



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN ÜSTBİLİŞSEL MODELİ

Dr. İlker GÜNEYSU

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Esmâ AKPINAR ASLAN

TOKAT

2020



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN ÜSTBİLİŞSEL MODELİ

Dr. İlker GÜNEYSU

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Esmâ AKPINAR ASLAN

TOKAT

2020

TEŞEKKÜR

Asistanlık dönemimin ve tez sürecimin başından sonuna kadar ihtiyaç duyduğum her anda sonsuz sabır ve desteğiyle yanımda olan, asistanı olmaktan büyük onur duyduğum hocam Doç. Dr. Sedat Batmaz'a,

Tezimde ve asistanlığımda yardımlarını esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Esmâ Akpınar Aslan'a,

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Dr. Öğr. Üyesi Emrah Songur ve Dr. Öğr. Üyesi Zekiye Çelikbaş'a,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum hekim arkadaşlarım Ahmet Ekrem Savaş, Alptekin İleri, Burcu Eser, Gökhan Yılmaz, Nurgül Yeşilyaprak, Ogün Akbaş, Recep Yaman, Sare Aydın, Şeref Doğan ve adını sayamadığım tüm arkadaşlarıma,

Varlıklarıyla hayatımı anlamlandıran, beni bugünlere getiren annem Ayşe Güneysu ve babam Hasan Güneysu'ya,

Her zorluğu beraber aştığım, uzakları bana yakın kılan değerli eşim Seda Güneysu'ya

Sonsuz sevgi ve şükranlarımı sunarım.

*Dr. İlker Güneysu
Tokat, 2020*

ÖZET

Wells'in üstbilişsel modeli, obsesif kompulsif belirtilere kanıta dayalı ve kapsamlı bir açıklama sunmaktadır. Wells'in sunduğu OKB'nin üstbilişsel modelinde obsesif belirtilere yol açan üç temel üstbilişsel inanç alanı: düşünce füzyon inançları, ritüellere hakkında inançlar ve durdurma işaretlerine ilişkin inançlardır. Bu üç inanç alanını değerlendirmek üzere geliştirilmiş özelleşmiş ölçeklerle yapılan çalışmalar literatürde az sayıdadır. Yapılan bu çalışma ile üstbilişlerin OK yakınmalar üzerine rolünün Türk örneğinde araştırılması hedeflendi. OKB'si olan grupta(N:106) kontrol grubuna(N:200) göre üstbiliş ölçek skorları anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Üç üstbiliş, OKB örneğinde ve kontrol örneğinde OK belirtiler ile anlamlı düzeyde pozitif korelasyon gösterdi. Endişe, OK bilişler(tehdit, mükemmeliyetçilik / kesinlik ve sorumluluk) ve üç OK üstbiliş alanının OK belirtileri öngörmedeki etkisi, OKÖ-R'in bağımlı değişken olduğu regresyon modeli kullanılarak analiz edilmiştir. Üç üstbiliş alanının yanı sıra endişe ve mükemmeliyetçilik-kesinlik OK belirtiler ile istatistiksel açıdan anlamlı ilişki gösterdi. Sorumluluk ve tehlike istatistiksel açıdan anlamlı ilişki göstermedi. Endişe, DKÖ, RHIÖ ve DİÖ planlanan şekilde hiyerarşik regresyon modeline girdiğinde üç üstbiliş alanı da istatistiksel açıdan anlamlı şekilde ek varyansı açıklamaya devam etti. Hekim görüşüne dayalı OK belirtiler ise üstbilişsel model tarafından kısmen açıklanabildi(sadece ritüellere ilişkin inançlar). Bu çalışmanın sonuçları OKB'nin üstbilişsel modelini destekler nitelikte kanıtlar sunmaktadır. Yapılan bu çalışmanın sonuçları, OKB hastalara klinik müdahalelerde kullanılabilecek üstbilişsel müdahale alanlarına kanıt sağlamıştır.

Anahtar Sözcükler: Üstbiliş, obsesif kompulsif bozukluk, düşünce kaynaşması, ritüellere hakkında inançlar, durdurma işaretleri

ABSTRACT

Wells' metacognitive model provides an evidence based and comprehensive explanation of obsessive compulsive symptoms. In the metacognitive model of OCD presented by Wells, three main areas of metacognitive belief that lead to obsessive symptoms are thought fusion beliefs, beliefs about rituals and beliefs about stop signals. Specific scales developed to evaluate these three beliefs are few in the literature. This study aimed to investigate the role of metacognition on OC complaints in the Turkish sample. The metacognition scale scores were significantly higher in the sample who diagnosed with OCD (N: 106) compared to the control sample (N: 200). Three metacognitions were found a significant positive correlation with OCD symptoms in both OCD sample and the control sample. Worry, OC cognitions (threat, perfectionism / certainty and responsibility) and the effect of three OC metacognitive domains on predicting OC symptoms were analyzed using the regression model in which OCI-R is a dependent variable. In addition to the three metacognitive domains, worry and perfectionism-certainty find a statistically significant relationship with OC symptoms. When worry, TFI, BARI and SSQ entered the hierarchical regression model as planned, all three metacognitive domains continued to explain statistically significant additional variance. OC symptoms based on the opinion of the clinician were partially explained by the metacognitive model (beliefs about rituals only). The results of this study provide evidence supporting the metacognitive model of OCD. The results of this study provided evidence for metacognitive intervention areas that can be used in clinical interventions for OCD patients.

Keywords: Metacognition, obsessive compulsive disorder, thought fusion, beliefs about rituals, stop signals

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
İNGİLİZCE ÖZET	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER ve TABLOLAR DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ ve KONUNUN ÖNEMİ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2. 1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanımı	4
2. 2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tarihçesi	4
2. 3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun DSM 5 Tanı Kriterleri	5
2. 4. Ayırıcı Tanı	5
2. 4. 1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	5
2. 4. 2. OKB Yelpazesi Bozuklukları	6
2. 4. 3. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	6
2. 4. 4. Psikoz	6
2. 5. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi	7
2. 6. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Etiyolojisi	7
2. 6. 1. Kalıtım	8
2. 6. 2. Nörobiyoloji	8
2. 6. 3. Nöroanatomi	9
2. 6. 4. OKB Psikolojik Görüşler	9
2. 6. 5. Psikodinamik Görüş	9
2. 6. 6. Davranışçı Görüş	9
2. 6. 7. Bilişsel Görüş	10
2. 6. 7. 1. Salkovskis'in Abartılmış Sorumluluk Modeli	12
2. 6. 7. 2. Rachman'ın Düşünce Eylem Kaynaşması Modeli	15
2. 6. 7. 3. Clark ve Purdon'un Düşüncenin Önemi ve Düşünce Kontrolü Modeli	17
2. 6. 7. 4. Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu	18
3. WELLS'İN ÜSTBİLİŞSEL MODELİ	20

3. 1. Bilişsel Dikkat Sendromu	20
3. 2. Üstbilişsel İnanışlar	21
3. 3. Dikkat ve Yürütücü İşlevlerin Kontrolü	22
3. 4. Zihinsel Modlar	22
3. 5. OKB'nin Üstbilişsel Modeli	22
4. AMAÇ VE HİPOTEZLER	32
5. YÖNTEM	33
5. 1. Etik Onay	33
5. 2. Katılımcılar	33
5. 3. Çalışmaya Dâhil Edilme Şartları	34
5. 4. Çalışmadan Dâhil Edilmeme Şartları	34
5. 5. Değerlendirme Araçları	34
5. 5. 1. Sosyodemografik Veri Formu	34
5. 5. 2. Obsesif Kompulsif Ölçek Revize Edilmiş(OKÖ-R)	35
5. 5. 3. Obsesif İnanışlar Ölçeği(OİÖ)	35
5. 5. 4. Penn Durum Endişe Ölçeği(PDEÖ)	36
5. 5. 5. Düşünce Kaynaşma Ölçeği(DKÖ)	36
5. 5. 6. Ritüeller Hakkında İnanışlar Ölçeği(RHIÖ)	36
5. 5. 7. Durdurma İşaretleri Ölçeği(DİÖ)	37
5. 5. 8. Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçek(YBOKÖ)	37
5. 6. İstatistik	38
6. BULGULAR	39
6. 1. Tanımlayıcı İstatistikler	39
6. 2. Obsesif Kompulsif Belirtiler ile Üstbilişler Üzerine OKB Grubu ve Kontrol Grubunun Ortalama, Standart Sapma ve Etki Boyutlarının Karşılaştırılması	40
6. 3. Korelasyon Analizleri	41
6. 3. 1. OİÖ-44 Bilişsel Faktörleri ile Üstbilişler, Endişe ve Obsesif Kompulsif Semptomlar Arasındaki İlişki	41
6. 3. 2. Obsesif Kompulsif Belirtilerin Üstbilişlerle İlişkisi	43
6. 3. 3. Üstbiliş Alt Ölçekleri ile Bilişsel Alt Ölçekler ve OK Belirtiler Arası İlişki	45
6. 4. Regresyon Analizleri	47

6. 4. 1. OK belirtilerin Endişe, Bilişler ve Üstbilişsel İnanışlar Tarafından Yordanması	
6. 4. 2. YBOKÖ Üzerine Endişe ve Üstbilişsel Yordayıcıların Hiyerarşik Regresyon Modeli	49
6. 4. 3. OKÖ-R Üzerine Endişe ve Üstbilişsel Yordayıcıların Hiyerarşik Regresyon Modeli	51
7. TARTIŞMA	53
7. 1. Ortalama Değer ve Korelasyonlara İlişkin Analizler	53
7. 2. Regresyon Analizleri	54
7. 3. Çalışma Kısıtlılıkları ve Özgün Yanları	56
7. 4. Sonuçların Olası Klinik Yansımaları	57
8. SONUÇ	59
9. KAYNAKLAR	60
10. EKLER	79

KISALTMALAR

A	:Anksiyete
APA	:Amerikan Psikiyatri Derneği
BD	:Bilişsel Davranışçı
BDS	:Bilişsel Dikkat Sendromu
BDT	:Bilişsel Davranışçı Terapi
DEK	:Düşünce Eylem Kaynaşması
DK	:Düşünce Kaynaşma
DKD	:Davranış Karakter Değişimi
DMTK	:Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu
DNK	:Düşünce Nesne Kaynaşması
DOK	:Düşünce Olay Kaynaşması
DSM	:Mental Bozuklukların Tanısal İstatistiksel El Kitabı
ERP	:Alıştırma ve Yanıt Önleme
K-DYİ	:Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler
MK	:Mükemmeliyetçilik Kesinlik
OİA	:Obsesif İnanışlar Anketi
OK	:Obsesif Kompulsif
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKBÇG	: Obsesif Kompulsif Bozukluk Çalışma Grubu
OKKB	:Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu
OKÖ	:Obsesif Kompulsif Ölçek
OKÖ-R	: Obsesif Kompulsif Ölçek Revize Edilmiş
PDEÖ	:Penn Durum Endişe Ölçeği
RHiÖ	:Ritüeller Hakkında İnanışlar Ölçeği
SİY	:Suçluluk ve İşlev Yitimi
Te	:Tehlike
ÜB	:Üstbiliş
ÜBÖ	:Üstbiliş Ölçeği
YAB	:Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YBOKÖ	:Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçek

	ŞEKİL ve TABLOLAR	SAYFA
ŞEKİL 1.	OKB'nin Üstbilişsel Modeli	26
TABLO 1.	Tanımlayıcı Özelliklere Göre Grupların Karşılaştırılması	40
TABLO 2.	Obsesif kompulsif belirtiler ile üstbilişler üzerine OKB grubu ve kontrol grubunun ortalama, standart sapma ve etki boyutlarının karşılaştırılması	41
TABLO 3.	OİÖ-44 bilişsel faktörleri, üstbilişsel, OK belirti ve endişe ölçekleri arasındaki ilişki	43
TABLO 4.	Obsesif kompulsif belirtilerin üstbilişlerle ilişkisi	45
TABLO 5.	ÜB alt ölçekler ile bilişsel alt ölçekler ve OK belirtiler arası ilişki	47
TABLO 6.	OK belirtilerin endişe, bilişsel ve üstbilişsel yordayıcıları	49
TABLO 7.	YBOKÖ üzerine endişe ve üstbilişsel yordayıcıların hiyerarşik regresyon modeli	50
TABLO 8.	OK belirtilerin endişe ve üstbilişsel yordayıcıların hiyerarşik regresyon modeli	52

1. GİRİŞ ve KONUNUN ÖNEMİ

Kişinin isteği ışında oluşan intruzif düşünceler, görüntüler, dürtüler ve şüphelerin yanı sıra tekrarlayıcı devinimlerin normal bir fenomen olduğu bir çok ampirik çalışmada gösterilmiştir (1-6). Bilişsel görüşü benimseyen bazı çalışmacılar, intrüzyonlar hakkındaki işlevsel olmayan yorumların, intrüzyonları obsesif kompulsif (OK) semptomlara dönüştürdüğünü öne sürmüşlerdir (7-12). Araştırmacıların işlevsel olmayan bilişlere ait görüşleri, içerik, yapı ve sürece verdikleri vurgu açısından farklılık gösterir. Salkovis abartılmış sorumluluk modeli ile OK etiyolojii açıklamaya çalışmıştır (10, 11, 13). Rachman ve arkadaşlarına göre, düşüncelerin eylemleri etkileyebileceği veya herhangi eylemi düşünmenin o eylemi gerçekleştirmekle ahlaki olarak eşdeğer olduğuna dair inançları esas alan düşünce eylem kaynaşması modeli, işlevsel olmayan düşünce sürecine yol açmaktadır (8, 9, 14). Clark ve Purdon ise düşüncenin ve düşünce kontrolünün önemi hakkındaki inançların obsesif yorumlara olan etkisini vurgulamaktadır (15-17). OK süreci açıklamaya dair bir diğer görüş bilişlerin değerlendirilmesi, izlenmesi veya kontrolüne ilişkin inanç, strateji ve süreçlere dikkat çeken üstbilişsel modeldir (18).

Wells, obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) patogeneğinde birtakım üstbilişsel inanç ve süreçleri vurgulayan kapsamlı bir üstbilişsel modeli geliştirmiştir. Diğer etiyolojik görüşlere göre daha yeni bir görüş olan Wells'in üstbilişsel modeli, "Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler" (K-DYİ) modeli olarak da bilinir. K-DYİ, iki inanç alanı çerçevesinde kavramsallaştırılmıştır. Bunlar düşüncelerin önemi ve gücünü çevreleyen inançlar ile düşünceleri kontrol etme ve ritüeller hakkındaki inançlardır. K-DYİ modeline göre, çoklu seviyelerde çalışan "Bilişsel Dikkat Sendromu" (BDS) adı verilen bilişsel bir işleme sistemi ruhsal bozuklukların oluşumuna ve sürmesine yol açabilir (19-22).

Wells, yıllar içinde gelişen modelinde üç temel üstbilişsel alanın OK semptomların oluşmasına yol açtığını belirtir. Bu üç üstbilişsel alan düşünce kaynaşması inançları, ritüellere ilişkin inançlar ve durdurma sinyalleriyle ilgili inançlardır. OKB tanılı bireyler, dikkatlerini kendi düşünceleri üzerine yoğunlaştırmalarından ötürü intruzif düşünceleri kolayca tespit edebilirler. Düşüncelerin önemi ve anlamı ile ilgili üstbilişsel inançlar bu düşüncelerin olumsuz

değerlendirilmesine yol açar. Girici düşüncenin potansiyel olarak zararlı olduğu şeklinde gerçekçi olmayan yorumlar, algılanan tehlikeyle başa çıkmak için bazı davranışsal tepkilere yol açar. Bu davranışsal tepkiler nötralizasyon veya kompulsif ritüeller şeklinde olabilir (23).

OKB belirti ve etiyolojisinde üstbilişin rolünü anlamak için bir dizi çalışma yapılmıştır. Çalışmalarda düşünce eylem kaynaşması (DEK), düşüncenin kontrol edilemezliği ve düşünce tehlikeliliği hakkındaki inançlar OKB semptomları ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermektedir. Emmelkamp ve Aardema yaptıkları çalışmada DEK'i de içeren işlevsel olmayan üstbilişsel inançların OK belirtiler ile ilişkili olduğunu göstermiştir (24). Brown ve Naragon-Gainy, DEK'in OK yakınmalar için yordayıcı olduğunu ortaya koymuştur (25). Ayrıca Wells ve Papageorgiou üstbilişsel inançların endişe düzeyinden bağımsız olarak obsesyonları öngördüğünü göstermiştir (26). Endişe ve obsesyonel düşüncelerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, üst bilişsel bir alan olan bilişsel farkındalığın obsesif düşüncelere özgü olabileceği gösterilmiştir (27). Solem ve arkadaşlarının OKB tanılı hastalarda yaptığı bir çalışma, üstbilişsel inançların mükemmeliyetçilik ve sorumluluk modellerine göre OK semptomların özgü yordayıcısı olduğu gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada alıştırma ve tepki önleme tedavisine alınan yanıt, üst bilişsel inançlarla yüksek ilişkili bulunmuştur (28). Myers, Fisher ve Wells 238 üniversite öğrencisinin katılımcı olduğu bir çalışmada, daha önce Wells tarafından önerilen üç üst bilişsel alanın (füzyon inançları, ritüeller hakkında inançlar ve durdurma sinyalleri hakkında inançlar) obsesif belirtilerin açıklanabilirliğine katkısını test etmiştir. Üç üst bilişsel inanç alanının endişe, tehdit, sorumluluk ve mükemmeliyetçilik kontrol altında tutulduğunda bile OK semptomları açıklamada benzersiz varyansı açıkladığı gösterilmiştir. Bu çalışmanın klinik olmayan bir örnekleme yapılması ve geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmamış bazı ölçeklerin kullanılması, çalışmanın kısıtlılıkları olarak araştırmacılarca belirtilmiştir (29). Bu çalışmanın tekrarı niteliğinde olan başka bir çalışma aynı araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada da üç üst bilişsel alan OK semptomlarla anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur; ancak sadece füzyon inançları ve ritüeller hakkındaki inançlar endişe, tehdit ve üst bilişsel olmayan inançları kontrol ettikten sonra OK semptomları öngörmüştür. Sonuçlar bir kez daha çalışmanın kesitsel doğası ve klinik olmayan bir örneğin kullanılması ile sınırlandırılmıştır (30).

OKB oluşumuna ilişkin açıklamalar, artan literatürle beraber değişip gelişmektedir. Günümüzde üstbilişsel model, OKB etiyojisine yönelik tamamlayıcı ve yenilikçi bir açıklama sunmaktadır. Üstbilişsel modele dair veriler sürekli artmakla beraber elde edilen sonuçların farklı kültürlerdeki tekrarlanabilirliği ve literatürdeki çalışmalara yapılabilecek katkılar çalışmacıların ilgisini çekmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanımı

OKB, obsesyon (takıntı) ve/veya kompulsiyonlarla (zorlantı) seyreden bir ruhsal bozukluktur. Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın 5. Baskısında (DSM-5), obsesyonları kişide belirgin bir kaygı ve sıkıntıya yol açan tekrarlayıcı ve süreklilik arz eden düşünce, dürtü ya da imgeler olarak tanımlar. Birey bu tür düşünceleri, dürtüleri veya görüntüleri görmezden gelmeye, bastırmaya, başka bir düşünce ya da eylemle etkisiz hale getirmeye çalışır. Kişinin bir obsesyona yanıt olarak uygulama zorunluluğu hissettiği katı kurallarla karakterize tekrar eden davranışlar (örneğin, el yıkama, düzenleme, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örneğin, dua etme, sayma, kelimeleri sessizce tekrarlama) kompulsiyonlardır. Kompulsif davranışlar ve zihinsel eylemler gerçeklikten uzak ve belirgin düzeyde aşırıdır. Kişi kompulsiyonlarla kaygısını dizginlemeye ve zihnindeki felaket senaryolarını önlemeye çalışır. Obsesyon ve kompulsiyonlar kendisini geniş bir belirti yelpazesinde gösterir. Kişinin fazlaca zamanını alır. Mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulmaya yol açar(31).

2. 2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tarihçesi

OK eylemlere ilişkini ilk kaynaklar milattan önce 11. Yüzyıla dayanmaktadır O döneme ilişkin kaynaklarda İsrail hükümdarı Saul'un rahatsız edici düşüncelerden kurtulmanın yolunu damadı David'in arp çalması ile ilişkilendirdiği ifade edilmiştir(32). Eski dönemlerde takıntılı davranışlar sergileyen insanların iblis tarafından ele geçirildiğine inanılmış ve kimi dini törenler kompulsif ritüellere benzetilmiştir(32, 33)

OKB ilk olarak 1838'de Esquirol tarafından önlenemeyen davranışlar ile seyreden "dürtü monomanisi" olarak tıbben açıklanmıştır(34). 1866'da Morel obsesyon terimini ilk kez kullanmış, OKB'nin bir akıl hastalığından ziyade otonom sistemden kaynaklandığını beyan etmiştir. 1903'de Pierre Janet OK yakınmaları "psikastenî" başlığı altında, şüphe hastalığı olarak nitelendirmiştir. Pierre Janet ilerleyen dönemde OK belirtileri "anankastik nevroz, OK reaksiyon, OK Nevroz" gibi farklı terimlerle isimlendirmiştir(35).

OKB çok eski tarihlere dayanmasına rağmen tanı kitaplarında ilk kez DSM III'de yer almıştır. DSM IV'de anksiyete boşlukları başlığı altında yer alırken DSM 5'de "Takıntı Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında kendisine ait bir kategoride yer almıştır.

2. 3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun DSM 5 Tanı Kriterleri

"Takıntı Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında yer alan OKB'nin DSM 5 tanı kriterleri:

"A) Obsesyon, kompülsiyon yahut da her ikisinin birlikte varlığı söz konusudur.

B) Obsesyonlar ya da kompülsiyonlar bireyin belirgin olarak sıkıntıya düşürecek şekilde işlevsellik alanlarında azalmaya sebep olur(toplumsal, mesleki vb.).

C) Obsesyonlar ve kompülsiyonlar, madde ya da diğer sağlık durumunun fizyolojik sonuçlarıyla açıklanamaz.

D) Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileri ile daha iyi açıklanamaz(31)."

2. 4. Ayırıcı Tanı

OKB belirti örüntülerinin birçok psikiyatrik hastalık ile örtüşmesi, doğru OKB tanısı ile ilgili zorlukları beraberinde getirmektedir(36). OKB ayırıcı tanısında yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif spektrum bozuklukları, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve psikoz yer alır.

2. 4. 1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve OKB'nin tanısız düzeyde ayırt edilmesinin nispeten kolay olduğu ileri sürülmüştür(37). OKB'de kontrol edilemez olarak algılanan tekrarlayan intruzif düşüncelerin kişide yarattığı sıkıntı hissi ile YAB'nin ana belirtisi olan kaygı her iki hastalığın ortak yanıdır(38, 39). Bu durum

özellikle OKB'si olan bir bireyin kompülsiyonu olmadığı durumlarda veya obsesif ruminasyonun baskın olarak örtülü bir nötralizasyon mekanizması ile seyrettiği durumlarda ayırıcı tanıyı zorlaştırabilir (39). Bu tablo, yüksek seviyelerde OK semptomları bildiren bireylerin aşırı endişe duyma eğilimini bildirdikleri bilgisiyle daha da karmaşıklaşır(26, 40, 41).

Obsesyonlar ile kaygının farklı tanımlayıcı özellikleri bulunmaktadır. Kaygı obsesyonların aksine gerçek hayat tecrübeleri ile daha yakından ilişkilidir. Obsesyonlar genellikle kendiliğinden oluşurken, kaygı iç ve dış tetikleyiciler nedeniyle oluşur. Kaygı genellikle sözlü ifade edilirken, takıntılar düşünce, görüntü veya dürtü olarak ortaya çıkabilir. Obsesyonlar kaygıdan daha intruzif ve daha az kabul edilebilirdir. Obsesyonlar kaygıdan daha fazla dirence maruz kalır (42).

DeneySEL bir araştırmada kaygı ve obsesyon arasında bir takım önemli farklılıklar bulunmuştur. Klinik olmayan bir örnekte endişede sözel düşüncenin egemen olduğu, takıntılar ise daha fazla görüntüden oluştuğu belirtilmiştir. Buna ek olarak kaygı süresi daha uzun, daha gerçekçi ve obsesyonlardan daha istemli olarak değerlendirilmiştir(43).

2. 4. 2. OKB Yelpazesi Bozuklukları

OKB yelpazesinde OKB ile ilişkili olabilecek bir grup bozukluk olduğu öne sürülmüştür. Bu bozuklukların fenomenoloji, komorbidite, aile öyküsü, cinsiyet prevalans, seyir ve etiyoloji gibi alanlarda OKB ile benzer özellikler taşıdığı bu nedenle aynı spektrumda olabilecekleri ifade edilmiştir (44). OKB ve ilişkili bozukluk kümesinin belirlenmesine ilişkin tartışmalar sürmekle beraber, kimi araştırmacılar farklı hastalıkların potansiyel olarak OKB spektrumuna dahil olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Bu hastalıklar fiziksel görünüm ve bedensel duyularla meşgul olma ile seyreden bozukluklar(örn. Beden dismorfik bozukluğu, yeme bozuklukları, hipokondriyaz); dürtü kontrol bozuklukları (örn. patolojik kumar, trikotillomani, cinsel kompülsiyonlar ve dürtüler, kendine zarar verme davranışı, kleptomani, kompülsif alışveriş); kompülsif özelliklere sahip nörolojik bozukluklar (örn. Sydenham koresi, tortikollis, Tourette sendromu, tik bozuklukları) olarak sınıflandırılmıştır (45).

2. 4. 3. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

OKB ile katı kişilik özellikleri karakterize obsesif kompulsif kişilik bozukluğunu (OKKB) karıştırılmamalıdır. OKB'nin takıntıları ve kompulsiyonları, düzenlilik, mükemmeliyetçilik ve kontrol ile meşgul olmak da dahil olmak üzere OKKB özelliklerinden niteliksel olarak farklıdır (46). Ayrıca OKB, OKKB dışındaki kişilik bozuklukları ile birlikte daha sık görülür (47).

2. 4. 4. Psikoz

Halüsinasyonlar ve uygunsuz duygulanım gibi aşikar göstergelerin varlığında psikotik bir birey OKB'den kolayca ayırt edilir. Ancak, baskın bulgu sadece sanrı ise durum daha karmaşık hale gelebilir. Bunun nedeni, bazı obsesif düşünme türlerinin 'sanrısız bir niteliğe' sahip olmasıdır(48). Kozak ve Foa, OKB'si olan bazı bireylerin obsesif endişelerinin doğruluğuna dair güçlü inançlarını tanımlamak için 'aşırı değer verilmiş düşünce' terimini ortaya atmıştır. OKB hastalarının bir kısmında, takıntı ve kompulsiyonların anlamsızlığı konusunda zayıf veya eksik içgörüsü vardır. Bu durumlarda, 'sanrısız bozukluk' veya 'başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk' tanısı konulması önerilmektedir(49).

2. 5. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi

Geçmişte nadir bir hastalık olarak görülen OKB, yapılan epidemiyolojik çalışmalarda batı toplumunda en sık görülen 4. Ruhsal hastalık olarak rapor edilmiştir(50). DSM kriterleri göz önüne alınarak yapılan bir çalışmada yaşam boyu sıklığı Amerika Birleşik Devletleri'nde %2,6, Kanada'da %2,9 ve İngiltere' de %2,5 olarak rapor edilmiştir(50-52). Çok uluslu bir epidemiyoloji çalışmasında OKB'nin yaşam boyu sıklığı %2 olarak (%0,7-%2,5 arasında) olarak tespit edilmiştir(53).

OKB'nin cinsiyete göre dağılımına ilişkin yapılan çeşitli çalışmalarda kadın ve erkeklerde eşit dağılım gösterdiği veya kadınlarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir(54-56).

OKB'nin başlangıç yaşı bimodal dağılım göstermektedir. Bazı bireylerde bozukluk ergenlik veya daha erken yaşlarda başlar; OKB'nin çocukluk dönemi başlangıcı özellikle erkeklerde yaygındır (57). Çoğu vakada hastalık geç ergenlik döneminde veya yirmili yaşların başında başlamıştır (58). OKB'nin elli yaşından sonra ortaya çıkması ise nadirdir (59).

2. 6. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Etiyolojisi

2. 6. 1. Kalıtım

OKB etiyolojisinde genetik varsayım ikiz çalışmaları ve aile çalışmalarına dayanır. 30 ikiz üzerinde yapılan bir çalışmada eş hastalanma oranları tek yumurta ikizlerinde %80-87; çift yumurta ikizlerine %47-50 bulunmuş olup iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır(60). OKB'li bireylerin birinci derece akrabalarında tahmini görece risk 7.3 kat artmış olarak bulunmuştur(61).

OKB etiyolojisine yönelik bir gen çalışmasında 9p24 aday bölgesini kapsayan parametrik ve parametrik olmayan gen bağlantı analizleri bu gen bölgesinin OKB oluşumuna yol açabileceğini işaret etmiştir(62). Yine OKB vakalarında 17. kromozom üzerinde transkripsiyon başlangıç noktasının ve çoklu serotonin reseptör genlerinde bozulmaların OKB etiyolojisinde rolü olabileceği öne sürülmüştür(63).

2. 6. 2. Nörobiyoloji

OKB etiyolojisine dair tek bir nörotransmitter belirlemek zordur. Serotonine dair varsayımlar serotonerjik ajanların tedaviye verdiği yanıtta, beyin omurilik sıvısında artmış serotonin yıkım ürünleri düzeylerine ve deneysel serotonin reseptör çalışmalarına dayanır(64, 65). Dopaminerjik faktörler, OKB hastalarında bulunan silik motor belirtilerin varlığına ve antagonist tedavinin tedavide faydalı olabilmesi üzerine öne sürülmüştür(66). Fonksiyonel görüntüleme çalışmaları, talamokortikal glutamat yolağında olası bir bozulmanın OKB'ye neden olabileceğini savunur(67).

2. 6. 3. Nöroanatomi

Etiyolojiye yönelik yapılan beyin görüntüleme incelemeleri OKB olan bireylerde orbitofrontal korteks, kaudat çekirdek ve talamus arasındaki sinir ağlarında aktivite değişikliğine işaret etmektedir. OKB bireylerde kaudat çekirdek çaplarında azalma; frontal lob, kaudat çekirdek ve singulat girusta metabolik aktivite artışı saptanmıştır (68).

2. 6. 4. OKB Psikolojik Görüşler

OK yakınmaların oluşumuna dair başlıca psikolojik görüşler psikodinamik görüş, davranışçı görüş, bilişsel görüş ve üstbilişsel görüştür.

2. 6. 5. Psikodinamik Görüş

Freud, obsesif karakterin ödipal dönemde yaşanan kaygıyla baş edemeyen bireyin bir önceki psikoseksüel gelişim basamağına gerilemesiyle oluştuğunu öne sürer. Bu dönemde bakım veren ile çocuk ilişkisinde, tuvalet eğitimi sırasında yaşanabilecek suçluluk duygularının bu kişiyi obsesif karaktere yatkın kılabileceği ifade edilir. Anal dönemdeki birey katı ve acımasız şekilde gelişmiş olan süperego'nun yarattığı gerilimi azaltmak için anal döneme özgü savunma mekanizmaları olan yalıtma, yapıp-bozma ve karşıt tepki oluşturma savunma mekanizmalarını OK bozuklukta sıkça kullanılır(69).

2. 6. 6. Davranışçı Görüş

1970'lerde ve 1980'lerin başında, klinik araştırmacılar davranışçı modellerinin OKB belirtilerinin gelişiminde merkezi rolü olduğunu öne sürmüştür (70). OKB'nin en erken davranışçı açıklamalarından biri Mowrer'in iki faktör teorisi ile ortaya konulmuştur. Mowrer, obsesif şikayetlerin klasik koşullanma ile elde edildiğini ve edimsel şartlandırma ile korunduğunu öne sürmüştür (71).

Mowrer'in iki faktör teorisinin ilk aşamasında, klasik koşullanma yoluyla nötral olan bir uyarın olumsuz bir tecrübe ile ilişkilendirilir. Böylece bir korku nesnesi meydana gelir. İkinci aşamada klasik koşullanma ile kazanılan korku, negatif pekiştirme

ile sürdürülür. Kaygı yaratan durum ve nesneden kaçınma davranışı kaygıda kısa süreli azalmalar meydana getirir. Öğrenilen davranış paterni problemin sürmesine yol açar. OKB açısından Mowrer'in modeli obsesyonları kaygıya yol açan koşullu yanıtlar; kompulsiyonlar ise kaygıyı azaltmak için kullanılan öğrenilmiş ve zamanla pekiştirilmiş davranışlar olarak ele alır (72).

OKB'nin davranış teorisinin bir takım önemli kısıtlılıkları vardır. Birincisi, takıntılıların tekrarlayan ve kalıcı doğasını açıklayamaz (73). İkincisi, bozukluğun etiyolojisini yeterince açıklamaz. OKB'si olan bireylerin çoğu, doğrudan belirti başlangıcı ile ilişkili spesifik bir deneyimi bildirmez (74). Üçüncüsü, davranış teorisi özgüllükten yoksundur; fobik durumlara eşit olarak uygulanabilir ve bu nedenle OKB'yi diğer anksiyete bozukluklarından ayırt edemez (75).

Rachman ve arkadaşları koşullandırma modelinden yola çıkarak alıştırmaya ve tepki önleme (ERP) ile OKB'de davranışçı müdahaleleri geliştirdiler. ERP'nin iki ana bileşeni vardır, rahatsızlığı azaltan ritüellerin sıkı bir şekilde önlenmesi ve korkulan uyarılara uzun süre maruz kalmadır. Bu tedavinin dayanağı kaygı yaratan duruma dair alışma durumu elde edildiği takdirde yaşanan kaygının sona ereceğidir (76, 77).

ERP'nin etkinliği yirmi yılı aşkın süredir kontrollü klinik çalışmalarda gösterilmiştir (56, 74, 78). Bu tedavi yönteminin bir takım sınırlılıkları vardır; hastaların yaklaşık % 25'i ERP tedavisini kabul edilemez bulmaktadır (79, 80). Tedaviyi bırakma oranları % 20 ile % 25 arasında değiştiği tahmin edilmektedir (79, 81). Tedaviyi tamamlayan hastaların % 10 ile % 33'ünde hala anlamlı düzeyde belirtiler göstermektedir. Bu kısıtlılıklar nedeniyle ERP uygulamaları hastaların önemli bir bölümüne yardımcı olamaz (79, 80). Davranışçı görüşün patogeneze ve tedavi açısından kısıtlılıkları araştırmaların bilişsel sürece kaymasına neden olmuştur.

2. 6. 7. Bilişsel Görüş

Toplumun % 3'ünden daha azı OKB tanı ölçütlerini karşılamaktadır (82, 83). Bununla birlikte toplumun % 80 ile % 99'unun kimi zaman intruzif düşünceler ve/veya dürtüler yaşadığını gösteren kanıtlar mevcuttur (4-6, 8). Dahası, yoğun olarak atıf yapılan çalışmalarında, Rachman ve de Silva OKB tanı kriterlerini karşılamayan

bireylerin intruzif düşünce içeriği ile OKB olan bireylerin yaşadığı intruzif düşünce içeriği arasında yakın bir ilişki olduğunu bulmuştur. Klinik ve klinik olmayan grupların içerikleri aynı olsa da, OKB tanılı bireyler intruzif deneyimleri daha sık, yoğun, sürekli ve sıkıntı vericidir(5).

Araştırmalar, kompulsiyonların da obsesyonlar gibi nüfusun çoğunluğu tarafından tecrübe edildiğini göstermiştir (2, 3). Muris ve arkadaşları klinik olmayan bir örneğin % 55'inin tekrarlayan davranışlar sergilediğini bulmuşlardır. Bu davranışlar OK ritüellere çok benzer bulunmuş ve 'kör' uzmanlar onları ve OKB'li bireylerin kompulsiyonlarından ayırt edememişlerdir (3). Benzer şekilde Freeston ve arkadaşları, girici düşünceler yaşayan bir örneklemede kişilerin % 92'sinin en azından bir dönem nötrleştirme davranışları kullandığını saptamışlardır (2).

Obsesyon ve kompulsiyonları normal bir fenomen olduğuna ilişkin kanıtlar, obsesyon ve kompulsiyonları patolojik fenomen olarak kavramsallaştıran OKB'nin daha önceki açıklamalarıyla çelişmektedir (84, 85). Klinik ve klinik olmayan takıntı ve zorlantıların bir süreklilik üzerinde olduğu kabulü OKB'nin bilişsel teorilerinin geliştirilmesine ilham vermiştir(10).

Emosyonel bozuklukların bilişsel modeline göre, olumsuz deneyimlerin bir sonucu olarak işlevsiz şemalar veya inançlar geliştirmiştir. Hayatın akışı içinde bireylerin neyin önemli olduğunu belirlemesi, doğru şekilde yorumlaması ve uygun şekilde yanıt vermesi gerekir. Şemaların rolü, anlam sağlamak ve içeriğe bağlı olarak motivasyonel, duygusal ve fizyolojik sistemler gibi diğer sistemleri devreye sokmak için günlük uyaran durumlarını işlemektir. Bu bağlamda uygun stresör veya olaylar olumsuz şemaları aktive ederek psikopatolojiye yol açabilir (86, 87)

Bilişsel kuramdaki bir diğer temel kavram, belirli bir uyaran tarafından uyandırılan duygu ve davranışların uyarının yorumlanma veya değerlendirilme şekline bağlı olduğudur. Bu açıdan, şemalar aktive edildiğinde, üzücü duygusal durumlar ve işlevsel olmayan davranışlar, iç ve / veya dış uyaranların alışılmış olumsuz değerlendirmeleri ile sürdürülür (86, 87).

Son otuz yılda, OKB etiyojisine yönelik davranışsal açıklamalardan bilişsel kavramsallaştırmaya doğru bir değişim olmuştur. Değişime ön ayak olan güç iki ana

başlıkta toplanmıştır. Birincisi ERP uygulamalarındaki kısıtlılıklar ve davranış modelinin OK fenomenlerin karmaşıklığını yeterince açıklayamamasıdır. Bilişsel teorilerin gelişiminde merkezi bir öneme ikinci durum ise OK belirtilerin herkeste olabilen düşünce ve davranışların süreklilik kazanması sonucunda oluştuğunun gösterilmesidir. Sonuç olarak davranışçı görüşe ilişkin sınırlılıklar, intruzif düşüncelerin ve ritüellerin nasıl takıntı ve zorlantılara dönüştüğünü açıklayabilecek bilişlere odaklanmaya yol açmıştır (10).

OKB'nin ana bilişsel teorileri arasında Salkovskis'in abartılmış sorumluluk modeli, Rachman'ın düşünce ve eylem kaynaşması modeli, Clark ve Purdon'un düşünce ve düşünce kontrolü modeli yer alır.

2. 6. 7. 1. Salkovskis'in Abartılmış Sorumluluk Modeli

Salkovskis OKB'nin anlaşılması ve tedavisinde bilişsel davranışçı teori ilkelerini uygulayan ilk teorisyendir. Modelinin merkezinde, intrüzyonların normal bir fenomen olduğu varsayımı vardır. Bu nedenle obsesif yakınmaların kaynağını normal olan düşüncelere yapılan atıflar ile ilgili olduğunu savunur (10, 11, 13). Salkovskis'e göre girici düşünceler, imgeler, dürtüler ve şüpheler kişi için olumsuz anlam taşıdığı anda sıkıntı verici hale gelir. İntrüzyonlar takıntılara dönüşür. Bir kişinin kendisine veya başkalarına zarar vermekten sorumlu olabileceğine ilişkin gerçekçi olmayan göstergeler ruhsal bozukluğa yol açar (10). Bu bağlamda sorumluluk, kişinin önemli olumsuz sonuçların kendi elinde olduğu veya yaşamındaki olumsuz sonuçları önlemek için çok önemli bir güce sahip olduğu inancıdır. Kimi zaman somut düzeyde kimi zaman ise ahlaki düzeyde olabilecek sonuçların önlenmesi kişi tarafından bir gereklilik olarak algılanmaktadır (88).

Bilişsel açıdan nötr intrüzyonlar kişinin inanç sistemi ile etkileşerek obsesif belirtilere dönüşür. Bu dönüşüm bireyin bilişsek yatkınlığı ile ilişkilidir. Salkovskis (1985), aşırı sorumlulukla ilgili önceden var olan işlevsiz şemalar nedeniyle bireylerin OKB geliştirmeye yatkın olduğunu ileri sürmüştür. Bazı inançlar özel öneme sahip olarak vurgulanmıştır ve şunları içermektedir:

-“Zararlı bir sonuç üzerinde herhangi bir etkim varsa, bu sonuçlardan sorumluyumdur”.

-”Tehlikeyi öngördüğümde hareket etmezsem, o zaman herhangi bir sonuç için suçlu olurum”.

-“Kendine veya başkalarına zarar gelmesini önlememek (ya da önlemeye çalışmamak) ilk etapta zarar vermekle aynı şeydir ”(10).

Salkovskis modelinde nötralizasyon davranışları obsesif yakınmaların sürmesinin anahtarıdır. Abartılmış sorumluluk duygusu olan bir kişi potansiyel zararlı ilgili inruzif düşünceler yaşadığında, intrüzyonlar onarıcı veya önleyici eylem gerektirdiği şeklinde yorumlanır. Nötralizasyon davranışları veya diğer kompulsiyonlar, korkulan bir sonuçtan sorumlu olma olasılığını önleme ya da azaltma girişimleri olarak anlaşılabilir. Nötralize edici davranışlar geçici bir rahatlama sağlarken, uzun vadede işlevselliği etkiler. Bilişsel aşırı uğraşı artırırlar ve sorumluluk inançları ile ilgili gerçekçi varsayımları önlerler (11).

Sorumluluk değerlendirmeleri zihinsel aktivitelere seçici dikkat, düşünce baskılama, güvence arama ve kaçınma gibi diğer işlevsel olmayan stratejileri tetikler. Birey bu stratejileri gerçek dünyadaki farkındalık ve potansiyel olarak zararlı olayların içeriği üzerine bir miktar kontrol sağlamak amacıyla kullanır (13). Stratejiler OK semptomları bir dizi nedenden ötürü şiddetlendirmektedir: 1- Zihinsel aktivitelere artan ilgi, intrüzyonların tespiti için eşiği düşürmektedir; 2- intruzif düşünceleri kasten kontrol etme çabaları, düşünce sıklığında paradoksal bir artışa yol açar; 3-izinsiz girişleri tetikleyen olaylardan ve nesnelere kaçınılması işlevsiz sorumluluk inançlarını korur ve 4-tekrarlayan güvence arayıcıların sağladığı kısmi rahatlama takıntılı inançları tartışmasız bırakır (13, 20, 89).

Salkovskis ve arkadaşları OKB için kapsamlı bir bilişsel davranışsal müdahale planı geliştirmiştir. Tedavinin odak noktası, abartılmış sorumluluk inançlarını ve değerlendirmelerini merkeze yerleştirerek OK semptomlara alternatif olabilecek daha gerçekçi bir açıklama oluşturmak ve alternatif senaryoları test etmektir. Tedavinin ana bileşenleri, bilişsel alternatif açıklamalar ve davranışsal deneylerdir. Bu müdahalelerle deneyiminin normalleştirilmesi, zorlayıcı sorumluluk değerlendirmeleri, şemaları ve işlevsiz başa çıkma stratejilerinin formüle edilmesi, sonuçların test edilmesi ve işlevsiz

davranışların ortadan kaldırılmasıdır. Bununla birlikte bu tedavi birçok spesifik olmayan faktör içerir ve bu nedenle sorumluluk inançlarındaki değişikliğin semptom değişikliklerini açıklayıp açıklayamadığı belirsizdir (13, 90).

Abartılmış sorumluluk ve OK semptomlar arasındaki ilişki korelasyon çalışmaları, sorumluluk deneysel çalışmaları ve tedavi çalışmaları gibi çeşitli yöntemler kullanılarak araştırılmıştır.

Çok sayıda psikometrik çalışma, hem klinik hem de klinik olmayan örneklerde sorumluluk inançlarının ve değerlendirmelerin öz bildirim ölçekleri ile OK semptomlar arasında pozitif ilişkiler bulmuştur (38, 40, 91, 92). Örneğin Salkovskis ve arkadaşları OKB bireylerde sorumlulukla ilgili ilişkili zarar görmeye dair girici düşünce varlığının diğer kaygı bozukluğu olan bireylerden ve sağlıklı bireylerden daha olası olduğunu göstermişlerdir. OKB hastalarının sorumluluk inançları her iki karşılaştırma grubundan farklı olduğu düşünüldüğünde, Salkovskis abartılmış sorumluluk inancının OKB'ye özgü olduğunu ileri sürmüştür. Bununla birlikte, diğer araştırmacılar, diğer anksiyete bozukluklarında da yüksek sorumluluk değerlendirmeleri ve inançları bulmuşlardır (91, 93).

Klinik dışı ve klinik örnekleme sorumluluk inançlarının deneysel manipülasyonları, bu tür inançların OKB ile pozitif ilişkili olduğu iddiasını desteklemektedir (94-97). Deneysel çalışmalarda sorumluluk çeşitli şekillerde manipüle edilmiştir. Örneğin, Lopatka ve Rachman, araştırmacı veya katılımcı tarafından kaygı yaratacak bir görevi takiben üstlenilen sorumluluk derecesini değiştirerek, kontrol kompulsiyonları olan bireylerde sorumluluğu başarıyla manipüle etmiştir. Araştırmacının olumsuz sonuçlar için olası tüm sorumlulukları üzerine alması durumunda, korkulan uyaranlara maruz kalan bireylerin kompulsif kontrol dürtüsü ve rahatsızlık hissi önemli ölçüde azalmıştır (96). Başka bir deneyde Ladouceur ve arkadaşları, klinik olmayan bir örnekleme ilaçları renge göre sınıflandırmayı içeren bir görev sırasında katılımcılara verilen talimatları değiştirerek sorumluluğu manipüle etmiştir. Yüksek sorumluluk koşulunda katılımcılara performanslarının ilaç üretimini ve dağıtımını doğrudan etkileyebileceği bildirilirken, kontrol koşulundaki katılımcılara görevin renk algılaması hakkında deneyicileri bilgilendirmek üzere tasarlandığı bildirilerek sorumluluk azaltılması hedeflenmiştir. Tahmin edildiği gibi, yüksek

sorumluluk koşulundaki katılımcılar daha fazla tereddüt ve kontrol davranışı sergilemiştir. Ayrıca yüksek sorumluluk koşulundaki katılımcılar hata yapma konusunda daha fazla endişe ve meşguliyet bildirmiştir (94).

Bir tedavi çalışmasında herhangi bir alıştırma ve tepki önleme tedavisi olmaksızın sorumluluk inançlarının düzeltilmesine odaklanan bilişsel terapi ile kontrol obsesyonu olan dört hastayı tedavi edilmiştir. Tedaviyi takiben, dört hastanın tamamı, kontrol kompulsiyonlarının neden olduğu sıkıntının azaldığını bildirmiştir. Dolayısıyla, abartılmış sorumluluğun değiştirilmesi ritüellerde önemli bir azalma ile ilişkilendirilmiştir (98).

2. 6. 7. 2. Rachman'ın Düşünce Eylem Kaynaşması Modeli

Salkovskis gibi Rachman ve arkadaşları da normal intrüzyonların katastrofik yanlış yorumlarla obsesyonlara dönüşümünü temel alan bilişsel bir teori formüle ettiler (8, 9). Bununla birlikte Salskovskis'in modeli çarpık değerlendirmelerin öncüsü olarak sorumluluk inançlarını vurgularken; Shafran düşünce ve eylemlerin psikolojik kaynaşmasının felaketle ilgili yanlış yorumlamanın temel bir parçası olduğunu önerdi (99).

Düşünce eylem kaynaşması (DEK) iki katlı bir yapıdır. Bir bileşeni ahlak alt tipi olup kabul edilemez düşüncelerin ahlaki olarak açık eylemlere eşdeğer olduğu inancına ilişkindir. Diğer bileşeni ise olabirlik alt türü olup kabul edilemez veya rahatsız edici bir olay hakkında düşünmenin olayın gerçekte gerçekleşme olasılığını artırdığı inancını ifade eder (99, 100).

Sorumluluk modeline benzer bir şekilde DEK modelide intrüzyonların yanlış yorumlanmasının nötrleştirici tepkileri, düşünceleri baskılama çabalarını ve kaçınma davranışlarını motive ettiğini ve bununda OK semptomlarını şiddetlendirdiğini ve obsesyonel inançları sürdürdüğünü iddia etmiştir (8, 9).

Rachman'a göre DEK, abartılmış sorumluluk duygusuna katkıda bulunur. Bu bağlamda düşüncelerinin olumsuz olayları etkileyebileceğine inanan bir kişi, bu

olayların meydana gelmesini önlemekten (veya önlememekten) sorumlu hissedebilir. Bu açıdan DEK, OKB'nin gelişimi için bir yatkınlık faktörü olarak kabul edilirken abartılmış sorumluluk daha çevresel bir yapı olarak görülmektedir (8).

DEK ve OK semptomları arasında varsayımsal ilişki için bazı ampirik destekler vardır. Yapılan korelasyon çalışmaları klinik ve klinik olmayan örneklerde DEK ve OK semptomları arasında güçlü bir ilişki bulmuştur (99-101). Rassin ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma, yapısal denklem modellemesi altında DEK'nin OK semptomların öncüsü olarak kabul edilebileceğini göstermiştir (101). Bir dizi başka çalışma klinik olmayan örneklerde deneysel olarak DEK'i indüklemiş ve OK semptomları ile iddia edilen ilişkiyi destekleyen kanıtlar bulmuştur (102, 103). Bu çalışmalardan birinde Rassin ve arkadaşları katılımcıları 'elma' kelimesini düşünmenin başka bir kişiye elektrik çarpmasıyla sonuçlanacağına inanmaya yönlendirilmiştir. Kontrol durumundaki katılımcılara düşüncelerinin olumsuz sonuçları olabileceği söylenmemiştir. Sonuç olarak katılımcıların kontrollere göre daha fazla intruzif düşünce, daha fazla rahatsızlık hissi ve daha çok nötrleştirici davranışlar sergilediğini gösterilmiştir (102). Son olarak Zucker ve arkadaşları DEK ile ilgili bir göreve başlamadan önce sağlıklı katılımcılara DEK hakkında kısa bir eğitim müdahalesi sundular. Müdahale konusunda bilgi alan katılımcılar, bilgi almayan katılımcılara göre uygulanan test sonrası daha düşük kaygı düzeyi bildirmiştir (104).

Araştırmalar DEK ve OK semptomları arasındaki bir ilişkiyi desteklese de, bazı çalışmalar DEK'nin özellikle OKB ile bağlantılı olmayabileceğini göstermiştir. Rassin ve arkadaşları OKB hastalarının ve diğer anksiyete bozuklukları olan hastaların (TSSB, panik bozukluğu, sosyal fobi) benzer DEK seviyelerini gösterdiklerini bulmuşlardır. Ek olarak, her iki hasta grubunda da DEK'nin sadece OK semptomları ile değil aynı zamanda genel psikopatoloji düzeyleri ile de anlamlı bir ilişki içinde olduğu ifade edilmiştir (105). Ayrıca DEK, OK semptomların tüm spektrumunu açıklamayabileceği vurgulanmıştır. OKB hastalarından oluşan bir örnekte DEK'nin takıntılarla ilişkili olduğu, ancak yıkama ve kontrol kompulsyonlarıyla ilişkili olmadığı gösterilmiştir (106).

2. 6. 7. 3. Clark ve Purdon'un Düşüncenin Önemi ve Düşünce Kontrolü

Modeli

Clark ve Purdon'a göre düşünce kontrolünün önemi hakkındaki işlevsel olmayan inanışlar (örneğin "istenmeyen düşüncelerimi kontrol edebilseydim daha iyi bir insan olurum."; "Düşünceleri özellikle de olumsuz olanları kontrol edebilmeliyim.") ve başarısız düşünce kontrolü ile ilişkili sonuçlar hakkındaki inançlar (örneğin "düşüncelerin kontrolünü kaybetmek davranış üzerindeki kontrolü kaybetmek kadar kötüdür.") OKB patogenezindeki kritik bilişsel inançlardır. Bu inançlara sahip olan kişiler girici düşüncelerin ortaya çıkması için duyarlıdır ve bu kişiler düşüncelerini kontrol etmek için yüksek motivasyona sahiptir. Kişide etkisiz kontrol girişimleriyle birlikte düşüncelere dair farkındalık artar. Böylece girici düşünceler sıklaşır. Buda kişide düşünce kontrolünün yeniden kazanma girişimlerine yol açar. Böylece bir kısır döngü oluşur. Neticede düşüncelerin kişisel önemi ve gerçek dünyadaki sonuçlarıyla ilgili diğer inançlar(örneğin, düşünce eylemi füzyon inançları, sorumluluk inançları) güçlenmiş olur (7, 15, 93).

Düşünce kontrolü hakkındaki inançların önemine dair kanıtların çoğu OKB patogenezinde düşünce kontrolü girişimlerine ilişkin çalışmalardan kaynaklanmaktadır (93). Düşünceleri kontrol etme girişimlerinin düşünceleri kontrol etme ihtiyacı hakkındaki inançların davranışsal tezahürü olduğunu ileri sürülmektedir. Öz bildirim verileri OKB olan bireylerin düşüncelerini baskılamaya meyilli olduğunu göstermektedir (107). Tipik olarak, bu bireyler gerçek düşünce kontrolünü oldukça zor bulmaktadır (108, 109). Sonuçta ortaya çıkan düşünce kontrolü başarısızlıkları obsesyonel kaygıyı artırmaya hizmet etmektedir (109). Az sayıda korelasyon çalışması, düşünce ve düşünce kontrolünün önemi hakkındaki inançların OK semptomlarıyla bağlantılı olup olmadığını araştırmıştır. Bu çalışmalardan birinde sorumluluk, düşünce eylem kaynaşması, düşüncelerin mükemmel bir şekilde kontrol edilmesinin gerekliliğine ilişkin inançlar ve düşünce kontrolüne ilişkin inançların obsesif belirtileri yordayıcılığı incelenmiştir. Çalışmaya ilişkin sonuçlar sağlıklı ve OKB'li bireylerde OK belirtileri öngören tek ölçek 'kontrol' alt ölçeği olarak bulmuştur. Ayrıca sağlıklı örnekleme de kontrol alt ölçek puanları önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur (110). Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu(OKBÇG) sorumluluk, düşüncelerin önemi, tehdit beklentisi, belirsizliğe tahammülsüzlük, mükemmeliyetçilik ve düşüncelerin

kontrolü gibi OKB ile ilgili çeşitli inançları değerlendiren bir ölçek geliştirmiştir (111). Bu ölçeğin kullanıldığı iki çalışmada düşüncelerin kontrolü alt ölçeği, obsesif yakınmaları olan bireyleri diğer anksiyete bozukluğu olan bireylerden ve sağlıklı bireylerden ayırabildiği; ancak anksiyete ve diğer olumsuz duygularla da ilişkili ve olduğu OKB için zayıf bir ayırt edici geçerliliğe sahip olduğu belirtilmiştir (112, 113).

2. 6. 7. 4. Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu

Hangi bilişsel inançların OKB'nin en merkezinde olduğu konusundaki tartışmalar devam etmektedir ve bu konuda kanıta dayalı bir yaklaşım için bir takım ölçekler geliştirilmiştir. Bunların birçoğu, uluslararası bir araştırma grubu olan Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu tarafından OKB için merkezi olarak önemli olan inanç alanlarının birçoğunu değerlendiren 87 maddelik Obsesif İnanışlar Anketi (OİA) geliştirmek için kullanılmıştır (112). OİA kavramsal olarak türetilmiş altı alanı ölçmek için tasarlanmıştır: Sorumluluk, düşüncelerin önemi, düşüncelerin kontrolü, tehdidin abartılması, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik. Sorumluluk, kişinin öznel olarak önemli olumsuz olayları önlemeye muktedir olduğu ve özellikle zorunlu olduğu inancını ifade eder. Düşüncelerin önemi, sadece düşüncelerin ortaya çıkmasının anlamlı ve tehlikeli olduklarını ima ettiği inancını ifade eder. Düşünce kontrolü, düşünceleri kontrol etmenin mümkün ve gerekli olduğuna dair inançları ölçer. Tehdidin abartılması, meydana gelebilecek zararın olasılığı ve ciddiyetine ilişkin abartılı inançları ifade eder. Belirsizliğe tahammülsüzlük, kesin olmanın gerekli olduğu ve belirsizliğin dayanılmaz olduğuna dair inançlarını ölçer. Son olarak, mükemmeliyetçilik, kusurların ve hataların hoş görülemeyeceği inançlarını ifade eder (112).

OİA dair iyi bir iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliği bulunmuştur. Bununla birlikte, faktörler arasındaki ilişkilerin yüksek olması kimi maddelerin örtüşmesine yol açmıştır. Klinik ve sağlıklı örneklemeler üzerine yapılan çalışmalar neticesinde 44 yüksek yükleme maddesinden oluşan üç faktör yapısında yeni ölçek ortaya çıkmıştır. 44 maddelik ölçek sorumluluk / abartılmış tehdit algısı, mükemmeliyetçilik / kesinlik ve düşüncelerin önemi / kontrolü alt ölçeklerinden oluşmuştur. Ölçekler iyi bir iç tutarlılığa ve daha az örtüşmeye sahip hale gelmiştir (114) .

Bu alanlardan, sorumluluk, düşüncelerin önemi ve düşüncelerin kontrolüne ilişkin gerçekçi olmayan inançlar obsesif kompulsif bozukluğa mahsus iken, tehlike ve tehdidin abartılması, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik ile ilgili gerçekçi olmayan diğer inanış alanları diğer kaygı durumları ile ilişkili olabilmektedir (110). OKBÇG, düşüncelerin önemi ve düşüncelerin kontrolü ile ilgili inanç alanlarının OKB kişilerdeki gerçekçi olmayan üst bilişler kapsamında değerlendirilebileceği vurgulanmıştır (115).



3. WELLS'İN ÜSTBİLİŞSEL MODELİ

İlk olarak Flavell tarafından tanımlanan üstbiliş(ÜB) kavramı, kişinin bilişsel ve davranışsal sürecine dair bilişlerini ifade etmek için kullanılır. Yakın dönemde özellikle Wells'in katkılarıyla üstbilişsel görüş, düşünce süreçleri ve inançlar hakkında yapılan gerçekçi olmayan yorum ve tepkilerin emosyonel bozukların temelini oluşturduğunu savunur (116-118). ÜB, kognitif süreci kavranmasını ve anlamlandırılmasını sağlar. Bireyin düşünce ve davranışlarının odak noktaları üstbilişsel seçicilikten geçerek belirlenir. Bu bağlamda ÜB kişinin düşünce ve davranışlarının yönlendirilmesini, gözlemini, irdelenmesini ve kontrolünü sağlar (119).

Beck'in bilişsel davranışçı(BD) modelinde bilişler yüzeyden derine doğru otomatik düşünceler, ara inançlar ve şemalar olmak üzere iç içe geçmiş üç tabakadan oluşur (87). ÜB ise iç ve dış tetikleyicilerin etkisinde gelişen bu üç bilişsel tabakanın ve davranışların tümünün oluşumunda düzenleyici ve yürütücü görevindedir. ÜB kapsamında da BD yaklaşımdakine benzer şekilde üç katmanlı bilgi işleme sürecinden söz edilir. Kendini düzenleyen yürütücü işlevler(KDYİ) olarak nitelendirilen bu yapıda en alttan en üste; otomatik(refleksif) bilgi işleme süreci(alt düzey işleme), bilinçli bilgi işleme süreci(bilişsel tarz) ve üstbilişlerin saklandığı depo(üst düzey işleme) yer alır. ÜB görüş, bu üç yapının yukarıdan aşağıya etkileşimi neticesinde duygudurum bozukluklarının süregelenliğini savunur (23). KDYİ modeli kapsamında dört ana başlık yer alır. Bunlar bilişsel dikkat sendromu, üstbilişsel inanışlar, dikkat ve yürütücü işlevlerin kontrolü ve zihinsel modlardır.

3. 1. Bilişsel Dikkat Sendromu

Wells'in ruhsal bozuklukların etiyojisine yönelik geliştirdiği ÜB modelin merkezinde bilişsel dikkat sendromu(BDS) yer alır. BDS'nin etkinleşmesi ile gelişen uyuma yönelik olmayan bilişsel tarz, bireyin ruhsal yakınmalarının oluşmasına ve sürmesine ön ayak olur (118).

BDS üstbilişlerinin etkisiyle oluşur. Etkin hale gelen BDS tehlike varlığına dair bir detektör rolü görür ve bireyin olumsuz bilişlere karşı işlevsel olmayan üstesinden gelme yöntemleri geliştirmesine yol açar (119). Dikkatin iç ve dış tetikleyicilere

yönlenmesi bireyi tetikleyicilere karşı duyarlı kılar. BDS ile olumsuz uyarılara karşı farkındalığın artması ve bu durumla işlevsiz başa çıkma stratejileri, kişinin duygu ve düşünce tecrübelerinin geçiciliğini öğrenememesine neden olur. Böylece hastalık döngüsü sürekli hale gelir. Bahsi geçen süreç kişide ruminasyon ya da endişe olarak belirir (120).

Çoğu kez farkında bile olunmayan yorumlar BDS aktifleştğinde kalıcı hale gelir. BDS, kişinin dikkatinin kendisiyle ilişkili tekrarlayıcı ve kontrol edilemeyen, tehdit olarak varsaydığı konulara yönlenmesine neden olur. Bu süreç ile başa çıkmak için kişi tehdit üzerine yoğunlaşma, düşünceyi durdurma ve nötrleştirme gibi işlevsel olmayan yöntemler geliştirir. Sonuç olarak bireyde düşüncenin sadece düşünce olmadığı kanısı gelişmesine ve bu doğrultuda artmış tehdit izlemine yol açar (119, 121).

Özetle BDS üstbilişlerin bir ürünü olarak ortaya çıkar (23). BDS bilişsel davranışçı modeldeki bilişsel süreçleri bozukluğun ortaya çıkmasının nedeni değil; öncülü, sonucu ya da içeriği olarak değerlendirir (122). BDS, olası tehditlere odaklanma ve bu durumlardan uzak durma(tehdit izlemi ve endişe), geçmiş anıları irdeleme ve yorumlama(ruminasyon) ya da örseleyici olaya ilişkin süreğen düşüncelere(boşluk doldurma) yol açar. Tehlikeye odaklanma ile işlevsel olmayan dikkat stratejileri, düşünceyi durdurma, düşünceyi baskılama ve nötrleştirme eylemleri psikolojik bozukluğu sürdürür (120, 123).

3. 2. Üstbilişsel İnanışlar

Üstbilişsel inanışlar bilişlere dair yapılan atıflar ile ilgilidir. Düşünceye verilen önem, düşüncenin etkileri ve düşüncenin denetlenebilirliği üstbilişsel inanış kapsamında değerlendirilir (120). Üstbilişsel inanışlar düşünme stillerinin kişi için anlamına göre olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışlar olmak üzere ikiye ayrılır. Olumlu üstbilişsel inanışlara ‘‘ Kaygılanmak sorunların üstesinden gelmede bana yardımcı eder .’’ örnek olarak verilebilirken; ‘‘ Kaygı verici düşüncelerin farkına vardığımda onları görmezden gelemem’’ olumsuz üstbilişsel inanışlara örnek verilebilir (124).

3. 3. Dikkat ve Yürütücü İşlevlerin Kontrolü

Psikopatolojinin ortaya çıkışında ve sürdürülmesinde dikkat ve yürütücü işlevlerin kontrolünde bozukluk sıkça rastlanılabilen bir durumdur. Depresyon hastalarının, hastalık döneminde ruminatif süreç üzerine denetimini kaybedeceğine dair düşünceleri bireyin ruminasyonu koşulsuz kabulüne yol açabilir. Tam dersi durumda ruminasyon sorun yaratan durumu çözmek için gerekli olarak algılanabilir böylece ruminasyon devam edebilir. Anksiyete bozukluklarında dikkatin kişi için muhtemel tehdit odaklarına yönlendirilmesi, nötr olan uyarıların olası tehdit kaynağı olarak görülmesine yol açar (119, 123).

3. 4. Zihinsel Modlar

Wells, üstbilişsel süreç sonucunda algılanan deneyimi zihinsel modlar üzerinden açıklar. Zihinsel modlar, nesne mod ve üstbilişsel mod olarak iki düzeyde incelenir. Nesne modunda kişi düşünce ve inançlar ile iç ve dış gerçek deneyimlerin arasındaki farkı ayırt edemez. Düşünceleri ve inanışları gerçek durumların içine katar (füzyon). Bu nedenle kişi düşüncelerin çevre ve kendisinin birer temsili oluşunu kavrayamaz. Üstbilişsel modda ise birey, iç ve dış gerçekliğin düşüncelerden farklı olduğunu ayırt eder. Böylece düşünceler birey tarafından değişik doğruluk dereceleri olan gerçekliğin temsilleri olarak kavranır (119).

Üstbilişsel seviyedeki işleme nesne düzeyindeki işlemlerin denetleyicisidir. İşlevsel olmayan üstbilişsel yorumlama, nesne seviyesindeki bilginin psikopatolojideki rolünü belirler (125).

3. 5. OKB'nin Üstbilişsel Modeli

Wells'in emosyonel bozuklukların oluşumunda ve süregelenleşmesinde kilit noktaya koyduğu BDS, OKB'de biliş ve yaşanan tereddütlere yanıt olarak endişe, düşünceye dair ruminatif ve irdeleyici motivasyon olarak kendisini gösterir. Kişi BDS aktifleştğinde odak konusu olan bilişsel ve duygusal uyarana karşın artmış izlem gösterir. Böylece uyarının tehdit edici yönlerine karşın farkındalık artmış olur. Kişi yaşadığı olumsuzluktan sıyrılmak adına uyuma yönelik olmayan yöntemler geliştirir. Bu yöntemler düşünceyi önlemeye yönelik stratejiler, nötrleştirme eylemleri ve ritüeller olarak ortaya çıkar. Sonuç olarak birey bu sarmala girdiğinde düşüncenin gelip

geçiciliğini kavrayamaz, düşünceye verdiği önem artar ve artmış tehdit algısı gelişir (119).

Cartwright-Hatton ve Wells üstbilişleri değerlendirmek için olumlu inançlar, bilişsel güven, kontrol edilmezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık ve kontrol ihtiyacı alt ölçeklerinden oluşan Üstbiliş Ölçeğini(ÜBÖ) geliştirmiştir. OKB hastalarında diğer kaygı bozukluklarına göre bilişsel farkındalık puanlarının anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır (126). Böylece bilişsel farkındalığın OKB oluşumu ve süregenleşmesine önemli bir etken olduğu gösterilmiştir. Bilişsel farkındalık bilişler üzerine artan uğraşlara ve düşünceler üzerinde süreklilik gösteren olumsuz atıflara neden olur. Böylece sıradan girdiler rahatsız edici obsesyonlara dönüşür (126-130).

Obsesif yakınmaları olan kişi endişe ve ritüelleri tehdit ve tehlike algısından kaçınma yolu olarak kullanır. Tüm bu süreçler BDS kapsamındaki kavramlar olup belirli üst bilişsel inanç ve kurallarla yönetilir. Endişe, ruminasyon ve gizli/açık ritüeller bireyin başa çıkma stratejilerinin örnekleridir ve OKB üstbilişsel formülasyonunda davranışsal tepkiler olarak yer alır (131). Bu duruma örnek olarak bulaş konusunda artmış uğraşları olan bir bireyin davranışları örnek verilebilir. Öyle ki bu birey bulaş hususundaki endişelerinin olası tehditlere karşın kendisine koruyacağını öngörüyordu. Evden işe gitmeden önce temiz bir çalışma ortamı sağlamak için uzunca planlar yapıyordu. Tam güvenli çalışma ortamını sağlayıp sağlayamayacağından endişeliydi. Bu ortamı sağlayamadığı takdirde endişesinin geçmeyeceğini ve sürekli huzursuz olacağını düşünüyordu. Sunulan örnekte kişi kaçınmanın bir yolu olarak kontaminasyon ve planlama konusunda endişelenmeyi kabul etmişti. Hastanın kuralları ve ritüellerle ilgili olumlu üstbilişsel inançları, rahatsız edici düşüncelerim olmamalı ve çalışma ortamının tam doğru olma durumuna uyması gerektiği(131).

Wells, OKB ile ilgili üstbilişsel modeli sunarken üç üstbilişsel inanç alanı üzerinde durur. Bu alanlar kaynaşma inançları, ritüellerle ilgili inançlar ve durdurma sinyalleriyle ilgili inançlardır(131).

Düşüncelere verilen önem ve düşüncelerin yaptırım gücü olduğuna dair inançlar füzyon veya kaynaşma inançları olarak ifade edilir. İntruzif düşüncelere yapılan atıflar düşünce kaynaşma inançlarının etkinleşmesine bağlıdır. Düşünce kaynaşma inançları

başlığı altında düşünce eylem kaynaşması (DEK), düşünce olay kaynaşması(DOK) ve düşünce nesne kaynaşması(DNK) olmak üzere üç üstbilişsel inanç alanı incelenir(131).

DEK intruzif düşünce, duygu veya dürtülerin, istenmeyen eylemlerin gerçekleşmesine neden olabileceği inancıdır (131). DEK kapsamında iki boyut ele alınır. Bunlardan ilki rahatsız edici intrüzyonların işaret ettiği eyleme dair düşüncelerin varlığının o eylemi gerçekleştirmekle eş değer olduğudur. Bu duruma örnek olarak dini figürlere küfür etmeyi düşünen birinin gerçekte küfür etmiş kadar kendisini rahatsız hissetmesi örnek verilebilir. Diğer boyutta ise rahatsız edici intrüzyonların işaret ettiği eyleme dair düşüncelerin o eylemin gerçekleşme olasılığını arttıracığıdır. Bu duruma örnek olarak birine zarar vermeye yönelik dürtüleri olan birinin bu düşüncelerin zarar verme ihtimalini arttırabileceğine dair yorumu verilebilir (132).

Düşünce olay kaynaşması(DOK) girici düşüncenin belirli bir olayın gerçekleşmesine neden olabileceği ya da girici düşüncenin bir olayın zaten gerçekleşmiş olduğu anlamına geldiğine dair inançtır. Birini öldürdüğüne dair görüntülerin kişinin zihninde belirmesi kişide gerçekten birini öldürdüğü algısı yaratması bu inanç alanına örnek verilebilir (131).

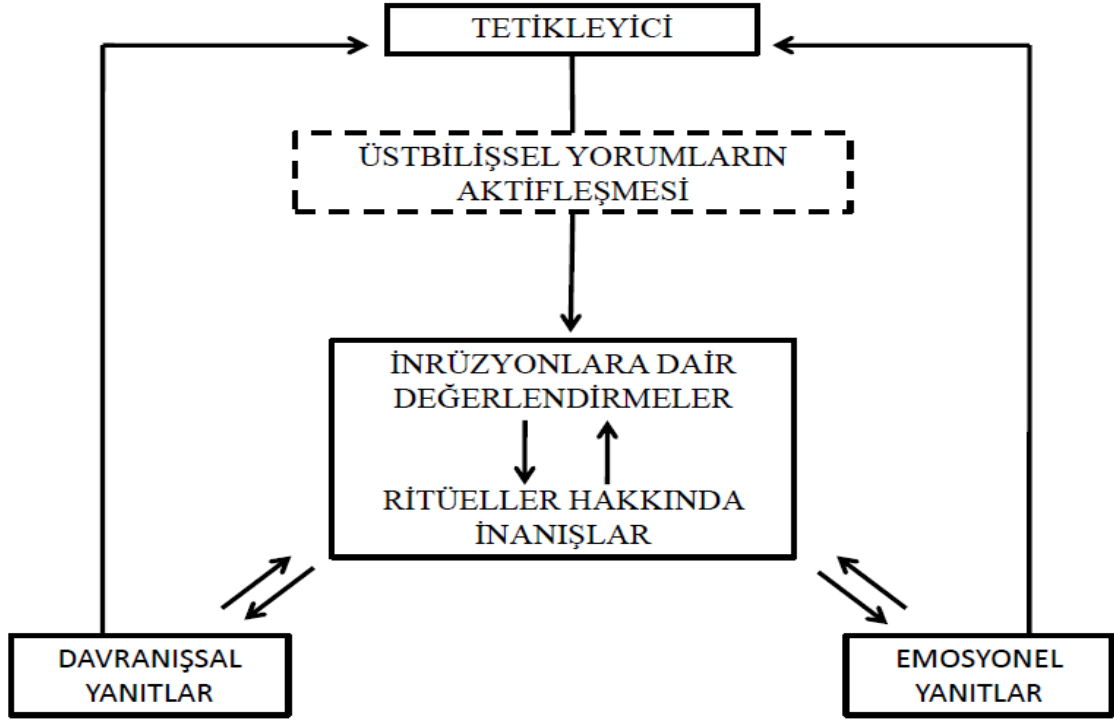
DNK düşüncelerin ve duyguların nesnelere aktarılabilceği inancıdır. Bu şekliyle DNK, düşünce ve duyguların gözle görülür hale geleceğine, tehlike düzeyinin artacağına, kaçınılmayacak duruma geleceğine ve nesnelere bozabileceğini ifade eder. DNK'e örnek olarak huzursuzluk hissinin okuduğu kitaptan geldiğine dair inancı olan birinin, o kitabı kullanması gerektiğinde endişe düzeyinin artması verilebilir. Yine usturayla sakal tıraşı olurken pedofili olduğunda dair intrüzyona maruz kalan birey bu düşünceyi usturaya atfedebilir ve usturayla tıraş olmaktan kaçınabilir (131).

Rachman obsesif zemini olan kişilerin düşünceleri eylemlerle eşdeğer tutmasını DEK olarak tanımlayan ilk kişidir (132). Rachman'ın sunduğu modelde bilişsel çarpıtma olarak ele alınan DEK, Wells tarafından düşüncelerin rahatsız edici davranışlara yol açma gücünü arttıracığı yönünde üstbilişsel inanç alanı olarak sunulmuştur (133). Düşünce kaynaşması inanışları OKB merkezi bir rolü vardır ve bu alan düşünce kaynaşma ölçeği ile değerlendirilir (134).

Ritüellere dair üstbilişsel inançlar OKB üstbilişsel modelinin bir başka alanıdır. Bu üstbilişsel alan baş etme davranışlarına kılavuzluk eden inançları vurgular (135). Ritüellerin gerçekleşmesine bağlı olarak düşünce, dürtü ve duyguların kontrolüne ilişkin yorumlar (Ritüellerimi gerçekleştirmeliyim aksi takdirde kendimi sürekli kötü hissederim) ve kişinin belirlediği fiziksel ve ruhsal koşulların sağlanıp sağlanamamasına ilişkin şahsi kurallar(Ritüellerimi gerçekleştirmeliyim aksi takdirde işimi eksik yaparım.) bu üstbilişsel alan çerçevesinde değerlendirilir. Ritüellere dair yapılan yorumların amacı durdurma sinyali olarak kabul edilecek duruma hazırlıktır (131, 135). McNicol ve Wells bu üstbilişsel alanı değerlendirmek için ritüellerle ilişkili üstbilişler ölçeğini geliştirmiştir (136).

Giricici düşüncelerin doğasında var olan önem ve tehlike üstbilişler tarafından öznel olarak belirlenir. Kolayca ayırt edilebilir bir nesnel tehdit olmadığında OKB'si olan kişi ne zaman güvende olduğunu bilmeye çalışmakla karşı karşıyadır. Örneğin gözle göremediği bir mikrobun elinde olduğunu düşünüp el yıkayan biri el yıkamayı ne zaman sonlandıracağını kestiremez. Sonuç olarak, birey açık ve gizli ritüeller için durdurma kriterleri (durdurma sinyalleri) olan içten gelen ve uygunsuz sinyallere aşırı bağlı hale gelir. Örneğin, kontaminasyon korkusu olan bir kişi, müdahaleci bir his veya kontaminasyon hakkında düşünmeden 4 dakika yıkayabildiğinde yıkamayı durdurabilir. Bir kazaya neden olmasından korkan kişi, hafızasını boşluklar için kontrol edebilir; çünkü bir boşluk kazanın olabileceği zamanı temsil edebilir. Bu durumlarda herhangi bir şüphe veya bellek boşluğu yoksa sorun yoktur ve ritüeller durdurulabilir. Bu kriterlerin güvenilir bir şekilde elde edilmesi zordur ve sıkıntıyı sürdüren daha fazla girdiye(şüpheler ve hafıza boşlukları hakkında endişe) yol açar (119). Durdurma sinyallerine ilişkin üstbilişler durdurma sinyalleri ölçeği ile değerlendirilir(135). OKB'nin üstbilişsel şematik gösterimi Şekil 1de gösterilmiştir.

Şekil 1. OKB'nin Üstbilişsel Modeli



Modelde OKB'si olan kişi genellikle bir düşünce, duygu veya dürtüye bir tetikleyiciye yanıt olarak sıkıntı çeker. Düşünceler, şüpheleri veya soruları (örneğin, “Birine zarar verdim mi?”) ve girici görüntüleri (örneğin, istenmeyen bir cinsel eylemin görüntüsü) içerir. Hisler, duyguları ve gizli gerilim durumlarını veya ilgili belirtileri içerir. Dürtüler arasında, yüksek hızda sürerken başka bir arabaya çarpma gibi istenmeyen eylemleri gerçekleştirme dürtüleri yer alır (119). Bu girdiler aslında bireylerin çoğunluğu tarafından bildirilir (137).

Tetikleyiciler üstbilişlerin anlamı ve önemi hakkındaki inançları aktive eder. OKB'de bu inançlar işlevsel olmayan ve aşırı önem verilen girdilerdir. Bu inançlar ağırlıklı olarak belirli iç deneyimlerin dış dünya üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olduğuna ilişkin kaynaşma inançları ile ilgilidir. Bu inançlar DOK (örneğin, “Bir kaza hakkında düşünmek bu kazanın olacağına işaretler), DEK (örneğin, “Bebeğin boğulması hakkında bir düşünceye sahip olmak benim bebeği boğmama neden olabilir) ve DNK (örneğin, “Kötü düşüncelere ve hislere sahip olmak nesnelere mahveder ve ben asla deneyimlerden kaçmayacağım”) olarak üç alanda incelenir (119).

Üstbilişsel inançların harekete geçirilmesi, bir tehdit işareti olarak algılanan izinsiz girdilerin olumsuz değerlendirilmesine yol açar. Bu değerlendirme özellikle endişeye ayrıca suçluluk ve öfke gibi rahatsızlık edici duygulara yol açar. Duygudaki değişim uyarılmayı artırır ve aynı zamanda düşünce ve duyguların bilince girme olasılığını da artırır. Duygusal yanıtın yoğunluğu ve doğası, kişinin ritüellere olan inançlarından ve durumu güvenli hale getirmede atfedilen etkinliğinden etkilenir (119).

İntrüzyonlarla ilgili olumsuz yorumlar ortaya çıktığında, ritüeller hakkındaki inançlar aktive edilir ve tehdidi azaltmak için ritüel / nötrleştirme davranışları uygulanır. Ritüellerle ilgili inançlar, kontrol yöntemlerine ilişkin kuralları içerir. Kişi, düşünceleri (“İsa’yı düşünmeliyim ve güvende olacağız”), duyguları (“Sakin ve açık hissetmeliyim, aksi takdirde bir hata yapacağım”) ve davranışı kontrol etmenin yollarına (“yıkamalıyım hiç şüphem kalmayınca kadar”) yönelik kurallar geliştirir. Her durumda, ritüeller belirli içten gelen kurallara ve kriterlere (durdurma sinyallerine) göre uygulanır. Bu nedenle ritüellerle ilgili inançlar eyleme rehberlik etmek ve başarısını veya başarısızlığını değerlendirmek için üstbilişsel bir plan oluşturur (119).

Bu kuralların sorunu, tehdidin varlığını değerlendirmek için gerçekçi veya kullanışlı standartlar belirlememeleri, ulaşılması zor olmaları ve öznel olarak maliyetli olmalarıdır. Ek olarak hastanın durumu sadece olay olarak değerlendirmesine olanak tanımaz böylece düşünceler zihinde daha kalıcı hale gelir. Bu nedenle tehdit algılamaları ve olumsuz duygular devam eder. Örneğin, yıkama ritüeli olan bir hasta, “Düzen yapıldığından emin olmak için bu sefer son seferden daha fazla yıkamam gerekir” inancına sahip olabilir. Bu inanç ve içerdiği kural, diğer günlük aktivitelerin neredeyse tamamen dışlanmasına ve depresyonla sonuçlanan giderek artan yıkama sürelerine yol açabilir. Yanıtlara rehberlik etmek için “emin olmak için daha fazla” şeklindeki üstbilişsel kural, gizli ve açık ritüellerin artmasına yol açar ve oldukça yıkıcıdır (119).

Ritüellerle ilgili inançların veya kuralların etkinleştirilmesi, açık ve / veya gizli davranışların ortaya çıkmasına neden olur. Bu davranışlar tehdidi azaltma, sıkıntıyı azaltma ve belirli duyguları kontrol etme işlevine hizmet eder. Açık davranışlar arasında kontrol etme, sıralama, eylemleri tekrarlama, yıkama, nesnelere dokunma, belirtilen dizileri izleme, kaçınma ve yavaşlık sayılabilir. Gizli davranışlar arasında ifadelerin

veya kelimelerin içten tekrarlanması, sayma, konsantre olma, nötrale edici veya “güvenli” görüntüleri zihne getirme ve belirli düşünceleri bilinçten bastırmaya veya kaldırmaya çalışmak yer alır. Bu davranışlarla ilgili sorun, bazılarının geri tepmesi ve istenmeyen düşüncelere dair artan bir farkındalığa veya artmış girdiye yol açmasıdır. Örneğin, bir hasta girici düşüncenin izlerini izleyerek başa çıkma yanıtının işe yarayıp yaramadığını belirlemeye çalışabilir. Bununla birlikte, izleme eylemi, istenmeyen izinsiz girişleri üretmek için bir kaynak olabilir. Pembe bir kaplan düşünmemesini istemek kişide pembe kaplan üzerine artan girdilere yol açacaktır (119).

Davranışların kullanımıyla ilgili bir başka sorun, bireyin müdahalelere (DEK, DOK, DNK) ilişkin inançların ve ritüelleri gerçekleştirme ihtiyacı hakkındaki inançların, yanlış veya gereksiz olduğunu keşfetmesini engellemesidir. Örneğin, olumsuz bir müdahaleci düşünceye yanıt olarak olumlu imajları birleştirmek, bireyin negatif görüntünün olumsuz sonuçlara neden olacak güce sahip olmadığını keşfetmesini önler. Bunun nedeni, kişinin korkulan olayın meydana gelmemesini, izinsiz girişin önemi hakkındaki inancın hatalı olması yerine gizli başa çıkma tepkisinin kullanımına bağlayabilmesidir (119).

Baş çıkma yanıtlarının kullanımıyla ilgili bir başka sorun, kişinin izinsiz giriş ve durumlar arasında daha geniş bir ilişki yelpazesi kurma riski taşımasıdır. Örneğin kişinin bulaş düşüncesine yanıt olarak el yıkaması, el yıkama ortamına benzer bir ortamda bulunduğu kişide bulaş hakkındaki girici düşünceleri artıracaktır (119).

Son olarak nötrleştirme ile ilgili önemli bir sorun, kişide tekrar tekrar oluşacak düşüncenin önemli ve anlamlı olduğuna dair yorumlara yol açmasıdır. Böylece nesne modunda işleme güçlenir ve deneyimsel farkındalıkta esneklik azalır. Kişinin üstbilişsel modeli ve kendi bilişine ilişkin deneyimi gittikçe kısıtlanır (119).

OKB etiolojisinde üstbilişsel model çalışmaları son zamanlarda artarak devam etmektedir. Çalışmalarda üstbilişsel inanışların OKB oluşumu ve sürdürülmesindeki rolü araştırılmıştır.

Cartwright-Hatton ve Wells yaygın anksiyete bozukluğu(YAB) ve OKB hastaları ile sağlıklı kontrol grubunu üstbilişsel açıdan ÜBÖ ile karşılaştırdıkları

çalışmalarında, hasta grubunda düşüncelerin kontrol edilmezliği, düşünce hakkında olumsuz inanışlar alt ölçeği ve düşüncenin tehlikeliği alt ölçeğinin ilişkili olduğunu saptamışlardır. Bilişsel farkındalık ölçeği YAB ile OKB hastalarının ayrıştığı tek alt ölçek olarak belirlenmiştir. Bilişsel farkındalık düşünceleri izlem üzerine artmış eğilimi ifade eder ve bu alt ölçek OKB hastalarında YAB hastalarına göre anlamlı yüksek bulunmuştur (138).

Wells ve Papageorgiou klinik olmayan örnekleme yaptıkları çalışmada OK belirtiler ile ÜB'lerin ilişkisini incelemişlerdir. Bu çalışmada endişe kontrol altında tutulduğunda bile ÜB inançların OKB belirtilerin öncülü olduğu görülmüştür (139).

2003 yılında Clark ve arkadaşları tarafından uyuma dönük olmayan üstbilişsel kontrol inanışları ile obsesif semptomlar arasındaki ilişki üzerine Clark ve Purdon tarafından geliştirilen Üstbilişsel İnanışlar Ölçeğinin yanı sıra obsesyon, depresyon ve kaygı üzerine başka değerlendirme araçlarının da kullanıldığı bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada ÜB inançların üç faktörü belirlenmiştir. Bunlar zihinsel kontrolün olasılığı ve önemi, intrüzyonları kontrol etmede başarısızlığa dair olumsuz yorumlar ve intrüzyonlara dair olumlu yorumlardır. Çalışmada düşünce kontrolüne dair olumsuz ÜB inançlar ile egodistonik girdiler ve obsesif girdiler arasında olumlu ilişki bulunmuştur. Düşünce kontrolü ile ilgili inanışların ise sadece obsesif girdilerde artışa yol açtığı bulunmuştur (110).

Cartwright-Hatton ve Wells 'in araştırmasından esinlenen iki farklı çalışma, OKB hastalarında diğer anksiyete bozukluklarına kıyasla bilişsel farkındalık alt ölçek skorlarının farklı olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmalardan yola çıkan çalışmacılar, girici düşünceler ile aşırı uğraşın olumsuz intrüzif girdileri arttıracakını böylece obsesif yakınmaların oluşacağını öne sürmüşlerdir (127, 128).

OKB klinik grubuyla kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada düşüncelerin kontrol edilmezliği, düşüncelerin tehlikeli olduğu ve kimi düşüncelerin olumsuz sonuçları olacağına ilişkin inançların OKB olan grupta daha çok görüldüğü, OKB olan popülasyonda daha fazla düşünce izlemi görüldüğü ve bilişsel yetilerine daha az güvendikleri saptanmıştır (140). OK belirtiler ile sorumluluk ve kaynaşma inançları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, kaynaşma inançlarının sorumluluk

inancılarına göre OK belirtileri daha güçlü yordadığı ayrıca üstbilişlerin etkisi kontrol altında tutulduğunda sorumluluğun OK belirtileri yordamadığı gösterilmiştir (141).

Myers ve Wells yaptıkları çalışmada endişe, sorumluluk ve OK üstbilişler üzerine hiyerarşik regresyon modeli dizayn etmişlerdir. Çalışmada, endişe kontrol edildiğinde sorumluluk ve ÜB'lerin OK belirtilerle ilişkili bulunmuştur. ÜB'ler ve endişe kontrol edildiğinde sorumluluğun OK belirtilere katkı sağlamadığı, üstbilişsel inanışların endişe ve sorumluluktan bağımsız olarak obsesif belirtileri öngördüğü bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada diğer çalışmaları destekler şekilde düşünceleri kontrol etme, düşüncelerin kontrol edilmezliği ve kaynaşma ile ilgili üstbilişsel inançlar OK belirtilerle ilişkili bulunmuştur (142).

İtalya'da klinik olmayan örneklem üzerinde yapılan bir çalışmada kontrol edilmezlik ve tehlike üzerine üstbilişlerin endişe ve OK belirtileri öngördüğü, endişe ile ilgili inançların işlevsel olmayan baş etme davranışlarına yol açtığı belirlenmiştir (143). Spada ve arkadaşları ÜB ile stres, anksiyete ve depresyonun ilişkili olduğunu; üstbilişsel yorum farklılıklarının emosyonel bozukluğa yatkınlıkta bir risk faktörü olabileceğini öne sürmüştür (144).

ÜB'lerin OK belirtileri ve anksiyeteye ilişkisini inceleyen bir çalışmada ÜB'lerin OK belirti ve anksiyete ile belirgin bir şekilde bağlantılı olduğu gösterilmiştir. OK alt tipi ile ÜB inançların ilişkili olmadığı ortaya konmuştur. Yine bu çalışmada, düşünceyi kontrol etme ihtiyacına dair inançlar KDYİ destekler nitelikte olduğu gösterilmiştir (145).

Yılmaz ve arkadaşları klinik olmayan örneklem üzerinde yaptıkları çalışmada endişenin kontrol edilmezliği ve endişenin tehlikeliliği hakkındaki olumsuz üstbilişsel inanışlar ile endişe hakkındaki olumlu üstbilişsel inanışların patolojik endişe ve OK semptomların öngörücüsü olduğu belirlemiştir. Bilişsel güvenin endişe için düşünce kontrol gerekliliğinin ise OK semptomlar için özgül belirleyiciler olduğu bulunmuştur (146).

Myers ve arkadaşları Obsesif İnanışlar Ölçeği 44(OİÖ-44)'ün 4 faktörünün (mükemmeliyetçilik, düşünce kontrolünün önemi, sorumluluk ve tehditin abartılması)

OK yakınmalarının ve endişenin yordayıcısı olduğunu ifade etmiştir. Çalışmada yapılan regresyon analizinde, endişe ve tehdit kontrol edildiğinde bu bilişsel ve üstbilişsel faktörlerden, düşüncelerin önemi ve kontrolü OK semptomlarının tek tutarlı belirleyicisi olduğu tespit edilmiştir (147).

Myers ve arkadaşlarının kaynaşma inançları, dur işaretleri ile ilgili inançlar ve ritüellere dair inançların OK belirtileri yordayıcılığı üzerine klinik olmayan örnekleme yaptıkları çalışmada; sorumluluk, mükemmeliyetçilik ve endişe kontrol edildiğinde OKB'e yönelik üç üstbilişsel inanç alanının da OK belirtilerin yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir. Bu üst bilişsel alanların modelde sırayla katıldığında kaynaşma ve ritüeller dair inançların endişenin ötesinde ek değişime katkı sağladığı bulunmuştur. Böylece üstbilişsel inançların bilişsel alanlardan ve endişeden bağımsız olarak OK belirtileri öngördüğü gösterilmiştir. Ayrıca bu çalışma ile durdurma sinyalleri ve ritüeller hakkındaki inançların kaynaşma inançları gibi OK üstbilişsel modelinin diğer alanları olabileceği gösterilmiştir (135).

Solem ve arkadaşları Myers'in çalışmasının tekrarı niteliğinde olan çalışmalarında, hem klinik hem de klinik olmayan popülasyonu dahil etmişlerdir. Çalışma sonucunda üstbilişsel alanların OKB semptomlarının yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir. Klinik grup klinik olmayan gruba göre daha yüksek üstbilişsel skorlar almıştır. Tehdit, sorumluluk, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahamüslük bilişsel alanlarının yanı sıra endişe kontrol altında tutulduğunda kaynaşma ve ritüeller hakkındaki üstbilişlerin varyansa ek katkı sağladığı görülmüştür. Bilişsel alanlardan mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahamüslük dışındakiler üstbilişsel alanların aksine ek katkı sağlamamıştır. Bu çalışmada durdurma sinyallerinin ek katkı yapmaması ritüellere dair inançlar ile yakın ilişkisine ve aralarında çakışma olabilmesine veya çalışma modelinde kaynaklanabileceği vurgulanmıştır (148).

OKB, panik bozukluk ve sağlıklı kontrollerde uyuma yönelik olmayan üstbilişsel inançların incelendiği bir çalışmada OKB ve panik bozukluk hastalarının sağlıklı gruba göre endişenin kontrol edilmezliği ve endişenin tehlikeliliği ile düşünce kontrolüne dair üstbiliş alanlarında daha yüksek puanlar aldığı belirlenmiştir (115).

4. AMAÇ VE HİPOTEZLER

Üstbilişsel model, OKB etiyojisine yönelik bütünleyici ve deneysel bir açıklama getirmektedir. Üstbiliş alanında sürekli artan çalışmalar ile birlikte hastalıklara özgü daha ayrıntılı üstbilişsel modeller sunulmaktadır. Bununla birlikte gelişen teoriye ilişkin farklı kültürlerde çalışmalar kısıtlı sayıdadır.

Çalışmamızın amacı Türk toplum örneğinde DSM-5 tanı kriterlerine göre OKB tanısı olan hasta grubu ile sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubunda obsesif kompulsif belirtiler üzerine üstbilişlerin rolü değerlendirerek alan yazındaki çalışmalara katkıda bulunmaktadır. Bu bağlamda kurulan hipotezler:

- OK üstbilişler ile OK belirtilerle belirgin korelasyon gösterir.
- Klinik ve klinik olmayan örneklemin arasında OK üstbilişler arasında anlamlı fark vardır.
- Üstbilişler eşzamanlı olarak endişe, tehdit, sorumluluk ve mükemmeliyetçilik / kesinlik kontrol altında olsa bile hekim ve katılımcının belirttiği OK belirtiler için ek varyansı açıklamaya devam edecektir.

5. YÖNTEM

5. 1. Etik Onay

Çalışma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından 83116987-121 numaralı çalışmamıza 19/04/2017 tarihli ve 17-KAEK-30 sayılı kararı ile onay alınmıştır. Katılımcılara çalışma hususunda bilgi verilmiştir ve çalışmaya katılmaya gönüllü olanlardan yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır. Çalışma yürütülürken etik kurallara ve katılımcıların mahremiyetine verilen önem bilhassa sürdürülmüştür(Ek 1).

5. 2. Katılımcılar

01.12.2017-01.12.2019 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine başvuran yapılan görüşme sonucunda DSM 5 tanı kriterleri çerçevesinde OKB tanısını karşılayan çalışmaya uygun 106 gönüllü katılımcı klinik örnekleme dahil edilmiştir. Kontrol grubu ise çalışmaya uygun 200 gönüllü katılımcı ile oluşmuştur.

Çalışma 209(%68.3) kadın ve 97(%31.7) erkek katılımcıdan oluşmuştur. Kontrol grubunun cinsiyete göre dağılımı 140(%70) kadın ve 60(%30) erkek iken; OKB grubunun cinsiyete göre dağılımı 69(%65.7) kadın ve 37(%34.3) erkek olarak gerçekleşmiştir. Grupların cinsiyete göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir($\chi^2: 0.77; P: 0.38$).

306 katılımcının yaş ortalaması 23.46 ± 5.67 olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubunu yaş ortalaması 21.98 ± 5.76 olarak gerçekleştirirken; OKB grubunu yaş ortalaması 26.25 ± 5.04 olarak saptanmıştır. Grupların yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmiştir ($u:5013; p<0.0001$).

5. 3. Çalışmaya Dâhil Edilme Şartları

-18 yaşından büyük ve 65 yaşından küçük olma

-Kontrol grubu için daha önce OKB tanı ve/veya tedavi öyküsünün bulunmaması

-Aydınlatılmış onam alınmış bireyler

5. 4. Çalışmadan Dâhil Edilmeme Şartları

-18 yaşından küçük veya 65 yaşından büyük olma

-Kontrol grubu için daha önce OKB tanı ve/veya tedavi öyküsünün bulunması

-Şizofreni ve/veya şizofreni yelpazesi bozukluğu tanısı bulunması ve hastalığın aktif döneminde bulunması

-Otizm spektrum bozukluğu, mental retardasyon ve organik neden/madde etkisine bağlı karar verme ve değerlendirme yetisini bozabilecek bir hastalığının bulunması

-Psikiyatrik görüşmeye engel olabilecek organik hastalığının bulunması

Klinik ve klinik dışı gruba yüz yüze yapılan görüşme ardından Sosyodemografik Veri Formu ardından öz değerlendirme ölçekleri olan Obsesif Kompulsif Envanter Gözden Geçirilmiş Form, Obsesif İnanışlar Ölçeği, Penn Durum Endişe Ölçeği, Düşünce Kaynaşma Ölçeği, Ritüeller Hakkında İnanışlar Ölçeği ve Durdurma İşaretleri Ölçeği uygulanmıştır. Ayrıca yapılan klinik görüşmeye binaen klinik gruba klinisyen tarafından Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçek uygulanmıştır.

5. 5. Değerlendirme Araçları

5. 5. 1. Sosyodemografik Veri Formu

Cinsiyet, yaş ,eğitim durumu, medeni durum ve ailede ruhsal hastalık öyküsü olup gibi başlıca tanımlayıcı özellikleri barındıran araştırmacılar tarafından geliştirilen bir formdur.

5. 5. 2. Obsesif Kompulsif Ölçek Revize Edilmiş(OKÖ-R)

Foa ve arkadaşları tarafından OK semptom seviyesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir(149). Ölçek 0 ile 4 arasında (hiç ile aşırı arasında) 5'li likert tipidir. Ölçek 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçek yıkama, kontrol etme, düzenleme, takıntı, istifleme ve nötrleştirme olmak üzere altı alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış olup alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları ölçeğin tümü için 0.89, yıkama için 0.62, kontrol etme için 0.78, düzenleme için 0.74, takıntı için 0.76, istifleme için 0.69 ve nötrleştirme için 0.55 olarak tespit edilmiştir(150).

5. 5. 3. Obsesif İnanışlar Ölçeği(OİÖ)

Ölçek OKB etyolojisinde önemli olarak önerilen bir dizi inanç alanını değerlendiren 44 maddelik bir ölçektir. OKBÇG tarafından aslı 87 madde olan OİÖ, 44 yüksek yükleme maddesi ile üç faktör olarak güncellenmiştir. 44 maddelik ölçeğin faktörleri mükemmeliyetçilik/kesinlik, düşüncelerin önemi/kontrolü ve sorumluluk /abartılmış tehdit algısıdır(114). 44 maddelik ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır(151). Woods, Tolin ve Abramowitz (2004) farklı bir örneklem kullanarak 44 madde üzerinde doğrulayıcı bir faktör analizi gerçekleştirmiş ve 3 faktörlü modelin uygun olmadığını bulmuştur(152). Myers ve arkadaşları(2008) dört faktörlü yapının uygun olacağını tespit etmiştir. 4 faktörlü yapı mükemmeliyetçilik/kesinlik, düşüncenin önemi/kontrolü, sorumluluk ve abartılmış tehdit olarak belirlenmiştir. Cronbach alfa değerleri dört faktör için sırasıyla 0.94, 0.91, 0.90 ve 0.86 olarak bulunmuştur(147). Yapılan bu çalışmada Myers'in önerdiği şekilde 4 faktörlü ölçek yapısı kullanılacaktır. Bu bağlamda düşüncenin önemi/kontrolü ile ilgili faktör üstbilişsel bir alanı değerlendirdiği için yapılan bu çalışmadaki diğer üstbilişsel yapılar ile örtüşebileceğinden hariç tutulup diğer 3 faktör bilişsel inanışlar hakkında esas alınmıştır.

5. 5. 4. Penn Durum Endişe Ölçeği(PDEÖ)

Endişeye düzeyini değerlendirmek amacıyla 16 sorudan oluşan öz bildirim dayalı bir envanterdir. Sorular 5’li likert tipi olup, 1 ile 5 arasında (Beni hiç tanımlamıyor ile beni çok iyi tanımlıyor.) derecelendirilmektedir. Ölçek skorlarının artışı yüksek endişe seviyesi lehinedir(153). Ölçeğin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Türkçe ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.91, test-tekrar test güvenirliliği 0.88 belirlenmiştir(146).

5. 5. 5. Düşünce Kaynaşma Ölçeği(DKÖ)

Düşüncelerin anlamı ve gücü hakkındaki üstbilişsel inançları değerlendiren 14 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Üstbilişsel modelde yer alan üç tür düşünce kaynaşmasını ölçmek için tasarlanmıştır. Bunlar Düşünce Eylem Kaynaşması (DEK) örneğin, " Birisine zarar vermek hakkında düşüncelerim varsa, onlara hareket edeceğim.", Düşünce Olay Kaynaşması(DOK) örneğin, düşüncelerim olayların gidişatını değiştirme gücüne sahiptir." ve Düşünce Nesne Kaynaşması(DNK) örneğin, "Duygular nesnelere geçebilir."(141). Ölçek için bir Cronbach’ın .89 alfa değeriyle iyi bir iç tutarlılık bildirmiştir. Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları 0.35 ile 0.78 arasında değişmektedir(154). Ölçeğin Türkçe Geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe ölçeğin tümü için 0.89 Cronbach alfa değeri bulunmuştur. Düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerleri 0.28 ile 0.70 arasında değişmektedir. Üç faktörlü yapı belirlenmiştir. Faktörler için Cronbach alfa değeri; DEK .80, DOK .75 ve DNK .86 olarak bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin(d :0.88) ve alt ölçeklerin(d :0.51-0.85) OKB olan ve olmayan grubu başarıyla ayırt edebildiği gösterilmiştir(155).

5. 5. 6. Ritüeller Hakkında İnanışlar Ölçeği(RHIÖ)

Bu anket ritüellerle ilgili olumlu inançları öz bildirimle değerlendiren 12 maddelik bir ölçektir. Ölçek 3 faktörlü bir yapıya sahiptir. Ritüellerin bir tanımı ve örneği sunulur. Daha sonra katılımcılara ritüellerimi gerçekleştirmem gerekiyor aksi takdirde ile başlayan önermeler sunar ve bu önermeleri bireyin derecelendirilmesi istenir. Tüm ölçeğin Cronbach alfa değerini 0.86 ve düzeltilmiş madde-toplam korelasyonlarını 0.39 ile 0.65 arasında bulunmuştur(136). Davranış ve Karakter

Değişimi(DKD), Suçluluk ve İşlev Yitimi(SİY) ve Anksiyete(A) alt ölçeklerinden oluşur. Alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0.77, 0.79, 0.87 ile iyi bir iç tutarlılık göstermiştir. 3 aylık test-tekrar test güvenilirliği 0.70 olarak tespit edilmiştir(135). Ölçeğin Türkçe versiyonun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Türkçe ölçeğin tümü için Cronbach alfa değeri 0.86 bulunmuştur. Düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerleri 0.32 ile 0.73 arasında değişmektedir. Türkçe RHİÖ için üç faktör yapı belirlenmiştir. Faktörler için Cronbach alfa değeri; DKD 0.74, SİY 0.78 ve A 0.88 olarak bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin(d :0.62) ve alt ölçeklerin(d :0.43-0.62) OKB olan ve olmayan grubu başarıyla ayırt edebildiği gösterilmiştir(155).

5. 5. 7. Durdurma İşaretleri Ölçeği(DİÖ)

Ritüelleri sona erdirmeye kişiler kullandığı gerçekçi olmayan durdurma işaretlerini önermeler halinde sunan 12 maddelik bir öz bilirim anketidir. Birey sorularda sunulan durumları, ritüelleri sona erdirmek için ne kadar önem arz ettiğine göre 0 ile 4 arasında(hiç önemli değil ile son derece önemli arasında) puanlar. DİÖ için 3 ay sonra yapılan test-tekrar test güvenilirliği 0.62 katsayısı olarak bulunmuştur. Anket Cronbach alfa değeri 0.89 ile iyi bir iç tutarlılık göstermiştir(135). Ölçeğin Türkçe versiyonun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Türkçe ölçeğin tümü için Cronbach alfa değeri 0.94 olarak bulunmuştur. Düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerleri 0.67 ile 0.79 arasında değişmektedir. Türkçe DİÖ için orijinal ölçek gibi tek faktörden oluştuğu belirlenmiştir. Ayrıca ölçeğin(d :0.48) OKB olan ve olmayan grubu başarıyla ayırt edebildiği gösterilmiştir(155).

5. 5. 8. Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçek(YBOKÖ)

YBOKÖ obsesif kompulsif yakınmalrı olan bireylerin yakınmalarının türü ve şiddeti hakkında görüşmeci tarafından uygulana yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır. İlk 10 madde hastalığın şiddetini ölçmek için kullanılır(156).Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır(157).

5. 6. İstatistik

Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Tanımlayıcı istatistiklere dair ortalama±standart sapma değerleri ve yüzde dağılımları verildi. Grup karşılaştırmaları için kategorik değişkenler için ki-kare testi, normal dağılıma uyan sürekli değişkenler için bağımsız gruplar t testi ve normal dağılıma uymayan sürekli değişkenler için mann whitney u testi uygulandı. Kontrol grupları ve klinik gruplar arasında ortalamaların farkı için Cohen d etki büyüklüğü hesaplandı. 0.80 ve daha büyük değerler büyük etki büyüklüğü, 0.79 ile 0.50 arası değerler orta etki büyüklüğü, 0.49-0.21 arası değerler küçük etki büyüklüğü, 0.20 ve daha küçük değerler çok küçük etki büyüklüğü olarak değerlendirildi(158, 159). Normal dağılıma uyan değişkenlerin ilişkisini incelemek için pearson korelasyon analizi uygulandı. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerine etkisini incelemek için regresyon analizi ve değişkenlerin ek varyansa katkısının test etmek için hiyerarşik regresyon analizi kullanıldı.

6. BULGULAR

6. 1. Tanımlayıcı İstatistikler

Tanımlayıcı cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ailede ruhsal hastalık varlığı ve yaşa göre toplam, OKB ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 1’de verilmiştir.

Çalışmaya katılan 306 kişinin eğitim durumuna göre dağılımı 28(%9.18) katılımcı 8 yıla kadar, 29(%9.5) kişi 12 yıla kadar, 249(%81.6) kişi 12 yıldan fazla olarak gerçekleşmiştir. OKB grubunun eğitim durumuna göre dağılımı 10(%9.43) kişi 8 yıla kadar, 13(%12.26) kişi 12 yıla kadar, 83(%78.3) kişi 12 yıldan fazla olacak şekilde gerçekleşmiştir. Eğitim durumuna göre dağılım açısından gruplar arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır($X^2:1.53$; $P:0.46$).

Çalışmaya katılan 306 kişinin medeni duruma göre dağılımı 257(%83.98) kişi bekâr iken 49(%16.01) kişi evli olarak gerçekleşmiştir. OKB grubunda ise medeni duruma göre dağılım 73(%68.86) bekâr ve 33(%31.13) kişi evli olup kontrol bu oran grubunda 184(%92) bekâr ve 16(%8) evli olarak gerçekleşmiştir. Medeni duruma göre dağılım açısından gruplar arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmıştır.($\chi^2: 27,56$; $P<0.0001$).

Çalışmaya katılan 306 kişinin ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığına göre dağılımı 252(%83.98) kişide ruhsal hastalık öyküsü yokken; 54(%17.64) kişide ruhsal hastalık var olarak gerçekleşmiştir. OKB grubunda ise ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığına göre dağılım 90(%84.9) kişide ailede ruhsal hastalık öyküsü yokken; 16(%15.1) kişide ruhsal hastalık öyküsü var olarak gerçekleşmiştir. Kontrol grubunda 162(%81) kişinin ailesinde ruhsal hastalık bulunmazken; 38(%19) kişinin ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmaktadır. Ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığına göre dağılım açısından gruplar arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır($\chi^2:0.352$; $P:0.55$).

Tablo 1: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Grupların Karşılaştırılması

	TOPLAM n: 306		OKB n: 106		KONTROL n: 200	
	n	%	n	%	N	%
CİNSİYET^a						
Kadın	209	68.3	69	65.7	140	70
Erkek	97	31.7	37	34.3	60	30
EĞİTİM DURUMU^b						
8 yıla kadar	28	9.18	10	9.43	18	9
12 yıla kadar	29	9.5	13	12.26	16	8
12 yıldan fazla	249	81.6	83	78.3	166	83
MEDENİ DURUM^c						
Bekâr	257	83.98	73	68.86	184	92
Evli	49	16.01	33	31.13	16	8
AİLEDE RUHSAL HASTALIK^d						
Yok	252	82.35	90	84.9	162	81
Var	54	17.64	16	15.1	38	19
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS
YAŞ^e	23.46	5.67	26.25	5.04	21.98	5.76

($\chi^2: 0.77; P: 0.38$)^a, ($X^2: 1.53; P: 0.46$)^b, ($X^2: 27.56; P < 0.0001$)^c, ($\chi^2: 0.352; P: 0.55$)^d, ($u: 5013; p < 0.0001$)^e

6. 2. Obsesif Kompulsif Belirtiler ile Üstbilişler Üzerine OKB Grubu ve Kontrol Grubunun Ortalama, Standart Sapma ve Etki Boyutlarının Karşılaştırılması

OKB ve kontrol gruplarının ölçek ve alt ölçek puanların ortalama değerleri standart sapma değerleri hesaplandı. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki gösterip göstermediği ve gruplar arasındaki farkın etki büyüklüğü belirlendi (Tablo 2).

Elde edilen sonuçlar ışığında istifleme alt ölçeği ortalama skorunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı istatistiksel ilişki bulunamadı ($p: 0.459$). Düzenleme alt ölçeği için p değeri < 0.05 olurken; diğer ölçek ve alt ölçekler arasında OKB grubunun kontrol grubuna göre ortalama ölçek ve alt ölçek skorlarının istatistiksel açıdan belirgin şekilde ayrıldığı ortaya koyuldu ($p < 0.0001$).

OKB grubu ortalama ölçek veya alt ölçek skorları, kontrol grubu ölçek ve alt ölçek skorlarına etki büyüklüğü açısından karşılaştırıldı. Takıntı, kontrol etme, RHİÖ, OİÖ, OKÖ-R toplam, DKÖ ve DİÖ ortalama değerleri OKB grubunda kontrol grubuna

göre büyük etki büyüklüğü gösterdi($d:1.25-0.87$). Yıkama ortalama değerleri OKB grubunda kontrol grubuna göre orta etki büyüklüğü gösterdi($d:0.74$). Nötrleştirme ve düzenleme ortalama değerleri OKB grubunda kontrol grubuna göre ılımlı etki büyüklüğü gösterdi($d:0.47-0.31$).

Tablo 2. Obsesif kompulsif belirtiler ile üstbilişler üzerine OKB grubu ve kontrol grubunun ortalama, standart sapma ve etki boyutlarının karşılaştırılması

	OKB ORT±SS n: 106	KONTROL ORT±SS n: 200	<i>t</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
OKÖ-R TOPLAM	34.17±15.16	21.48±10.59	-7.53	<0.0001	0.97
YIKAMA	5.41±3.87	3.02±2.35	-5.80	<0.0001	0.74
TAKINTI	7.94±4.37	3.83±2.83	-8.72	<0.0001	1.11
İSTİFLEME	3.82±2.99	3.58±2.22	-0.74	.459	0.09
DÜZENLEME	6.22±4.51	5.03±2.74	-2.49	.014	0.31
KONTROL ETME	6.93±3.29	3.80±2.44	-8.58	<0.0001	1.08
NÖTRLEŞTİRME	3.45±2.89	2.22±2.23	-3.82	<0.0001	0.47
DKÖ	435±238.34	241±208.59	-7.32	<0.0001	0.87
RHİÖ	26.98±8.55	17.89±5.59	-9.79	<0.0001	1.25
DİÖ	27.08±10.76	15.78±12.46	-8.15	<0.0001	0.97
OİÖ	193.5±46.33	145.34±46.54	-8.27	<0.0001	1.03

ORT±SS: Ortalama±Standart Sapma, OKÖ-R: Obsesif Kompulsif Ölçek Revize Edilmiş, DKÖ: Düşünce Kaynaşma Ölçeği, RHİE: Ritüeller Hakkında İnanışlar Ölçeği, DİÖ: Durdurma İşaretleri Ölçeği, OİÖ: Obsesif İnanışlar Ölçeği

6. 3. Korelasyon Analizleri

6. 3. 1. OİÖ-44 Bilişsel Faktörleri ile Üstbilişler, Endişe ve Obsesif Kompulsif Semptomlar Arasındaki İlişki

OİÖ-44 boyutları ile YBOKÖ, OKÖ-R, DKÖ toplam, RHİÖ toplam, DİÖ toplam ve PDEÖ toplam skorları arasındaki ilişki Tablo 3' de verilmiştir.

YBOKÖ'nün diğer değerlendirme ölçekleri ile korelasyonu .23 ile .49 arasında değişmekteydi. DİÖ için p değeri $p<0.01$ iken diğer ölçekler için p değeri $p<0.001$ olarak bulundu. En yüksek korelasyon katsayısı .49 ile RHİÖ için belirlenirken; en düşük korelasyon katsayısı .23 ile DİÖ için belirlendi ($p<0.001$).

OİÖ-MK'nın diğer değerlendirme ölçekleri ile korelasyonu .39 ile .76 arasında değişmekteydi. En yüksek korelasyon katsayısı .76 ile OİÖ-S için belirlenirken; en düşük korelasyon katsayısı .39 ile YBOKÖ için belirlenmiştir ($p<0.001$).

OİÖ-S'nin diğer değerlendirme ölçekleri ile korelasyonu .41 ile .76 arasında değişmekteydi. En yüksek korelasyon katsayısı .76 ile OİÖ-S için belirlenirken; en düşük korelasyon katsayısı .41 ile YBOKÖ için belirlenmiştir ($p<0.001$).

OİÖ-Te'nin diğer değerlendirme ölçekleri ile korelasyonu .44 ile .74 arasında değişmekteydi. En yüksek korelasyon katsayısı .74 ile OİÖ-S için belirlenirken; en düşük korelasyon katsayısı .44 ile YBOKÖ için belirlenmiştir ($p<0.001$).

DKÖ'nün diğer değerlendirme ölçekleri ile korelasyonu .38 ile .58 arasında değişmekteydi. En yüksek korelasyon katsayısı .58 ile RHİÖ için belirlenirken; en düşük korelasyon katsayısı .38 ile YBOKÖ için belirlenmiştir ($p<0.001$).

RHİÖ'nün diğer değerlendirme ölçekleri ile korelasyonu .49 ile .62 arasında değişmekteydi. En yüksek korelasyon katsayısı .62 ile OİÖ-Te için belirlenirken; en düşük korelasyon katsayısı .49 ile YBOKÖ için belirlenmiştir ($p<0.001$).

DİÖ'nün diğer değerlendirme ölçekleri ile korelasyonu .23 ile .53 arasında değişmekteydi. En yüksek korelasyon katsayısı .53 ile RHİÖ için belirlendi. En düşük korelasyon katsayısı .23 ile YBOKÖ için belirlendi. En yüksek ve düşük değişkenler için p değeri sırasıyla $p<0.001$ ve $p<0.01$ olarak saptandı.

OKÖ-R'nin diğer değerlendirme ölçekleri ile korelasyonu .45 ile .61 arasında değişmekteydi. En yüksek korelasyon katsayısı .61 ile OKÖ-R-Toplam için belirlenirken; en düşük korelasyon katsayısı .45 ile YBOKÖ için belirlenmiştir ($p<0.001$).

PDEÖ'nün diğer değerlendirme ölçekleri ile korelasyonu .35 ile .64 arasında değişmekteydi. En yüksek korelasyon katsayısı .64 ile OİÖ-Te için belirlenirken; en düşük korelasyon katsayısı .35 ile YBOKÖ için belirlenmiştir ($p<0.001$).

Tablo 3. OİÖ-44 bilişsel faktörleri, üstbilişsel, OK belirti ve endişe ölçekleri arasındaki ilişki (n:306)

<i>Pearson Korelasyon</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ORT±SS
1.YBOKÖ(n:106)	--	.39 ^a	.41 ^a	.44 ^a	.38 ^a	.49 ^a	.23 ^b	.45 ^a	.35 ^a	20.66±6.75
2.OİÖ-MK		--	.76 ^a	.73 ^a	.44 ^a	.54 ^a	.46 ^a	.55 ^a	.61 ^a	65.42±20.03
3.OİÖ-S			--	.74 ^a	.40 ^a	.51 ^a	.50 ^a	.47 ^a	.54 ^a	29.36±10.27
4.OİÖ-Te				--	.52 ^a	.62 ^a	.50 ^a	.58 ^a	.64 ^a	23.97±9.48
5.DKÖ Toplam					--	.58 ^a	.45 ^a	.53 ^a	.46 ^a	307.4±236.7
6.RHİÖ Toplam						--	.53 ^a	.57 ^a	.60 ^a	21.0±7.98
7.DİÖ Toplam							--	.49 ^a	.43 ^a	19.58±12.94
8.OKÖ-R-Toplam								--	.61 ^a	25.74±13.57
9.PDEÖ Toplam									--	51.13±13.98

^a $p<0.001$, ^b $p<0.01$

YBOKÖ:Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği, OİÖ:Obsesif İnanışlar Ölçeği, DKÖ:Düşünce Kaynaşma Ölçeği, RHİÖ:Ritüeller Hakkında İnanışlar Ölçeği, DİÖ:Durdurma İşaretleri Ölçeği, OKÖ-R:Obsesif Kompulsif Ölçek Revize Edilmiş, MK:Mükemmeliyetçilik-Kesinlik, S:Sorumluluk, Te:Tehlike, Penn Durum Endişe Ölçeği

6. 3. 2. Obsesif Kompulsif Belirtilerin Üstbilişlerle İlişkisi

OKÖ-R boyutlarının üstbiliş toplam skorları ile ilişkisi toplam grup, OKB grup ve kontrol grubu için Tablo 4' de özetlenmiştir.

Toplam grupta, DKÖ ile OKÖ-R Toplam ve OKÖ-R alt ölçeklerinin korelasyon katsayıları .24 ile .53 arasındaydı. En yüksek korelasyon kat sayısı OKÖ-R Toplam için saptanırken; en düşük korelasyon katsayısı düzenleme için saptandı ($p<0.001$).

Toplam grupta, RHİÖ ile OKÖ-R Toplam ve OKÖ-R alt ölçeklerinin korelasyon katsayıları .22 ile .60 arasındaydı. En yüksek korelasyon kat sayısı takıntı için saptanırken; en düşük korelasyon katsayısı düzenleme için saptandı($p<0.001$).

Toplam grupta, DİÖ ile OKÖ-R Toplam ve OKÖ-R alt ölçeklerinin korelasyon katsayıları .27 ile .49 arasındaydı. En yüksek korelasyon kat sayısı OKÖ-R Toplam için saptanırken; en düşük korelasyon katsayısı istifleme için saptandı ($p<0.001$).

OKB grubunda, DKÖ ile OKÖ-R Toplam ve OKÖ-R alt ölçeklerinin korelasyon katsayıları .12 ile .40 arasındaydı. En yüksek korelasyon katsayısı yıkama

için saptandı ($p<0.001$). En düşük korelasyon katsayısı düzenleme için saptanırken bu iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

OKB grubunda, RHİÖ ile OKÖ-R Toplam ve OKÖ-R alt ölçeklerinin korelasyon katsayıları .17 ile .50 arasındaydı ($p<0.001$). En yüksek korelasyon kat sayısı OKÖ-R-Toplam için saptanırken; en düşük korelasyon katsayısı düzenleme için saptandı($p<0.001$). Bu iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki belirlendi($p<0.05$).

OKB grubunda, DİÖ ile OKÖ-R Toplam ve OKÖ-R alt ölçeklerinin korelasyon katsayıları .22 ile .45 arasındaydı. En yüksek korelasyon kat sayısı OKÖ-R Toplam ve yıkama için saptandı ($p<0.001$). En düşük korelasyon katsayısı düzenleme için saptandı. Bu iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki belirlendi($p<0.05$).

Kontrol grubunda, DKÖ ile OKÖ-R Toplam ve OKÖ-R alt ölçeklerinin korelasyon katsayıları .18 ile .48 arasındaydı. En yüksek korelasyon katsayısı OKÖ-R-Toplam için saptandı ($p<0.001$). En düşük korelasyon katsayısı kontrol için saptanırken bu iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki belirlendi ($p<0.01$).

Kontrol grubunda, RHİÖ ile OKÖ-R Toplam ve OKÖ-R alt ölçeklerinin korelasyon katsayıları .17 ile .49 arasındaydı. En yüksek korelasyon katsayısı takıntı için saptandı ($p<0.001$). En düşük korelasyon katsayısı düzenleme ve kontrol için saptanırken bu değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki belirlendi ($p<0.01$).

Kontrol grubunda, DİÖ ile OKÖ-R-Toplam ve OKÖ-R alt ölçeklerinin korelasyon katsayıları .21 ile .36 arasındaydı. En yüksek korelasyon kat sayısı OKÖ-R-Toplam için saptanırken; en düşük korelasyon katsayısı kontrol için saptandı ($p<0.001$).

Tablo 4. Obsesif Kompulsif Belirtilerin Üstbilişlerle İlişkisi

<i>Pearson</i>	TOPLAM(n:306)			OKB(n:106)			KONTROL(n:200)		
<i>Korelasyon</i>	DKÖ	RHIÖ	DIÖ	DKÖ	RHIÖ	DIÖ	DKÖ	RHIÖ	DIÖ
OKÖ-R	.53 ^a	.57 ^a	.49 ^a	.39 ^a	.50 ^a	.45 ^a	.48 ^a	.38 ^a	.36 ^a
Yıkama	.50 ^a	.48 ^a	.41 ^a	.40 ^a	.42 ^a	.45 ^a	.45 ^a	.29 ^a	.25 ^a
Takıntı	.46 ^a	.60 ^a	.43 ^a	.26 ^b	.44 ^a	.32 ^a	.43 ^a	.49 ^a	.30 ^a
İstifleme	.30 ^a	.31 ^a	.27 ^a	.24 ^b	.36 ^a	.27 ^b	.35 ^a	.31 ^a	.29 ^a
Düzenleme	.24 ^a	.22 ^a	.26 ^a	.12 ^d	.17 ^c	.22 ^c	.28 ^a	.17 ^b	.24 ^a
Kontrol	.35 ^a	.43 ^a	.36 ^a	.23 ^c	.30 ^a	.23 ^b	.18 ^b	.17 ^b	.21 ^a
Nötrleştirme	.42 ^a	.37 ^a	.36 ^a	.38 ^a	.43 ^a	.40 ^a	.36 ^a	.19 ^b	.26 ^a

^a $p < 0.001$, ^b $p < 0.01$, ^c $p < 0.05$, ^d $p > 0.05$
OKÖ-R: Obsesif Kompulsif Ölçek Revize Edilmiş, DKÖ: Düşünce Kaynaşma Ölçeği, RHIÖ: Ritüeller Hakkında İnanışlar Ölçeği, DIÖ: Durdurma İşaretleri Ölçeği

6. 3. 3. Üstbiliş Alt Ölçekleri ile Bilişsel Alt Ölçekler ve OK Belirtiler Arası İlişki

Üstbiliş Alt Ölçekleri ile Bilişsel Alt Ölçekler ve OK Belirtiler Arası İlişki Tablo 5'te özetlenmiştir.

DKÖ-olay ile OKÖ-R boyutları arasındaki korelasyon katsayısı .24 ile .50 arasındaydı. En yüksek korelasyon katsayısı OKÖ-R toplam ile bulunurken; en düşük korelasyon katsayısı ise düzenleme ile bulundu ($p < 0.001$).

DKÖ-eylem ile OKÖ-R boyutları arasındaki korelasyon katsayısı .15 ile .36 arasındaydı. En yüksek korelasyon katsayısı OKÖ-R toplam ile bulunurken; en düşük korelasyon katsayısı ise düzenleme ile bulundu ($p < 0.001$).

DKÖ-nesne ile OKÖ-R boyutları arasındaki korelasyon katsayısı .21 ile .45 arasındaydı. En yüksek korelasyon katsayısı OKÖ-R toplam ve yıkama ile bulunurken; en düşük korelasyon katsayısı ise düzenleme ile bulundu ($p<0.001$).

RHİÖ-DKD ile OKÖ-R boyutları arasındaki korelasyon katsayısı .17 ile .48 arasındaydı. En yüksek korelasyon katsayısı takıntı ile bulunurken; en düşük korelasyon katsayısı ise düzenleme ile bulundu ($p<0.001$).

RHİÖ-SİY ile OKÖ-R boyutları arasındaki korelasyon katsayısı .22 ile .58 arasındaydı. En yüksek korelasyon katsayısı OKÖ-R toplam ile bulunurken; en düşük korelasyon katsayısı ise düzenleme ile bulundu ($p<0.001$).

RHİÖ-A ile OKÖ-R boyutları arasındaki korelasyon katsayısı .17 ile .58 arasındaydı. En yüksek korelasyon katsayısı OKÖ-R toplam ile bulunurken; en düşük korelasyon katsayısı ise istifleme ile bulundu ($p<0.001$).

DKÖ-olay ile MK, sorumluluk ve tehlike için korelasyon katsayıları sırasıyla .43, .39 ve .50 olarak hesaplandı ($p<0.001$).

DKÖ-eylem ile MK, sorumluluk ve tehlike için korelasyon katsayıları sırasıyla .29, .29 ve .42 olarak hesaplandı ($p<0.001$).

DKÖ nesne ile MK, sorumluluk ve tehlike için korelasyon katsayıları sırasıyla .36, .32 ve .38 olarak hesaplandı ($p<0.001$).

RHİÖ-DKD ile MK, sorumluluk ve tehlike için korelasyon katsayıları sırasıyla .44, .42 ve .53 olarak hesaplandı ($p<0.001$).

RHİÖ-SİY ile MK, sorumluluk ve tehlike için korelasyon katsayıları sırasıyla .49, .47 ve .58 olarak hesaplandı. Tüm değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı ($p<0.001$).

RHİÖ-A ile MK, sorumluluk ve tehlike için korelasyon katsayıları sırasıyla .53, .51 ve .55 olarak hesaplandı ($p<0.001$).

Tablo 5. ÜB Alt Ölçekler ile Bilişsel Alt Ölçekler ve OK Belirtiler Arası İlişki(n:306)

<i>Pearson Korelasyon</i>	Olay	Eylem	Nesne	DKD	SİY	A
OKÖ-R	.50 ^a	.36 ^a	.45 ^a	.45 ^a	.58 ^a	.51 ^a
Yıkama	.47 ^a	.30 ^a	.45 ^a	.40 ^a	.46 ^a	.42 ^a
Takıntı	.44 ^a	.37 ^a	.37 ^a	.48 ^a	.58 ^a	.58 ^a
İstifleme	.27 ^a	.24 ^a	.26 ^a	.28 ^a	.32 ^a	.17 ^a
Düzenleme	.24 ^a	.15 ^a	.21 ^a	.17 ^a	.22 ^a	.23 ^a
Kontrol	.34 ^a	.26 ^a	.27 ^a	.28 ^a	.46 ^a	.44 ^a
Nötrleştirme	.40 ^a	.19 ^a	.42 ^a	.30 ^a	.39 ^a	.30 ^a
MK	.43 ^a	.29 ^a	.36 ^a	.44 ^a	.49 ^a	.53 ^a
Sorumluluk	.39 ^a	.29 ^a	.32 ^a	.42 ^a	.47 ^a	.51 ^a
Tehlike	.50 ^a	.42 ^a	.38 ^a	.53 ^a	.58 ^a	.55 ^a

^a $p < 0.001$; OKÖ-R: Obsesif Kompulsif Ölçek Revize DKD: Davranış ve Karakter Değişimi, SIY: Suçluluk ve İşlev Yitimi A: Anksiyete, MK: Mükemmeliyetçilik-Kesinlik

6. 4. Regresyon Analizleri

6. 4. 1. OK belirtilerin Endişe, Bilişler ve Üstbilişsel İnanışlar Tarafından

Yordanması

OK belirtilerin endişe, bilişler ve üstbilişler yordanmasına ilişkin regresyon analizi Tablo 6’da özetlenmiştir.

YBOKÖ bağımlı değişkeni için PDEÖ, OİÖ-Te, OİÖ-MK, OİÖ-S, DKÖ, RHİÖ ve DİÖ bağımsız değişkenleri regresyon analizine birlikte girdiğinde düzenlenmiş $r^2(\text{adj}r^2)$ değeri .28 olarak bulundu. YBOKÖ bağımlı değişken olduğu regresyon analizinde bağımsız değişkenlere ait β değeri ve t değerlerine incelendiğinde;

PDEÖ için β değeri .00, t değeri 0.04 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı($p:0.97$).

OİÖ-Te için β değeri .12, t değeri 0.99 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı($p:0.32$).

OİÖ-MK için β değeri .04, t değeri 0.33 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı(p:0.74).

OİÖ-S için β değeri .18, t değeri 1.48 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı(p:0.14).

DKÖ için β değeri .13, t değeri 1.22 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı(p:0.24).

RHİÖ için β değeri .30, t değeri 2.65 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı(p:0.009).

DİÖ için β değeri -.06, t değeri -0.57 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı(p:0.57).

OKÖ-R bağımlı değişkeni için PDEÖ, OİÖ-Te, OİÖ-MK, OİÖ-S, DKÖ, RHİÖ ve DİÖ bağımsız değişkenleri regresyon analizine birlikte girdiğinde düzenlenmiş $r^2(\text{adjr}^2)$ değeri .50 olarak bulundu. OKÖ-R bağımlı değişken olduğu regresyon analizinde bağımsız değişkenlere ait β değeri ve t değerlerine incelendiğinde;

PDEÖ için β değeri .25 t değeri 4.43 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı(p:<0.0001).

OİÖ-Te için β değeri .13, t değeri 1.75 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı(p:0.081).

OİÖ-MK için β değeri .17, t değeri 2.44 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı(p:0.015).

OİÖ-S için β değeri -.09, t değeri -1.32 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı(p:0.185).

DKÖ için β değeri .17, t değeri 3.25 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p:0.001$).

RHIÖ için β değeri .13, t değeri 2.24 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p:0.026$).

DIÖ için β değeri .14, t değeri 2.26 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p:0.008$).

Tablo 6. OK belirtilerin endişe, bilişsel ve üstbilişsel yordayıcıları

YBOKÖ ^a n:106	<i>B</i>	<i>T</i>	<i>P</i>	OKÖ-R ^b n:305	β	<i>T</i>	<i>p</i>
PDEÖ	.00	0.04	0.97	PDEÖ	0.25	4.43	<0.0001
OİÖ-Te	.12	0.99	0.32	OİÖ-Te	0.13	1.75	0.081
OİÖ-MK	.04	0.33	0.74	OİÖ-MK	0.17	2.44	0.015
OİÖ-S	.18	1.48	0.14	OİÖ-S	-0.09	-1.32	0.185
DKÖ	.13	1.22	0.24	DKÖ	0.17	3.25	0.001
RHIÖ	.30	2.65	0.009	RHIÖ	0.13	2.24	0.026
DIÖ	-.06	-0.57	0.57	DIÖ	0.14	2.66	0.008

^a($r: .57$; $adjr^2: .28$)

^b($r: .71$; $adjr^2: .50$)

YBOKÖ: Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği, OİÖ: Obsesif İnanışlar Ölçeği, DKÖ: Düşünce Kaynaşma Ölçeği, RHIÖ: Ritüeller Hakkında İnanışlar Ölçeği, DIÖ: Durdurma İşaretleri Ölçeği, MK: Mükemmeliyetçilik-Kesinlik, S: Sorumluluk, Te: Tehlike, PDEÖ: Penn Durum Endişe Ölçeği

6. 4. 2. YBOKÖ Üzerine Endişe ve Üstbilişsel Yordayıcıların Hiyerarşik Regresyon Modeli

YBOKÖ'nün bağımlı değişken olduğu hiyerarşik regresyon modeline adım 1' de PDEÖ, adım 2' de DKÖ, adım 3'de RHIÖ ve adım 4'de DIÖ katıldı. Hiyerarşik regresyon modeli Tablo 7'de özetlenmiştir. Modelin basamaklarına ilişkin Δr^2 , β ve t değerleri incelendiğinde;

Adım 1' de Δr^2 değeri .12 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p<0.001$). Adım 1 için β değeri .35 ve t değeri 3.78 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p<0.001$).

Adım 2' de Δr^2 değeri .08 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p=0.002$). Adım 2 PDEÖ için β değeri .25 ve t değeri 2.64 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p=0.009$). Adım 2 DKÖ için β değeri .29 ve t değeri 3.13 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p=0.002$).

Adım 3' de Δr^2 değeri .07 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p=0.002$). Adım 3 PDEÖ için β değeri .12 ve t değeri 1.16 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı($p=0.25$). Adım 3 DKÖ için β değeri .15 ve t değeri 1.52 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı($p=0.13$). Adım 3 RHİÖ için β değeri .35 ve t değeri 3.12 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p=0.002$).

Adım 4' de Δr^2 değeri .00 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı($p=0.94$). Adım 4 PDEÖ için β değeri .12 ve t değeri 1.14 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı($p=0.26$). Adım 4 DKÖ için β değeri .16 ve t değeri 1.50 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı($p=0.14$). Adım 4 RHİÖ için β değeri .35 ve t değeri 3.09 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p=0.003$). Adım 4 DİÖ için β değeri -.01 ve t değeri -0.08 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı($p=0.94$).

Tablo 7. YBOKÖ Üzerine Endişe ve Üstbilişsel Yordayıcıların Hiyerarşik Regresyon Modeli

YBOKÖ (n:106)	Δr^2	sig.	B	T	sig.
ADIM 1	.12	<0.001			
PDEÖ			.35	3.78	<0.001
ADIM2	.08	.002			
PDEÖ			.25	2.64	.009
DKÖ			.29	3.13	.002
ADIM3	.07	.002			
PDEÖ			.12	1.16	.25
DKÖ			.15	1.52	.131
RHİÖ			.35	3.12	.002
ADIM4	.00	.939			
PDEÖ			.12	1.14	.256
DKÖ			.16	1.50	.138
RHİÖ			.35	3.09	.003
DİÖ			-.01	-0.08	.94

YBOKÖ: Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği, DKÖ: Düşünce Kaynaşma Ölçeği, RHİÖ: Ritüeller Hakkında İnanışlar Ölçeği, DİÖ: Durdurma İşaretleri Ölçeği, PDEÖ.: Penn Durum Endişe Ölçeği

6. 4. 3. OKÖ-R Üzerine Endişe ve Üstbilişsel Yordayıcılarının Hiyerarşik Regresyon Modeli

OKÖ-R'nin bağımlı değişken olduğu hiyerarşik regresyon modeline adım 1' de PDEÖ, adım 2' de DKÖ, adım 3'de RHİÖ ve adım 4'de DİÖ katıldı. Hiyerarşik regresyon modeli Tablo 8'de özetlenmiştir. Modelin basamaklarına ilişkin ΔR , β ve t değerleri incelendiğinde;

Adım 1' de Δr^2 değeri .362 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p < 0.001$). Adım 1 için β değeri .60 ve t değeri 13.2 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p < 0.001$).

Adım 2' de Δr^2 değeri .08 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p < 0.001$). Adım 2 PDEÖ için β değeri .46 ve t değeri 9.43 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p < 0.001$). Adım 2 DKÖ için β değeri .32 ve t değeri 6.53 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p < 0.001$).

Adım 3' de Δr^2 değeri .027 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p < 0.001$). Adım 3 PDEÖ için β değeri .37 ve t değeri 6.96 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p < 0.001$). Adım 3 DKÖ için β değeri .23 ve t değeri 4.36 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p < 0.001$). Adım 3 RHİÖ için β değeri .22 ve t değeri 3.90 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p < 0.001$).

Adım 4' de Δr^2 değeri .02 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p < 0.002$). Adım 4 PDEÖ için β değeri .34 ve t değeri 6.40 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p < 0.001$). Adım 4 DKÖ için β değeri .20 ve t değeri 3.78 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı($p < 0.001$). Adım 4 RHİÖ için β değeri .18 ve t değeri 3.04 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p < 0.003$). Adım 4 DİÖ için β değeri .16 ve t değeri 3.12 olarak bulundu. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı($p < 0.002$).

Tablo 8. OK belirtilerin endişe ve üstbilişsel yordayıcıların hiyerarşik regresyon modeli

OKÖ-R (n:306)	ΔR	<i>sig.</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>sig.</i>
ADIM 1	.36	<0.001			
PDEÖ			.604	13.2	<0.001
ADIM2	.08	<0.001			
PDEÖ			.457	9.43	<0.001
DKÖ			.316	6.53	<0.001
ADIM3	.03	<0.001			
PDEÖ			.367	6.96	<0.001
DKÖ			.228	4.36	<0.001
RHIÖ			.223	3.90	<0.001
ADIM4	.02	.002			
PDEÖ			.338	6.40	<0.001
DKÖ			.199	3.78	<0.001
RHIÖ			.177	3.04	.003
DIÖ			.156	3.12	.002

OKÖ-R: Obsesif Kompulsif Ölçek Revize Edilmiş, OİÖ: Obsesif İnanışlar Ölçeği, DKÖ: Düşünce Kaynaşma Ölçeği, RHIÖ: Ritüeller Hakkında İnanışlar Ölçeği, DIÖ: Durdurma İşaretleri Ölçeği, PDEÖ.: Penn Durum Endişe Ölçeği

7. TARTIŞMA

Wells'in OKB'nin üstbilişsel modelinin (160, 161), temelinde düşünce kaynaşması inançları, ritüellere ilişkin inançlar ve durdurma işaretleri hakkında inançları yer alır. Bu Üstbiliş alanlarının OK belirtiler ile ilişkisi, endişe ve diğer biliş alanları kontrol altında tutulduğunda ÜB'lerin OK belirtileri açıklayabildiği literatürde gösterilmiştir(135, 148). OK yakınlarına sunduğu kapsamlı ve yenilikçi açıklamalarla dikkat çeken üstbilişsel modele dair farklı kültürlerde yapılan çalışmaların azlığı bu alanı çalışmacılar için ilgi odağı haline getirmiştir. Yapılan bu çalışma ile Türk örneğinde Wells'in OK modelinin geçerliliği test edilmiştir.

7. 1. Ortalama Değer ve Korelasyonlara İlişkin Analizler

Üç üstbiliş, OK belirtiler(istifleme dışında) ve OK bilişler OKB grupta kontrol grubundan daha yüksek puanlar almış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark sağlanmıştır. Üç üstbilişsel inanç alanı için de büyük etki büyüklüğü(DKÖ Cohen $d=0.87$, RHİÖ Cohen $d=1.25$ ve DİÖ Cohen $d=0.97$) saptanmıştır. Elde edilen bu veriler Solem ve arkadaşlarının(2010) yaptıkları çalışmada da klinik grupta non-klinik gruba göre daha yüksek ortalama puanlar elde edilmiştir. Ancak bu çalışmada DKÖ için çalışmamızla benzer etki büyüklüğü saptansa da RHİÖ için daha büyük bir etki büyüklüğü saptanmıştır. Elde edilen bu sonuçlar aynı çalışmadaki OKÖ-R puanları düşünüldüğünde klinik grubun hastalık şiddetin daha yüksek olmasına bağlı olabilir.

Toplam OK belirti skorları(hekim bildirim ve öz bildirim dayalı) üstbilişlerle zayıf orta düzeyde korelasyon($r:0.34-0.57$) göstermiştir. Çalışmamızdaki OK belirtiler ile üstbilişlerin korelasyon verileri literatürdeki çalışmalardan farklı olarak öz bildirim dışında hekim görüşünü de ortaya koymaktadır. Öz bildirim dayalı olan Orijinal çalışmanın(135) yanı sıra OK belirtilerin üstbilişlerle korelasyonunun değerlendirildiği diğer çalışmaların sonuçlarıyla(148, 162, 163) elde ettiğimiz sonuçlar tutarlıdır.

OK belirti boyutları ile toplam grupta 0.22-0.60 arasında değişen korelasyon göstermiştir. Tüm grupta elde edilen sonuçlar OK belirtiler ile üstbilişlerim ilişkisini gösteren çalışmalar ile benzerlik göstermektedir(135, 141, 142, 147).Klinik ve kontrol grubunda kimi OK belirti boyutlarında(düzenleme ve istifleme) üstbilişler ile

korelasyon göstermemiştir. Solem ve arkadaşlarının(2010) yaptığı çalışmada da kimi OK belirti boyutlarının üstbilişler ile korelasyon göstermediği gösterilmiştir(148). Jürgen ve arkadaşlarını(2019) yaptıkları çalışmada tüm OK belirtilerin üstbilişlere ilişkin ek varyansı açıklayamadığı gösterilmiştir(162). Üstbiliş alt ölçekleri obsesif belirtileri de toplam üstbiliş ölçek puanlarına benzer şekilde zayıf orta korelasyon göstermiştir. Düzenleme ve istifleme ile toplam üstbiliş ölçeklerine benzer şekilde üstbiliş alt ölçekleri ile korelasyon göstermemiştir. Literatür verileri ışığında elde ettiğimiz sonuçlar örneklem büyüklüğü, OK belirtilere ilişkin alt ölçeklere dayalı kısıtlılıklar ile ilişkili olabileceği gibi üstbilişlerin tüm OK belirtileri aynı düzeyde açıklayamıyor olması ile ilişkili olabilir.

OK biliş alanlarının ve patolojik endişenin üstbiliş ölçek ile olan korelasyonu belirlenmiştir. Üstbilişler, diğer biliş alanları($r:0.40-0.62$) ve endişe($0.43-0.60$) orta büyüklükte korelasyon göstermiştir. Korelasyon sonuçları literatür sonuçları ile tutarlıdır(135, 148, 164). Korelasyon verileri üstbilişlerin endişe ve diğer bilişlerin ilişkisine işaret etmektedir. Bu açıdan elde edilen sonuçların üstbilişsel modelin hedeflediği özgünlüğünün ve kapsayıcılığının ne kadar gerçekleştirebildiği sorusunu beraberinde getirmiştir. Bu soruyu açıklamak adına yapılan regresyon ve hiyerarşik regresyon analizi ile endişe ve bilişlerin kontrol altına alındığında üstbilişlerin OK belirtileri ne ölçüde açıkladığı test edilmiştir.

7. 2. Regresyon Analizleri

Ruhsal hastalıkları genel geçer bir etiyolojik model sunmak, çoğu kez objektif kanıtlar sunabilen diğer tıp alanlarına göre çok daha zordur. Wells'in ruhsal hastalıklar hakkında sunduğu üstbilişsel modelin ilk aşamadan itibaren sunduğu deneysel kanıtlar ise belki de kuramını bu denli güçlü yapmıştır. Özellikle OKB üzerine farklı şekilde bir çok çalışma dizayn edilmiştir. Bu çalışmalarda daha eski tarihli olanlar üstbiliş ölçeğine, daha yakın tarihli olanlar (daha az sayıda çalışma olmakla beraber)i çalışmamızda kullanılan DKÖ, RHIÖ ve DIÖ'e dayanmaktadır.

Cartwright-Hatton ve Wells OKB ve YAB olan bireylerde üstbilişleri değerlendirdikleri çalışmalarında, BDS'e işaret eden bilişsel farkındalık alanın OKB grupta daha yüksek olduğunu belirlemiştir(138). Bu çalışmadan esinlenen bir başka

çalışmada OKB hastalarının bilişsel farkındalık alanının diğer anksiyete bozukluklarından ayırt ediciliği gösterilmiştir(127). Solem ve arkadaşlarının(2010) Norveç örneğinde yaptıkları çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde kaynaşma inançları ve ritüeller hakkında inanışların klinik ve klinik olmayan grubu ayırt edebildiğini göstermiştir(30). Kesitsel çalışmaların yanı sıra OKB hastalarında üstbilişsel modele ilişkin yapılan prospektif bir çalışmada OK bireylerde yakınmaların aktifleşen ÜB alanları ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (165). Üstbilişsel modelin obsesif belirtileri açıklayıcılığı farklı yaş gruplarında da ortaya konulmuştur. Cartwright-Hatton 13-17 yaş aralığında düşüncenin kontrol edilmezliğine dair inanç alanı klinik ve klinik olmayan, obsesif belirtiler üzerine ayırt ediciliği gösterilmiştir(166). Farklı yaş gruplarının yanı sıra Avrupa dışındaki farklı kültürlerde de OK belirtileri ayırt ediciliği gösterilmiştir(167). Cartwright-Hatton ve Wells (1997) YAB ve OKB olan bireylerin sadece ÜBO'nun bilişsel farkındalık boyunda farklılaştığını göstermişlerdir. OKB grubu bilişsel farkındalık alt ölçeğinde belirgin yüksek puan almıştır. Bilişsel farkındalık düşünceye ve düşünce süreçlerine dair artmış izleme işaret eder (126). Bu da tam da Wells'in BDS'sine karşılık gelmektedir. Wells ve Papageorgiou'nun (1998) yaptıkları çalışmada, patolojik endişe ile üstbilis arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Bu çalışmada endişe kontrol edildiğinde bile üstbilislerin OK belirtileri açıkladığı gösterilmiştir (26). Sica ve arkadaşlarının (2007) 80 öğrenci üzerinde yaptıkları prospektif bir araştırmada, endişenin kontrol edilemezliği ve endişenin tehlikeliliği hakkında olumsuz üstbilişsel inançların 4 aylık bir süre boyunca OK semptomlarını öngördüğünü bulmuştur. Üstbilislerin (özellikle olumsuz üstbilisler)endişe ve OK semptomları kontrol ettikten sonra bile endişe üzerine önemli miktarda varyansı($\Delta R^2 = 0.04$) açıklanmıştır (143).

Literatürdeki farklı şekilde tasarlanan bu çalışmaların varmaya çalıştıkları nihai sonuç, sunulan OKB modelinin OK belirtilerle ilişkili olduğu, diğer anksiyete bozukluklarından ziyade OKB'e has olduğu ve diğer bilişsel modellerden öte bir açıklayıcılığı olduğudur. Çalışmamızda hekim görüşüne dayalı OK belirtiler(YBOKÖ) PDEÖ, OİÖ boyutları ve üstbilis alanları ile birlikte regresyon modeline girdiğinde OK belirtilerin yüzde 28'ini açıklayabildiği ve sadece RHİÖ'nin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. Öz bilime dayalı OK belirtiler PDEÖ, OİÖ boyutları bağımlı değişkeni hakkında OK bilis ve üstbilis alanları birlikte regresyon modeline sokulmuştur. Üç üstbilis alanı da istatistiksel açıdan anlamlı ilişki

göstermiştir. Üstbiliş alanlarının yanı sıra endişe, mükemmeliyetçilik-kesinlik istatistiksel açıdan anlamlı ilişki gösterirken sorumluluk ve tehlike istatistiksel açıdan anlamlı ilişki göstermemiştir. Endişe kontrol altında tutulduğunda DKÖ, RHIÖ ve DIÖ sırayla hiyerarşik regresyon modeline sokulduğunda OKÖ-R için DKÖ ($\Delta r^2 = .08$), RHIÖ ($\Delta r^2 = .03$) ve DIÖ ($\Delta r^2 = .02$) istatistiksel açıdan anlamlı ilişki elde edilmiş ve ÜB'ler ek varyansı açıklamaya devam etmiştir. YBOKÖ için hiyerarşik regresyon modeli 2. ve 3. adımlarda sırasıyla DKÖ ($\Delta r^2 = .08$) ve RHIÖ ($\Delta r^2 = .07$) istatistiksel açıdan anlamlı ilişki elde ederek ek varyansı açıklamışken DIÖ varyansa ek katkıda bulunmamıştır. Dolayısıyla OKÖ-R ile elde edilen sonuçlar literatür çalışmaları ile benzer sonuçları desteklemektedir (135, 148). Ancak YBOKÖ ile elde edilen verilerde üstbilişlerin OKÖ-R'e göre varyansa katkı yapmadığı belirlenmiştir. YBOKÖ bağımlı değişkenine ilişkin elde edilen sonuçları modeli kısmen açıklayabilmiştir. Çalışma kapsamında çoğu hastanın kesitsel süreçte kısıtlı zamanda değerlendirilmesinden, YBOKÖ belirtiden ziyade hastalığın şiddeti daha fazla ilişkili olmamsından ve şiddete ilişkin örneklemin ar bir aralıkta yoğunlaşmasından kaynaklı olabilir.

7. 3. Çalışma Kısıtlılıkları ve Özgün Yanları

Çalışmamızdaki sonuçlar Türk örnekleminde üstbilişsel modelin OK belirtileri açıklayabilirliği gösterilmiş olsa da çalışma bir takım kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bunlar;

-Kimi sosyodemografik(Yaş ve cinsiyet) özellikler açısından klinik ve klinik olmayan örneklem arasında fark bulunması,

-Çalışmanın kesitsel olması ve ileriye dönük verilerin bulunmaması,

-Değerlendiriciye bağlı olabilecek verilerin yapılan klinik değerlendirmede yaratabileceği olumsuz sonuçlar,

-Özellikle klinik grubunda ilaç ve/veya ilaç dışı tedavi öyküsünün hali hazırda ve/veya geçmişte bulunması,

-Korbid ruhsal hastalık özgeçmiş ve soygeçmişte ruhsal hastalık öyküsü varlığının sonuçlara olası etkileridir.

Çalışmamızı OKB’de üstbiliş alanında yapılan diğer çalışmalardan güçlü ve özgün kılan kimi özellikler söz konusudur. Bunlar;

-Kullanılan değerlendirme araçlarının tez sürecinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olması ve daha önce bu ölçeklerin herhangi bir ulusal çalışmada kullanılmamış olması,

-Orijinal çalışmada klinik grup olmaması, çalışmamızda literatürdeki benzer çalışmalardan büyük bir klinik popülasyonun olması,

-Kimi sosyodemografik özellikler (cinsiyet, eğitim düzeyi, ailede ruhsal hastalık öyküsü) açısından klinik ve kontrol grubu arasında fark bulunmaması,

-Çalışma alanında yapılan farklı kültürlere dair çalışmaların kısıtlı sayıda olmasıdır.

7. 4. Sonuçların Olası Klinik Yansımaları

OKB için tedavi rehberlerinde önerilen tedavi seçenekleri BDT ve/veya farmakolojik tedavidir. BDT uygulamaları sırasında yaşanan hasta kaynaklı olumsuzluklar(tedaviden ayrılma, tedaviyi reddetme gibi), tedavi verene dair problemler(BDT uygulamalarının zorlayıcı bulunması gibi) ve OKB’de eş tanı sıklığının yüksek olması uygun BDT protokolüne rağmen tedavide yanıtızsızlığa ve hastalık belirtilerinin tekrarına yol açmaktadır (168-172). Bu durum BDT’den farklı ve transdiyagnostik bir bakış açısını gerekli kılmıştır.

Üstbilişsel tedavi uygulamalarına ilişkin sonuçlar OKB tedavisinde karşılaşılan problemlere yanıt verebileceğine işaret etmektedir. ÜBT izlem çalışmaları hastalarda semptomların şiddetinde azalma yüksek iyileşme oranları, iyilik halinin uzun süre devam ettiği ve düşük tedavi reddi oranları tespit edilmiştir (133, 173-175) .OKB gibi tedavisi zor ve sık farklı semptomlarla tekrar kendini gösterebilen bir hastalık için elde

edilen bu sonuçlar umut vericidir. OKB etiyojisine ilişkin düşünce kaynaşma inançları, ritüellere dair inançlar ve durdurma işaretleri ile ilgili inançlar hakkında elde edilen veriler, bu alanlarda uygulanabilecek ÜBT yöntemlerinin bilimsel alt yapısını oluşturur. Eylem, olay ve nesne boyutlarında zihinsel süreçlerin, düşünceden öte sanki gerçekmiş gibi algılandığı durumlar düşünce kaynaşmasıdır. Kaynaşma inançlarına yönelik mesafeli farkındalık geliştirme, nesne modu ve üstbilis mod ayırımına yönelik çalışmalar, dikkat süreçlerini yönetme, endişeyi erteleme ve inanışların sınanması yapılabilecek ÜBT uygulamalarıdır (119, 174, 176). Ritüellere ilişkin inançlar ritüelerin gerçekleşmemesinin anksiyete, suçluluk, işlev kaybı, davranış ve karakter üzerine etkileri hakkında yapılan atıfları ifade eder. ÜBT bu alanda kanıt inceleme, sokratik sorgulama ile işlevsel üstbilis farkındalık kazanmayı, ritüel değişikliğine yönelik alıştırmalar ve ritüelleri öteleme ya da durdurma gibi teknikler kullanılarak amaca yönelik bir müdahale alanı sağlar (119, 174, 176). Dur işaretlerine ilişkin inanışlar ritüellerin ne zaman sona erdirileceğine yönelik kurallar ile ilgilidir. ÜBT uygulamaları ritüeller hakkında inanışlarda uygulanabilen yöntemler kullanılarak bu işaretleri ele alınır. ÜBT yöntemleri ile bu işaretlerin ne kadar gerekli ve uyuma yönelik olduğu, bunların yerine işlevselliğe hizmet eden ne koyulabileceği veya bir durdurma işaretine ihtiyacın olup olmadığı çalışılabilir (119, 174, 176).

8. SONUÇ

Bu çalışmanın bulguları obsesif kompulsif semptomların üstbilişsel modeli hakkında literatür verilerine destek sağlamaktadır. Bu sonuçların potansiyel klinik kullanımı, füzyon inançlarına meydan okumayı, düşünce deneyimlerini değiştirmeyi ve yeni düşünce-kontrol stratejilerinin oluşmasını amaçlayan OKB'nin üstbilişsel terapisi üzerine yapılan araştırmalara yansıtılabilir. Kaynaşma inançlarının yanı sıra ritüellere ilişkin inançlar ve dur sinyallerine ilişkin inançlar hakkında elde edilen sonuçlar, klinik uygulamalarda klinisyenin elini güçlendirebilecek müdahale alanlarına temel oluşturabilir.



9. KAYNAKLAR

1. Freeston MH, Ladouceur R. Appraisal of cognitive intrusions and response style: replication and extension. *Behaviour research and therapy*. 1993;31(2):185-91.
2. Freeston MH, Ladouceur R, Thibodeau N, Gagnon F. Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour research and therapy*. 1991;29(6):585-97.
3. Muris P, Merckelbach H, Clavan M. Abnormal and normal compulsions. *Behaviour research and therapy*. 1997;35(3):249-52.
4. Niler ER, Beck SJ. The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population. *Behaviour research and therapy*. 1989;27(3):213-20.
5. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behaviour research and therapy*. 1978;16(4):233-48.
6. Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions--a replication. *Behaviour research and therapy*. 1984;22(5):549-52.
7. Purdon C, Clark D. Metacognition and Obsessions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 1999;6:102-10.
8. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behaviour research and therapy*. 1997;35(9):793-802.
9. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour research and therapy*. 1998;36(4):385-401.
10. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*. 1985;23(5):571-83.

11. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour research and therapy*. 1989;27(6):677-82; discussion 83-4.
12. Merckelbach H. A. Wells and G. Matthews (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective* Hove (UK): Lawrence Erlbaum. (402 pp.). 1995;2(2):134-.
13. Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *The British journal of psychiatry Supplement*. 1998(35):53-63.
14. Shafran R, Thordarson DS, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 1996;10(5):379-91.
15. Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour research and therapy*. 1993;31(8):713-20.
16. Purdon C, Clark DA. Metacognition and obsessions. 1999;6(2):102-10.
17. Purdon C, Clark DA. The need to control thoughts. *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Amsterdam, Netherlands: Pergamon/Elsevier Science Inc; 2002. p. 29-43.
18. Flavell JHJAp. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. 1979;34(10):906.
19. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behaviour research and therapy*. 1996;34(11-12):881-8.
20. Wells A, Matthews G. *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1994. xiii, 402-xiii, p.

21. Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1995;23(3):301-20.
22. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Does Meta-cognition or Responsibility Predict Obsessive-Compulsive Symptoms: A Test of the Metacognitive Model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2004;11(2):137-44.
23. Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*: John Wiley & Sons; 2002.
24. Emmelkamp PMG, Aardema A. Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. 1999;6(2):139-45.
25. Brown TA, Naragon-Gainey K. Evaluation of the unique and specific contributions of dimensions of the triple vulnerability model to the prediction of DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Behavior therapy*. 2013;44(2):277-92.
26. Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour research and therapy*. 1998;36(9):899-913.
27. Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SK. Too much thinking about thinking?: Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2003;17(2):181-95.
28. Solem S, Haland AT, Vogel PA, Hansen B, Wells A. Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behaviour research and therapy*. 2009;47(4):301-7.

29. Myers SG, Fisher PL, Wells A. 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):436-42.
30. Solem S, Myers SG, Fisher PL, Vogel PA, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: replication and extension. *J Anxiety Disord.* 2010;24(1):79-86.
31. Publishing D-APAJAAP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2013.
32. Bayraktar EJPD. Obsesif-kompulsif bozukluk. 1997;1:25-32.
33. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
34. Bayar R, Yavuz MJİCTF. Obsesif kompulsif bozukluk. 2008.
35. Işık U. ŞŞ. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Aysev A.S TYI, editor. İstanbul: Golden Print; 2007.
36. Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders. Antony MM, Barlow DH, editors. New York, NY, US: The Guilford Press; 2002. 291-5 p.
37. Brown TA, Moras K, Zinbarg RE, Barlow DH. Diagnostic and symptom distinguishability of generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Behavior therapy.* 1993;24(2):227-40.
38. Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N. Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.* 1993;15(1):1-21.

39. Turner SM, Beidel DC, Stanley MA. Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena? *Clinical Psychology Review*. 1992;12(2):257-70.
40. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Personality and Individual Differences*. 1994;17(6):791-802.
41. Simos G, Vaiopoulos C, Dimitriou E, Paraschos AJBT. Worries and obsessive features: A positive relationship. 1998;21:7-8.
42. Turner SM, Beidel DC, Stanley MAJCPR. Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena? 1992;12(2):257-70.
43. Wells A, Morrison AP. Qualitative dimensions of normal worry and normal obsessions: a comparative study. *Behaviour research and therapy*. 1994;32(8):867-70.
44. Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders: An overview. *Psychiatric Annals*. 1993;23(7):355-8.
45. Hollander E, Wong CM. Obsessive-compulsive spectrum disorders. *The Journal of clinical psychiatry*. 1995;56(Suppl 4):3-6.
46. van Oppen P, Gail S, Steketee (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder* New York: The Guilford Press (224 pp). 1995;2(1):67-.
47. Summerfeldt LJ, Huta V, Swinson RPJO-cdT, research,, treatment. *Personality and obsessive-compulsive disorder*. 1998:79-119.
48. Tallis F. *Obsessive-Compulsive Disorder: A Cognitive and Neuropsychological Perspective*. Chichester: Wiley; 1995.
49. Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*. 1994;32(3):343-53.

50. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of general psychiatry*. 1988;45(12):1094-9.
51. Kolada JL, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Obsessive-compulsive disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 1994;376:24-35.
52. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):617-27.
53. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *The Journal of clinical psychiatry*. 1994;55 Suppl:5-10.
54. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*. 1992;15(4):743-58.
55. Kolada JL, Bland RC, Newman SC. Obsessive-Compulsive Disorder. 1994;89(s376):24-35.
56. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. 1995;152(1):90-6.
57. Zohar A. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8(3), 445-460. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 1999;8:445-60.

58. Bebbington PE, Dunn G, Jenkins R, Lewis G, Brugha T, Farrell M, et al. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *Psychological medicine*. 1998;28(1):9-19.
59. Karno M, Golding J, Robins L, Regier D. *Psychiatric Disorders in America*. Free Press New York; 1991.
60. Carey G, Gottesman I, Klein D, Rabkin J. *Anxiety: new research and changing concept*. Raven Press New York; 1981.
61. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ, 3rd, Liang KY, LaBuda M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*. 2000;57(4):358-63.
62. Willour VL, Shugart YY, Samuels J, Grados M, Cullen B, Bienvenu III OJ, et al. Replication study supports evidence for linkage to 9p24 in obsessive-compulsive disorder. 2004;75(3):508-13.
63. Hemmings SM, Kinnear CJ, Niehaus DJ, Moolman-Smook JC, Lochner C, Knowles JA, et al. Investigating the role of dopaminergic and serotonergic candidate genes in obsessive-compulsive disorder. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2003;13(2):93-8.
64. Karşlıoğlu EH, Yüksel NJKP. Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. 2007;10(3):3-13.
65. Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update. *The Journal of clinical psychiatry*. 2004;65 Suppl 14:18-21.

66. Denys D, Zohar J, Westenberg HG. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *The Journal of clinical psychiatry*. 2004;65 Suppl 14:11-7.
67. Rosenberg DR, Hanna GL. Genetic and imaging strategies in obsessive-compulsive disorder: potential implications for treatment development. *Biological psychiatry*. 2000;48(12):1210-22.
68. CUTLER JL. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. LWW; 2016.
69. Freud SJPÜ, Ankara. Ketlemeler, semptomlar ve kaygı. 1997:229-329.
70. Association AP. Diagnostic criteria from dsM-iV-tr: American Psychiatric Pub; 2000.
71. Mowrer OJHer. On the dual nature of learning—a re-interpretation of "conditioning" and "problem-solving.". 1947.
72. Mowrer O. Learning theory and behavior. 1960.
73. Taylor S. Cognition in obsessive compulsive disorder: An overview. *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions*: Elsevier; 2002. p. 1-12.
74. Steketee G, Lam J. Obsessive-compulsive disorder. *Handbook of effective psychotherapy*: Springer; 1993. p. 253-78.
75. Jakes IC, Hemsley DRJCP, Theory PAIJo, Practice. The Characteristics of Obsessive-Compulsive Experience. 1996;3(2):93-102.
76. Rachman S, Hodgson R, Marks IMJBr, therapy. The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. 1971;9(3):237-47.
77. Rachman S, Marks I, Hodgson RJBR, Therapy. The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modelling and flooding in vivo. 1973;11(4):463-71.

78. Marks IJTCJoP. Behaviour therapy for obsessive—compulsive disorder: a decade of progress. 1997;42(10):1021-7.
79. Foa EB, Grayson JB, Steketee GS, Doppelt HG, Turner RM, Latimer PRJJoc, et al. Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. 1983;51(2):287.
80. McDonald R, Blizard RJHT. Quality assurance of outcome in mental health care: a model for routine use in clinical settings. 1988;20(4):111-4.
81. Rachman SJ, Hodgson RJ. Obsessions and compulsions: Prentice Hall; 1980.
82. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. 1984;41(10):949-58.
83. Weissman M, Horwarth MJPCNA. The epidemiology and crossnational presentation of Obsessive-Cumpulsive disorder. 2000;3(23):493-508.
84. Rachman SJBR, Therapy. Obsessional ruminations. 1971;9(3):229-35.
85. Hodgson RJ, Rachman SJBr, therapy. Obsessional-compulsive complaints. 1977;15(5):389-95.
86. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects: Hoeber Medical Division, Harper & Row; 1967.
87. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders: Penguin; 1979.
88. Salkovskis PJCitad. Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. 1996:103-33.
89. Abramowitz JS, Tolin DF, Street GPJCpr. Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. 2001;21(5):683-703.

90. Salkovskis PMJBR, Therapy. Understanding and treating obsessive compulsive disorder. 1999;37:S29-S52.
91. Salkovskis PM, Wroe A, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C, et al. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. 2000;38(4):347-72.
92. Wilson KA, Chambless DLJBR, Therapy. Inflated perceptions of responsibility and obsessive-compulsive symptoms. 1999;37(4):325-35.
93. Clark DA. A cognitive perspective on obsessive compulsive disorder and depression: Distinct and related features. Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Elsevier; 2002. p. 233-50.
94. Rhéaume J, Freeston MH, Dugas MJ, Letarte H, Ladouceur RJBr, therapy. Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. 1995;33(7):785-94.
95. Ladouceur R, Rhéaume J, Aublet FJBR, Therapy. Excessive responsibility in obsessional concerns: A fine-grained experimental analysis. 1997;35(5):423-7.
96. Lopatka C, Rachman SJBR, Therapy. Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. 1995;33(6):673-84.
97. Shafran RJBJoCP. The manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder. 1997;36(3):397-407.
98. Ladouceur R, Léger E, Rhéaume J, Dubé DJBR, Therapy. Correction of inflated responsibility in the treatment of obsessive-compulsive disorder. 1996;34(10):767-74.
99. Shafran R, Thordarson DS, Rachman SJJAd. Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. 1996;10(5):379-91.

100. Rachman S, Thordarson DS, Shafran R, Woody SRJBR, therapy. Perceived responsibility: Structure and significance. 1995;33(7):779-84.
101. Rassin E, Merckelbach H, Muris P, Schmidt HJBR, Therapy. The thought-action fusion scale: Further evidence for its reliability and validity. 2001;39(5):537-44.
102. Rassin E, Merckelbach H, Muris P, Spaan VJBr, therapy. Thought–action fusion as a causal factor in the development of intrusions. 1999;37(3):231-7.
103. Shafran R, Watkins E, Charman TJJAD. Guilt in obsessive-compulsive disorder. 1996;10(6):509-16.
104. Zucker BG, Craske MG, Barrios V, Holguin MJBR, Therapy. Thought action fusion: can it be corrected? 2002;40(6):653-64.
105. Rassin E, Diepstraten P, Merckelbach H, Muris PJBR, Therapy. Thought-action fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. 2001;39(7):757-64.
106. Thordarson DS, Whittal, M. L. & McLean, P. D., editor Thought-Action Fusion in OCD: Differences among OCD sub-types. The fusion of thoughts, actions and perceptions in psychopathology. Symposium conducted at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy; 2000; New Orleans.
107. Abramowitz JS, Whiteside S, Kalsy S, Tolin DFJBR, Therapy. Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: A replication and extension. 2003;41(5):529-40.
108. Tolin DF, Abramowitz JS, Przeworski A, Foa EBJBR, Therapy. Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. 2002;40(11):1255-74.

109. Tolin DF, Abramowitz JS, Hamlin C, Foa EB, Synodi DSJCT, Research. Attributions for thought suppression failure in obsessive–compulsive disorder. 2002;26(4):505-17.
110. Clark D, Purdon C, Wang AJBR, Therapy. The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: development of a measure of obsessional beliefs. 2003;41(6):655-69.
111. Research OCCWGJB, Therapy. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. 1997;35(7):667-81.
112. Research OCCWGJB, Therapy. Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. 2001;39(8):987-1006.
113. Research OCCWGJB, Therapy. Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. 2003;41(8):863-78.
114. Research OCCWGJB, Therapy. Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. 2005;43(11):1527-42.
115. Cucchi M, Bottelli V, Cavadini D, Ricci L, Conca V, Ronchi P, et al. An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. 2012;53(5):546-53.
116. Flavell JHJ. Metacognitive aspects of problem solving. 1976.
117. Brown AJN. Metacognitive development and reading. Theoretical issues in reading comprehension. 1980.
118. Fisher P, Wells A. Metacognitive therapy: Distinctive features: Routledge; 2009.

119. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression: Guilford press; 2011.
120. Wells AJJoCT. Advances in metacognitive therapy. 2013;6(2):186-201.
121. Spada MM, Mohiyeddini C, Wells AJP, differences I. Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the metacognitions questionnaire 30. 2008;45(3):238-42.
122. Wells AJB, psychotherapy c. Metacognitive therapy: Cognition applied to regulating cognition. 2008;36(6):651-8.
123. Wells A, Simons MJTWHoCBT. Metacognitive therapy: Thinking differently about thinking. 2013:1-24.
124. Wells A, Cartwright-Hatton SJBr, therapy. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. 2004;42(4):385-96.
125. Nelson TO, Stuart RB, Howard C, Crowley MJCP, Theory PAIJo, Practice. Metacognition and clinical psychology: A preliminary framework for research and practice. 1999;6(2):73-9.
126. Cartwright-Hatton S, Wells AJJoad. Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. 1997;11(3):279-96.
127. Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SKJJoAd. Too much thinking about thinking?: metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. 2003;17(2):181-95.
128. Cohen RJ, Calamari JEJCT, Research. Thought-focused attention and obsessive-compulsive symptoms: An evaluation of cognitive self-consciousness in a nonclinical sample. 2004;28(4):457-71.

129. de Bruin GO, Muris P, Rassin EJP, differences i. Are there specific meta-cognitions associated with vulnerability to symptoms of worry and obsessional thoughts? 2007;42(4):689-99.
130. Barahmand U. Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry research*. 2009;169(3):240-3.
131. Wells A, Leahy RL. *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Springer; 1998.
132. Shafran R, Rachman SJJ, Psychiatry E. Thought-action fusion: A review. 2004;35(2):87-107.
133. Fisher PL, Wells AJ, psychiatry e. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. 2008;39(2):117-32.
134. Meyer JF, Brown TAJA. Psychometric evaluation of the thought-action fusion scale in a large clinical sample. 2013;20(6):764-75.
135. Myers SG, Fisher PL, Wells AJ. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. 2009;23(4):436-42.
136. Wells A, McNicol KJ. The beliefs about rituals inventory (unpublished self-report scale). 2004.
137. Rachman S, de Silva PJB, therapy. *Abnormal and normal obsessions*. 1978;16(4):233-48.
138. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord*. 1997;11(3):279-96.
139. Wells A, Papageorgiou CJ, therapy. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. 1998;36(9):899-913.

140. Hermans D, Martens K, De Cort K, Pieters G, Eelen PJBR, Therapy. Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive–compulsive disorder. 2003;41(4):383-401.
141. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton SJCP, Theory PAIJo, Practice. Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive–compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. 2004;11(2):137-44.
142. Myers SG, Wells AJJoAD. Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. 2005;19(7):806-17.
143. Sica C, Steketee G, Ghisi M, Chiri LR, Franceschini SJCP, Theory PAIJo, et al. Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive–compulsive symptoms and coping styles: A preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample. 2007;14(4):258-68.
144. Spada MM, Nikčević AV, Moneta GB, Wells AJP, Differences I. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. 2008;44(5):1172-81.
145. Irak M, Tosun AJJoAD. Exploring the role of metacognition in obsessive–compulsive and anxiety symptoms. 2008;22(8):1316-25.
146. Yılmaz AE, Gençöz T, Wells AJCP, Theory PAIJo, Practice. Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Metacognitions Questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive–compulsive symptoms in a Turkish sample. 2008;15(6):424-39.
147. Myers SG, Fisher PL, Wells AJJoAD. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive–compulsive symptoms. 2008;22(3):475-84.

148. Solem S, Myers SG, Fisher PL, Vogel PA, Wells AJJoad. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: replication and extension. 2010;24(1):79-86.
149. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. 2002;14(4):485.
150. Yorulmaz O, Inozu M, Clark DA, Radomsky ASJPr. Psychometric Properties of the Obsessive—Compulsive Inventory—Revised in a Turkish Analogue Sample. 2015;117(3):781-93.
151. Boysan M, Besiroglu L, Çetinkaya N, Atli A, Aydin AJN-PA. Obsesif İnanislar Ölçeği-44'ün (OIÖ-44) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirligi/The Validity and Reliability of the Turkish Version of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44). 2010;47(3):216.
152. Woods CM, Tolin DF, Abramowitz JSJJoP, Assessment B. Dimensionality of the obsessive beliefs questionnaire (OBQ). 2004;26(2):113-25.
153. Meyer T, Miller M, Metzger R, Borkovec TJBR, Therapy. Development and validity of the Penn State Worry Scale. 1990;28:487-95.
154. Gwilliam PD. An investigation into the cognitive predictors of obsessive-compulsive symptoms: University of Manchester; 2001.
155. Guneyusu I, Batmaz S, Topaloglu OF, Akpınar AE. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbilişsel Modelde Değerlendirilmesi: Düşünce Kaynaşması Ölçeği, Ritüeller Hakkındaki İnanışlar Ölçeği ve Durdurma İşaretleri Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 54Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiriler Sayısı. 2018;29:83-.

156. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. 1989;46(11):1006-11.
157. Karamustafalıoğlu K, Üçışık A, Ulusoy M, Erkmen HJBSO. Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. 1993;86.
158. Rubin A, Babbie EJB, CA, USA: Brooks/Cole. Research methods for social work (ed.). 2005.
159. Sawilowsky SSJJoMASM. New effect size rules of thumb. 2009;8(2):26.
160. Wells A, Matthews GJBr, therapy. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. 1996;34(11-12):881-8.
161. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd; 2000. ix, 236-ix, p.
162. Jürgens C, Rupp C, Doeblner P, Andor F, Buhlmann UJJoO-C, Disorders R. Metacognition in obsessive-compulsive disorder symptom dimensions: Role of fusion beliefs, beliefs about rituals and stop signals. 2019;21:102-11.
163. McNicol K, Wells AJJoCT. Metacognition and obsessive-compulsive symptoms: The contribution of thought-fusion beliefs and beliefs about rituals. 2012;5(3):330-40.
164. Myers SG, Fisher PL, Wells AJJoCT. Metacognition and cognition as predictors of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. 2009;2(2):132-42.
165. Grøtte T, Solem S, Vogel PA, Güzey IC, Hansen B, Myers SGJCT, et al. Metacognition, responsibility, and perfectionism in obsessive-compulsive disorder. 2015;39(1):41-50.

166. Cartwright-Hatton S, Mather A, Illingworth V, Brocki J, Harrington R, Wells A. Development and preliminary validation of the Meta-cognitions Questionnaire-Adolescent Version. *J Anxiety Disord.* 2004;18(3):411-22.
167. Cho Y, Jahng S, Chai SJJocp. The factor structure and concurrent validity of the Korean version of the Metacognitions Questionnaire 30 (K-MCQ-30). 2012;68(3):349-91.
168. Öst L-G, Havnen A, Hansen B, Kvale GJCPR. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. 2015;40:156-69.
169. Mancebo MC, Eisen JL, Sibrava NJ, Dyck IR, Rasmussen SAJBt. Patient utilization of cognitive-behavioral therapy for OCD. 2011;42(3):399-412.,
170. Pittig A, Kotter R, Hoyer JJBt. The struggle of behavioral therapists with exposure: self-reported practicability, negative beliefs, and therapist distress about exposure-based interventions. 2019;50(2):353-66.
171. Hirschtritt ME, Bloch MH, Mathews CAJJ. Obsessive-compulsive disorder: advances in diagnosis and treatment. 2017;317(13):1358-67.
172. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RCJMp. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. 2010;15(1):53-63.
173. A. FPW. Obsessive compulsive disorder and metacognition: What we think we know! . World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies; Lima, Peru.2013.
174. van der Heiden C, van Rossen K, Dekker A, Damstra M, Deen MJJoO-C, Disorders R. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. 2016;9:24-9.

175. Ludvik D, Boschén MJJoO-C, Disorders R. Cognitive restructuring and detached mindfulness: Comparative impact on a compulsive checking task. 2015;5:8-15.
176. Wells A, Myers S, Simons M, Fisher PJTWHoOCD. Metacognitive Model and Treatment of OCD. 2017;1:644-62.



10. EKLER

EK 1: Etik Kurul Onayı

T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 83116987 - 121
Konu : Etik Kurul Kararı
Toplantı Tarihi : 04.04.2017
Toplantı No : 2017/04
Proje No : 17-KAEK-030

19.04.2017

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Sedat BATMAZ

Etik Kurulumuzun 04.04.2017 tarihli toplantısında görüşülen 17-KAEK-030 numaralı "Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbilişsel Modeli" başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Resul YILMAZ
Başkan

