psikiyatrik öykünün varlığı ve ailede OKB tanısı almış bireylerin bulunması arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($p<.05$). Gruplar arasında cinsiyet, medeni durum, ailede başka bir psikiyatrik öykünün olması ve yaş ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>.05$). Kontrol grubunda üniversite mezunu bireyler OKB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmakla birlikte, OKB grubunda geçmişte psikiyatrik öykünün bulunması ve ailede OKB varlığı da beklenildiği gibi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Öte yandan yalnızca eğitim durumu bakımından obsesyon şiddeti ve genel toplam puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<.05$). Üniversite mezunu olmayan OKB hastalarının obsesyon şiddeti ve Y-BOCS toplam puanının üniversite mezunu olanlara göre

anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Eğitim durumunu test analizlerini etkilediği varsayılırsa bu farklılığın çalışmamızın metodolojik kısıtlılıklarına yol açtığı söylenebilir.

5.2. Kontrol ve OKB Grupları Arasında Üstbilişler Veriler ile İlgili Değerlendirmeler

Üstbiliş literatürde tanımlandığı üzere genel itibariyle kişinin kendi bilişsel süreçleri hakkındaki bilgisi ve bu bilgiyi düşünce süreçlerini denetlemek için kullanabilmesi demektir [97]. Psikiyatrik hastalıklarda görülen düşünce bozuklukları, bu düşünce bozukluklarının gücü ve önemi ile bunlarla ilişkili etkin olmayan başa çıkma stratejileri üstbilişsel işlevler sonucu ortaya çıkmaktadır. Buna göre, insanlar olayları veya durumları değerlendirmelerinde etkin olan kendi düşünceleri hakkında bir takım olumlu ve olumsuz inanışlara sahiptirler. Psikiyatrik bozukluklarda üstbilişsel süreçlerin rolünü araştıran araştırmalar giderek artmaktadır. OKB hastalarında yapılan bazı çalışmalarda, ÜBÖ toplam puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur [140] [141]. Sağlıklı kontrol grubu ile OKB tanısı almış hastalar arasında üst-bilişsel düşüncelerin farklılık gösterip göstermediğinin incelendiği bir başka çalışmada da benzer şekilde, üstbilişsel inançların OKB tanısı konmuş bireylerle sağlıklı bireylerde farklı özellikler gösterdiği görülmüştür. Çalışmamızda da mevcut literatür ile uyumlu olarak OKB tanısı almış hasta grubunda, ÜBÖ toplam puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edildi. Üstbilişsel model dayanak alındığında OKB hastalarının bazı girici tarzdaki düşüncelerinin önemine ve etkilerine yönelik olumsuz inançlara sahip olmaları sağlıklı kontrol grubuna kıyasla üstbiliş puanlarındaki bu anlamlı yüksekliği açıklar niteliktedir.

OKB'li kişiler zihinsel olayların kontrol edilemezliği, tehlikesi ve belirli düşüncelerinin olması üzerine zararlı sonuçların ortaya çıkacağı ile ilgili bir takım olumsuz inançlara sahiptirler. Düşüncelerini daha fazla izledikleri ve bilişsel becerilerine daha az güvendikleri bildirilmiştir [116]. Literatüre bakıldığında

OKB hastalarında yapılan birçok çalışmada, “kontrol edilmezlik ve tehlike” alt ölçeği sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur [141] [142]. Başka bir çalışmada ise, OKB hastalarındaki “kontrol edilmezlik ve tehlike” alt ölçeğinin yüksekliği obsesif kompulsif belirtilerle ve patolojik endişe derecesiyle ilişkilendirilmiştir [143]. Çalışmamızda literatür ile benzer şekilde “kontrol edilmezlik ve tehlike” alt ölçeğini OKB hastalarında yüksek olarak saptamış olmamız, hastaların obsesyonlarını bastırmaya çalışsalar da bu obsesyonların sürdürülmesiyle ve zihinlerinden geçenlerle ilgili olarak devamlı endişe duyarak kuşkuya kapılmalarıyla ilişkili olmuş olabilir.

Çalışmamızda üstbilişin bir diğer inanç alanı olan, “olumlu inançlar” veya endişelenmek konusunda olumlu inanç olarak da adlandırılan boyutu; OKB hastalarında anlamlı derecede yüksek olarak tespit edilmiştir. Bu alt boyutta kişinin endişe duymayı kendisi için olumlu ve sorun çözücü bir durum olarak görüp görmediği sorgulanmaktadır. Literatürde yapılan çalışmalar bizim mevcut verilerimizle paralellik göstermektedir [144]. OKB hastalarının endişelenmenin olumlu getirileri olduğuna dair inanışlarının fazla oluşu, endişelenmeyi bir kaçış olarak ya da kompulsif davranış gerçekleşmediği takdirde doğabileceğine inandıkları katastrofik sonuçların engellenmesinde bir kurtarıcı gibi gördükleri mevcut verilerimizle bir kez daha desteklenmiştir.

OKB hastalarında, obsesyonlar ve bilişsel farkındalığın sorumluluk ve mükemmeliyetçilik duygusu ile ilişkisinin olduğu önceki çalışmalarda ortaya konmuştur [145]. Bilişsel farkındalık düşüncenin farkında olma ve düşünceyi gözlemleme eğilimidir. Bu bağlamda bizim çalışmamızda “bilişsel farkındalık” alt boyutu OKB hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek çıkmış olması, OKB hastalarındaki mükemmeliyetçi kişilik özellikleri de göz önünde bulundurulduğunda bu sonuç beklediğimiz ve literatür bilgisiyle de uyumlu bir sonuç olmaktadır.

Bizim çalışmamızda "düşüncelerin kontrol gereksinimi" sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptanmıştır. "Düşüncelerin kontrol gereksinmesi" alt boyutu, kişilerin düşüncelerini sürekli kontrol etmelerini ve belli şeylerin düşünülmesinin olumsuz etkisi olabileceğine olan inançlarını sorgulamaktadır. Üstbilişin bu alt boyutu, OKB hastalarında anksiyete bozukluğu olan diğer hastalardan daha yüksek olarak değerlendirilmiştir [146]. OKB ve YAB hastalarında yapılan bir çalışmada ise, düşüncelerin kontrol gereksinimi ile kontrol edilmezlik ve tehlike alt ölçeklerinin puanları yüksek olarak değerlendirilmiş olup bu sonuç anksiyetenin temel üstbilişsel çarpıtması olarak düşünülmüştür [147]. Bir başka çalışmada ise "düşüncelerin kontrol gereksinimi" üstbiliş alanı hastaların ritüelleri ile ilişkili olarak değerlendirilmiştir [143].

Bilişsel güven algısındaki yetersizlik kişinin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine olan güveninin azalmış olmasıyla ilişkilendirilmektedir. Çalışmamızda OKB hastaları ve kontrol grubunun benzer bilişsel güven dağılımları gösterdikleri görülmüştür. Literatürde OKB hastalarında, bilişsel güven alt ölçeğini anlamlı olarak yüksek değerlendiren çalışmalar mevcuttur. Bu veri, hastaların belleklerine olan güvensizlikleri ile ortaya çıkan kuşku, kontrol gereksinmesi ve obsesyonlarla ilişkilendirilmiştir [148]. Öte yandan Hermans ve arkadaşlarının (2003) yapmış oldukları çalışmada ise OKB tanısı alan hastaların bilişsel güvenlerinin normal gruba oranla daha düşük olduğunu belirtmişlerdir [116]. Farklı sonuçlar yapılan çalışmaların kesitsel olması, farklı örneklem gruplarında çalışılması ya da tedavi altındaki bireylerde yapılmış olmasıyla açıklanabilir. Çalışmamızda her ne kadar hastalar yapılan SCİD taramasıyla bakılarak ek depresyon tanısı dışlanarak seçilmiş olsalar da BDE puanlarındaki yüksek puanlar göz ardı edilmiş ve BDE toplam puanları istatistiksel analizlere dâhil edilmemiştir. Bu nokta, çalışmamızın kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Bilişsel güven yetersizliği literatürde unutkanlıklar veya hastaların yaşadıkları bellek sorunları şeklinde de tanımlanmıştır [144]. MDB hastalarında bellek sorunlarının olduğu daha önceki çalışmalarda saptanmıştır [149]. Depresyon ve üstbiliş arasındaki ilişki incelendiğinde ise, hafif depresyonu olan hastaların orta

düzeyde depresyonu olan hastalardan daha iyi bir bellek performansına sahip oldukları görülmüştür [150]. Yapılan bir çalışmada MDB hastalarında depresif belirtilerin şiddetiyle bilişsel güven alt ölçeği arasında pozitif bir korelasyon olduğu gösterilmiştir [144]. Bu da, depresif belirtilerin şiddetinin artmasının bellek sorunları doğurabileceği ve hastaların belleklerine olan güvenlerinin azalması ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Çalışmamızda üstbiliş alt boyutları ve özellikle bilişsel güven alt ölçek grubu, depresif belirtilerin varlığından etkilenmiş olabilir.

Çalışmamızda OKB hastalığının klinik şiddetini ölçen ve klinisyen tarafından hastaya uygulanan Y-BOCS genel toplam puanı ve ölçeğin alt boyutlarından olan obsesyon ve kompulsiyen şiddeti ile ÜBÖ alt gruplarından "kontrol edilemezlik ve tehlike", "düşünceleri kontrol gereksinimi", "bilişsel farkındalık" ve ÜBÖ toplam puanları arasında anlamlı düzeyde doğrusal ve aynı yönlü bir korelasyon saptanmıştır. Hastalardaki obsesyonların klinik şiddeti ile ÜBÖ toplam puanlarının aynı yönlü ilişkide olması obsesyonun üstbilişsel düzeydeki yorumunun klinik olarak hastalığı daha da şiddetlendirdiği şeklinde yorumlanabilir. Corcoran ve Woody (2008) de yine normal örneklemle çalıştıkları araştırmalarında, saldırganlık, cinsellik ve günahkarlığa dair, sosyal kabul görmeyecek düşünceleri katılımcıların değerlendirmesini istemişler ve düşüncelerin kendini kötü karakteri olan bir kişi olarak görme, zihinsel bir bozuklukla ilişkilendirme, ahlaksızlık gibi üstbilişsel değerlendirmelerin obsesif-kompulsif belirtilerin şiddetiyle ilişkili olduğuna dair sonuçlar elde etmişlerdir [33]. Buna bağlı olarak düşüncenin ne olduğundan ziyade kişinin düşünceye yüklediği anlamın önemine vurgu yapmışlardır. Bir başka çalışmada bizim sonuçlarımızla uyumlu şekilde Y-BOCS'nın kompulsiyonları değerlendiren soruları ile "düşünce kontrol gereksinmesi" alt ölçeği arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde tedavi sürecinde yapılan müdahalelerde bilişsel işlevlerde olabilecek değişikliklerin kliniğe olumlu veya olumsuz yönde etki edebileceği göz ardı edilmemelidir.

Çalışmamızın verileri MOKSL alt gruplarından olan kontrol etme alt boyutu ile "kontrol edilmezlik ve tehlike", "düşünceleri kontrol gereksinimi" ve ÜBÖ toplam puanı arasında anlamlı düzeyde doğrusal ve aynı yönlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu sonuç üstbilişsel süreçlerin hastalığın kliniğine olan olumsuz etkisi olduğunu bir kez daha göstermiş olup OKB tanılı hastalarda abartılmış sorumluluk algısından ileri gelen, düşünceleri ve olayları kontrol etme çabasına yönelik üstbilişsel inançların hastalığın klinik görünümüyle olan uyumunu açıklar niteliktedir.

Veriler anksiyete puanlarıyla ÜBÖ alt boyutlarından "kontrol edilemezlik ve tehlike", "bilişsel güven", "düşünceleri kontrol gereksinimi" ve ÜBÖ toplam puanı arasında anlamlı düzeyde doğrusal ilişki olduğunu saptamıştır. Anksiyete ve üstbiliş arasındaki bu doğrusal ilişki literatürde benzer sonuçlarla ortaya konmuştur. Yapılan bir çalışmada, stresli yaşam olaylarına bağlı olarak ortaya çıkan anksiyete ve depresif belirtileri olan kişilerde, negatif üstbilişsel inançlar nedeniyle anksiyete ve depresyon belirtilerinin sürdüğü gösterilmiştir. Bu noktada üstbilişin travmatik bir takım deneyimleri kontrol edebilme ve günlük sorunlarla baş edebilmede etkisinin olduğu yorumu yapılabilir.

Çalışmamız süresince hastalarımızın bir kısmı BDT sürecinde olsalar da hiç bir hastaya daha öncesinde metakognitif terapi modeline göre herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Bilindiği üzere MKT'de abartılmış sorumluluk, belirsizliğe tahammülsüzlük ya da mükemmeliyetçilik gibi bir takım inanç alanları üzerinde düzenleme yapmak yerine bu bilişlerin kişiler için gücü ve önemi hakkındaki inanışlar üzerine odaklanılır. MKT'de hastalar için abartılmış sorumluluk, belirsizliğe tahammülsüzlük ya da mükemmeliyetçilik gibi inanç alanlarının kişi için önemi üzerine çalışılması tüm üstbiliş inanç alanları için bir takım müdahaleleri içinde barındırmaktadır. Bu terapi modelinin diğer bilişsel kuramlardan farklı olarak ilgilendiği ve hastanın terapi sürecinde müdahale edildiği nokta çalışmamızın sonuçları da göz önünde bulundurulduğunda psikoterapotik müdahaleler açısından daha önemli hale gelmektedir. Mevcut

bulgunun varlığı klinisyenlerin hastaların terapi süreçlerinde bilişsel alanları düzenlemek adına bu alanlara direk müdahale etmenin yanı sıra bu inanç alanlarındaki bilişsel düşünce kuvvetinin kişi için önemi ve gücü üzerine yoğunlaşmalarının teroptik önemini ve gerekliliğini bir kez daha göstermektedir.

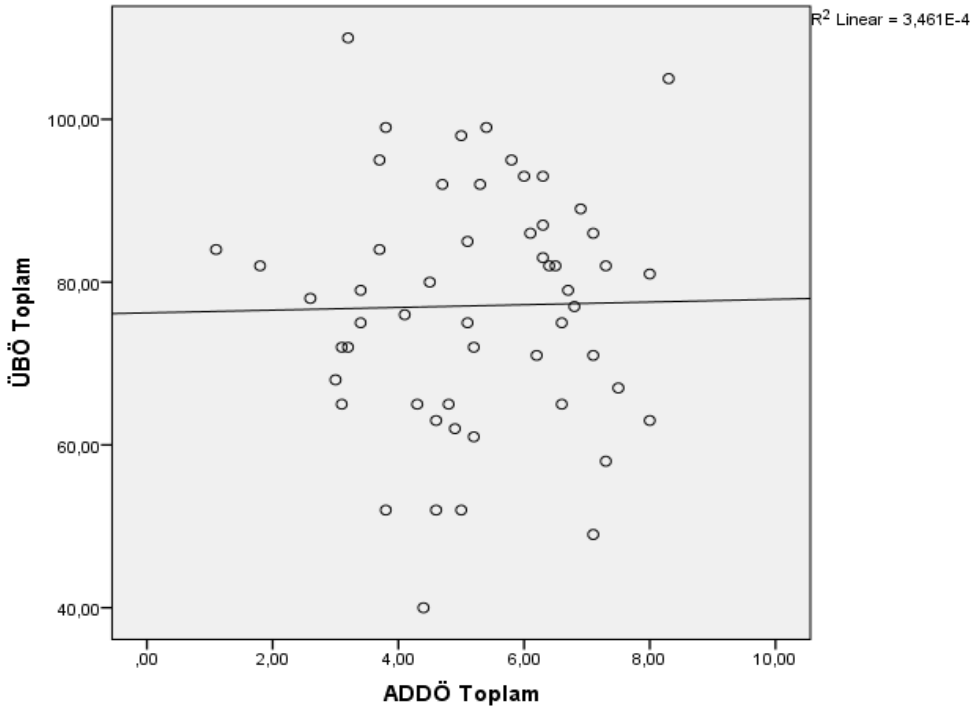
5.3. Kontrol ve OKB Grupları Arasında Aşırı Değerlendirilmiş Düşünceler ile İlgili Değerlendirmeler

OKB tanılı hastaların obsesif düşüncelerine çeşitli boyutlarda atfettikleri anlamlar oldukça geniş bir aralıkta değerlendirilmekle birlikte bir ucunda sanrısal yoğunluğa ulaşmış obsesyonların, diğer ucunda ise kişinin benliğine yabancı ve mantıksız bulduğu obsesif düşüncelerin olduğu geniş bir spektrumdan bahsedilmektedir [17]. Kesin olarak sanrısal bir karakter kazanmamış ve yeterince de içgörünün olmadığı obsesif düşünceleri tamamıyla olmasa da kısmen niteleyen ADD'lerin bu spektrumun ortasında yer almaları gerektiği düşünülmüştür. Sanrısal nitelikte olmasalar da, ADD'ler, obsesyonlar gibi hastaların benliklerine yabancı ya da mantıksız olarak yorumladıkları düşünceler olmamaktadır. ADD'lerin klinik yansımaları hem tanı hem de tedavi prognozu açısından oldukça önem arz eder. ADD'lerin varlığının tedavinin prognozu için öngörücü prediktörü olabileceği geçmişte yapılan bazı araştırmalarda da gösterilmiştir [151]. Kişinin ego bütünlüğüyle olan kısmi uyumu da dikkate alındığında tedavi arama davranışını ve iç görüyü yordayan önemli bir etmen olabileceği düşünülmektedir. OKB hastalarındaki zayıf iç görünün hastalığın prognozuna olan olumsuz etkisi klinik pratikte klinisyenler tarafından kabul görmüş ve daha önce yapılan çalışmalarda ortaya konmuş bir görüştür. (Neziroglu, McKay et al. 1999). Her ne kadar iç görü ile ADD kavramları tanım ve klinik yansımaları açısından farklılık gösterseler de DSM 5'in DSM-IV den farklı olarak OKB sınıflandırmasında içgörü değerlendirmesini zorunlu görmesi; olguları içgörü düzeyine göre içgörüsü iyi, içgörüsü kötü ve içgörüsü yok şeklinde gruplandırması obsesif düşünceye atfedilen değerin önemini destekler niteliktedir [78].

OKB tanılı hastalardaki ADD'lerle ilgili literatürde az sayıda çalışmaya ulaşılabildi. ADD'lerin klinik olarak gözlenmesinin önemli sonuçlarından biri önceki çalışmalarda vurgulanmış, tedaviye kötü yanıtı yordayan bir etmen olduğu ve kişinin yardım arama davranışının gecikmesi ya da oluşmamasında önemli derecede etkili olduğu belirtilmiştir [72]. Bildiğimiz kadarıyla çalışmamız OKB hastalarında ADD'lerin üstblişsel alanlarla olan ilişkisini araştıran nadir araştırmalardan biri olma özelliğindedir. Farklı yöntem ve araçlar kullanılarak yapılan ve kişilerdeki içgörünün üstbilişsel alanlarla ilişkisini araştıran bir çalışmada içgörüsü iyi olan OKB tanılı hastaların içgörüsü zayıf olanlara göre ÜBÖ puanları daha yüksek bulunmuştur [145]. Ancak bu çalışma hastalardaki ADD'leri inceleyen bir araştırma olmadığından araştırmamızın sonuçlarının literatüre zengin bir katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

Başlangıç hipotezlerinden biri olan, üstbilisşel patolojilerin obsesyonlara yüklenen anlamın derecesiyle ilişkili olduğu varsayımımız, tüm üstbiliş alt boyutlarında olmasa da ÜBÖ'nin "olumlu inançlar" alt grubuyla ilişkili bulunmasıyla bir miktar da olsa doğrulanmıştır. Bu sonuç bir obsesyona yüklenen anlamın değer niceliğinin, mevcut anksiyetenin varlığının herhangi bir durum ile ilgili plan yapmaya ve sorun çözmeye olan olumlu katkısına dair inançlarla bağlantılı olmasıyla açıklanabilir. Araştırmamızda üstbiliş puanlarıyla ADDÖ toplam puanları arasında beklenenin aksine herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum üstbiliş ölçeğinin bir özbildirim ölçeği olmasından dolayı hastaların farkında oldukları veya olmadıkları üstbilişsel süreçleriyle ilgili yeterli veya doğru bilgiye ulaşılamamasından kaynaklanmış olabilir. Çünkü hasta grubumuz tedavi ve terapi süreci altında olan bireylerden seçilmiştir. Hastaların bu ölçekleri cevaplarken tedavi sürecinde yapılan bir takım bilişsel müdahalelerden etkilenmiş olmaları söz konusu olabilir. Aşağıda belirtilen scatter dot grafiği ADDÖ ve ÜBÖ arasındaki ilintinin dağılımını göstermektedir (Grafik 1).

Grafik 1. ADDÖ ve ÜBÖ arasındaki ilintinin dağılımını gösteren grafik



Çalışmamızda ADDÖ ile ÜBÖ alt gruplarından "düşünceleri kontrol gereksinimi" alt grubunun, istatistiksel olarak birbiriyle anlamlı derecede ilişkili olmadığı görülmüştür. "Düşünceleri kontrol gereksinimi" genel hatlarıyla kişinin batıl inanç, cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacını içerir. Bu inançlar, kişi onları kontrol edemediği takdirde ortaya çıkacak zarar verici sonuçlardan kişinin sorumlu olacağına ve cezalandırılacağına ilişkin düşünceleri içermektedir. Batıl nitelikte ve zayıf içgörüye has bu tip üstbilişsel süreçleri içinde barındıran obsesyonların klinik pratiğe dayandırdığımızda ADD'lerle daha fazla iç içe olabileceği yorumunu yapılabiliriz. OKB hastalarında bazı eylemler olası kötü bir sonuçtan korunmak amacıyla yapılmaktadır. Benzer şekilde ADD'ye ikincil olarak yapılan kompulsif davranışların kişi tarafından yapılmadığı zaman korkulan durumun gerçekleşme olasılığına dair inancın fazlalığı düşünce eylem kaynaşmasının en tipik

örneklerinde biri sayılabilir [17]. Kompulsif davranışlar yapılmadığı takdirde kişide artan kaygının varlığının ADD için öncelikli olması "düşünceleri kontrol gereksiniminin" ADD'lerle olan kuvvetli ilişkisinin en önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilebilir. Varsayımımızın aksine çalışmamızın bu mevcut sonucu araştırmamızdaki örneklem sayısının sınırlı olması, özbildirim ölçeklerinin güvenilirliği ya da katılımcıların obsesyon tipi ve niteliğiyle ilişkilendirilebilir.

Yapılan bir çalışmada ADDÖ derecesinin Y-BOCS toplam puanıyla ölçülen semptom şiddetiyle mutlaka ilişkili olmadığını vurgulamıştır [152]. Bizim çalışmamızda ADDÖ ile MOKSL ve Y-BOCS toplam puanlarında anlamlı bir korelasyon görülmemesi bu mevcut literatür sonuçları ile paralellik göstermektedir. Aynı çalışmada ADDÖ'den yüksek puan alan hastaların yatarak tedavi almaları ve SSRI'ları takiben Y-BOCS puanlarında daha az ilerleme kaydettikleri saptanmıştır. ADD'lerin iyileşmeyi ön gören bir faktör olarak görülebileceği bu çalışmalarla desteklenmektedir. Neziroğlu ve arkadaşları (2001) Y-BOCS'nin iki alt ölçeğini kullanarak, obsesyonlarla kompulsiyonlar arasındaki tedavi sonucunun bir öncüsü olarak düşündükleri ADDÖ kullanımını test ederek bu çalışmaya devam etmiştir. OKB hastalarında ADDÖ puanlarındaki yüksekliğin ADD ölçütü olarak kompulsiyonlar için tedavi sonucunu öngören bir faktör olduğu görülmüşken obsesyonlar için aynı sonuca varılamamıştır [152]. Bu bulgular bütününde klinisyenlerin klinik pratikte ve hastaların iyileşme süreçlerinde hastalardaki ADD varlığını dikkate almaları önem arz etmektedir.

5.4. Kontrol ve OKB Grupları Arasında Büyüsel İnançlar ile İlgili Değerlendirmeler

Büyüsel düşünce kişinin kendi düşüncesi ve dış gerçeklik arasındaki hatalı bir nedensellik ilişkisini varsayma eğilimi şeklinde tanımlanmıştır. OKB ile ilişkisi ise halen aydınlatılması gereken bir evrede olduğu söylenebilir. OKB ve büyüsel düşünce ilişkisi arasındaki güçlü korelasyona rağmen aralarındaki ilişki

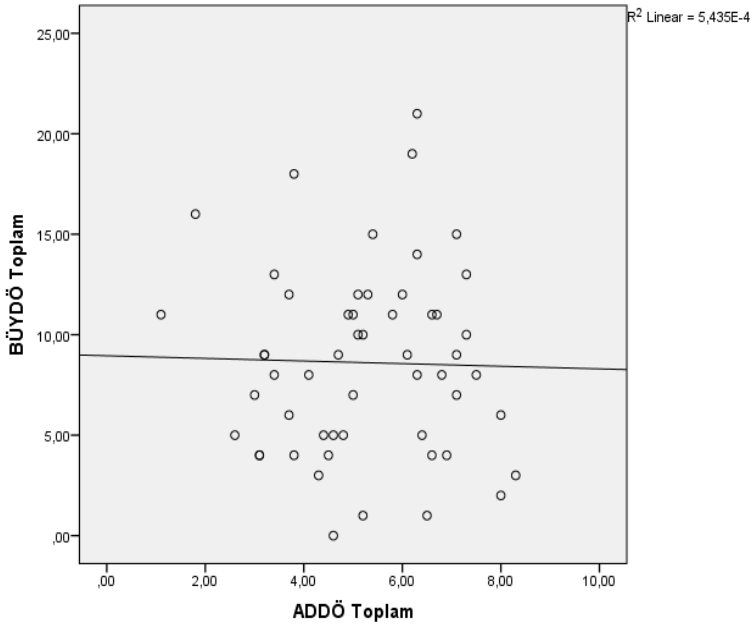
halen belirsizliğini korumakla birlikte eldeki bilgiler doğrultusunda aralarındaki ilişki düşünce eylem kaynaşması kuramına dayandırılmaktadır [19]. Bu kuram OKB'de görülen ve nedensellik veya bilimsel yasalarla açıklanamayan bir takım nötralize edici kompulsif tarzda davranışları açıklayabilir [23] [25]. Çalışmamızda OKB hastaları ve kontrol grubu arasında BDÖ toplam puan ortalamalarını incelediğimizde, gruplar arasında BDÖ genel puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır. Araştırmamızın yürütüldüğü popülasyonun sosyokültürel yapısı göz önünde bulundurulduğunda bir takım büyüsel düşüncelerin aslında genel sağlıklı toplumda kabul gören inanışlar olduğu gözlenebilir. Yıldız falları ve burçlara olan yaygın inanışlar, uğurlu veya uğursuz bazı sayı ve eşyalar, rüyalara yüklenen anlamlar ya da dini inanışların gerektirdiği batıl fikirler bunlara örnek gösterilebilir. Yapılan bazı araştırmalarda normal bireylerinde zaman zaman belli stresörler karşısında kontrol duygusu sağlamak amacıyla büyüsel ya da batıl düşüncelere başvurabildiği bildirilmiştir [21] [22]. Bununla ilgili farklı görüşler de ileri sürülmüştür. Aynı kültürde hayatlarını sürdürmüş kişilerin bu tür düşüncelere eğilimlerindeki derecesinin farklı olduğu gözleminden yola çıkılarak büyüsel düşünce eğilimine çevresel ve kültürel etmenlerin yanı sıra biyolojik özelliklerin katkıda bulunabileceği bildirilmiştir [118] [119]. Bu bağlamda araştırmamızın mevcut bulgusunu OKB hastalığı için obsesif düşüncelerin yoğunluğu veya niteliğinden ziyade bu düşüncelerin kişi için kognitif değerinin daha ön plana çıktığı şeklinde yorumlayabiliriz. Obsesyonun tipi ya da niteliğinden ziyade ona yüklenen bilişsel anlamlar ve yorumlamalar hastalığın kliniğini şiddetlendirmekle birlikte aynı derecede tedaviye olan yanıtı ve uyumu da etkileyebilmektedir. Çalışmamızın araştırma metodolojisi oluşturulurken katılımcılara sağlıklı kontrol grubunun da dâhil edilmiş olması bu sonuca varmamıza fırsat vermiş ve kalıplaşmış bazı algıları sorgulamamıza olanak tanımıştır.

Çalışmamızda büyüsel inançların fazlalığı ile Y-BOCS toplam puanları ve alt boyutları ve MOKSL toplam puanları ilişkili bulunmuştur. Hastalığın klinik şiddetiyle anksiyetenin doğrusal ve aynı yönlü ilişkisi baz alındığında

araştırmamızda büyüsel düşünce yoğunluğu arttıkça anksiyete puanlarının yükselmesi, hastalığın klinik şiddetinin artması beklenen bir sonuçtur. Büyüsel düşüncelerin hastalığın prognozunu ya da kliniğin şiddetini olumsuz etkilediğine dair düşüncelerimizi güçlendirmektedir. Yapılan bir çalışmada OKB'li hastalarda tedavi öncesi büyüsel düşünce puanlarının tedaviye direnç ile ilintili bulunmuş olması ve aynı zamanda OKB semptomlarındaki iyileşme ile büyüsel düşünce puanlarındaki gerilemeyi de birbiriyle ilişkili saptamış olmaları hastalığın prognozuna olan etkisini destekler niteliktedir [30].

OKB hastalarda büyüsel inançların yoğunluğu ile ADD'ler arasında her hangi bir ilişki tespit edememiş olmamız bu alanda dana önce yapılan sınırlı sayıda çalışma olsa da geçmiş literatür bulguları ile uyumlu görünmektedir [130]. Aşağıda belirtilen scatter dot grafiği ADDÖ ve BDÖ arasındaki ilintinin dağılımını göstermektedir (Grafik 2).

Grafik 2. ADDÖ ve BDÖ arasındaki ilintinin dağılımını gösteren grafik



Ulaşabildiğimiz kadarıyla literatürde büyüsel düşüncelerin üstbilişsel alanlarla ilişkisini araştıran bir çalışma yoktur. Bizim çalışmamızda OKB hastalarında ÜBÖ toplam puanları ile BDÖ toplam puanları arasında aynı yönlü doğrusal bir ilişki gösterilmiştir. Bu noktada büyüsel düşüncelerin üstbilişsel süreçleri tetikleyebileceği yorumu yapılabilir. Çalışmamızın bu sonucu önceki mevcut verilerin az sayıda olması nedeniyle literatüre değerli bir katkı sağlamaktadır.

5.5. Kontrol ve OKB Grupları Arasında Yaşam Kalitesiyle İlişkili Değerlendirilmeler

Çalışmamızda yaşam kalitesinin tüm alanlarda hasta ve sağlıklı gruplar arasında istatistiksel olarak farklı olduğu görülmüştür. Kontrol grubunun yaşam kalitesi genel toplam ve alt boyut ortalamalarının OKB hastalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda OKB her ne kadar ruhsal bir hastalık olsa da bireylerin yaşam kalitelerini yalnızca psikolojik alanlarda değil yaşam kalitesinin diğer faktörlerine de önemli ölçüde olumsuz olarak etkilediği varsayımı güçlenmektedir. Bu bulgu çalışmamızın hipotezini desteklemekle birlikte literatür ile de uyumludur [124].

Bizim çalışmamızda da yaşam kalitesiyle obsesif ve kompulsif belirtilerin şiddeti arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. Özellikle obsesyon puanlarının tüm yaşam kalitesi alanları ile kompulsiyonların şiddetinin ise yaşam kalitesini sosyal ilişkiler alanı dışında diğer tüm yaşam kalitesi alanları ile ilişkili olduğunu saptanmıştır. OKB'da, yaşam kalitesinin klinik belirleyicilerini inceleyen bir araştırmada obsesyonların ve depresyon şiddetinin yaşam kalitesinde belirleyici olduğu ama kompulsiyonların yaşam kalitesini etkilemediği bildirilmiştir [128].

Çalışmamızda OKB hastalarında MOKSL'ne göre yavaşlık ve ruminasyon puanları arttıkça, ruhsal alan ve WHOQOL-BREF-TR ölçeğinin yaşam kalitesi toplam puanlarının düştüğü görülmüştür. Y-BOCS ile kurulan doğrusal

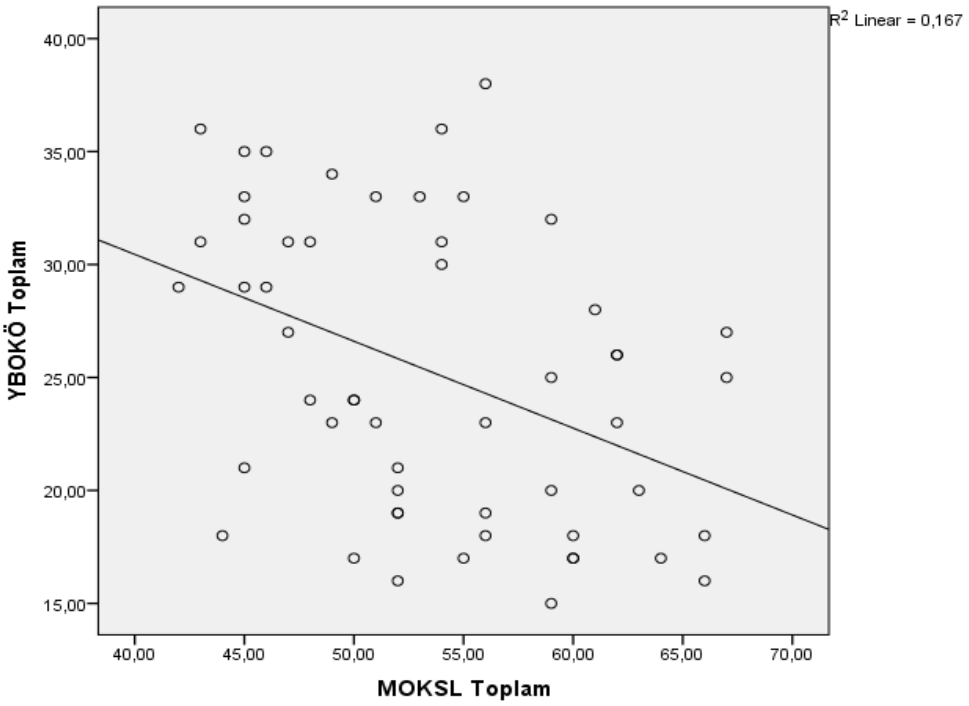
saptamanın MOKSL ile kurulamamış olmasının nedenleri, MOKSL'nin özbildirim ölçeği olması, Y-BOCS'nin ise klinisyen tarafından uygulandığından daha doğru veriler elde edilmiş olabileceği şeklinde açıklanabilir.

Bu çalışmada hastaların yaşam kalitesi ile ADD'lerin varlığı arasında herhangi bir korelasyon tespit edilmemiştir. Mevcut sonuç yaşam kalitesi ve ADD'lerin ilişkisini araştıran önceki çalışmalar ile uyumlu görünmektedir [130].

Çalışmamızda büyüsel düşüncelerin yoğunluğu ile üstbilişlerin şiddeti yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Veriler OKB hastalarının "kontrol edilemezlik ve tehlike", "bilişsel güven", "düşünceleri kontrol gereksinimi" alanları ile üstbiliş toplam puanları arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını göstermektedir. Bildiğimiz kadarıyla literatürde OKB hastalarında büyüsel düşüncelerin ve üstbilişsel süreçlerin yaşam kalitesine olan etkisini inceleyen çalışma sayısı oldukça azdır. Bu veriler bu açıdan çalışmamızı değerli kılmaktadır. Aynı zamanda ruhsal alan, çevre alanı ve WHOQOL-BREF-TR toplam puanı ile "kontrol edilemezlik ve tehlike", "bilişsel güven", "düşünceleri kontrol gereksinimi" ve ÜBÖ toplam puanı arasında ters yönlü, doğrusal ve zayıf bir ilişki olduğu da bulunmuştur. Genel olarak OKB hastalarının "kontrol edilemezlik ve tehlike", "bilişsel güven", "düşünceleri kontrol gereksinimi" ve ÜBÖ toplam puanı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı söylenebilir.

Klinisyen tarafından hastaya uygulanan ve hastalığın şiddetini belirleyen Y-BOCS ile hastalar tarafından doldurulan MOKSL arasında ters yönlü bir ilişki saptamış olmamız hastalığın aslında klinik şiddeti arttıkça özbildirim ölçeğinde hastaların hastalıklarıyla ilgili kendilerini değerlendirme algılarının değişebildiğini göstermektedir. Aşağıda belirtilen scatter dot grafiği Y-BOCS ve MOKSL arasındaki ilintinin dağılımını göstermektedir (Grafik 3).

Grafik 3. Y-BOCS ve MOKSL arasındaki ilintinin dağılımını gösteren grafik



Otojen ve Reaktif Gruplar Arasında Sosyodemografik ve Klinik Veriler ile İlişkili Değerlendirilmeler

Şu ana kadar literatürde otojen ve reaktif OKB ayrımına yönelik, gruplar arası farkları inceleyen az sayıda sosyodemografik ve klinik çalışmaların olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonuçlarına göre, gruplar arası sosyodemografik ve klinik veriler incelendiğinde; otojen ve reaktif OKB gruplarının yaş, cinsiyet ve eğitim durumu ve diğer klinik veriler açısından benzer dağılım gösterdikleri görülmektedir. Bu sebeple araştırma sonuçları bize reaktif ve otojen gruplar için çalışmamızın test performanslarını bu parametrelerin etkisinden bağımsız biçimde yorumlama olanağı sunmuştur.

Literatürde otojen-reaktif gruplarla yapılan çoğu çalışmada, gruplar arası cinsiyet farklılığı gösterilmezken, Çamlı ve arkadaşlarının bir çalışmasında reaktif OKB hastalarının daha çok kadın cinsiyetten olduğu [153], Beşiroğlu ve arkadaşlarının bir çalışmasında ise otojen hastaların daha çok erkek cinsiyetten olduğu gösterilmiştir [154]. Bu çalışmada ise otojen-reaktif grup arasında cinsiyet farkı saptanmamıştır.

Otojen ve Reaktif Gruplar Arasında Üstbilişsel Veriler ile İlişkili Değerlendirmeler

Çalışmamızda üstbilişlerin toplam puanları reaktif ve otojen gruplar arasında kıyaslandığında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır. Literatürü incelediğimizde benzer şekilde Doğan ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada da OKB alt tipleri arasında üstbilişsel stratejiler ile ilişkili bir farklılık saptamamış olduklarını gördük [32]. Bulgular kısmında belirttiğimiz üzere çalışmamızda OKB ve kontrol grupları arasında ÜBÖ toplam puanları ve alt alanları arasında "bilişsel güven" alt grubu hariç istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmamızın sonucunda ortaya çıkan bu bulgular üstbilişsel inançların OKB tanısı almış bireyler ile sağlıklı bireylerde farklı özellikler gösterdiğini, alt tipler arasında üstbilişsel farklılıkların olmadığını düşündürmektedir. Hasta ve kontrol grubuna alınanların sayısı kısıtlı olmakla birlikte, çalışmamız bu alanda yapılanlar diğer araştırmalar içinde OKB alt tiplerinde üstbilişlerin araştırıldığı ender çalışmalardan biridir.

Çalışmamızda üstbiliş alanlarından yalnızca "kontrol edilmezlik ve tehlike" alt grubunun otojen obsesyona sahip hastalarda reaktif obsesyona sahip hastalara göre daha yüksek olduğunu saptanmıştır. Ulaşabildiğimiz literatür bilgileri bu konuda farklı görüşlerin ortaya konulduğunu göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalar üstbiliş alt alanlarının reaktif ve otojen gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığını göstermiştir. Reaktif obsesyonlu kişiler, düşüncelerinin görece gerçekçi olduğuna inanmaya eğilimlidir. Fakat klinik görüşmelerde

düşüncelerinin mantıksız olduğunu da sıklıkla dile getirirler. Diğer taraftan otojen obsesyonu olan kişiler her ne kadar obsesyonlarını ego-distonik açıklasalar da suçluluk duygularından dolayı obsesyonlarını saklama eğilimindedirler. Bu durum üstbilişsel patolojiyi her iki grupta aynı derecede ortaya çıkmış olmasına ve arada fark çıkmamış olmasını açıklayabilir.

Lee ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, otojen obsesyonu olan bireylerin sıkıntı ve tehlike algılarının daha çok kendi düşüncelerine odaklandığını bulmuşlardır. Bu veriler çalışmamızda otojen obsesyona sahip bireylerde "kontrol edilmezlik ve tehlike" alt alanının reaktif obsesyonlu bireylere göre anlamlı olarak farklı çıkmasını anlaşılır kılmaktadır. Otojen obsesyonlu bireyler kendi düşüncelerini çok suçlandırıcı, tehlikeli ve kabul edilemez olarak yaşantıladıklarından dikkatlerini kendi düşünceleri üzerinden başka yerlere çekmekte zorlanırlar. Bilişsel olarak endişelerini devamlı kontrol etme çabası içerisine girebilirler. Reaktif obsesyona sahip bireyler obsesyonlarını görece daha akla yatkın kabul ettiklerinden dolayı bu düşünceleri üzerinde yoğunlaşmaktan ziyade obsesyonun olası tehlikeli sonuçlarıyla ilgili davranışlar çerçevesinde çevreyi organize etme eğilimindedirler.

Otojen ve Reaktif Gruplar Arasında Aşırı Değerlendirilmiş Düşünceler ile İlişkili Değerlendirmeler

Çalışmamızda reaktif obsesyona sahip hastaların ADDÖ toplam puanları otojen obsesyona sahip hastalara göre daha yüksek çıkmıştır. Ulaşabildiğimiz kadarıyla literatürde reaktif ve otojen gruplarla ilgili bu alanda yapılan bir çalışma mevcut değildir. Reaktif obsesyonlu bireyler klinisyenlere her ne kadar düşüncelerini akla aykırı olarak tanımlasalar da düşünceleri görece daha gerçekçi, kabul edilebilir veya başkaları tarafından kabul edilmesi gereken düşünceler olduğuna inanmaya eğilimlidirler. Bu yüzden, kendilerini bu düşünceleri savuşturmaktan ya da mantıksız olduğuna inandırmaktan ziyade düşüncenin

istenmeyen olası sonuçlarını engellemek için asıl baş etme davranışına adarlar [34].

Öte yandan doktorların otojen obsesyonlu bireyleri daha zayıf iç görülü gibi kabul ettiklerinden bu hastalara daha çok antipsikotik ilaç yazma eğiliminin olduğunu düşünmekteyiz. Antipsikotik tedavinin otojen grupta üstbilişsel alanları ve obsesyona yüklenen anlamın derecesini yani aşırı değerlendirilmiş düşünceleri bilişsel düzeyde etkilemiş olabilir. Araştırmamızda OKB hasta grubu SSRI, antipsikotik ve terapi sürecindeki hastalardan oluştuğundan bu parametreler verilerin yorumlarını etkilemiş olabilir.

Otojen ve Reaktif Gruplar Arasında Büyüsel İnançlar ile İlişkili Değerlendirmeler

Araştırmamızda reaktif ve otojen gruplar arasında büyüsel inançların derecesiyle ilgili bir farklılık tespit etmedik. Literatüre baktığımızda otojen obsesyonlu bireylerin büyüsel düşüncelere ve farklı algısal deneyimlere daha yatkın olduğu, algısal bozuklukların ve şizotipal kişilik özelliklerinin otojen obsesyonlar için prediktör parametre olabileceği bildirilmiştir [34]. Bu sonuç bir takım büyüsel inançların çalışmanın yapıldığı popülasyonun sosyokültürel yapısı ön görüldüğünde dini inanışların gerektirdiği batıl fikirler veya toplumda kabul görmüş uğursuz nesnelerin varlığına inanma gibi bir takım büyüsel düşüncelerin aslında normal sağlıklı bireylerde de olabileceği şeklinde açıklanabilir.

ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmanın kısıtlılıklarından biri olarak öncelikle örneklem grubunu oluşturan hastaların ilaç kullanan OKB hastaları olduğu söylenebilir. Sadece ilaç kullanmayan/ yeni tanı OKB hastalarının çalışmaya alınmasının, örneklem grubunu daraltacağı düşünülerek tedavi alan hastalar da çalışmaya dâhil edilmiştir. Hastalarımızın ilaç tedavileri ve psikoterapileri devam ederken testlerin uygulanmış olması üstbilişi, OKB'nin klinik şiddetini veya ADD düzeylerini

etkilemiş olabileceği literatürden edindiğimiz bilgiler doğrultusunda mümkün görünmektedir.

Son olarak çalışmamızda bahsettiğimiz diğer kısıtlılıklara ek olarak örneklem seçiminin kesitsel yapılmış olması, örneklem sayımızın sınırlı oluşu, değerlendirmelerin bir kısmının hastaların kendi doldurdukları ölçeklerle yapılıyor olması ve çalışmanın yapıldığı sosyokültürel örneklemin özellikleri göz önünde bulundurulduğun bulguların tüm OKB tanılı hastalara genelleştirilememesi araştırmamızın kısıtlılıkları arasında gösterilebilir. Bu durum elde ettiğimiz sonuçları yorumlamayı ve genellemeyi sınırlamaktadır. Bulgularımızın daha fazla değer kazanabilmesi için daha büyük örneklem gruplarında daha ileri araştırmaların yapılması gerekmektedir.

6. SONUÇ

OKB kişilerin fiziksel, mesleki, sosyal ve ailevi işlevlerini olumsuz etkileyerek yeti yitimine yol açan ve yaşam kalitesini her alanda önemli derecede etkileyen psikiyatrik bir bozukluktur. Hastaların obsesif düşüncelerinin ve kompulsiyonlarının sürdürülmesinde, düşüncelerinin değerlendirilmesinde ve düşüncelerine dair olumsuz inançlarında bir takım üstbilişsel süreçlerin önemi yadsınamaz. Bununla birlikte herhangi bir psikopatolojisi bulunmayan normal bireylerde de bulunabilen veya stres ile karşılaştıklarında kontrol duygusu sağlamak adına başvurdukları bazı batıl inanışlar veya büyüsel düşünceler de OKB hastalarında obsesif inanışların niteliğini veya niceliğini değiştiriyor olabilir. Bu bağlamda zaman zaman OKB'li olgular obsesyonları sanrısal nitelikte olmasa da içgörüden uzak olabilmekte ve OKB hastalarının hepsinin obsesyonlarını her zaman egodistonik yorumlamadıkları görülmektedir.

OKB aynı zamanda etiyoloji, belirti yapısı, klinik ve tedaviye yanıt gibi özellikler açısından oldukça heterojen yapıya sahip bir ruhsal hastalıktır [31]. Hastalığın daha etkin tedavi ve etyolojik teorilerinin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabilmesi açısından OKB'nin daha homojen alt tiplerini belirlemeye ve bu alt tiplerin klinik görünümlerini netleştirmeye yönelik çeşitli çalışmalar ve farklı sınıflandırma önerileri bulunmaktadır. Obsesyonları ortaya çıkaran tetikleyici uyaran bakımından ve obsesif düşünceye yüklenen anlamın değeri bakımından her iki alt tip birbirinden oldukça farklılık göstermektedir. Bundan dolayı da klinik pratikte bu iki farklı tipte obsesyona sahip bireyler farklı şekilde tedavi edilmeye çalışılır. Bu sebeple otojen ve reaktif grubun düşünce stillleri, bilişsel mekanizmalarının oluşumu, kompulsif davranışları iyi ayırt edilebilmeli ve tedavi ve psikoterapi müdahaleleri bu bağlamda şekillendirilmelidir.

Tüm bu bilgiler ışığında bu araştırmamızda hipotezimizi OKB hastalarında ADD, uygun olmayan ölçütlerdeki üstbilişsel stratejiler ile alt boyutlarının ve büyüsel inanışların birbirleriyle doğrusal yönde paralellik gösterebileceği, bu

düşünce stillerinin kişideki yoğunluğu arttıkça hastalığın klinik şiddetinin artabileceği ve bununla birlikte yaşam kalitesinin azalabileceği şeklinde kurguladık.

Bu amaçla, ek ruhsal hastalığı olmayan 54 OKB ve herhangi bir ruhsal veya fiziksel hastalığı bulunmayan 55 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dâhil edilmiştir. Klinik görüşme ve Y-BOCS semptom listesine göre hastalar otojen (n:23) ve reaktif (n:31) olarak iki ayrı gruba ayrılmışlardır. OKB tanılı hastalara tek bir klinisyen tarafından Y-BOCS ve ADDÖ birebir uygulanmış olup sonrasında BDÖ, ÜBÖ, WHOOL-BREEF, MOKSL ve BAE ölçeklerinin hastalar ve kontrol grubu tarafından doldurulması sağlanmıştır. Klinik görüşme, Y-BOCS ve ADDÖ'ne göre hastalar otojen ve reaktif olarak iki ayrı gruba ayrılmışlardır.

Çalışmamızda OKB tanısı almış hasta grubunda, ÜBÖ toplam puanları, WHOQOL-BREF-TR total puanı, Y-BOCS MOKSL ve BAÖ total puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edildi. Bu veriler beklediğimiz haliyle sonuçlanmış olsa da beklenmedik şekilde OKB hastaları ve kontrol grubu arasında büyüsel inançların şiddeti benzer dağılım göstermiştir. Bu durum araştırmamızın yürütüldüğü popülasyonun sosyokültürel yapısı göz önünde bulundurulduğunda bir takım büyüsel düşüncelerin, batıl inançların veya mistik durumların aslında genel sağlıklı toplumda kabul gören fikirler olmasıyla açıklanabilir.

OKB ve kontrol grupları arasında alt boyutlar ile ilgili kıyaslamalarımızda ÜBÖ alt boyutlarından, olumlu inançlar, düşünceleri kontrol gereksinimi, bilişsel farkındalık ve kontrol edilmezlik ve tehlike alt boyutları OKB lehine farklılık gösterirken bilişsel güven alt boyutu her iki grup arasında benzer dağılım göstermiştir. Literatürü incelediğimizde benzer bir sonucu daha önce Hermans ve arkadaşları (2003)'nın saptadığı, OKB tanısı alan hastaların bilişsel güvenlerinin normal gruba oranla daha düşük olduğunu bildirdikleri görülmüştür [116].

Çalışmamızda Y-BOCS genel toplam puanı ve ölçeğin alt boyutlarından olan obsesyon ve kompulsiyen şiddeti ile ÜBÖ toplam puanları arasında anlamlı düzeyde doğrusal ve aynı yönlü bir korelasyon saptanması başlangıç hipotezimizi doğrulamıştır. Elde edilen bu sonuçlar Fisher ve Wells'in OKB için önerdikleri metakognitif terapinin formülasyonunu destekler niteliktedir [102]. Fisher ve Wells OKB için önerdikleri "üstbilişsel terapide" hastayı üstbilişler açısından formüle etmiş, BDT'den farklı olarak düşüncelerin içeriğinin değiştirilmesi yerine obsesif-kompulsif düşüncelere dair inançlara odaklanılmasının önemini vurgulamışlardır. Örneğin 20 yıl önceki bir cinayete katkısı olduğuna dair obsesyonları olan bir hastanın "katil olduğumu düşünmem öyle olduğumu gösterir" gibi üstbilişsel bir süreç olarak düşünce-eylem kaynaşmasının hastalığın sürmesindeki ve prognozundaki rolünü vurgulamışlardır. Kişinin uyum bozucu üstbilişsel stratejilerle hastalığı sürdürdüğü düşünüldüğünden "bağımsız düşünebilme" ile düşünceleri izlemesi desteklenir.

Çalışmamızda büyüsel düşüncenin OKB hastalarıyla kontrol grubu arasında farklı olmaması ve ADD'lerin OKB hasta grubunda büyüsel inançlarla doğrusal ilişkide saptanmamış olması beklediğimiz varsayımlarla çelişmiştir. Aslında OKB hastalığı için düşüncelerin yoğunluğu ya da niteliği değil bu düşüncelerin kişi için kognitif değeri veya bu düşüncelere kişinin yüklediği anlamların derecesi daha çok önem arz eder. Araştırmamızda üstbilişsel süreçlerin yaşam kalitesine olan olumsuz etkisi, klinik şiddetiyle korelasyon göstermesi ve anksiyete skorlarını etkilemiş olması bu görüşümüzü güçlendirmiştir. Obsesyonun tipi ya da niteliğinden ziyade ona yüklenen bilişsel anlamlar ve yorumlamalar hastalığın kliniğini şiddetlendirmekle birlikte aynı derecede tedaviye olan yanıtı ve uyumu da etkileyebilmektedir. Hastalığın klinik şiddetiyle anksiyetenin doğrusal ve aynı yönlü ilişkisi de baz alınırsa araştırmamızda büyüsel düşünce yoğunluğu arttıkça anksiyete puanlarının yükselmesinin, yaşam kalitesinin azalmasının, hastalığının şiddetinin artmasının ve üstbilişsel düşünce düzeyinin büyüsel inanışların derecesiyle doğrusal ilişkisinin varlığının, hastalığın

prognozunu ya da kliniğin şiddetini olumsuz etkilediğine dair düşüncelerimizi güçlendirmektedir.

Araştırmamızda elde etmiş olduğumuz üstbilişsel boyutlar ile büyüsel düşüncelerin doğrusal ilişkisi bu alanda ve benzer araç ve yöntemlerle yapılan oldukça az sayıda veriler olduğu gözlendiğinde literatüre değerli bir katkı sağlamaktadır.

Başlangıç hipotezlerinden biri olan, üst bilişsel patolojilerin obsesyonlara yüklenen anlamın derecesiyle ilişkili olduğu varsayımımız, tüm üstbiliş alt boyutlarında olmasa da ÜBÖ'nin "olumlu inançlar" alt grubuyla ilişkili bulunmasıyla bir miktar da olsa doğrulanmıştır. Bu sonuç bir obsesyona yüklenen anlamın derecesinin, mevcut anksiyetenin varlığının herhangi bir durum ile ilgili sorun çözmeye olan olumlu katkısına dair inançlarla bağlantılı olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda reaktif otojen alt gruplar demografik ve klinik özellikleri açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak benzer dağılım gösterdikleri görülmüştür. Reaktif obsesyona sahip hastaların ADDÖ ve ruminasyon puanları otojen obsesyona sahip hastalara göre daha yüksekken, otojen obsesyona sahip hastaların ÜBÖ alt alanlarından biri olan "kontrol edilemezlik ve tehlike" puanları reaktif obsesyona sahip hastalara göre daha yüksek saptanmıştır. Diğer test ve alt boyut karşılaştırmaları incelendiğinde her iki grupta ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır.

Çalışmamıza başlangıçta hasta ve kontrol gruplarında yaş, cinsiyet ve eğitim durumlarını benzer seçmeye çalışsak da OKB hastalarının eğitim durumları kontrol grubuna göre anlamlı olarak farklı tespit edilmiş ve kontrol grubumuzda üniversite mezunu sayısı daha fazla saptanmıştır. Bu faktör sonuçları etkilemiş olabilir. Bu alanda yapılacak olan diğer çalışmalarda bu farklılığı bertaraf edecek daha geniş sayıda örneklem gruplarının seçilmesi önerilmektedir. Benzer şekilde

her ne kadar komorbid depresif bozukluk tanılarını hasta grubumuzu oluştururken dışlanmış olsak da BDÖ'nin sonuçlarını istatistiksel analizlere dâhil etmemiştir. Bundan dolayı OKB hastalarında üstbilişsel boyutları inceleyecek araştırmalarda yüksek depresif semptomların şiddetinin üstbilişsel süreçlere olan etkisi göz önünde bulundurulmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association, *Ruhsal bozuklukların tanımsal ve sayımsal elkitabı (DSM-5), tanı ölçütleri başvuru elkitabı*, ed. E. Köroğlu. 2013, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
2. El-Sayegh, S., S. Bea, and A. Agelopoulos, *Obsessive-compulsive disorder: unearthing a hidden problem.* Cleveland Clin J Med, 2003. **70**(10): p. 824-840.
3. Rasmussen, S.A. and J.L. Eisen, *The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder.* Psychiat Clin N Am, 1992. **15**(4): p. 743-758.
4. Hollander, E., *Obsessive-compulsive disorder-related disorders: the role of selective serotonergic reuptake inhibitors.* Int Clin Psychopharm, 1996. **11 Suppl 5**: p. 75-87.
5. Koran, L.M., M.L. Thienemann, and R. Davenport, *Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder.* Am J Psychiat, 1996. **153**(6): p. 783-8.
6. Karaca, E. and M.K. Doksat, *Klinik açıdan obsesif-kompulsif bozukluk.* Yeni Symposium, 1998. **36** ((3-4)): p. 59-68.
7. Salkovskis, P.M., *Understanding and treating obsessive—compulsive disorder.* Behaviour Research and Therapy, 1999. **37**: p. S29-S52.
8. Wells, A. and G. Matthews, *Attention and Emotion (Classic Edition): A Clinical Perspective*. 2014, New York: Psychology Press.
9. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, *Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder.* Behav Res Ther, 1997. **35**(7): p. 667-681.
10. Tosun, A. and M. Irak, *Üstbiliş ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenirliği, kaygı ve obsesif-kompülsif belirlerle ilişkisi.* Türk Psikiyatr Derg, 2008. **19**(1): p. 67-80.
11. Dienes, Z. and J. Perner, *A theory of the implicit nature of implicit learning*, in *Implicit learning and consciousness: An empirical, philosophical, and computational consensus in the making*, R. French and A. Cleeremans, Editors. 2002, Psychology Press: East Sussex. p. 68-92.
12. Cartwright-Hatton, S. and A. Wells, *Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates.* J Anxiety Disord, 1997. **11**(3): p. 279-296.
13. Myers, S.G., P.L. Fisher, and A. Wells, *An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals.* J Anxiety Disord, 2009. **23**(4): p. 436-442.
14. Clark, D., C. Purdon, and A. Wang, *The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: development of a measure of obsessional beliefs.* Behav Res Ther, 2003. **41**(6): p. 655-669.

15. Mather, A. and S. Cartwright-Hatton, *Cognitive predictors of obsessive-compulsive symptoms in adolescence: a preliminary investigation.* J Clin Child Adolesc Psychol, 2004. **33**(4): p. 743-749.
16. i Julià, C.M. and C.E.M. i Lopez, *Ideas sobrevaloradas: Cuestiones psicopatológicas.* Actas Esp Psiquiatr, 2011. **39**(1): p. 70-4.
17. Kozak, M.J. and E.B. Foa, *Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder.* Behav Res Ther, 1994. **32**(3): p. 343-353.
18. Neziroglu, F., et al., *The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive–compulsive disorder.* Behav Res Ther, 1999. **37**(9): p. 881-902.
19. West, B. and P. Willner, *Magical thinking in obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder.* Behav Cogn Psychoth, 2011. **39**(04): p. 399-411.
20. Eckblad, M. and L.J. Chapman, *Magical ideation as an indicator of schizotypy.* J Consult Clin Psych, 1983. **51**(2): p. 215.
21. Moulding, R. and M. Kyrios, *Anxiety disorders and control related beliefs: The exemplar of obsessive–compulsive disorder (OCD).* Clin Psychol Rev, 2006. **26**(5): p. 573-583.
22. Zebb, B.J. and M.C. Moore, *Superstitiousness and perceived anxiety control as predictors of psychological distress.* J Anxiety Disord, 2003. **17**(1): p. 115-130.
23. Amir, N., et al., *Thought–action fusion in individuals with OCD symptoms.* Behav Res Ther, 2001. **39**(7): p. 765-776.
24. Einstein, D.A. and R.G. Menzies, *The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder.* Behav Res Ther, 2004. **42**(5): p. 539-549.
25. Einstein, D.A. and R.G. Menzies, *Magical thinking in obsessive-compulsive disorder, panic disorder and the general community.* Behav Cogn Psychoth, 2006. **34**(03): p. 351-357.
26. Norman, R.M., et al., *Relationship of obsessive—compulsive symptomatology to anxiety, depression and schizotypy in a clinical population.* Brit J Clin Psychol, 1996. **35**(4): p. 553-566.
27. Tolin, D.F., et al., *Fixity of belief, perceptual aberration, and magical ideation in obsessive–compulsive disorder.* J Anxiety Disord, 2001. **15**(6): p. 501-510.
28. Samuels, J.F., et al., *Hoarding in obsessive–compulsive disorder: results from the OCD Collaborative Genetics Study.* Behav Res Ther, 2007. **45**(4): p. 673-686.
29. Bolton, D., et al., *Magical thinking in childhood and adolescence: Development and relation to obsessive compulsion.* Brit J Dev Psychol, 2002. **20**(4): p. 479-494.
30. Einstein, D.A. and R.G. Menzies, *Does magical thinking improve across treatment for obsessive–compulsive disorder?* Behav Change, 2008. **25**(03): p. 149-155.
31. Lochner, C. and D.J. Stein, *Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: a literature review.* Harv Rev Psychiatry, 2003. **11**(3): p. 113-132.

32. Doğan, K., et al., *Obsesif kompulsif bozukluk alt tiplerinde ve sağlıklı kontrol grubunda üstbilişlerin karşılaştırılması.* Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 2013. **2**: p. 34-40.
33. Corcoran, K.M. and S.R. Woody, *Appraisals of obsessional thoughts in normal samples.* Behaviour Research and Therapy, 2008. **46**(1): p. 71-83.
34. Lee, H.-J. and M.J. Telch, *Autogenous/reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features.* Journal of Anxiety Disorders, 2005. **19**(7): p. 793-805.
35. Lee, H.J., et al., *Testing the autogenous–reactive model of obsessions.* Depression and anxiety, 2005. **21**(3): p. 118-129.
36. Öztürk, M.O. and A. Uluşahin, *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 2011: Nobel Tıp Kitapları.
37. Oberbeck, A. and H. Steinberg, *[Are the current concepts of obsessive disorders a novelty? From Westphal (1877) and Thomsen (1895) to ICD-10 and DSM-5]*. Nervenarzt, 2015. **86**(9): p. 1162-7.
38. Epidemiyolojisi, E.T.P.B., *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar.* Sempozyum Dizisi, 2008. **62**: p. 25-30.
39. Doğan, O., *Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi*. 1995: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi.
40. Swedo, S.E., et al., *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases.* Arch Gen Psychiatry, 1989. **46**(4): p. 335-41.
41. Noshirvani, H.F., et al., *Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder.* Br J Psychiatry, 1991. **158**: p. 260-3.
42. Demet, M.M., et al., *Obsesif-kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji.* Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005.
43. Hollander, E., et al., *Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder.* CNS spectrums, 1997. **2**(10): p. 16-25.
44. Öner, P. and A. Aysev, *Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk.* Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2001. **10**(11): p. 409-411.
45. Lenane, M.C., et al., *Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1990. **29**(3): p. 407-12.
46. Nestadt, G., et al., *A family study of obsessive-compulsive disorder.* Archives of General Psychiatry, 2000. **57**(4): p. 358-363.
47. Jonnal, A.H., et al., *Obsessive and compulsive symptoms in a general population sample of female twins.* Am J Med Genet, 2000. **96**(6): p. 791-6.
48. Torgersen, S., *Genetic factors in anxiety disorders.* Arch Gen Psychiatry, 1983. **40**(10): p. 1085-9.
49. Cavallini, M. and L. Bellodi, *Genetics of Anxiety Disorders: Part I.* An Introduction to Clinical Management and Research, 2001: p. 26.
50. Vardar, E., *Obsesif Kompulsif Bozukluğun Genetiği.* Bull Clin Psychopharmacol, 2000. **10**: p. 153-159.
51. Karslıoğlu, E.H. and N. Yüksel, *Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi.* 2007.

52. Allen, A.J., H.L. Leonard, and S.E. Swedo, *Case study: a new infection-triggered, autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1995. **34**(3): p. 307-11.
53. Swedo, S. and L. Snider, *The neurobiology and treatment of obsessive compulsive disorder.* Neurobiology of mental illness. Oxford University Press, New York, 2004: p. 628-638.
54. Baumgarten, H.G. and Z. Grozdanovic, *Role of serotonin in obsessive-compulsive disorder.* Br J Psychiatry Suppl, 1998(35): p. 13-20.
55. Stein, D.J., *Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders.* Biol Psychiatry, 2000. **47**(4): p. 296-304.
56. Hollander, E., et al., *Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder.* Psychiatric Clinics of North America, 2000. **23**(3): p. 643-656.
57. Thorén, P., et al., *Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder: II. Biochemical aspects.* Archives of General Psychiatry, 1980.
58. Sasson, Y. and J. Zohar, *New developments in obsessive-compulsive disorder research: implications for clinical management.* International clinical psychopharmacology, 1996. **11**: p. 3-12.
59. Lesch, K.P., et al., *5-Hydroxytryptamine1A receptor responsivity in obsessive-compulsive disorder: comparison of patients and controls.* Archives of general psychiatry, 1991. **48**(6): p. 540.
60. Ertuğrul, E., *Obsesif Kompulsif Bozukluğun Biyolojisi.* Klinik Psikiyatri, 2000. **3**.
61. Rosenberg, D.R. and M.S. Keshavan, *Toward a neurodevelopmental model of obsessive–compulsive disorder.* Biological psychiatry, 1998. **43**(9): p. 623-640.
62. Rosenberg, D.R., et al., *Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessive-compulsive disorder patients taking paroxetine.* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2000. **39**(9): p. 1096-1103.
63. Topçuoğlu, V., *Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler.* Klinik Psikiyatri, 2003. **6**: p. 46-50.
64. Köroğlu, E., *PsikoNozoloji: Tanımlayıcı klinik psikiyatri*. 2004: Hekimler yayın birliği.
65. JUDD, L.L., *Obsessive compulsive neurosis in children.* Archives of General Psychiatry, 1965. **12**(2): p. 136-143.
66. Gabbard, G.O., *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. 2014: American Psychiatric Pub.
67. R., T., *Nevrotik bir fenomen olarak yineleme kompulsiyonu.* Türk Psikiyatri Dizini 2004. **9**.
68. Rachman, S. and P. de Silva, *Abnormal and normal obsessions.* Behaviour research and therapy, 1978. **16**(4): p. 233-248.
69. KARAMUSTAFALIOGLU, O. and N. KARAMUSTAFALIOGLU, *Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Komorbid Durumlar.* Psikiyatri Dünyası, 2001.

70. Leckman, J.F., et al., *" Just right" perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome.* American Journal of Psychiatry, 1994. **151**(5): p. 675-680.
71. Lensi, P., et al., *Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences.* The British Journal of Psychiatry, 1996. **169**(1): p. 101-107.
72. Foa, E.B., et al., *DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder.* Am J Psychiatry, 1995. **152**(1): p. 90-6.
73. Demet, M.M., *Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Genetik Çalismalar.* 2005.
74. Sayar, K., K. Ugurad, and B. Acar, *Obsessif-kompulsif bozuklukta fenomenoloji.* Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 1999. **9**: p. 142-147.
75. Baer, L., *Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders.* The Journal of clinical psychiatry, 1994.
76. Mataix-Cols, D., M.C. do Rosario-Campos, and J.F. Leckman, *A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder.* American Journal of Psychiatry, 2005. **162**(2): p. 228-238.
77. Lee, H.-J. and S.-M. Kwon, *Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions.* Behaviour Research and Therapy, 2003. **41**(1): p. 11-29.
78. Association, A.P., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , fifth edition.* 2013, Washington DC: American Psychiatric Publishing.
79. Örgütü, D.S., *ICD–10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflaması*, ed. U.B. Öztürk O. 1992: Hekimler Yayın Birliği
80. Tamam, L., M. Saygılı, and M. Ünal, *Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi.* Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003. **4**(2): p. 69-80.
81. Demal, U., et al., *Obsessive-compulsive disorder and depression.* Psychopathology, 1993. **26**(3-4): p. 145-150.
82. Tükel, R., et al., *Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder.* Comprehensive psychiatry, 2002. **43**(3): p. 204-209.
83. Kruger, S., et al., *Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorder.* J Affect Disord, 1995. **34**(2): p. 117-20.
84. Perugi, G., et al., *Episodic course in obsessive-compulsive disorder.* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 1998. **248**(5): p. 240-4.
85. Hollander, E., *Anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder: In Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO.* Textbook of Psychiatry. Fifth ed. Virginia City: The American Psychiatric Publishing, 2008: p. 505-609.
86. Kaplan, A. and E. Hollander, *A review of pharmacologic treatments for obsessive-compulsive disorder.* Psychiatr Serv, 2003. **54**(8): p. 1111-8.
87. Cherian, A.V., et al., *A 5-year prospective follow-up study of patients with obsessive–compulsive disorder treated with serotonin reuptake inhibitors.* Journal of affective disorders, 2014. **152**: p. 387-394.

88. Baer, L., et al., *Cingulotomy for intractable obsessive-compulsive disorder. Prospective long-term follow-up of 18 patients.* Arch Gen Psychiatry, 1995. **52**(5): p. 384-92.
89. Salkovskis, P.M., *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder.* Behav Res Ther, 1999. **37 Suppl 1**: p. S29-52.
90. Koran, L.M., F.R. Sallee, and S. Pallanti, *Rapid benefit of intravenous pulse loading of clomipramine in obsessive-compulsive disorder*. American Journal of Psychiatry, 1997. **154**(3): p. 396-401.
91. Onur, E., B. Tuğrul, and F. Bozyiğit, *DNA Hasarı ve Onarım Mekanizmaları.* Türk Klinik Biyokimya Derg, 2009. **7**(2): p. 61-70.
92. Wells, A., *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. 2011: Guilford press.
93. Dunlosky, J. and J. Metcalfe, *Metacognition*. 2008: Sage Publications.
94. Nelson, T.O. and L. Narens, *Metamemory: A theoretical framework and new findings.* The psychology of learning and motivation, 1990. **26**: p. 125-141.
95. Schneider, W. and K. Lockl, *10 The development of metacognitive knowledge in children and adolescents.* Applied metacognition, 2002: p. 224.
96. Nelson, T.O., *Cognition versus metacognition.* The nature of cognition, 1999: p. 625-641.
97. Flavell, J.H., *Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry.* American psychologist, 1979. **34**(10): p. 906.
98. Brown, A., *Metacognition, executive control, self-regulation, and other more mysterious mechanisms.* Metacognition, motivation, and understanding, 1987: p. 65-116.
99. Pintrich, P.R., C.A. Wolters, and G.P. Baxter, *2. Assessing Metacognition and Self-Regulated Learning.* 2000.
100. Perfect, T.J. and B.L. Schwartz, *Applied metacognition*. 2002: Cambridge University Press.
101. Nelson, T.O. and L. Narens, *Why investigate metacognition?* 1994.
102. Fisher, P.L. and A. Wells, *Experimental modification of beliefs in obsessive–compulsive disorder: A test of the metacognitive model.* Behaviour research and Therapy, 2005. **43**(6): p. 821-829.
103. Myers, S.G. and A. Wells, *Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility.* Journal of Anxiety Disorders, 2005. **19**(7): p. 806-817.
104. Holeva, V., N. Tarrier, and A. Wells, *Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support.* Behavior Therapy, 2002. **32**(1): p. 65-83.
105. Morrison, A.P. and A. Wells, *A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls.* Behaviour research and therapy, 2003. **41**(2): p. 251-256.

106. Weiss, A.P., et al., *Intact suppression of increased false recognition in schizophrenia.* American Journal of Psychiatry, 2002.
107. Bacon, E., et al., *Consciousness in schizophrenia: a metacognitive approach to semantic memory.* Consciousness and cognition, 2001. **10**(4): p. 473-484.
108. Papageorgiou, C. and A. Wells, *An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression.* Cognitive therapy and research, 2003. **27**(3): p. 261-273.
109. Toneatto, T., *Metacognition and substance use.* Addictive behaviors, 1999. **24**(2): p. 167-174.
110. Veenman, M.V., B.H. Van Hout-Wolters, and P. Afflerbach, *Metacognition and learning: Conceptual and methodological considerations.* Metacognition and learning, 2006. **1**(1): p. 3-14.
111. Mather, A. and S. Cartwright-Hatton, *Cognitive predictors of obsessive–compulsive symptoms in adolescence: a preliminary investigation.* Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2004. **33**(4): p. 743-749.
112. Group, O.C.C.W., *Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory.* Behaviour Research and Therapy, 2001. **39**(8): p. 987-1006.
113. Group, O.C.C.W., *Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief version.* Behaviour Research and Therapy, 2005. **43**(11): p. 1527-1542.
114. Morrison, N. and D. Westbrook, *Obsessive-compulsive disorder.* Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy, 2004: p. 101-118.
115. Frost, R.O. and G. Steketee, *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. 2002: Elsevier.
116. Hermans, D., et al., *Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive–compulsive disorder.* Behaviour Research and Therapy, 2003. **41**(4): p. 383-401.
117. Fish, F.J., P.R. Casey, and B. Kelly, *Fish's clinical psychopathology: signs and symptoms in psychiatry*. 2007: RCPsych Publications.
118. Baron, M., et al., *Familial relatedness of schizophrenia and schizotypal states.* Am J Psychiatry, 1983. **140**(11): p. 1437-1442.
119. Reynolds, C.A., et al., *Three-factor model of schizotypal personality: Invariance across culture, gender, religious affiliation, family adversity, and psychopathology.* Schizophrenia Bulletin, 2000. **26**(3): p. 603.
120. Bocci, L. and P.K. Gordon, *Does magical thinking produce neutralising behaviour? An experimental investigation.* Behaviour Research and Therapy, 2007. **45**(8): p. 1823-1833.
121. Angermeyer, M.C. and R. Kilian, *Theoretical models of quality of life for mental disorders.* Quality of life in mental disorders, 1997: p. 19-30.
122. Mendlowicz, M.V. and M.B. Stein, *Quality of life in individuals with anxiety disorders.* American Journal of Psychiatry, 2000.
123. Saxena, S. and J. Orley, *Quality of life assessment: the World Health Organization perspective.* European psychiatry, 1997. **12**: p. 263s-266s.

124. Hollander, E., et al., *Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues.* J Clin Psychiatry, 1996. **57 Suppl 8**: p. 3-6.
125. Organization, W.H., *The "newly defined" burden of mental problems.* Fact sheets, 1999. **217**.
126. Katschnig, H., *How useful is the concept of quality of life in psychiatry?* Current Opinion in Psychiatry, 1997. **10**(5): p. 337-345.
127. Koran, L.M., M.L. Thienemann, and R. Davenport, *Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder.* The American journal of psychiatry, 1996. **153**(6): p. 783.
128. Masellis, M., N.A. Rector, and M.A. Richter, *Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity.* Canadian Journal of Psychiatry, 2003. **48**(2): p. 72-77.
129. Exner, J., *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. I. Basic Foundations. Nueva York.* John Wiley & Sons. Journal of Personality Assessment, 2003. **89**(1): p. 30-40.
130. Kıvırcık Akdede, B., et al., *Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi: Bilişsel işlevler ve klinik bulgular ile ilişkisi.* Türk Psikiyatri Dergisi, 2005. **16**(1): p. 13-9.
131. Önen, S., G.K. Uğurlu, and A. Çayköylü, *The relationship between metacognitions and insight in obsessive–compulsive disorder.* Comprehensive psychiatry, 2013. **54**(5): p. 541-548.
132. Goodman, W.K., et al., *The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability.* Archives of general psychiatry, 1989. **46**(11): p. 1006-1011.
133. Karamustafalıoğlu, K., et al., *Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması.* Bursa Savaş Ofset, 1993: p. 86.
134. Wells, A. and S. Cartwright-Hatton, *A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30.* Behav Res Ther, 2004. **42**(4): p. 385-396.
135. Atbaşoğlu, E.C., C. Kalaycıoğlu, and E. Nalçacı, *Büyüsel Düşünce Ölçeği'nin Türkçe formunun üniversite öğrencilerindeki geçerlik ve güvenilirliği.* Turk Psikiyatri Derg, 2003. **14**: p. 31-41.
136. Fidaner, H., et al., *Yaşam kalitesinin ölçülmesi.* WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi, 1999. **7**(Suppl 2): p. 5-13.
137. Erol, N. and I. Savaşır, *Maudsley obsesif kompulsif soru listesi.* XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bildiri Kitabı, Ankara, GATA Basımevi, 1988: p. 107-114.
138. Ulusoy, M., *Beck Anksiyete Envanteri-geçerlik ve güvenirlik çalışması (Yayınlanmamış uzmanlık tezi).* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 1993.
139. Hisli, N., *Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma.* Psikoloji dergisi, 1988. **6**(22): p. 118-122.

140. Rahimi, C. and M. Haghighi, *Responsibility Attitudes in Obsessive-Compulsive Patients: The Contributions of Meta-Cognitive Beliefs and Worry.* Iranian Journal of Medical Sciences, 2015. **35**(3): p. 195-200.
141. Nelson, T.O., et al., *Metacognition and clinical psychology: A preliminary framework for research and practice.* Clinical Psychology & Psychotherapy, 1999. **6**(2): p. 73-79.
142. Moritz, S., et al., *Metacognitive beliefs in obsessive-compulsive patients: a comparison with healthy and schizophrenia participants.* Cognitive neuropsychiatry, 2010. **15**(6): p. 531-548.
143. Sica, C., et al., *Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive–compulsive symptoms and coping styles: A preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample.* Clinical Psychology & Psychotherapy, 2007. **14**(4): p. 258-268.
144. YILMAZ, S., et al., *Majör depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında üst biliş işlevleri: Kontrollü bir çalışma.*
145. Grøtte, T., et al., *Metacognition, responsibility, and perfectionism in obsessive–compulsive disorder.* Cognitive Therapy and Research, 2015. **39**(1): p. 41-50.
146. García-Montes, J.M., et al., *Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: The superstition factor.* Behaviour Research and Therapy, 2006. **44**(8): p. 1091-1104.
147. Reuven-Magril, O., et al., *Manipulating meta-cognitive beliefs about the difficulty to suppress scratching: Implications for obsessive-compulsive disorder.* International Journal of Cognitive Therapy, 2009. **2**(2): p. 143-151.
148. Hermans, D., et al., *Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: distrusting perception, attention and memory.* Behaviour research and therapy, 2008. **46**(1): p. 98-113.
149. Lee, R.S., et al., *A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode major depressive disorder.* Journal of affective disorders, 2012. **140**(2): p. 113-124.
150. Soderstrom, N.C., D.B. Davalos, and S.M. Vázquez, *Metacognition and depressive realism: Evidence for the level-of-depression account.* Cognitive neuropsychiatry, 2011. **16**(5): p. 461-472.
151. Frost, R.O. and T.L. Hartl, *A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding.* Behaviour research and therapy, 1996. **34**(4): p. 341-350.
152. Neziroglu, F., et al., *Predictive validity of the overvalued ideas scale: outcome in obsessive–compulsive and body dysmorphic disorders.* Behaviour Research and Therapy, 2001. **39**(6): p. 745-756.
153. ÇAMLI, K., M.H. TÜRKÇAPAR, and A.E. SARGIN, *Reaktif ve Otojen Özellikler Gösteren Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü, Bilişsel İçgörü ve Sosyodemografik Özellikler.*
154. Beşiroğlu, L., A.S. Çilli, and R. Aşk, *The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder.* Comprehensive Psychiatry, 2004. **45**(2): p. 99-108.

8. ÖZET

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) kişilerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek yeti yitimine yol açan heterojen doğaya sahip bir bozukluktur. Hastaların obsesif düşüncelerinin ve kompulsiyonlarının sürdürülmesinde ve düşüncelerine dair olumsuz inançlarında bir takım üst bilişsel süreçlerin önemi yadsınamaz. Böylelikle üstbilişsel mekanizmalar hastaların yaşam kaliteleri, hastalık şiddeti ve tedaviye yanıtlarının önemli yordayıcılarından biri haline getirir. Bununla birlikte herhangi bir psikopatolojisi bulunmayan normal bireylerde de bulunabilen veya stres ile karşılaştıklarında kontrol duygusu sağlamak adına başvurdukları bir takım büyüsel düşünceler de OKB hastalarında obsesif inanışların niteliğini veya niceliğini değiştiriyor olabilir. Bu bağlamda zaman zaman OKB'li olgularda obsesyonlar aşırı değerlendirilmiş nitelikte olup sanrısal nitelikte olmasa da içgörüden uzak olabilmekte ve OKB hastalarının hepsinin obsesyonlarını her zaman egodistonik yorumlamadıkları görülebilmektedir. OKB tanılı hastalarda obsesyonların ADD niteliğinde olmasının çeşitli klinik sonuçları olabilmektedir. Bunlar içinde en önemlisi bu düşüncelerin varlığının tedaviye kötü yanıtı öngören bir etmen olmalarıdır.

Reaktif tipte obsesyona sahip bireyler düşüncelerini görece daha gerçekçi, kabul edilebilir düşünceler olarak anlatmaya eğilimlidirler. Obsesif düşünceleri genellikle tetikleyici bir uyaranla ortaya çıktığından düşüncenin kendisinden ziyade düşüncenin ortaya çıkardığı anksiyeteyi ortadan kaldırmak için çevreyi değiştirmeye yönelik kompulsif davranışlar sergilemeye eğilimlidirler. Otojen obsesyonlu bireylerin ise obsesyonları aşırı değerlendirilmiş nitelikte olsa da bu düşüncelerini klinik görüşmelerde belirtmekten daha fazla suçluluk duyabilirler ve daha akla aykırı açıklama eğilimi gösterebilmektedirler. Obsesyonlarını tetikleyici herhangi bir dış tetikleyici olmadığından nötralize edici kompulsif davranışlarının

belli bir nesnesi yoktur. Bu da büyüsel nitelikte bir takım davranışları veya ritüelleri daha fazla göstermelerine neden olabilir.

Tüm bu araştırma sonuçlarından yola çıkarak bu çalışmadaki amacımız OKB hastalarında ve reaktif ve otojen alt tiplerinde ADD'lerin varlığının, klinik özellikler, üstbiliş ve büyüsel inançlar ile ilişkisini değerlendirmek, bu parametreleri sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslamak ve bu klinik özelliklerin hastalık şiddeti ve yaşam kalitesine olan etkisini incelemektir.

Hipotezlerimiz ise OKB hastalarında ADD, uygun olmayan ölçütlerdeki üstbilişsel stratejiler ile alt boyutlarının ve büyüsel inanışların birbirleriyle doğrusal yönde paralellik gösterebileceği, bu düşünce stillerinin kişideki yoğunluğu arttıkça hastalığın klinik şiddetinin artabileceği ve bununla birlikte yaşam kalitesinin azalabileceği şeklinde kurgulanmıştır.

Bu amaçla, ek ruhsal hastalığı olmayan 54 OKB ve herhangi bir ruhsal veya fiziksel hastalığı bulunmayan 55 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dâhil edilmiştir. Klinik görüşme ve Y-BOCS semptom listesine göre hastalar otojen (n:23) ve reaktif (n:31) olarak iki ayrı gruba ayrılmışlardır. OKB tanılı hastalara tek bir klinisyen tarafından Y-BOCS ve ADDÖ birebir uygulanmış olup sonrasında BDÖ, ÜBÖ, WHOOL-BREEF, MOKSL ve BAE ölçeklerinin hastalar ve kontrol grubu tarafından doldurulması sağlanmıştır. Klinik görüşme, Y-BOCS ve ADDÖ'ne göre hastalar otojen ve reaktif olarak iki ayrı gruba ayrılmışlardır.

OKB tanısı almış hasta grubunda, ÜBÖ toplam puanları, WHOQOL-BREF-TR total puanı ve BAE total puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edildi. OKB hastaları ve kontrol grubu arasında BDÖ toplam puan ortalamalarını incelediğimizde, gruplar arasında BDÖ genel puan ortalamalarının her iki grupta anlamlı derecede farklı olmadığı sonucuna varılmıştır.

OKB hastalarında kontrol grubuna yaşam kalitesi toplam puanlarının üstbiliş total puanı ve büyüsel düşüncelerin şiddeti ile ters yönde ilişkide olduğu, OKB hastalarında üstbiliş puanları ve büyüsel inançların şiddeti arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı saptanmıştır.

Çalışmamızda OKB hastalığının klinik şiddetini ölçen ve klinisyen tarafından hastaya uygulanan Y-BOCS genel toplam puanı ve ölçeğin alt boyutlarından olan obsesyon ve kompulsiyon şiddeti ile ÜBÖ ve BDÖ toplam puanları arasında anlamlı düzeyde doğrusal ve aynı yönlü bir korelasyon saptanmış olup hipotezimizi doğrulamıştır.

Araştırmamızda reaktif otojen alt gruplar demografik ve klinik özellikleri açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak benzer dağılım gösterdikleri görülmüştür. Otojen ve reaktif grupların ÜBÖ, WHOQOL-BREF-TR, MOKSL, Y-BOCS, BDÖ, BAE genel toplam ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığı araştırıldığında reaktif obsesyona sahip hastaların ADDÖ puanları otojen obsesyona sahip hastalara göre daha yüksek saptanmıştır. Diğer test ve alt boyut karşılaştırmaları incelendiğinde her iki grupta ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Daha farklı veri toplama araçlarıyla homojen ve büyük örneklem gruplarıyla daha özgül araştırmalara ihtiyaç olduğunu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Büyüsel Düşünce, Üstbiliş, Aşırı değerlendirilmiş düşünce

9. ABSTRACT

Obsessive compulsive disorder (OCD) is a disorder with heterogeneous nature that causes loss of ability by negatively affecting the quality of life of people. The importance of a number of supra cognitive processes in the sustained obsessive thoughts and compulsions of patients and in their negative beliefs about their thoughts can not be denied. Thus, supra cognitive mechanisms make one of the important predictors of the quality of life of patients, the severity of illness and the response to treatment. However, a number of magical thoughts that can be found in normal individuals who do not have any psychopathology or to give them a sense of control in response to stress may also change the quality or quantity of obsessive beliefs in OCD patients. In this context, occasional obsessions in OCD cases are over-assessed and may be far from insight, even if they are not delusional and obsessions of all of the OCD patients do not always interpret egoististically. At OCD diagnosed patients obsessions are over rated thought (ORT) charaterized lead to various clinical consequences. The most important of these is that the presence of these considerations is a factor that predicts poor response to treatment.

Individuals with reactive type obsessions tend to describe their thoughts as relatively realistic, acceptable thoughts. Since obsessive thoughts usually emerge with a triggering stimulus, they tend to exhibit compulsive behaviors to change the environment in order to remove the anxiety from which the mindfulness of the thinker itself emerges. Autogenous obsessive individuals, though obsessions are over-assessed, may feel more guilty than expressing these considerations in clinical interviews and they tend to make more unwise statementsSince there are no external triggers that trigger obsessions, there is no specific object of neutralizing compulsive behaviors. This may cause them to show more certain behaviors or rituals in a magical character.

From the results of all these studies, our aim in this study is to evaluate the association of ORT's with clinical features, metacognition and magical beliefs in OCD patients and reactive and autogenous subtypes, to compare these parameters with the healthy control group and to examine the impact of these clinical features on disease severity and quality of life.

Our hypotheses is based on the assumption that in OCD patients the metacognitive strategies in ORT inappropriate measures and sub dimensions and magical beliefs may parallel each other linearly, as the density of these thinking styles increases, the clinical severity of the illness may increase and the quality of life may decrease with it.

For this purpose, 54 OCD patients without other mental illnesses and 55 healthy control groups without any mental or physical illnesses were included to the study. According to the clinical interview and YBOCS symptom list, patients were divided into two groups as autogenous (n: 23) and reactive (n: 31) groups. YBOCS and over assessed thought scale (OATS) were performed by a single clinician in the diagnosis of OCD, then by patients and control groups the magical thought scale (MTS), meta cognition scale (MCS) , WHOOL-BREEF, maudsley obsessive compulsive question list(MOCQL) and Beck anxiety inventory (BAI) scales were filled. According to the clinical meeting, according to YBOCS and OATS, patients were divided into two groups as autogenous and reactive.

In the group of patients with OCD diagnosis, it was determined that MCS total scores, WHOQOL-BREF-TR total score and BAI total scores were significantly higher than control group. When we examined the MTS total score averages between OCD patients and control group, it was concluded that the mean MTS scores of the groups were not significantly different in both groups.

In the OCD patients, the total quality of life scores for the control group were found to be inversely related to the total score of the metacognition and the

severity of the magical thoughts. In OCD patients, with metacognitive scores and with the severity of magical beliefs quality of life decrease.

In our study, a significant linear and similar correlation between the clinical severity of OCD disease was measured by obsessive and compulsive severity from the subscales of the YBOCS general total score and scale which was administered to the patient by the clinician and the total scores of MCS and BDI and our hypothesis is confirmed.

In our study, reactive autogenous subgroups were found to be statistically similar distribution in terms of demographic and clinical features. When the autogenous and reactive groups were investigated whether there was a difference between the overall mean and sub-dimensions of MCS, WHOQOL-BREF-TR, MOCQL (Maudsley Obsessive Compulsive Question List), YBOCS, MTS, BAI; patients with reactive obsessions were found to have higher OETS (Over Evaluated Thought Scale) scores than patients with autologous obsessions. When the other test and sub-dimension comparisons were examined, the difference between the averages in both groups was not statistically significant.

It can be said that more specific researches with homogeneous and large sample groups are needed with different data collection tools.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Magical Thought, Metacognition, Over Rated Thought.

10. EKLER

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU Ad-Soyad:

1. Yaş:___
2. Cinsiyet 1. Erkek 2. Kadın
3. Medeni Durum: 1.Bekar 2.Evli 3.Boşanmış 4.Diğer….
4. Eğitim durumu: 1.İlkokul 2.Ortaokul 3.Lise 4.Lisans 5.Yüksek lisans 6.Diğer
5. Kaç yaşındayken obsesif kompulsif bozukluk tanısı aldınız? Yazınız…….
6. Ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz? ……yıl ……ay …..gün Lütfen varsa şu anda kullandığınız psikiyatri ilaçları aşağıya yazınız. 1.Hayır 2.Evet ise….
7. Bu ilacı ne kadar süredir kullanıyorsunuz. ……yıl ……ay …..gün
8. Daha önce başka bir Psikiyatrik hastalık geçirdiniz mi?

1.Hayır 2.Anksiyete bozuklukları 3.Depresyon 4.Travma Sonrası Stres Bozukluğu 5.Psikotik bozukluk 6. Bipolar bozukluk 7. Diğer (belirtiniz):……

9. Ailede Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı alan kişiler var mı?

1.Hayır 2.Evet ise (1.Anne 2. baba 3.çocuk 4.1.derece akraba 5. 2.derece akraba)

10. Ailede başka psikiyatrik rahatsızlığı olan kişiler var mı?

1.Hayır 2.Evet ise (1.Anne 2. baba 3.çocuk 4.1.derece akraba 5. 2.derece akraba)

11. Ailede başka psikiyatrik rahatsızlığı olan kişinin tanısı nedir?

1.Anksiyete bozuklukları 2.Depresyon 3.Travma Sonrası Stres Bozukluğu 4.Psikotik bozukluk 5. Bipolar bozukluk 6. Diğer (belirtiniz):…

12. Tedavi gördüğünüz fiziksel rahatsızlığınız var mı? 1. Hayır 2. Evet ise belirtiniz……

AŞIRI DEĞER VERİLMİŞ DÜŞÜNCE ÖLÇEĞİ

Hastanın bugün de dahil olmak üzere geçen hafta içinde var olduğunu ifade ettiği obsesyon ve/veya kompulsiyonları için aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

Hastada geçen hafta mevcut olan temel inancı belirtiniz. Bu, puanlamacı tarafından yapılan değerlendirmeye göre, hastada en yoğun sıkıntı ya da sosyal ve mesleki işlevsellikte en ciddi bozulmaya yol açmış olan bir inanç olmalıdır (örn; hastaneyi ziyaret ettikten sonra uygun biçimde yıkanmazsam AIDS olurum; evden çıkarken sobayı kontrol etmezsem evim yanabilir; topladıklarımı atarsam önemli bilgileri kaybedebilirim; çekici değilim; burnum şekilsiz; benim kompleksim sivilcelerimdir, vb.). Puanlar hastanın inançlarını yansıtmalıdır (örn; hasta inancını ne kadar mantıklı buluyor; korkulan sonuçları önlemede kompulsiyonlar ne kadar etkili, vb.). Yalnız obsesif kompulsif bozuklukla ilgili olan inancı belirtiniz. Bütün maddeleri hastanın inancını değerlendirmenize göre puanlayınız. İnancın, şiddeti, mantıklı olup olmadığı gibi çeşitli yönlerini değerlendirmek için her kategorinin altında yer alan üç sorudan yararlanabilirsiniz.

Aşağıda, temel inancı belirtiniz:

(Çok zayıftan çok güçlüye doğru giden derecelendirme, inancın doğru olma olasılığına işaret etmektedir. Örn., çok zayıf düşük bir olasılığa; çok güçlü yüksek bir olasılığa karşılık gelir.)

1) İNANCIN ŞİDDETİ

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

Bu inancın doğru olduğuna ne kadar kuvvetle inanıyorsunuz?

Bu inancın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz?

İnancınız siz ya da başka birisi tarafından sarsılabilir mi?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Puanlama maddesi 1: _____

2) İNANCIN AKLA UYGUNLUĞU

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

İnancınız ne kadar akla uygun?

İnancınız doğrulanabilir ya da makul görülebilir mi?

İnancınız mantıklı ya da akla uygun görünüyor mu?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Puanlama maddesi 2: _____

3) GEÇEN HAFTA İNANCIN EN DÜŞÜK ŞİDDETİ

Geçen hafta için, bu inancın şiddetine vereceğiniz en düşük puan nedir?

Geçen hafta inancınız ne kadar zayıfladı?

Geçen hafta bir an için bile olsa, bu inancın doğru olup olmadığı konusunda kuşku duyduğunuz zamanlar oldu mu? Eğer öyleyse, bu konuda biraz daha fazla konuşun.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Puanlama maddesi 3: _____

4) GEÇEN HAFTA İNANCIN EN YÜKSEK ŞİDDETİ

Geçen hafta için, bu inancın şiddetine vereceğiniz en yüksek puan nedir?

Geçen hafta inancınız ne kadar kuvvetlendi?

Geçen hafta inancınızdan ne kadar emindiniz?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Puanlama maddesi 4: ____

5) İNANCIN DOĞRULUĞU

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

İnancınız ne kadar kesin?

İnancınız ne kadar doğru?

İnancınız ne oranda yanlış?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Puanlama maddesi 5: _____

6) İNANCIN BAŞKALARI TARAFINDAN PAYLAŞILMASININ BOYUTU

Toplumdaki diğer insanların sizinle aynı inanca sahip olmaları ne kadar mümkündür?

Başkaları inancınıza ne oranda katılmaktalar?

Başkaları inancınızı ne boyutta paylaşıyorlar?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Puanlama maddesi 6: _____

7) BAŞKALARININ BENZER YA DA FARKLI BİR İNANCA SAHİP OLMALARI

Başkaları sizinle aynı inancı paylaşıyor mu? Evet _____ Hayır _____

Hasta evet yanıtı vermişse 7a'ya, hayır yanıtı vermişse 7b'ye geçiniz.

7a) BAŞKALARININ AYNI İNANCA SAHİP OLMALARI

Başkalarının inancınıza katıldığını düşündüğünüze göre, bu kişilerin inancınız hakkında sizin kadar bilgili olduğunu düşünüyor musunuz?

Diğer insanların bu inanç hakkında sizin kadar bilgili olduğuna ne kadar inanıyorsunuz?

Başkalarının bu inanç hakkında sizin kadar bilgili olduğuna inanıyor musunuz?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Puanlama maddesi 7a: _____

7b) BAŞKALARININ FARKLI İNANÇLARININ OLMASI

Başkalarının size katılmadıklarını düşündüğünüze göre, bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduklarını düşünüyor musunuz?

Diğer insanların bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduğuna ne kadar inanıyorsunuz ?

Başkalarının bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduğuna inanıyor musunuz?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Puanlama maddesi 7b: _____

8) KOMPULSİYONLARIN ETKİLİLİĞİ

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

Anksiyete dışındaki olumsuz sonuçları önlemede kompulsiyonlar/törensel davranışlar ne kadar etkili?

Korkulan sonucu durdurmada kompulsiyonlarınızın herhangi bir etkisi var mı?

Kompulsiyonlarınızın olumsuz sonuçları önlemeye yardımcı olabilmesi mümkün mü?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Puanlama maddesi 8: _____

9) İÇGÖRÜ

Hastalığınızın bu inanca sahip olmanıza neden olduğunu ne oranda düşünüyorsunuz?
İnançlarınızın psikolojik ya da psikiyatrik nedenlere bağlı olma olasılığı ne kadardır?
İnancınızın bir hastalığa bağlı olduğunu düşünüyor musunuz?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Puanlama maddesi 9: _____

10) DİRENCİN GÜCÜ

İnancınızı aklınızdan atmak için ne kadar enerji harcıyorsunuz?
İnancınızı değiştirmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?
İinanacınıza direnmeye kalkışıyor musunuz?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Puanlama maddesi 10: _____

11) İNANCIN SÜRESİ

a) Bu inanca sahip olduğunuz zaman içinde hiç dalgalanma oldu mu?
Eğer öyleyse hangi zaman dilimi içinde?
Aşağıdakilerden birini işaretleyin:
Gün _____ Hafta _____ Ay _____ Yıl _____
b) Geriye dönüp baktığınızda ne kadar zamandır bu inancınız var?
Aşağıdakilerden birini işaretleyin:
Gün _____ Hafta _____ Ay _____ Yıl _____

Üstbiliş Ölçeği

Bu anket kişinin kendi düşünceleri hakkındaki inançlarıyla ilgilidir. Aşağıda kişilerin bildirdiği birçok inanç sıralanmıştır.
Lütfen her maddeyi okuyunuz ve genel olarak size uyan şıkkı daire içine alarak belirtiniz. Lütfen tüm maddelere yanıt veriniz, maddelerin doğru ya da yanlış yanıtları yoktur.
Katılmıyorum Biraz katılıyorum Orta derecede katılıyorum Çok katılıyorum

1. Endişelenmek gelecekteki sorunlardan kaçınmama yardım eder 1 2 3 4
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir 1 2 3 4
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım 1 2 3 4
4. Endişelenerek kendimi daha rahatsız edebilirim 1 2 3 4
5. Bir sorunu düşünürken zihnimin çalışma tarzının farkında olurum

   1 2 3 4
6. Eğer endişe verici bir düşünceyi kontrol edemezsem ve sonra endişem

   gerçekleşirse bu benim hatam olur 1 2 3 4
7. Düzenli olabilmek için endişe duymaya gereksinimim var

   1 2 3 4
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur

   1 2 3 4
9. Durdurmak için ne yaparsam yapayım endişe veren düşüncelerim sürüyor

   1 2 3 4
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder

    1 2 3 4
11. Endişe verici düşüncelerimi yok sayamıyorum 1 2 3 4
12. Düşüncelerimi izlerim 1 2 3 4

13. Düşüncelerim her zaman benim kontrolümde olmalı 1 2 3 4

14. Bazen hafızam beni yanıltabilir 1 2 3 4

15. Endişelerim beni delirtebilir 1 2 3 4

16. Düşündüğümün her an farkındayımdır 1 2 3 4

17. Zayıf bir hafızam var 1 2 3 4

18. Zihnimin nasıl çalıştığına çok dikkat ederim 1 2 3 4

19. Endişelenmek sorunlarla başa çıkmama yardımcı olur 1 2 3 4

20. Düşüncelerimi kontrol edememem bir zayıflık işaretidir 1 2 3 4

21. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam 1 2 3 4

22. Bazı belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım

1 2 3 4

23. Endişelenmek sorunları çözmeme yardım eder 1 2 3 4

24. Yerleri hatırlama konusunda hafızama çok az güvenirim 1 2 3 4

25. Belli bazı düşünceleri düşünmek kötüdür 1 2 3 4

26. Hafızama güvenmiyorum 1 2 3 4

27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem iş yapamaz hale gelirim

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. Sürekli düşüncelerimi incelerim 1 2 3 4

Büyüsel Düşünce Ölçeği

Lütfen aşağıdaki cümleler için doğru ya da yanlış seçeneklerinden birini işaretleyiniz.

1.	Bazı insanlar beni düşündüklerinde o insanların farkına varabiliyorum.	◯ Doğru	◯ Yanlış
2.	İnsan olmadığıma dair anlık duygulara kapılırım	◯ Doğru	◯ Yanlış
3.	Zaman zaman kaldırım çizgilerine basmaktan korkarım.	◯ Doğru	◯ Yanlış
4.	Sanırım eğer istersem başkalarının düşüncelerini okumayı öğrenebilirim.	◯ Doğru	◯ Yanlış
5.	Yıldız falları ve burçlar rastlantısal olamayacak kadar sık doğru çıkıyor.	◯ Doğru	◯ Yanlış
6.	Evde kimse olmadığı halde, bazen eve geldiğimde eşyaların yerini değişmiş buluyorum.	◯ Doğru	◯ Yanlış
7.	13 ve 3 gibi sayıların özel güçleri yoktur.*	◯ Doğru	◯ Yanlış
8.	Ara sıra TV ya da radyo spikeri benim kendisini dinlediğimi biliyormuş gibi aptalca bir hisse kapılmışımdır.	◯ Doğru	◯ Yanlış
9.	Başka gezegenlerde yaşayanların dünyadaki olayları etkileyebileceklerini düşündüğüm olmuştur.	◯ Doğru	◯ Yanlış
10.	Bilim adamları bize UFO'lar konusundaki gerçeği açıklamıyor.	◯ Doğru	◯ Yanlış
11.	Eşyaların düzenleniş şekliyle (örneğin bir vitrinde) bana mesajlar verildiği hissine kapılmışımdır.	◯ Doğru	◯ Yanlış
12.	Rüyalarımın yalnızca benim aklımın ürünleri olduğundan asla şüphe etmedim.*	◯ Doğru	◯ Yanlış
13.	Uğur eşyaları iyi şans getirmez.*	◯ Doğru	◯ Yanlış
14.	Kasetlerimde bazen olan bazen olmayan sesler fark ettiğim olmuştur.	◯ Doğru	◯ Yanlış
15.	Zaman zaman, tanımadığım insanların, ellerinin hareketleriyle uzaktan beni etkilediklerini hissetmişimdir.	◯ Doğru	◯ Yanlış
16.	Olaylar olmadan önce hemen hemen hiç rüyalarını görmem.*	◯ Doğru	◯ Yanlış
17.	Bir kişinin yerini bir benzerinin aldığı hissine kapıldığını olmuştur.	◯ Doğru	◯ Yanlış
18.	Sadece haklarında kötü düşünerek başkalarına zarar vermek mümkün değildir.*	◯ Doğru	◯ Yanlış
19.	Bazen, göremediğim halde etrafımda bir kötülüğün varlığını hissediyorum.	◯ Doğru	◯ Yanlış
20.	Bazen, belli insanlar bana dokunduğunda ya da baktığında enerji kazandığımı ya da kaybettiğimi hissederim.	◯ Doğru	◯ Yanlış
21.	Zaman zaman, tanımadığını insanların bana aşık olduğu düşüncesi aklımdan geçmiştir.	◯ Doğru	◯ Yanlış
22.	Bazen, aklımdan geçenlerin gerçekte başka birinin düşüncesi olduğu hissine kapılmışımdır.	◯ Doğru	◯ Yanlış
23.	Tanımadığını insanlarla tanıştırıldığımda onları önceden tanımış olabileceğimi düşündüğüm çok seyrektir.*	◯ Doğru	◯ Yanlış
24.	Olağandışı bazı deneyimlerimi, reenkarnasyon (yeniden hayata dönme) teorisiyle açıklamak olası gözükmüyor.*	◯ Doğru	◯ Yanlış
25.	İnsanlar sıklıkla öyle garip davranıyor ki, insan onların bir deneyin parçası olduklarından şüphe ediyor.	◯ Doğru	◯ Yanlış

26.	Zaman zaman, negatif etkileri uzaklaştırmak için belli batıl hareketler yaparım.	◯ Doğru	◯ Yanlış
27.	Bir şeyi sadece çok fazla düşünerek gerçekleşmesine neden olabileceğimi hissetmişimdir.	◯ Doğru	◯ Yanlış
28.	Ölülerin ruhlarının yaşayanları etkileyip etkilemediğini merak etmişimdir.	◯ Doğru	◯ Yanlış
29.	Bazen, bir profesörün konferansının özellikle benim için hazırlandığını hissetmişimdir.	◯ Doğru	◯ Yanlış
30.	Zaman zaman tanımadığım kişilerin düşüncelerimi okuduklarını hissetmişidir.	◯ Doğru	◯ Yanlış

*Ters yönlü maddeler

WHOQOL-BREF(TR)

Ulusal Versiyon/Şubat 1999

RUH SAĞLIĞI PROGRAMI
DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
CENEVRE

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır
Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____
hastalık / sorun

Yönerge

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	(4)	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

ŞİMDİ, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hemen hemen hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hemen hemen hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18. 1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20. 1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21. 1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F 3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10. 3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12. 4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13. 3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15. 3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14. 4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17. 3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19. 3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23. 3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir Zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? ……

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı? ……..

YALE–BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ

(Y–BOCS) – Açıklamalar ve Değerlendirme

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

Soru : Takıntılar ne kadar zamanınızı alıyor? (Obsesyonlar kısa ve gelip geçici olarak oluşuyorsa saat olarak zamanı belirtmek olanaklı olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. İstenmeyen düşüncelerin hangi sıklıkla görüldüğünü ve bir günün ne kadarını işgal ettiğini göz önüne alın. Şöyle sorun) : Takıntılı düşünceler ne sıklıkla aklınıza geliyor? (Aşırı olsa bile düşünceye dalma gibi ego ile uyumlu ve mantıklı düşünceleri göz önüne almayın).

0: Yok

1: Hafif (günde 1 saatten az) , veya kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden az)

2: Orta (günde 1 – 3 saat) , veya sık sık kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden fazladır, ancak hasta günün büyük kısmında obsesyonlardan uzaktır).

3: Ağır (günde 3 – 8 saat) , veya çok sık bir şekilde kısa süreli gelip giden (günde 8 kereden fazladır ve hastanın gününün büyük bir bölümünü işgal eder)

4: Çok ağır (Günde 8 saatten fazla) , veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden obsesif düşünceler (sayılamayacak kadar çoktur ve obsesyonlar arası süre nadiren bir saati bulur).

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru : Takıntılarınız sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkiliyor? Bu düşünceler nedeniyle yapmak isteyipte yapamadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında performansın ne kadar etkilenebileceğini, ev hanımıysa ev işlerini ne kadar aksattığını göz önünde tutunuz).

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan derecelerde etki

2: Orta, sosyal ve mesleki etkinlikleri etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki

3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum

4: Çok ağır, iş göremez durum

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Takıntılarınız, bu düşünceleriniz sizi ne derece rahatsız ediyor? (Birçok vakada rahatsızlık anksiyete ile eşdeğerdir. Buna rağmen hastaların çoğu obsesyonlarının "rahatsız edici" olduğunu kabul etmelerine karşın 'anksiyete' yi reddederler. Burada sadece obsesyonların doğurduğu anksiyeteden bahsedilmektedir. Yaygın anksiyete ve diğer semtomlarla birlikte görülen anksiyeteyi bu bölümün kapsamı içine almamak gerekir).

0: hiç

1: hafif, arasıra olan ve fazla rahatsız edici olmayan

2: Orta derecede, sık olarak çok rahatsızlık veren ancak halen başedilebilir durumda olan

3: Ağır, çok sık olarak çok rahatsızlık veren

4: Çok ağır, neredeyse sürekli olan ve iş göremez duruma getiren rahatsızlık

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME
Soru : Takıntılara direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?

Bu düşünceler aklınıza gelince ne kadar sıklıkla onları kovmaya yada dikkatinizi başka şeylere vermeye çalışıyorsunuz? (Sadece bu düşünceleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın obsesif düşüncelere direnç sıklığı, bu düşünceleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi bu bölümde istenmeyen düşüncelerin şiddetinden çok kişinin sağlık derecesi sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Obsesyonlar çok azsa hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda '0' puanı veririz).

0: Her zaman takıntılara karşı direnmek için bir çaba harcamaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır. Ancak bu durumdan hoşnut değildir .

4: Tam ve gönüllü olarak tüm obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.

5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECESİ
Soru : Takıntılarınız üzerinde ne kadar kontrolunuz var?

Takıntılı düşünceleri durdurmada ya da dikkatinizi başka şeye yöneltmede ne kadar başarılısınız? (bir önceki bölümdeki direncin aksine hastanın obsesyonları kontrol edebilmesi daha çok istenmeyen düşüncelerin şiddeti ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Genellikle bir miktar çaba ve konsantrasyon ile obsesyonları durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Obsesyonları bazen durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

3: Az miktarda kontrol edebiliyor. Obsesyonları durdurmada nadiren başarılı olabiliyor. Sadece zorlukla dikkatini başka şeylere yöneltebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Çok nadir olarak düşüncesini bu konudan uzaklaştırabiliyor.

6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE
Soru : Tekrarlanan hareketleriniz için ne kadar zaman harcıyorsunuz? (Günlük yaşamsal faaliyetleri törensel davranışlarla yürütme varsa şu soru sorulmalıdır) : Çoğu kişinin günlük faaliyetler için harcadığı süreden (hastanın ritüeli örnek verilebilir; örneğin giyinmek için ne kadar fazla süre harcıyorsunuz / (kompulsiyonlar kısa ve gelip geçici ise, zamanı saat olarak belirtmek mümkün olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. Kompulsiyonların bir günde ne sıklıkta olduğu ve bir günün ne kadarını işgal ettiğinin birlikte değerlendirilmesi gerekir. Kompulsif davranışların bir kerede kaç defa tekrarlandığı değil, bir günde ne sıklıkla oluştuğu dikkate alınmalıdır. Örneğin, hasta bir günde 20 kere banyoya gidip ellerini 5 defa hızla yıkıyorsa, bu olayın görülmesi günde 5 kez veya (5x20) 100 kez değil, 20 keredir. Şu soruyu sorun Tekrarlanan hareketleri ne sıklıkla yapıyorsunuz? (Bir çok durumda kompulsiyonlar gözle görülebilir davranışlardır [örn. el yıkama], ancak bazen dışarıdan görülmeyen kompulsif davranışlar da vardır [örn. içten kontrol etme]).

0: Hiç

1: Hafif (günde 1 saatten az zaman harcıyor) , veya kompulsif davranışın sıklığı az

(günde 8 kereden az)

2: Orta derecede (günde 1-3 saat) veya sık kompulsif davranışlar (günde 8 kereden fazla olmasına karşın, günün büyük kısmı kompulsiyonlardan uzak geçiyor).

3: Ağır (3-8 saat arası süre kompulsiyonlarla geçiyor) veya çok sık kompulsif davranış gösteriyor (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bir kısmı kompulsiyonlarla geçiyor).

4: Çok ağır (günde 8 saatten fazla zaman kompulsiyonlarla geçiyor) veya neredeyse sürekli olan kompulsif davranışlar (sayılamayacak sıklıkta, kompulsif davranışların arasında nadiren bir saat boşluk olur).

7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru : Tekrarlanan hareketleriniz sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkilemektedir? Bu davranışlar nedeniyle yapmadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında ne kadar performans elde edileceğini hesaplayınız).

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan etki.

2: Orta, sosyal ve mesleki etkinlikleri kesin olarak etkilediği gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki.

3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum.

4: Çok ağır, iş göremez durumda.

8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Tekrarlanan hareketi / hareketleri yapmanız engellenseydi ne hissederdiniz? (kompulsif davranışını durdurmaya zorlandığında hastanın duyduğu rahatsızlığın boyutunu derecelendirin. Birçok vakada, rahatsızlık kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi ile geçer. Eğer görüşmecinin yargısı oluşan anksiyete durumunun kompulsiyonların engellenmesiyle azaldığı yönündeyse, şu soru sorulmalıdır: Tamamlandığı konusunda tatmin olana kadar tekrarlanan hareketlerinizi sürdürürken ne kadar sıkıntı duyarsınız?

0: Hiç.

1: Hafif. Kompulsiyonları engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyor; veya kompulsif davranış sırasında çok az sıkıntı duyuyor.

2: Orta derecede. Kompulsiyonları engellendiğinde sıkıntısının artabileceğini ancak halen başedilebilir durumda olduğunu belirtir; veya kompulsif hareketlere başladıktan sonra sıkıntısının artacağını ancak halen başedebildiğini belirtir.

3: Ağır. Eğer kompulsif davranışları engellenirse, belirgin ve çok rahatsız eden sıkıntılı durum veya kompulsif davranışlar gerçekleştirilirken anksiyetede belirgin ve rahatsız edici artış.

4: Çok ağır. Kompulsif davranışlarına müdahale edildiğinde, sıkıntıda ileri boyutlarda ve iş göremez duruma getiren artış; veya kişiyi kompulsif davranışları gerçekleştirilirken iş göremez duruma sokan sıkıntı.

9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTEME

Soru : Tekrarlanan hareketlere direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? (Sadece bu hareketleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın kompulsif hareketlere direnci bu hareketleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi, bu bölümde, kompulsiyonların şiddetinden çok, kişinin sağlık durumu sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, bu işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Kompulsiyonlar çok azsa, hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda "0" puan veriniz). 0: Sorunların üstesinden gelmek için her zaman çaba harcamaktadır; veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymaz.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Kompulsif davranışlara hiç direnç göstermemektedir ve teslim olmuş durumdadır. Bu durumdan hoşnut değildir.

4: Tam ve gönüllü olarak tüm kompulsiyonlara boyun eğmiş durumdadır.

10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECESİ

Soru : Sizi tekrarlanan davranışları yapmaya zorlayan duygu ne kadar kuvvetli? (Daha sonra şu soruyu sorun): Tekrarlanan davranışlarınızı ne kadar kontrol edebiliyorsunuz? (Bir önceki bölümdeki direncin aksine, hastanın kompulsiyonları kontrol etmedeki yeteneği daha çok istenmeyen hareketlerin ciddiyet derecesi ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Davranışın yapılması için baskı hissetmesine karşın genellikle istemli olarak kontrol edebiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı hissediyor ancak güçlükle kontrol sağlayabiliyor.

3: Az miktarda kontrol. Kompulsiyonları durdurmak için çok fazla çaba harcaması gerekiyor. Sadece, zorlukla, geçiktirebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Hareketi ancak anlık olarak erteleyebiliyor.

11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ ACISI

Soru : Düşünce ve davranışlarınız mantıklı mı? (Daha sonra şu soru sorulmalıdır) : Tekrarlanan hareketlerinizi yapmasaydınız ne olurdu? Gerçekten bir şeyler olabileceğinden emin misiniz? (Görüşme sırasında izlediğiniz hastanın inanışlarına dayanarak, hastanın obsesyonuna / obsesyonlarına bakış açısını değerlendirin)

0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.

1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının aşırı ve anlamsız olduğunun tam olarak farkında ancak anksiyetenin ötesinde dikkate alınacak birşey olmadığına tam ikna olmuş gözükmüyor.

2: Orta derecede bir içgörü. Gönülsüzce düşünce ve davranışlarının mantıksız göründüğünü kabul eder, ancak kararsızdır. Gerçek olmayan birtakım korkuları olabilir ancak kesin bir inancı yoktur.

3: Zayıf içgörü. Düşünce ve davranışlarının anlamsız ve aşırı olmadığını düşünür.

4: İçgörüsü kaybolmuş, sanrılı. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğunu düşünür. Tersine olan kanıtlara kayıtsızdır.

12. KAÇINMA

Soru : Takıntılı düşünceleriniz veya istemeden bazı hareketler yapacağınız endişesiyle herhangi birşey yapmaktan, herhangi bir yere gitmekten veya herhangi biriyle olmaktan kaçındığınız oluyor mu? (Eğer evet yanıtını veriyorsa, şu soruyla devam edilmelidir): Bu kaçınma ne oranda oluyor? (kişinin olaylardan kasten kaçındığı durumları derecelendirin. Bazen kompulsiyonlar hastanın korktuğu şeylere dokunmaktan kaçınması şeklindedir. Örneğin, törensel bir şekilde çamaşır yıkaması kompulsiyon olarak değerlendirilir. Bu durum bir kaçınma davranışı değildir. Eğer kişi çamaşır yıkamaktan vazgeçerse, bu bir kaçınmadır).

0: Görünür bir kaçınma yok.

1: Hafif, çok az kaçınma davranışı var.
2: Orta, belirli bir miktar kaçınması var.
3: Ağır, epeyce kaçınma davranışı var ve bu durum belirgin.

4: Çok ağır, kaçınma davranışı oldukça yaygın. Hasta belirtilerini ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçınmak için hemen herşeyi yapıyor.

13. KARARSIZLIĞIN DERECESİ

Soru : Diğer kişilerin kolayca karar verebilecekleri ufak şeyler hakkında karar verirken zorluk çekiyor musunuz (örneğin sabahları ne giyeceğiniz konusunda)? (Takıntılı düşüncelere bağlı karar verme güçlüklerini ve gerçekçi sebeplere dayalı tereddütü bu değerlendirmeye katmayınız).

0: Yok.

1: Hafif, ufak şeyler hakkında karar vermekte biraz zorluk çekiyor.

2: Orta, hasta, başkalarının üzerinde bir kez daha düşünmeyecekleri önemsiz konularda bile karar vermekte güçlük çektiğini kendiliğinden belirtiyor.

3: Ağır, sürekli olarak önemsiz şeyleri zihninde ölçüp biçme.

4: Çok ağır, hiçbir karar veremez, iş göremez durumdadır.

14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA

Soru : Kendi kontrolünüzde olmayan olayların sonuçlarından suçluluk duyma eğiliminiz var mı? Başkalarının başına gelen olaylarda da kendinizi sorumlu hissediyor musunuz?

0: Yok.

1: Hafif, sadece sorulduğunda hastanın belli belirsiz sözünü ettiği sorumluluk duygusu.

2: Orta, hasta, kendi kontrolu dışındaki olaylarda bile aşırı sorumluluk hissettiğini kendiliğinden ifade ediyor.

3: Ağır, bu türden düşünceler ileri derecede belirgin ve yaygındır. Kendi kontrolu dışındaki olaylardan sorumlu olduğuna derinden inanmaktadır. Kendini anlamsız hatta saçma bir şekilde suçlar.

4: Çok ağır, sanrısal bir sorumluluk duygusu. (Örneğin kişinin binlerce kilometre uzağında olan bir depremin kendisi kompulsiyonlarını yapmadığı için olduğuna inanması).

15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Çok dikkatli yapmak zorunda olduğunuzu hissettiğiniz için bir işe başlamada ve bitirme zorluğunuz oluyor mu? Günlük işleriniz gereğinden çok zaman alıyor mu? (depresyona ikincil olarak gelişen psikomotor yavaşlamadan ayırınız. Özel obsesyonlar tanımlanamasa bile, olağan işler için harcanan zamanın uzamasını derecelendirin).

0: Hiç yok.

1: Hafif, başlama ve bitirmede arasıra olan gecikme.

2: Orta, olağan işlerin sıklıkla uzaması ancak geç de olsa mutlaka tamamlanması. Sıklıkla geç tamamlanması.

3: Ağır, olağan işlevlere başlama ve bitirmede olan yaygın ve belirgin zorlama. Genellikle işin uzaması.

4: Çok ağır, işlemin tümünde yardım görmeden olağan işlevlere başlayamama ve tamamlayamama.

16. PATALOJİK KUŞKU

Soru : Belleğinize güvenmediğiniz veya algılarınız (Örneğin gördüğünüz, işittiğiniz ve dokunduğunuz şeyler) konusunda emin olmadığınız oluyor mu? Neyi yapıp neyi yapmadığınız kuşkusu sizi ne derecede rahatsız ediyor?

0: Hiç.
1: Hafif, sadece sorulduğu zaman ifade edilen hafif kendine olan kuşku.
2: Orta, fikirler kendiliğinden belirtiliyor. Hasta kendisine olan kuşkuculuğundan rahatsız. performansı bir miktar etkilemesine rağmen başedilebilir boyutlarda.

3: Ciddi, algılar ve bellek konusundaki kararsızlık belirgin durumda. kuşkuculuk sık sık performansı olumsuz olarak etkiliyor.

4: İleri, algılama hakkındaki kuşkular devamlılık kazanmış. Kişi kendinden kuşkulandığından hemen tüm etkinlikleri bozulmuş durumdadır. İş göremez durumdadır. (örneğin hasta "Gördüklerime aklım güvenmiyor." diye belirtir).

17. GENEL ŞİDDET

Hastanın hastalığının ağırlığı hakkında görüşmecinin edindiği kanı. 0'dan (hastalığın olmama durumu), 6'ya (en ciddi hastalık) kadar derecelendirilir. (Hasta tarafından belirtilen rahatsızlığı, gözlenen belirtileri ve bildirilen işlevsel yetersizlik durumlarını dikkate alın. Sizin kanınız, hem bu bilgilerden genel bir sonuca varılması bakımından hem de bilgilerin güvenilirlik ve doğruluğunu belirlemek için gereklidir. Bu kanıya görüşmeyi yaparken elde ettiğiniz bilgilerin ışığında varmalısınız).

0: Hastalık yok.

1: Hafif, kuşkulu veya geçici hastalık. İşlevsel bozukluk yok.

2: Hafif belirtiler. Az miktarda işlevsel bozukluklar.

3: Orta şiddette semptomlar. Çabayla işlevlerini yerine getirilebiliyor.

4: Orta – ağır şiddette semptomlar. İşlevler kısıtlanmış.

5: Ağır semptomlar. Büyük oranda ancak yardımla işlevlerini yerine getirebiliyor.

6: Çok ağır semptomlar. Tümüyle iş göremez durumda

18. GENEL DÜZELME

Kendi kanınıza göre ilaç tedavisine bağlı olsun olmasın hastanın durumunda ilk derecelendirme yapıldığı dönemden bu yana olan iyileşme.

0: Çok daha kötü.

1: Daha kötüye gidiş.

2: Çok az kötüye gidiş var.

3: Değişiklik yok.

4: Çok az iyileşme var.

5: Epeyce iyileşme var.

6: Çok fazla iyileşme var.

19. GÜVENİLİRLİK

Derecelendirme puanlarının güvenirliğini puanlandırın. Güvenirliği etkileyen faktörler hastanın doğal iletişim yeteneği ve hasta ile işbirliğinin kurulamamasıdır. Obsesif kompulsif semptomların tipi ve ciddiyeti, hastanın düşüncesini yoğunlaştırmasını, dikkatini ve rahat konuşabilmesini etkileyebilir. (Bazı obsesyonların içeriği nedeniyle hasta konuşma sırasında kullandığı kelimeleri dikkatle seçiyor olabilir).

0: Mükemmel. Elde edilen bilgilerin doğruluğundan hiçbir kuşku yok.

1: İyi. Güvenilirliği kötü yönde etkileyen faktörler olabilir.

2: Orta. Bazı faktörler güvenilirliği kesin olarak etkilemiştir.

3: Zayıf. Çok az oranda güvenilir.

Y–BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Varolan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları "P" ile işaretleyiniz. (Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyaziae ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. "*" ile işaretlenen septomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir).

ŞİMDİ GEÇMİŞTE SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

- Kendine zarar vereceğinden korkma
- Başkalarına zarar vereceğinden korkma
- Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
- Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
- Utanılacak birşey yapmaktan korkma*
- İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örneğin, arkadaşını yaralama)
- Çalacağından korkma
- • Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örneğin, çarpma/kaçma motorlu araç kazası)
- KİRLENME OBSESYONLARI
- Vücut atık veya salgılarından (örneğin, idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek veya mikroplardan kaygılanmak
- Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örneğin, asbestoz, radyasyon, toksit atıklar)
- Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örneğin, temizlik maddeleri, çözücüler)
- Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örneğin, böcekler)
- Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
- Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
- Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)
- Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçlarını düşünmek
- Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE CİNSEL OBSESYONLAR

- Yasaklanmış veya sapıklık derecesinden cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
- Çocuklar veya insest ilişkiye ile ilgili
- Homoseksüel ilişki ile ilgili*
- Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
- Diğer

BİRİKTİRME / SAKLAMA OBSESYONLARI

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

DİNİ OBSESYONLAR

- Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili
- Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİİLE İLGİLİ OBSESYONLAR

- Doğaüstü düşünce ile birlikte (örneğin, eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceğini)
- Doğaüstü düşünceler olmadan

DİĞER OBSESYONLAR

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

SOMATİK OBSESYONLAR

- Hastalık ile ilgili*
- Vücudun bir parçası veya görünüm ile aşırı ilgili (örneğin dismorfofobi)*
- Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

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

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

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

SAYMA KOMPULSİYONLARI SIRALAMA / DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI BİRİKTİRME / TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

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

DİĞER KOMPULSİYONLAR

- Zihinsel törenler (kontrol ve sayma dışında)
- Aşırı liste hazırlama
- Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi

- Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*
- Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları*
- Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)
- Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları *
- Diğer

MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa "DOĞRU"yu uygun değilse "YANLIŞ"ı daire içine alınız.
Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

DOĞRU YANLIŞ

1. Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.
2. Sık sık hoşa gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.
3. Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm
4. İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.
5. Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.
6. Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.
7. Değişmez kurallarım vardır.
8. Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.
9. Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum.
10. Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.
11. Çocukken annem de babam da beni fazla sıkmazlardı.
12. Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor.
13. Çok fazla sabun kullanırım.
14. Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.
15. Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.
16. Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.
17. Temizliğe aşırı düşkünüm.
18. Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.
19. Pis tuvaletlere giremem.
20. Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.
21. Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.
22. Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim.
23. Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.
24. Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim.
25. Alıştığım işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayrım.
26. Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.
27. Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.
28. Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.
29. Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.
30. Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.
31. Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar, hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.
32. En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.
33. Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.

34. Sık sık kendime bir şeyleri dert edinirim.
35. Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm.
36. Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.
37.Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

YÖNERGE: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dâhil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

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

d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.

11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.

12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.

14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiç çalışamıyorum.

16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumada güçlük çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.

18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.

19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.

20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
c} Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.

d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.

21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
b) Eskisine göre cinsel konularla daha az i1gileniyorum.
c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....
Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.
Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	**Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi**	**Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim**	**Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım**
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak / ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				

17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

11. ÖZGEÇMİŞ



İsim: Meryem Gül TEKSİN
Doğum yeri ve tarihi: Kars / 21.03.1987
Telefon: + 90 (532) 253 3133
E-Mail: gulteksin@gmail.com
LinkedIn /in/md-dr-gül-teksin-30363163/

Eğitim

Psikiyatri Uzmanlık Eğitimi, Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2012

Psikiyatri Uzmanlık Eğitimi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, (halen)

Tıp Eğitimi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2011

Lise, Kadirli Gülten Ali Ziyan Anadolu Lisesi, Osmaniye, 2005

Yabancı Dili: İngilizce

Deneyim

04.2016 – 05.2016 Asist. Dr. Adli Psikiyatri, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

11.2011 – 01.2011 Pratisyen hekim , Artvin Şavşat Devlet Hastanesi

Bilimsel Yayınlar

Tıpta Uzmanlık Tezi

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA VE ALT TİPLERİNDE AŞIRI DEĞERLENDİRİLMİŞ DÜŞÜNCE ÜSTBİLİŞ, BÜYÜSEL İNANÇLAR, YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE DİĞER KLİNİK ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ (Tez Danışmanı: Prof Dr Selçuk Aslan, Gazi Üniversite Tıp FAKÜLTESİ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabili Dalı)

Makale

- Pınar Yurtbaşı , Secil Aldemir, **Meryem Gül Teksin Bakır**, Şule Aktaş, Fatma Betül Ayvaz, Şeyma Piştav Satılmış, Kemal Münir, Comparison of Neurological and Cognitive Deficits in Children With ADHD and Anxiety Disorders. J Atten Disord, Haziran, 2015

Kitap

- Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Bölüm 29, Psikofarmakolojik Tedaviler Redaksiyon Editörlüğü

Poster Bildiri

- **Meryem Gül Teksin**, Seçil Aldemir, Ercan Dalbudak, Şule Akıncı, 18. Yıllık Toplantı ve Klinik Eğitim Sempozyumu, "*Lityuma Bağlı Nefrojenik Diabetes İnsipidus*" (bildiri kitapçığında) İzmir, Nisan, 2014
- **Meryem Gül Teksin**, Pınar Yurtbaşı , Seçil Aldemir, Ercan Dalbudak, Psikiyatri Akademi dahilinde İnteraktif Psikiyatri Eğitimi ve Psikiyatride Akılcı İlaç Kullanımı Kongresi, "*Behavioral Adverse Effects of SSRIs and Ketiapin*" (bildiri kitapçığında), Kıbrıs, Nisan, 2014

- **Meryem Gül Teksin**, Fatma Aydın, Pınar Yurtbaşı, Seçil Aldemir, Ercan Dalbudak, Psikiyatri Akademi dahilinde İnteraktif Psikiyatri Eğitimi ve Psikiyatride Akılcı İlaç Kullanımı Kongresi, "*Epilepsiden Bipolar Bozukluğa*" (bildiri kitapçığında), Kıbrıs, Nisan, 2014
- **Meryem Gül Teksin**, Ercan Dalbudak, Seçil Aldemir, Merve Topçu, Şule Aktaş, Gülşen Teksin, 50. Ulusal Psikiyatri Kongresi, "*Depresyon, Anksiyete, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite semptomları ile Kendini Yaralama Davranışı Arasındaki İlişki*", Antalya, Kasım, 2014
- Şule Akıncı Aktaş, Ercan Dalbudak, Seçil Aldemir, Merve Topcu, **Meryem Gül Teksin**, Gülşen Teksin, "*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite semptomları ile çocukluk çağı travmaları, depresyon ve anksiyete semptomları arasındaki ilişki*", Antalya, Kasım, 2014
- Gülşen Teksin, **Meryem Gül Teksin Bakır**, Sema Ulukaya, Yavuz Altunkaynak, Serkan Özben, 19. Yıllık Toplantı ve Klinik Eğitim Sempozyumu dahilinde, "*Psikiyatrik Semptomlarla Başlayan Sneddon Sendromu Olgusu*" (bildiri kitapçığında), Kuşadası, Mayıs, 2015
- **Meryem Gül Teksin Bakır**, Seçil Aldemir, Duran Berker Cemil, Emre Cemal Gökçe, Emine Şimşek, Ercan Dalbudak, Şule Aktaş, 19. Yıllık Toplantı ve Klinik Eğitim Sempozyumu dahilinde, "*Sakküler Anevrizma Sonrası Postoperatif Dönemde Frontal Lob Sendromu: Olgu Sunumu*" (bildiri kitapçığında), Kuşadası, Mayıs, 2015
- **Meryem Gül Teksin**, Ercan Dalbudak, Seçil Özen, Merve Topçu, Şule Aktaş, 51. Ulusal Psikiyatri kongresi dahilinde, "*Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon ve Kişilik Özelliklerinin Sosyal Anksiyete Bozukluğu Semptom Şiddetine Etkisi*" (bildiri kitapçığında), Antalya, Mayıs, 2015
- Şule Aktaş, Ercan Dalbudak, Seçil Özen, Merve Topcu, **Meryem Gül Teksin Bakır**, 51. Ulusal Psikiyatri kongresi dahilinde, "*Obsesif Kompulsif Semptom Şiddeti ile MMPI Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki*" (bildiri kitapçığında), Antalya, Kasım, 2015

- Gülşen Teksin Ünal, Özge Şahmelikoğlu Onur, **Meryem Gül Teksn Bakır**, 25th European Congress of Psychiatr, *"Evaluation of Self Esteem and Childhood Trauma In Patients With Sexual Disorders",* Florence, April, 2017

Sözel Bildiri

- Seçil Özen, Ercan Dalbudak, Cüneyt Evren, Merve Topcu, Kerem Şenol Coşkun, Şule Aktaş, **Meryem Gül Teksin Bakır**, 51. Ulusal Psikiyatri kongresi dahilinde, "*Üniversite Öğrencilerinde Problemli İnternet Kullanımı ile Depresyon, Dürtüsellik, Obsesyon ve Aleksitimi Arasındaki İlişki*" (sözel bildiri olarak sunulmuştur), Antalya, Kasım, 2015
- **Meryem Gül Teksin Bakır**, European College of Neuropsychopharmacology seminar, "Relationship Between Post-Traumatic Stress Disorder and smartphone- internet addiction", (research proposal), Ankara, October, 2016

Mesleki Üyelikleri

- Türkiye Psikiyatri Derneği üyesi
- Türkiye Psikiyatri Derneği Nörobilim Çalışma Birimi üyesi
- Türkiye Psikiyatri Derneği Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Çalışma Birimi üyesi
- Türkiye Psikiyatri Derneği Bilişsel-Davranışçı Psikoterapiler Çalışma Birimi üyesi
- Türkiye Psikiyatri Derneği Konsultasyon-Liyezon Psikiyatrisi Çalışma Birimi üyesi
- Türkiye Psikiyatri Derneği Psikiyatride Psikofizyoloji ve Nöropsikoloji Çalışma Birimi üyesi
- Türkiye Psikiyatri Derneği Asistan Hekim Komitesi Çalışma Birimi üyesi