

**T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI
ATATÜRK EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKIYATRI KLİNİĞİ**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKLU BİREYLERDE
METAKOGNİSYONLAR:
KLİNİK ÖZELLİKLER VE İÇGÖRÜ İLE İLİŞKİSİ**

**Uzmanlık Tezi
Dr. Sinay ÖNEN**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ**

Ankara, 2011

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim sırasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, değerli hocam ve tez danışmanım Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Şefi Prof. Dr. Ali Çayköylü'ye,

Kliniğimiz baş asistanı Dr. Görkem Karakaş Uğurlu'ya,

Kliniğimizde bir süre şef yardımcısı olarak çalışan ve bilgisi ile eğitimime önemli katkıları olan Prof. Dr. Murat Kuloğlu'na,

Kliniğimizde birlikte çalıştığımız ve her zaman bizlere abilik ve ablalık yapan tüm uzmanlarımıza,

Uzmanlık eğitimim boyunca mesai arkadaşlığı yaptığım tüm asistan doktor, psikolog, hemşire ve personel arkadaşlarıma,

Yıllardır içinde olduğum bu zorlu süreçte bana her zaman güvenen, desteğini her zaman hissettiğim sevgili babam Zülküf Altinel'e,

Uzaktan olmasına rağmen bunaldığım anlarda her türlü sıkıntımı, derdimi paylaşan, sevgisini asla esirgemeyen sevgili annem Ayşe Altinel'e,

Hayatımda iyi ki varsın dedirten ve her zaman başarılarıyla beni gururlandıran sevgili kardeşim Birant'a,

Hayatıma ilk girdiği andan beri varlığı ile huzur bulduğum, desteğini ve sevgisini asla benden esirgemeyen biricik eşim Efe Önen'e,

Sadece 1,5 yıldır dünyada olan ve geldiği gündən beri hayatımın en temiz duygularını yaşatan, hayatıma anlam katan canım kızım Ece'ye yürekten teşekkür ederim...

*Sinay ÖNEN
Ankara, 2011*

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ŞEKİLLER VE TABLOLAR DİZİNİ	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Tarihçe.....	3
2.1.3. Epidemiyoloji.....	4
2.1.4. Etyoloji.....	5
2.1.5. Klinik Özellikler.....	17
2.1.6. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri.....	21
2.1.7. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Eşanı.....	23
2.1.8. Gidiş ve Prognoz.....	24
2.1.9. Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü.....	25
2.1.10. Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörünün Değerlendirilmesi.....	26
2.2. Metakognisyon (Üstbilis) Kavramı.....	28
2.3. Metakognisyonlar ve Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	31
2.4. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Metakognitif Terapiler.....	33
3. GEREÇ ve YÖNTEM	35
4. BULGULAR	39
4.1. Sosyodemografik Özellikler.....	39
4.2. Klinik Özellikler.....	41
4.3. Grupların Metakognisyonlarının Klinik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	44
4.4. Obsesyon ve Kompulsiyon Tiplerine Göre Grupların Metakognisyonları Bakımından Karşılaştırılması.....	45
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇ	63
7. KAYNAKLAR	64

ÖZET

Giriş: Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) yineleyici obsesyonlar ve kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süregen ve kişinin işlevselliğini belirgin olarak etkileyen bir hastalıktır. Son dönemlerde “obsesyonların istenmeyen girici düşünce, imge ve dürtülerin hatalı yanlış yorumlanması sonucu ortaya çıktığı” görüşünden hareketle, obsesyonların gelişiminde bilişsel etmenlerin rolü üzerinde durulmaktadır. Bu çalışma ile, OKB’li bireylerdeki metakognisyonların belirlenmesi, klinik özellikler ve içgörü ile ilişkisinin ortaya konması, özellikle bilişsel terapi bağlamında OKB tedavisine katkıda bulunmaya çalışmak amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışmaya DSM-IV-TR’ye göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış 100 birey ve 50 sağlıklı kontrol dahil edildi. OKB’li bireylere, sosyodemografik ve klinik veri formu; klinik durumlarının, obsesyon-kompulsiyon tiplerinin ve hastalık şiddetlerinin belirlenebilmesi amacıyla Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS), Y-BOCS Semptom Kontrol Listesi, Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulandı. İçgörünün varlığı, Y-BOCS’un 11.maddesi ile değerlendirildi. Hem çalışma grubu hem de kontrol grubunun metakognisyonlarının değerlendirilmesi amacıyla Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) kullanıldı.

Bulgular: ÜBÖ-30 skorları bakımından tüm gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu, içgörüsü tam olan bireylerde içgörüsü azalmış bireyler ve kontrol grubuna göre skorların daha yüksek olduğu gözlemlendi. ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından içgörüsü azalmış olgularda içgörüsü tam olanlara göre olumlu inancılar, düşünceleri kontrol ihtiyacı, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık ve bilişsel güven alt ölçek puanlarının ise anlamlı olarak daha düşüktü. İçgörüsü azalmış grupta saldırganlık, cinsel ve dini obsesyonlar daha fazlaydı. İçgörüsü azalmış bireyler arasında saldırganlık, dini, simetri obsesyonu ve sıralama kompulsiyonu varlığında olumlu inançlar alt ölçek puanlarının, saldırganlık obsesyonu varlığında ise düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçek puanlarının daha yüksek; sayma kompulsiyonu varlığında ise kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçek puanları daha düşüktü.

Sonuç: Çalışmadan elde ettiğimiz bulgular metakognisyonlar ve içgörü, ilaveten semptom konfigürasyonu ve metakognisyonlar arasındaki ilişkiye işaret ederek, özellikle bilişsel davranışçı terapilerden fayda gören OKB’li bireylerde tedavinin tamamlanması açısından önem arz eden metakognitif terapilerin kullanımını pekiştirecek temellere ışık tutacak niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: obsesif kompulsif bozukluk, metakognisyon, içgörü

ABSTRACT

Introduction: Obsessive compulsive disorder (OCD), in which repetitive obsessions and compulsions are seen, is usually a chronic illness that distinctly effects individuals functionality. Recently, it has been hypothesized that obsessions are arised from misconstruction of unwanted intrusive thoughts, images and impulses, and also the role of cognitive factors on the development of obsessions is emphasized. In this study, we aimed to determine the metacognitions in individuals with OCD, to present the relationship between clinical features and insight, and to contribute the cognitive therapy of OCD.

Method: 100 individuals who had diagnosed as OCD according to DSM-IV-TR criteria and 50 healthy controls are included to our study. Sociodemographic and clinical data form, Yale-Brown Obsession and Compulsion Scale (Y-BOCS), Y-BOCS Symptom Checklist and Beck Depression Inventory (BDI) are applied to assess the severity of OCD and the types of obsessions and compulsions. Insight is assessed by the 11.th item of Y-BOCS. Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30) is applied to both OCD and control group to assess the metacognitions.

Results: We found that the MCQ-30 scores were statistically different in all groups and the MCQ-30 scores were higher in OCD with good insight group than the OCD with poor insight and control groups. In the OCD with poor insight group, all MCQ-30 subscale scores were lower than the OCD with good insight group. Aggressive, sexual and religious obsessions were more frequent in OCD with poor insight group. In the OCD with poor insight group, individuals with aggressive, religious, symmetry obsessions, ordering compulsions had higher scores of positive beliefs, and individuals with aggressive obsessions had higher scores of need to control thoughts subscales; whereas individuals with counting compulsions had lower scores of uncontrollability and danger subscales.

Conclusion: Our findings point out the relationship between metacognitions and symptom configuration, and also between metacognitions and insight in OCD. Thus, these findings provide a basis to the metacognitive therapies of the individuals with OCD who benefit from cognitive therapies.

Key Words: obsessive compulsive disorder, metacognition, insight

ŞEKİLLER VE TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Şekiller

Şekil 1: Nelson'un Üstbiliş Modeli.....	30
---	----

Tablolar

Tablo 1: Obsesif Kompulsif Bozukluk için DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri.....	22
Tablo 2: Obsesif Kompulsif Bozukluk için ICD-10 Tanı Ölçütleri.....	23
Tablo 3: Grupların sosyodemografik özellikleri.....	40
Tablo 4: Grupların çocuklukta psikiyatrik hastalık öyküsü açısından karşılaştırılması.....	41
Tablo 5: Grupların ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından karşılaştırılması.....	42
Tablo 6: Grupların Y-BOCS, BDÖ ve ÜBÖ-30 skorlarının karşılaştırılması.....	42
Tablo 7: Grupların Y-BOCS ve ÜBÖ-30 skorlarının karşılaştırılması.....	42
Tablo 8: İçgörüsü tam ve içgörüsü azalmış bireylerin klinik özelliklerine göre karşılaştırılması.....	43
Tablo 9: Grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorlarına göre karşılaştırılması.....	45
Tablo 10: Grupların obsesyon ve kompulsiyon tipleri açısından karşılaştırılması.....	46
Tablo 11: Saldırganlık obsesyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması.....	48
Tablo 12: Dini obsesyon varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması.....	48
Tablo 13: Simetri obsesyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması.....	49
Tablo 14: Kirlenme obsesyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması.....	49
Tablo 15: Cinsel obsesyon varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması.....	50
Tablo 16: Biriktirme obsesyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması.....	50
Tablo 17: Somatik obsesyon varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması.....	51
Tablo 18: Diğer obsesyonların varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması.....	51

Tablo 19: Kontrol kompulsiyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması.....	52
Tablo 20: Sayma kompulsiyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması.....	52
Tablo 21: Sıralama kompulsiyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması.....	53
Tablo 22: Temizlik kompulsiyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması.....	53
Tablo 23: Tekrarlama kompulsiyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması.....	54
Tablo 24: Biriktirme kompulsiyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması.....	54
Tablo 25: Diğer kompulsiyonların varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması.....	55

SİMGELER VE KISALTMALAR

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk	OVI: Over-valued Ideas
DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
TAF: Thought Action Fusion	FBQ: Fixity of Beliefs Questionary
5-HT: Serotonin	BABS: Brown Assessment of Beliefs Scale
MAO: Mono Amino Oksidaz	OVIS: Over-valued Ideas Scale
D: Dopamin	ERP: Exposure and Response Prevention
COMT: Katekol-O-Metil Transferaz	S-REF: Self-Regulatory Executive Function
DRD-4: Dopamin D4 Reseptör Geni	MCQ: Metacognitions Questionnaire
BOS: Beyin Omurilik Sıvısı	TCQ: Thought Control Questionnaire
5-HIAA: 5-Hidroksi İndol Asetik Asit	AnTI: Anxious Thoughts Inventory
m-CPP: Meta Kloro Fenil Piperazin	BDS: Bilişsel Dikkat Sendromu
SGİ: Serotonin Gerilim İnhibitör	MCT: Metacognitive Therapy
AVP: Arjinin Vazopressin	BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi
PANDAS: Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders With Streptococcal Infections	SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM Disorders-I
MOG: Miyelin Oligodendrosit Glikoprotein	BDI: Beck Depression Inventory
BBT: Beyin Bilgisayarlı Tomografi	ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği-30
MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme	OR: Odds Ratio
SPECT: Single Photon Emission Computed Tomography	
PET: Positron Emission Tomography	
AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome	
ICD: International Classification of Diseases	
OKKB: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	

1. GİRİŞ VE AMAÇ:

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) yineleyici obsesyonlar ve kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süregen ve kişinin işlevselliğini belirgin olarak etkileyen bir hastalıktır. Önceleri kötü prognozlu ancak nadir bir hastalık olarak bilinen OKB'nin yaygınlığının sanıldığından çok daha yüksek bulunması dikkatlerin bu bozukluk üzerine yoğunlaşmasına neden olmuş, bozukluğun etyopatogenezi, tanısı ve tedavisi ile ilgili çalışmaları hızlandırmıştır.

Son dönemlerde “obsesyonların istenmeyen girici düşünce, imge ve dürtülerin hatalı yanlış yorumlanması sonucu ortaya çıktığı” görüşünden hareketle, obsesyonların gelişiminde bilişsel etmenlerin rolü üzerinde durulmaktadır (1, 2). Çoğu insanın zihnine, geçici, sıkıntıya neden olabilecek şekilde, istemsiz düşünceler gelebilmektedir. Bilişsel modele göre; normal kişilerde görülebilen benliğe daha az yabancı, zihinden kolay atılan, belirgin sıkıntı oluşturmeyen istem dışı ve benliğe yabancı düşünce, imge ya da dürtüler ile klinik anlamı olan obsesyonlar arasında bir devamlılık olduğu kabul edilir. Bilişsel teorinin başlangıç noktası, bu intruzif düşüncelerin obsesyonların temel taşı olması düşüncesidir. Yani bir ruhsal bozukluk belirtisi olan obsesyon, başlangıçta niteliksel olarak daha az şiddette yaşanan basit girici düşüncelerin devamı olarak kendini gösterir (3).

Metakognisyon ya da üstbilgi kavramı; bilişleri kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçlerdir (4). Metakognisyon sistemi, insanın bilişsel süreçlerinin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında büyük rol oynar. Dolayısıyla bu sistemde meydana gelebilecek herhangi bir sapmanın, birçok psikopatolojinin oluşumunda önemli rolü olduğu düşünülmektedir (5). Kişiler, olayları değerlendirmelerini etkileyen düşünceleri hakkında, bir takım olumlu ve olumsuz inançlara (üstbilgilere) sahiptirler. Bu tarzdaki üstbilgiler, genellikle uyuma yönelik iken bazen uyumu bozan tepki tarzları gelişmesine yol açmaktadır (5, 6). Örneğin, OKB'nin metakognitif modeline göre, kişiler bazı intruzif tarzdaki düşüncelerinin önemi ve etkilerine yönelik olumsuz değerlendirme içeren inançlara sahiptirler. Uygun olmayan metakognisyonlar kişiyi bir takım nötrleştirici ve kontrol edici ritüeller sergilemeye yöneltir. Böylelikle, kişilerde tehdit hakkındaki bu tür değerlendirmelerin kalıcı hale gelmesi ve belleklerine olan güvenlerinin azalmasına yol açar (7).

Bu temel üzerine inşa edilecek bilişsel tedavi ile amaç; bireyin bu bozukluk ile ilgili bilişlerini ele almak, hastalığı ve tedavi konusunda bireyi bilgilendirmektir. Teasdale (1999),

bilişsel-davranışçı terapide kullanılan tekniklere ek olarak kişiye aynı bilişsel malzemeyi nasıl değerlendirdiğine dair üstbilişsel döngüyü fark ettirmenin önemini vurgulamıştır. Bu döngüyü düzenlemenin, daha formülasyona dayalı çalışmanın, kişiye üstbilişsel izleme ve kontrol stratejilerini fark ettirmenin nüksü önleyeceğini; bu sayede intruzif düşüncelerle başa çıkmasının kolaylaşacağını belirtmektedir (8).

Daha önce OKB'li bireylerde metakognisyonların belirlenmesi üzerine yapılan çalışmalar olmakla birlikte, içgörüsü tam olan ve içgörüsü azalmış olan OKB'li bireylerin karşılaştırıldığı çalışmalar bulunmamaktadır. Bu çalışma ile, OKB'li bireylerdeki metakognisyonların belirlenmesi, klinik özellikler ve içgörü ile ilişkisinin ortaya konması, özellikle bilişsel terapi bağlamında OKB tedavisine katkıda bulunmaya çalışmak amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.1. Tanım

OKB, obsesyon ve/veya kompulsiyonların tabloya egemen olduğu ruhsal bir bozukluktur. Obsesyon (saplantı) kişinin rahatsız edici bulduğu, intruzif, sıkıntı yaratan, yineleyici düşünce, dürtü ve düşlemlerdir. Kompulsiyon (zorlantı) ise bir obsesyona tepki olarak ya da katı kurallara göre yapılan motor ya da mental eylemlerdir. Kişi tarafından aşırı ya da anlamsız olduğu bilinir. Obsesyonları nötralize etme ya da olmasından korkulan şeyi önleme amacına yöneliktir. Ancak bu amaçla gerçekçi bir ilişkisi ya hiç yoktur ya da açıkça abartılıdır (9).

2.1.2. Tarihçe

Eski çağlarda din karşıtı ya da cinsel içerikli tekrarlayıcı düşünceleri olan insanlar kötü güçlerce ele geçirilmiş olarak kabul edilmiş ve o dönemlerde başvurulan bir yöntem olarak, onu ele geçireni içinden çıkarmak amacıyla işkencenin de kullanıldığı şeytan çıkarma ayinleri düzenlenmiştir. Obsesif ve kompulsif belirtiler psikiyatri literatüründe ilk kez 1838 yılında Jean Etienne Dominique Esquirol tarafından ‘zeka düzeyi normal olan bir kişinin isteği dışında bilincine ulaşan ve emosyonel durumlarla ilgisi olmayan düşünceler’ olarak tanımlanmıştır. Obsesyon sözcüğü ilk kez 1860’lı yıllarda Morel tarafından kullanılmış ve nihayet Carl Frederich Westphal, bunların kişinin isteği dışında ortaya çıkan düşünceler olduğunu söylemiştir. 1900’lü yılların başında Pierre Janet, obsesyonları ‘psikastenî’ içinde değerlendirmiş, ritüelleşen hareketlerin davranışsal teknikler yardımıyla başarıyla tedavi edildiğini bildirmiş, Freud ise OKB’nin psikodinamik nedenleri üzerinde durmuştur. Dinamik tanımlamayla birlikte OKB tedavisi, obsesyonel belirtilerin modifiye edilmesinden çok, altta yatan iç çatışmalara yönelik uygulanmaya başlanmıştır. 1950’li yıllarda davranışçı tedavilerin fobik bozukluğun tedavisindeki yararlarının tanımlanmasından sonra, bazı OKB tiplerinde faydalı olduğu öne sürülen ‘maruz kalma-tepkiyi engelleme’ teknikleri geliştirilmiştir (10, 11).

DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition- Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Üçüncü Baskı) tanı ölçütlerinde kompulsiyonlar yalnızca bir davranış olarak tanımlanıyordu (12). DSM-IV tanı ölçütlerinde ise kompulsiyonların obsesyonları nötralize etmek için kullanılan düşünceler olabileceği de

belirtilmektedir. Obsesyonlar sırasında ve kompulsiyonlara direnme ya da karşı koyma durumu sonucunda anksiyete belirtilerinin ortaya çıkması, kompulsiyonların gerçekleştirilmesiyle birlikte de anksiyetenin ortadan kalkması, OKB'nin başta fobiler olmak üzere diğer anksiyete bozukluklarıyla birliktelik göstermesi, DSM-IV ile birlikte OKB'nin anksiyete bozuklukları içinde sınıflandırılmasına neden olmuştur (13).

Obsesyonlar tipik olarak benliğe yabancı ve benlik tarafından kabul edilmeyen (ego-distonik) düşünceler olmakla birlikte, bu bireylerde içgörünün değişkenliği de bilinmektedir. Olguların çoğunda belli bir oranda bu düşüncelerin bozuklukla ilgili olduğu şeklinde bir içgörü bulunmasına rağmen, olguların yaklaşık %5'i obsesyon ve kompulsiyonlarının mantıklı (ego-sintonik) olduğunu düşünmektedir. Bu nedenle DSM-III'ten farklı olarak DSM-IV'te 'içgörüsü az olan' bir alt tip ayrıca belirtilmiştir (13).

2.1.3. Epidemiyoloji

OKB'nin yaygınlığı ile ilgili eski çalışmalar klinik verilere dayanmakta ve bozukluğun oldukça seyrek olduğunu göstermekteydi. 1980 sonrası toplum tarama verilerine dayanan yaygınlık çalışmalarının sonuçları, OKB'nin bir yıllık prevalansının %1,5; yaşam boyu prevalansının ise %2,5 dolaylarında olduğunu göstermektedir (14, 15). Weissman ve arkadaşları, OKB'nin yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda %0.9-%3.4, erkeklerde %0.5-%2.5 arasında değiştiği ortaya koymuştur (15). Tarama çalışmalarına göre tüm psikiyatrik bozukluklar içinde yaygınlık yönünden fobik bozukluklar, madde kullanımı ile ilgili bozukluklar ve major depresif bozukluktan sonra dördüncü sırayı almaktadır. Psikiyatri kliniklerine başvuran tüm hastaların yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır. Obsesif-kompulsif belirtiler, tanı ölçütlerini karşılamasa da, eşik altı düzeyde birçok insanın yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir (9, 16).

Ergenlik dönemi öncesinde başlaması sık olmamakla birlikte, ortalama başlangıç yaşı erkeklerde 18, kadınlarda ise 21 civarındadır (11). OKB'nin diğer aile bireylerinde de görülme oranı %20 civarındadır (17). Çocuklukta ya da ergenlikte ortaya çıkan, erken başlangıçlı OKB hastaları için daha yüksek oranda ailesel geçişten bahsedilmektedir (18). Sinsi başlangıçlı ve kronik bir seyir izleyen OKB, %10 oranında kötü gidiş göstermektedir. Nadiren kendiliğinden iyileşen olgular olsa da, birçok OKB'li bireyin belirtilerin ortaya çıkışından sonraki 10 yıl içinde tedavi almaya başladığı belirtilmektedir (19).

Katı dini kuralların uygulandığı toplumlarda OKB'nin daha yaygın olduğu ile ilgili bazı veriler bulunmakla birlikte yeterli kanıt yoktur. Ancak bu toplumlarda obsesyon temalarının etkilendiği ve dini, cinsel ve saldırganlık obsesyonlarının daha sık olduğu anlaşılmaktadır (9).

2.1.4. Etyoloji

2.1.4.1. Psikodinamik etkenler:

Psikanalitik görüşe göre obsesyonlar, bastırılmış dürtülerin türevleridir. Kompulsiyonlar ise dürtü türevleri olabilmeleri yanısıra, yıkama kompulsiyonlarında olduğu gibi, bu dürtülere karşı süperego buyrukları da olabilirler. Psikanalitik kurama göre anksiyete doğurucu fallik-ödüpale dürtülerin yaratmış olduğu tehdit, regresyon savunma mekanizmasını tetikler. Regresyon OKB'de kullanılan temel savunma mekanizmasıdır. İleri psikoseksüel gelişim aşamalarından anal döneme gerileme olur. Regresyonla birlikte, anal-sadistik dürtüleri bastırmaya yönelik, izolasyon, reaksiyon formasyon, yapma-bozma gibi savunmalar geliştirilmektedir. OKB olgularında anal sadistik regresyona karşı geliştirilen kirlenme dürtüsüne karşı temizlikle, saldırganlık dürtüsüne karşı boyun eğicilikle ve düzensizliğe karşı da aşırı düzenlilikle karşı konulmaya çalışılır. Kimi zaman zıt tepki geliştirme (reaksiyon formasyon) sonucunda kişide aşırı temizlik, aşırı nezaket ya da eşitlik arayışları ile telafi edici davranışlar, ya da hem nezaket hem de öfke patlaması, ya da hem cimrilik hem de aşırı harcama gibi zıt ve birbiriyle çelişen tutumlar izlenebilir (11).

Regresyonun süperegoyu etkilemesi ile süperego daha ilkel, daha katı, daha sadistik bir hal alır. Örneğin, eğer kişi elini 3 kez duvara sürmezse ailesinden birinin öleceği tehdidi ile karşılaşmaktadır. Buradaki durum, deforme edilmiş içgüdüsel dürtülerle, üstbenliğin içgüdülere yönelik tehditleri arasında yaşanan çatışmadır (20). Düşüncede regresyon, sözcüklere omnipotans kazandırır, büyüsel düşünce egemen olur ve batıl inançlar ön plana çıkar. Fiziksel bir eylem olmaksızın, sadece düşünce ya da sözcüklerle gerçeğin değişeceğini düşünürler. Bireyin egosu sanki biri mantıklı, diğeri büyüsel düşünen iki bölümden oluşmuş gibidir; bir yandan yapmadan ya da düşünmeden edemediği şeylerle uğraşırken (büyüsel yön), diğeri yandan bunların aşırı ya da anlamsız olduğunun farkındadır (mantıklı yön) (9).

2.1.4.2. Bilişsel-davranışçı kuramlar:

a. Mowrer'in iki aşamalı kuramı

Mowrer, fobiler ve obsesyonlar gibi sorunlarda, korku ve kaçınma davranışını açıklamak için hem klasik hem edimsel koşullanmayı içerecek şekilde iki aşamalı bir model tanımlamıştır. Mowrer bu tür anksiyete sorunlarında, organizmanın korkuyla ilişkilendirilmiş koşullu uyaranlardan başlangıçta kaçarak, sonra kaçınarak itici uyaranları azaltmayı öğrenmesinden dolayı, korkunun klasik koşullanma yoluyla kazanıldığını, edimsel koşullanma süreçleriyle sürdürüldüğünü ileri sürmüştür (21).

Mowrer'in korkunun kazanılması ve sürdürülmesini açıklayan iki aşamalı kuramı, fobik bozukluklara olduğu kadar, OKB'ye de uygulanabilmektedir. Buna göre, ilk aşamada, yansız nesne ya da düşüncelerin, anksiyete yaratma yeteneğine sahip uyaranlarla koşullanmasıyla obsesyonlar (koşullu uyaran) ortaya çıkmaktadır. Belirtilerin gelişiminin tamamlandığı ikinci aşamada ise, anksiyete yaratan obsesyonel düşünceler, anksiyeteyi ortadan kaldırmak üzere kaçınma yanıtlarını (kompulsif eylemler) harekete geçirmekte, anksiyetenin azaltılması da bu yanıtları pekiştirmektedir (22).

Bu modelin uygulanabilirliğini araştırmak üzere obsesif olgularla bir dizi deneysel çalışma yapılmıştır (23). Araştırmacılar, iki aşamalı kuramın obsesif olgulara uyarlanmasıyla; (1) obsesyonların ortaya çıkışının artmış anksiyete ve sıkıntıyla ilişkili olduğunu, (2) olguların ritüellerini uygulamalarına izin verilirse, anksiyete ve sıkıntının hızla azaldığını, (3) ritüeller geciktirilirse, anksiyete ve sıkıntının daha yavaş bir süre içinde azaldığını bulmuşlardır. Bu sonuçlar, "tepki engellemeyle birlikte alıştırma" olarak bilinen davranışçı tedavi yaklaşımının deneysel temellerini oluşturmuştur.

b. Bilişsel-davranışçı modeller

OKB'nin bilişsel-davranışçı kuramı, obsesif düşüncenin kökenlerinin, niteliksel olarak farklı olanda değil, normal zorlayıcı düşüncelerde yer aldığı varsayımı üzerine kuruludur. Buna göre, normal zorlayıcı düşünceler, klinik obsesyonlardan içerik olarak farklı değildir ve bu zorlayıcı düşünceler genel popülasyonun %90'ında bulunmaktadır (3, 24). Bilişsel-davranışçı kurama göre, normal zorlayıcı düşünceler ile klinik obsesyonlar arasındaki fark, bu düşüncelerin kontrol edilebilirliğinde değil, obsesif bireylerin zorlayıcı düşünceleri, zarar ve zararın önlenmesinden sorumlu olabileceklerinin göstergesi olarak yorumlamalarında yatmaktadır. Buna göre, zorlayıcı düşünceler, imgeler, dürtüler ve şüpheler normal zihinsel erkinlikler iken, kendi zihinsel erkinliğini kişisel sorumluluğun göstergesi olarak yanlış

yorumlama eğiliminde olanlar, OKB'nin özelliği olan sıkıntı ve yansızlaştırma örüntüsü geliştirirler (22).

Son yıllarda OKB'nin etiyolojisinde bilişlerin rolünü açıklamak üzere çeşitli bilişsel-davranışçı modeller ortaya atılmıştır. Bu modellerin çoğu, ilk kez DeSilva ve Rachman'ın dile getirdiği gibi; istenmeyen zorlayıcı düşünce, imge ve dürtüleri, obsesyonların patogeneğinde başlangıç noktası olarak görmektedir. Genellikle, bu istenmeyen, benliğe yabancı, zorlayıcı düşünceler, tanımlanabilir bir dış uyaran tarafından tetiklenir. Bir kez istenmeyen zorlayıcı düşünce oluştuğunda, klinik bir obsesyona dönüşüp dönüşmeyeceği değerlendirme şekline bağlıdır (3, 22).

Bilişsel-davranışçı kuramlar, hatalı değerlendirmelerden hangilerinin obsesyonlar için belirleyici olduğu konusunda farklılık gösterebilir de, bu kuramların tümü obsesyonların oluşması için hatalı değerlendirmelerin gerekli, ancak yeterli olmadığı konusunda hemfikirdirler. Zorlayıcı düşüncelerin hatalı değerlendirilmesi, düşüncenin kontrolü ve düşünce, imge ya da dürtülerle ilişkili olarak beklenen olumsuz sonuçların yansızlaştırılması yönünde çabalara yol açar. Hatalı yorumlar ve yansızlaştırmanın kullanımı, kompulsiyonlar ya da diğer kontrol stratejileri, istenmeyen zorlayıcı düşüncelerin obsesyonlara dönüşmesiyle sonuçlanan iki temel süreçtir. Bu durum, kısa dönemde kompulsiyon ve anksiyetede bir azalmaya neden olur ve kişinin obsesyonları üzerinde algıladığı kontrolünü artırır. Ancak, uzun dönemde, hatalı değerlendirmeler ve kontrol stratejileri, zorlayıcı düşüncelerin hem belirginliğinin hem de sıklığının artmasına neden olur (25).

c. Salkovskis'in abartılı sorumluluk modeli

Salkovskis (1985), OKB'nin kapsamlı bir bilişsel analizini yaparak, abartılı sorumluluk (Rachman, 1976) gibi daha önce geliştirilmiş modellerin özellikleriyle davranışçı ilkeleri birleştirerek yeni bir kuram oluşturmuştur (26). Salkovskis'in en önemli katkılarından biri, anksiyetenin temel kaynağının zorlayıcı düşüncenin içeriği değil, değerlendirilmesi olduğunu göstermesi ve bu tür bir değerlendirmenin sorumluluk kavramıyla ilişkili olduğunu vurgulamasıdır. Bu modele göre, obsesif bireyler zorlayıcı bilişlerin ortaya çıkışını, engelleyici bir adım atana dek zarardan sorumlu olabileceklerinin bir göstergesi olarak yorumlarlar (27).

Normal bir zorlayıcı düşünce ile bir obsesyon arasındaki fark, düşüncenin oluşumu, içeriği ya da kontrol edilemezliği değildir; düşünceye patolojik anlam kazandıran zorlayıcı düşüncenin değerlendirilme ya da yorumlanma şeklidir. Zorlayıcı düşünceler ilk kez ortaya

çıkıldığında emosyonel olarak yansızdır; kişinin önceki yaşantısı ya da düşüncenin bağlamıyla ilişkili olarak olumlu, olumsuz ya da yansız emosyonel bir anlam kazanır. Herhangi bir düşünce, yüksek kişisel sorumluluk ve anlam ifade eder biçimde yorumlanırsa, obsesif olma potansiyeli taşır. Eğer zorlayıcı düşünceler yanlış yorumlanırsa, artmış anksiyete oluşmakta ve sorumluluktan kaçma ya da kaçınmaya yönelik çabalarla birlikte yansızlaştırma yanıtları başlatılmaktadır (22, 28).

Yansızlaştırma yanıtlarının geliştirilmesi, OKB'nin patogeneğinde önemli görülen bir süreçtir. Yansızlaştırma, algılanmış sorumluluğu azaltıcı bir etki oluşturmak amacıyla istemli olarak başlatılan etkinlik olarak tanımlanır. Bu etkinlik kompulsif davranışlar ya da düşünce ritüelleri olarak ortaya çıkabilir. Yansızlaştırma yanıtları bir kez yerleşti mi, kişi yansızlaştırma yanıtının sorumluluk ve anksiyetede bir azalmaya neden olduğunu algıladığı için, bunları sürdürür (27).

d. Rachman'ın anlamın yanlış yorumlanması kuramı

Rachman, daha davranışçı olan önceki kuramını yeniden formüle ederek obsesyonların bilişsel kuramını geliştirmiştir. Abartılı sorumluluk modelinde olduğu gibi, Rachman'ın bilişsel kuramı istenmeyen zorlayıcı düşünce, imge ve dürtülerin evrensel olarak yaşantıladığının kabulü ile başlar. Bu kuram, istenmeyen zorlayıcı düşüncelerin, kişisel olarak önemli ve tehdit edici bir olgu olarak yorumlanırsa, obsesyonlara dönüşeceğini varsayar. Obsesyonlar anlamın yanlış yorumlaması sürdürükçe devam eder; yanlış yorumlamalar zayıfladığında ya da ortadan kalktığında ise azalır (23, 29).

Rachman, obsesyonların patogeneğinde, kişisel anlamın felaketleştirilerek yanlış yorumlanmasına katkıda bulunan başka bilişsel süreçlerin de yer aldığını belirlemiştir. İlk olarak, obsesyon geliştirmeye eğilimli kişilerin, düşüncelerini eylemle eşitlemelerine gönderme yaparak, “düşünce-eylem kaynaşması” (Thought Action Fusion-TAF) kavramını ortaya atmıştır. Düşünce-eylem kaynaşması, kişinin, obsesyonel düşüncesini ve yasaklanmış eylemini ahlaki açıdan eşit olarak gördüğü ve/veya obsesyonel düşüncenin korkulan olayın olabilirliğini arttırdığını hissettiği psikolojik bir fenomen olarak tanımlanmıştır. Düşünce-eylem kaynaşması yanlılığı gösteren kişiler, istenmeyen benliğe yabancı zorlayıcı düşüncelere yanıt olarak, kişisel anlamı daha fazla yanlış yorumlama ve aşırı sorumluluğu daha fazla değerlendirme eğilimindedirler (2, 29, 30).

2.1.4.3. Genetik Etkenler:

Uzun zamandır öğrenilmiş bir davranış olarak ele alınan OKB'nin, bugün önemli bir genetik temeli olduğu bilinmektedir. Aile çalışmalarında OKB'li bireylerin ailelerinde kontrol grubuna göre 3-5 kat daha yüksek oranda OKB veya obsesif kompulsif bulgular olduğu bildirilmektedir (31). Başka bir çalışmada, OKB hastalarının birinci derece akrabalarında bozukluğun görülme oranı %35 civarında bulunmuştur (32). Öte yandan, OKB'de ailesel geçişin görülmediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (33, 34).

Çalışmalar, OKB'li bireylerin ailelerinde yaygın anksiyete bozukluğu, tik bozuklukları, beden dismorfik bozukluğu, hipokondriyazis, yeme bozuklukları gibi birçok durumun ve tırnak yeme gibi alışkanlıkların yüksek oranda görüldüğünü bildirmektedir (18, 31, 35, 36). Özellikle bozukluğun 19 yaş altında başladığı olguların birinci derece akrabalarında klinik ve subklinik OKB gelişmesi daha sıktır (37). Kontrol etme ile simetri puanlarının yüksek düzeyde gözlemlendiği OKB olgularının akrabalarında OKB gelişme riski, düşük belirti puanı gösterenlere oranla daha yüksek bulunmuştur (11).

İkiz gruplarında yapılan araştırmalarda, tek yumurta ikizlerinde OKB için eş hastalanma oranı, çift yumurta ikizlerine göre oldukça yüksek bulunmuştur (38- 40). Carey ve Gottesman (1981) 30 ikiz çift üzerinde yaptıkları çalışmada, tek yumurta ikizlerinde %87, çift yumurta ikizlerinde %47 oranında eş-hastalanma belirlemişlerdir (39). Diğer genetik çalışmalarda 5-HT1D, 5-HT2A, 5-HT transporter, MAO-A genleri polimorfizmi ile OKB arasında bir ilişki saptanmıştır (41- 44). Dopamin sistemi ile ilgili olarak D4 geni polimorfizminin, COMT geni polimorfizmi ve homozigotluğunun OKB riskini arttırdığı bildirilmiştir (45). Öte yandan 5-hidroksitriptamin (5-HT) 1D beta-reseptör geni ile yapılan çalışmada, tip-4 dopamin reseptör geninde (DRD-4) belirgin varyasyonlar saptanmış ve belli 2 alel transmisyonunda azalma olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar, OKB'de genetik varyasyonun ortaya çıkarıcı ya da koruyucu rol oynayabileceğini ima etmektedir (46).

2.1.4.4. Nörobiyolojik Etkenler:

a. Serotonin varsayımı:

OKB'nin serotonin varsayımı, ilk olarak, SGI (Serotonin Gerilim İnhibitörleri)'nin OKB belirtilerini yatıştırmasıyla ilgili gözlemler sonucunda ortaya atılmıştır. Serotonerjik antidepressanlar OKB'de etkili bulunurken, noradrenerjik antidepressanlarla aynı sonuçların alınamaması dikkat çekmiştir (47- 51).

Trisiklik bir antidepresan olan klomipraminin güçlü serotonin gerilimini bloke edici etkisiyle obsesif kompulsif bozukluktaki belirtileri azalttığı klinik çalışmalarla ortaya konmuştur (11). Yıllardır yapılan OKB tedavi çalışmalarında klomipramin, serotonin gerilim blokajı etkisi daha düşük amitriptilin, imipramin ve desipramin gibi antidepresanlara oranla çok daha etkili sonuçlar vermiştir (50, 52). Ancak serotonin gerilim inhibisyonu yapan ilaçlarla izlenen antiobsesyonel etkinin, antidepresan etkiden farklı bir düzenekle ortaya çıktığı savunulur. Bu fikir, serotonin öncülü triptofanın deneysel olarak azaltılmasıyla antidepresan etkinliğin ortadan kalkmasına rağmen, antiobsesyonel etkinin devam ettiğinin gösterilmesiyle desteklenmiştir (53). Klomipramin uygulamasının ilk haftasında belirtilerde izlenen alevlenme, serotonin düzeyindeki artışla ilişkili olup, kişide meydana gelen serotonine duyarlılık durumunu göstermektedir. Tedavinin ilerleyen günlerinde ise postsinaptik serotonin reseptörlerinde yanıtı azaltıcı etkiyle (down regülasyon) reseptör duyarlılığı azalmakta ve bunun sonucunda ortaya çıkan serotonin etkinliğindeki düşüş, belirtilerde düzelme ile kendini göstermeye başlamaktadır (54). Bazı çalışmalarda OKB'li bireylerin BOS (Beyin Omurilik Sıvısı)'nda serotonin metaboliti 5-HIAA (5-hidroksi indol asetik asit) düzeylerinde artış saptanmıştır. Klomipramin tedavisi sonrası BOS'da 5-HIAA düzeylerindeki azalmayla obsesif semptomların iyileşmesi arasında güçlü bir korelasyon olduğu bildirilmiştir (52).

Bir serotonin agonisti ve Trazodon metaboliti olan metaklorofenilpiperazin (m-CPP) oral yolla verildiğinde, sağlıklı kişilerde bir değişiklik oluşturmazken, OKB'li bireylerde semptomlar ağırlaşmaktadır (49). Başka serotonin agonistleri ile yapılan çalışmalarda benzer sonuçların elde edilememesi, 5-HT subreseptörlerinin OKB etyolojisindeki rollerinin sorgulanmasına neden olmuştur (9). Kaudat çekirdekte 5-HT_{2A} reseptör bağlanması araştırıldığı bir çalışmada, tedavi edilmemiş OKB olgularında 5-HT_{2A} bağlanmasının arttığı bulunmuş ve serotonin sayı/duyarlılığındaki bu artış durumunun (up-regülasyon), talamus ve orbito-frontal korteks ile kaudat nükleus ve globus pallidus arasındaki geribildirim döngüsündeki bozukluğu kompanze edici olarak ortaya çıktığı düşünülmüştür (55).

Serotoninin OKB etyolojisindeki rolü önemli olmakla birlikte tek başına özgül serotonerjik bir anomalinin OKB'ye neden olabileceğini ileri sürmek yerine; glutamat gibi diğer bazı nöropeptit ve gonadal steroidlerin, hatta ikinci ve üçüncü mesaj sistemlerinin etkileşimleri ile OKB'nin ortaya çıkabileceği görüşü daha yaygındır (9).

b. Dopamin varsayımı:

OKB'nin tik bozuklukları ile ilişkisi ve bu bozukluklardaki temel patolojinin bazal ganglionların motor komponentleri ile ilişkili olması, bazal ganglionlarda infeksiyöz, toksik ve vasküler hasarlardan sonra obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkması, Sydenham Koreli hastalarda obsesif kompulsif belirtilerin görülmesi, OKB etyolojisinde dopaminin rolüne işaret etmektedir. Yine OKB'li bireylerin bir kısmında, dopamin düzenlenmesindeki bozuklukla ilgili istemsiz hareketler ve ince motor eşgüdümde bozukluk gibi silik nörolojik belirtilerin bulunması, OKB oluşumunda dopamin varsayımını destekleyen bulgular olarak ele alınmıştır (56, 57, 58).

SGİ'ler ile kombine olarak antipsikotiklerin düşük dozlarda kullanımının tedavi yanıtını arttırması, presinaptik dopamin reseptörlerini bloke etmelerine, yani dopaminerjik aktiviteyi arttırmalarına bağlı gibi görünmektedir (9). Amfetamin, bromokriptin ve apomorfın gibi dopaminerjik ajanların, hayvanlara yüksek dozlarda verilmesiyle insanlardaki kompulsif belirtilere benzer 'stereotipik hareket benzeri' davranışlar ortaya çıkardığı gösterilmiştir. D2/D3 reseptör agonisti olan kuinprolün sıçanlarda OKB'li bireylere benzer şekilde kompulsif belirtiler çıkarması ve bu tabloların klomipramin tedavisine yanıt vermesi, OKB'de dopaminin rolünü ve etyolojide dopamin reseptörlerinin kronik hiperstimülasyonu varsayımını desteklemiştir (59).

OKB belirtilerinde dopaminin etkisi konusundaki bulgular, öncelikle bazal ganglionlarda dopaminerjik bozulmayla seyreden nörolojik hastalıklarda görülen obsesif kompulsif belirtilerin varlığıyla desteklenmektedir. OKB ile en sık ilişkilendirilen nörolojik hastalık Tourette bozukluğudur. Tourette bozukluklu olguların %50'ye varan oranlarda obsesif belirtiler ve kompulsiyonlara sahip olduğu bilinmektedir. OKB'li bireylerle yapılan bir çalışmada, Tourette bozukluğunda olduğu gibi sağ bazal ganglionda dopaminerjik taşıyıcı yoğunluğunun arttığı bildirilmiştir (60).

OKB tedavisinde SGİ'lerin yanı sıra, dopamin blokajı yapan antipsikotik ilaçların da eklenmesi, hastalığın şiddetinde azalmaya neden olmaktadır. Ancak daha yüksek antipsikotik dozlarında OKB belirtilerinde kötüleşme olduğunu belirten birçok çalışma bulunmaktadır. Bunun sebebi tam olarak açıklanamamaktadır. Ancak, antipsikotik ilaçların düşük dozlarda daha çok serotonin blokajı, yüksek dozlarında ise ağırlıklı olarak dopamin-2 reseptör blokajı yapıcı etkilerinin, serotonin ve dopamin arasındaki mevcut işlevsel dengeyi bozarak OKB belirtilerinde artışa yol açtığı düşünülmektedir (11).

c. Glutamat varsayımı:

OKB'de glutamat disfonksiyonunun, bozukluğun nörobiyolojisinde rol oynayabildiğini gösteren çalışmalar, hiper glutamaterjik bir durumun söz konusu olduğunu kabul etmektedir (11). Kaudat çekirdekte glutamat konsantrasyonları tedavi öncesinde yüksek bulunan OKB'li çocuklarla yapılan bir çalışmada, paroksetin tedavisi sonrasında OKB belirtilerindeki azalmaya paralel olarak, kaudat bölgede glutamat azalması da gözlemlendiği bildirilmiştir (61, 62).

BOS'ta glutamat düzeyi araştırıldığında, obsesif kompulsif bozukluklu grupta, yaş, cinsiyet ve hastalık süresinden etkilenmeksizin, glutamat düzeyinin sağlıklı kontrollere oranla daha yüksek seviyelerde bulunduğu bildirilmiştir (63).

d. Nöropeptidler:

OKB nörobiyolojisine yönelik çalışmalarda belli bazı peptid yapılı maddelerin de etyolojide rol oynayabileceğine işaret edilmiştir. Diabetes İnsipitus'lu hastalarda santral arjinin vazopressin (AVP) seviyelerinin artmasına paralel olarak obsesif kompulsif belirtilerde artış izlenmesi, OKB'li bireylerin BOS'unda vazopressin seviyelerinin yüksek oluşu, OKB etyolojisinde AVP'nin de rolü olabileceğini düşündürmüştür (64). Bu peptid yapılı maddenin hayvanlarda bellek ve öğrenmede etkili olduğu, yüksek AVP seviyelerinin insanlardaki gibi kompulsif ritüellere benzer tekrarlayıcı hareketleri arttırdığı, antiobsesyonel tedaviyle, kompulsiyon benzeri hareketlerdeki iyileşmenin vazopressindeki azalmayla paralellik gösterdiği bildirilmiştir (65).

Bellek üzerindeki etkileri nedeniyle amnestik nöropeptid olarak adlandırılan oksitosin regülasyonundaki bozukluğun, OKB'deki kontrol kompulsiyonlarıyla bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. Hamilelik ve sonrasında ortaya çıkan obsesif belirtiler, aynı dönemde düzeyi yükselen oksitosin ile bağlantılandırılmıştır. OKB'li bireylerde BOS'ta yüksek oksitosin seviyeleri bildirilen çalışmalar mevcuttur (11, 66).

OKB'de diğer bir peptid yapılı hormon olan somatostatin BOS seviyelerinin arttığı, klomipramin tedavisi ile bu seviyelerde anlamlı azalma olduğu gösterilmiştir (67, 68).

e. Opioidler:

Opioid antagonisti naloksanın OKB belirtilerini alevlendirmesi, opioid agonisti tramodolun bazı hastalarda tedavi edici etkilerinin olması opioid reseptörleri üzerinde genetik çalışma yapılmasına yol açmıştır (22). Madde bağımlılığı çalışmalarında, opioid bağımlısı

olan olguların normal popülasyona göre 4 kat fazla OKB tanısı aldığı belirtilmektedir. Bu sonuç, OKB etyolojisinde opioidlerin de rolü olabileceğini akla getirmektedir (69).

2.1.4.5. Nöropsikoloji:

OKB'de yapısal veya nörokimyasal bozukluğa bağlı olarak nöropsikolojik defisitler bildirilmiştir. Çalışmalarda en temel ve en fazla tekrarlanan bulgu, yürütücü işlevler ve sözel olmayan bellekteki bozulmadır (22).

a. Yürütücü İşlevler

Yürütücü işlevler; kurulumu değiştirme, yanıt inhibisyonu, planlama gibi yüksek düzeydeki bilişsel işlevlere karşılık gelir. Temel bilişsel işlevleri düzenleyen ve bütünleyen yüksek düzeydeki bu işlevler, frontal korteksin bütünlüğüne bağlıdır. OKB'nin fronto-striatal döngüdeki işlev bozukluğu ile ilişkili olduğunu gösteren çeşitli kanıtlar, OKB'li bireylerde yürütücü işlevlerin öncelikli olarak araştırılmasını gündeme getirmiştir (70).

Kurulumu Değiştirme

Çeşitli araştırmacılar, OKB'nin nörobilişsel profilinin özünü kurulumu değiştirme bozukluklarının oluşturduğunu ileri sürerler. Kurulumu değiştirme, sürdürülmekte olan bir görevde, dikkatin bir uyarının bir yönünden diğerine değiştirilmesi yeteneğini gösterir. Klinik davranışta perseverasyon ve yineleme söz konusu olduğunda, kurulumu değiştirmedeki bozulmaların, bu durumu yansıtması beklenir. Wisconsin Kart Eşleme Testi dorsolateral prefrontal kortikal işlevlere duyarlı bir testtir. Bazı çalışmalarda Wisconsin Kart Eşleme Testi kullanılarak, OKB'de kurulumu değiştirme bozuklukları olduğu gösterilmişken (71, 72), bu tür bozuklukların saptanmadığı çalışmalar da mevcuttur (73- 75).

Nesne Değiştirme Testi (Object Alternation Test) ve Gecikmiş Değiştirme Testi (Delayed Alternation Test) orbitofrontal korteks hasarına duyarlıdır. Kurulumu değiştirme araştırmalarının sonuçları, OKB'li bireylerin orbitofrontal işlev bozukluğuna birinci derecede duyarlı olduğu düşünülen görevlerde kontrollerden daha kötü performans gösterdiklerini ileri sürmektedir (73).

Yanıt İnhibisyonu

"Yanıt inhibisyonu" terimi, değişen durumsal taleplerle uyumlu olarak, prepotent motor yanıtlar üzerindeki yürütücü kontrole izin veren bilişsel süreçlere gönderme yapar. OKB'deki yanıt inhibisyonu eksikliklerini gösteren ilk kanıtlar, göz hareketlerinin

baskılanmasını gerektiren okulomotor görevlerin kullanılmasıyla elde edilmiştir (76). Yanıt inhibisyonunun ölçüldüğü bir diğer test olan, Bas/Basma görevlerinde, OKB'li bireylerde, eşleştirilmiş panik bozukluklu bireylerden anlamlı olarak daha fazla hata saptanmıştır (77). OKB'li bireyler hedef olmayan uyarılara uygun olmayan yanıtlar verme eğilimi göstermişlerdir. Ayçiçeği ve arkadaşları (2003), bu sonuçlarla uyumlu olarak, farklı uyarılarla bilgisayar üzerinden Bas/Basma görevleri kullanarak, OKB'li bireylerde sağlıklı kontrollere göre daha bozuk performans elde etmişlerdir (78). Watkins ve arkadaşları (2005) ise, OKB'li bireylerde, eşleştirilmiş sağlıklı kontroller ve Tourette bozukluğu olanlara göre, Bas/Basma görevlerinde yanıt kurulumunun tersine çevrilmesinde daha fazla eksiklik saptamışlardır (79).

Kavramsal Düşünme ve Planlama

OKB'li bireylerde sorun çözme ve planlama yeteneğini ölçmek üzere Hanoi Kulesi ve Londra Kulesi görevleri kullanılmaktadır. Hanoi Kulesi, frontal lob işlev bozukluklarına duyarlı bir test olarak bilinir. Cavedini ve arkadaşları (2002), OKB'li bireylerin Hanoi Kulesinin bildirim dayalı ve işlemsel formlarında, kontrollerden daha kötü performans gösterdiğini ortaya koymuştur (80).

OKB'li bireylerde Londra Kulesi Testi kullanılarak bilişsel planlamanın değerlendirildiği dört çalışmadan birinde bozuk performans elde edilirken (81), diğer üçünde bilişsel planlama bozukluğu elde edilmemiştir (79, 82, 83).

OKB'li bireylerde planlama yeteneğindeki bozulmaların, mekansal çalışma belleği ile ilişkili olabileceği; bunun da bir eylem planını bellekte tutmada artan bir zorlukla sonuçlanabileceği üzerinde durulmaktadır (84).

Karar Verme

OKB'li bireylerdeki kompulsif davranışların, karar vermedeki yanlışlar olarak kavram-sallaştırılabileceği ileri sürülmüştür (80). Iowa Kumar Oynama görevi, gerçek yaşamdaki karar vermeyi taklit eder ve ventromedial prefrontal korteks hasarına duyarlıdır (85, 86). OKB'lilerde karar verme görevlerini kullanarak yapılan çalışmalardan çelişkili sonuçlar alınmıştır. Bir çalışmada OKB'de karar verme bozuklukları saptanmış ve bu bozukluğun tedaviye dirençli OKB'ye ait bir belirteç olarak alınabileceği ileri sürülmüştür (80). Bunlara karşın, OKB'li bireylerde karar vermenin sağlam olduğunun bildirildiği çalışmalar da mevcuttur (79, 81).

b. Görsel-mekansal işlevler ve bellek

OKB'de görsel-mekansal işlevleri değerlendirmek için yapılan çalışmalarda, mekansal tanıma belleğinde bozulma saptanırken, örüntü tanıma belleği sağlam bulunmuştur (81, 82). Mekansal çalışma belleğinde ise, bir çalışmada bozulma bildirilirken; bir diğerinde, kontrollerle karşılaştırdığında, anlamlı bir bozulmanın olmadığı belirlenmiştir (81, 82, 87).

OKB'li bireylerin bir dizi bellek görevinde bozuk performans gösterdiğine ilişkin kanıtlar vardır. OKB'de sözel olmayan bellek kapasitesini incelemek için yapılan Rey Osterrieth Karmaşık Şekil Testi ve Benton Görsel Akılda Tutma Testi'nde, geri çağırma performansında bozulma tespit edilmiştir. Ancak, birçok araştırmacı bu bozulmanın uygun organizasyonel stratejiler geliştirme konusundaki başarısızlığa bağlı olduğunu düşünmektedir (84, 88- 90). Parietal korteks ve parietookspital bileşkedeki aktivasyon azlığının bu işlev bozukluğundan sorumlu olduğu ileri sürülmüştür (9).

OKB'li bireylerde sözel belleğin genellikle bozulmamış olduğu (91, 92); sözel bellekteki bozulmanın, ancak uyaranların semantik olarak kümelenmesinin gerektiği durumlarda söz konusu olduğu bildirilmiştir (90, 93).

2.1.4.6. Nöroimmünoloji:

Sydenham Koreli olguların önemli bir kısmında OKB tesbit edilmesi, çocukluk çağı başlangıçlı OKB'de otoimmünitenin rolü olabileceğini düşündürmüştür. Sydenham Koresi'nde A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonundan sonra merkezi sinir sistemindeki nöronlara karşı gelişen otoantikörlerin bazal ganglion hücrelerinde inflamatuvar bir yanıt oluşturması semptomlara neden olmaktadır. Sydenham Koresi, OKB ve tiklerden oluşan nöropsikiyatrik patoloji ile beraber giden bir bozukluk grubu olarak PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders With Streptococcal Infections) tanımlanmıştır. Bu grupta, Sydenham Koreli, Tourette bozukluklu ve OKB'li çocuklarda yineleyen streptokok enfeksiyonları sonrasında klinik belirtilerde ani ve dramatik bir alevlenme gözlenmektedir (9, 94).

Erişkinlerdeki OKB'de immünolojik etkenlerin etkisini araştıran çalışma sonuçları çelişkilidir. Öne çıkan belirgin bir otoantikora rastlanmamıştır. Bu durum, erişkin OKB'sinin immünolojik kökeni olmadığı sonucunu çıkarmamakla birlikte, sürecin immünolojik başlayıp sonrasında serolojik pozitifliğin zamanla ortadan kalktığı düşüncesini de tam olarak desteklememektedir (11).

Streptokok enfeksiyonlarından sonra gelişen pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik tabloda obsesif-kompulsif bulguların olması, immün yanıtla ilgili MOG (myelin oligodendrosit glikoprotein) geninin OKB'de aday gen olarak incelenmesine neden olmuştur. Bir çalışmada, bu genin MOG4 polimorfizminin 459-bp alleli ile OKB arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (95).

2.1.4.7. Beyin Görüntüleme Çalışmaları:

Semptomların, kişinin bilinçli iradesine rağmen ortaya çıkışı, bazı OKB'li bireylerde motor tiklerin ve sakarlığın oluşu, eşzamanlı olarak iki motor eylemin yapılamaması gibi silik nörolojik bozukluk göstergesi sayılan durumların daha sık görülüşü ve Sydenham Koresi, Tourette Bozukluğu, bilateral globus pallidus nekrozu gibi bazı nörolojik bozukluklarda obsesif-kompulsif belirtilerin oluşu, OKB'de nörolojik bir nedenin varlığını düşündürmektedir. Ayrıca singulotomi ve stereotaksik lökotomi gibi cerrahi yöntemler semptomlarda belirgin düzelmelere neden olmaktadır. OKB'li olguların Beyin Bilgisayarlı Tomografi (BBT) çalışmalarında daha büyük ventrikül/beyin oranları, daha küçük kaudat nükleus hacimleri saptanmıştır (96, 97).

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) çalışmalarında, anterior singulat girusta T1 ağırlıklı sekanslarda anormallikler bildirilmiş ve sağ anterior singulat bölge büyüklüğünün fazla olduğu olgu grubunda daha ağır belirtiler gözlemlendiği öne sürülmüştür (98). Ayrıca sağ kaudat nükleus bölgesindeki görece büyüklük, erken başlangıçlı OKB lehine yorumlanmıştır (99, 100). Talamus hacimlerinin ölçüldüğü bir çalışmada, OKB'lilerde talamus hacim artışı olduğundan, paroksetin tedavisi ile belirtilerde gözlenen iyileşmeye paralel olarak, talamus hacminin belirgin ölçüde küçüldüğünden bahsedilmektedir (101). Szeszko ve arkadaşlarının yaptığı MRI çalışmalarında OKB'li bireylerde, kontrol grubuna oranla, orbitofrontal alan ve amigdala hacimlerinin belirgin ölçüde küçük olduğu; tedavi öncesi belirgin amigdala asimetrisi görülen olgu grubunda, paroksetin tedavisi sonrasında asimetrinin düzeldiği bildirilmiştir (102, 103).

Zohar ve arkadaşlarının (1989) OKB'li bireylerde yaptıkları SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) çalışmasında, obsesyonel düşüncenin in vivo yüzleştirilmesi ile tüm üst kortikal alanlarda kan akımında belirgin azalma, yalnız temporal kortekste kan akımında artma bildirilmiştir (104). Hollander ve arkadaşlarının (1995), m-klorofenilpiperazin (m-CPP) ile obsesif semptomları alevlendirme sonrasında yaptıkları

çalışmada, Zohar ve arkadaşlarının çalışmasını destekler nitelikte, OKB'li bireylerde global olarak kortikal perfüzyon artışı gözlenmiştir (105). Machlin ve arkadaşlarının (1991) SPECT çalışmasında, OKB'li bireylerde medial-frontal kortekste kan akımında artış bildirilmiştir (106).

Baxter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada OKB'li bireylerde kontrol grubuna kıyasla tüm serebral hemisferlerde, kaudat nükleusta ve orbital girusta glukoz metabolizma hızının belirgin ölçüde yüksek olduğu, etkin tedavi ile metabolizma farklılıklarının ortadan kalktığı da bildirilmiştir (107).

OKB olguları provoke edici bir uyarana maruz bırakıldıktan sonra yapılan PET (Positron Emission Tomography) çalışmalarında sağ kaudat nükleus, sol ön singular korteks ve bilateral orbitofrontal korteksler ile alt frontal korteks, striatum, globus pallidus, talamus, sol hipokampus ve arka singular girusta metabolizma hızlarının arttığı bildirilmiştir (108, 109).

Çalışmalarda, farmakolojik ve kognitif davranışçı tedavinin işlevsel anomalilerle ilişkisi de değerlendirilmiştir. Klomipramin, sertralin ve paroksetin ile tedaviden sonra orbitofrontal korteksteki işlevsel aktivasyonun; fluoksetin ve paroksetinle tedavilerden ve kognitif davranışçı tedaviden sonra kaudat nükleustaki işlevsel aktivitenin azaldığı gösterilmiştir (9).

Bu bulgular OKB'nin bölgesel bir patolojiden çok, birden fazla alanın işlevsel bozukluğu sonucu ortaya çıktığını düşündürmektedir. Ancak yine de bu metabolik ve yapısal anomaliler, OKB'nin nörolojik bir nedeni olduğu sonucunun çıkarılması için yeterli değildir. Çünkü bu bulguların neden mi, yoksa henüz saptanamayan birincil patolojiye ikincil ya da onu kompanze eden bulgular mı olduğu netlik kazanmamıştır (9).

2.1.5. Klinik özellikler:

Obsesyonlar; kişinin isteği dışında ısrarlı ve zorlayıcı bir şekilde aklına gelen, kişi tarafından saçma ve mantık dışı olarak görülen, anksiyete ortaya çıkartıcı ve yineleyici özellikteki düşünce, dürtü ve imgelerdir. Kompulsiyonlar ise; kişinin obsesyonlarının yaratmış olduğu anksiyeteyi gidermek için, belirli kurallara göre gerçekleştirmek zorunda olduğunu hissettiği, yineleyici ve belirli bir amaca yönelik olan törensel davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Kompulsiyonlar, korku yaratan bir durumu etkisizleştirmek ya da

önlemek üzere yapılır. Ancak yapılan etkinlik, önlenmek istenen şeyle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da aşırıdır (9, 22, 110).

OKB belirtileri 5 grup altında ele alınmaktadır (111-113):

1. Kompulsif temizleme ve el yıkama ile birlikte olan bulaşma ve hastalık konusundaki obsesyonlar,
2. Kontrol etme kompulsiyonlarıyla birlikte olan kuşku obsesyonları,
3. Simetri, düzen ve sayılarla ilgili obsesyon ve kompulsiyonlar,
4. Biriktirme ve toplama kompulsiyonları,
5. Obsesyonel yavaşlık

Obsesyonlar; bulaşma (%50), kuşku (%40), somatik (%30), simetri (%30), saldırganlık (%30), cinsel (%25) ve dini (%10) obsesyonlar şeklinde belirli sıklıkta görülür. Olguların %70'ten fazlasında iki ya da daha çok obsesyon tipi bir aradadır. Kompulsiyonlar ise; kontrol etme (%60), temizleme (%50), sorma-anlatma ya da dua etme (%35), simetri ve düzen (%30) ve biriktirme (%20) kompulsiyonları olarak sıralanır. Olguların %60 kadarında birden çok kompulsiyon tipi bulunur (9, 22, 110).

En sık rastlanan obsesyonlardan biri olan kirlenme/bulaşma obsesyonlarında, kirli olduğu düşünülen yerlerden mikrop, idrar, feçes, meni gibi şeylerin bulaşabileceği endişesi yaşanır. Tuvalete gidildiğinde, el sıkışmayla, kapı tokmakları, para gibi nesnelere dokunmayla bulaşmanın olabileceği düşünülmektedir. Bu tür obsesyonları olan kişiler, her şeyi kirlenme kaynağı olarak görebilir; bulaşmayı önlemek için eşyalara dokunmaktan, insanlarla yakın temas kurmaktan kaçınabilirler. Kirlenme/bulaşma obsesyonlarına yanıt olarak ortaya çıkan kompulsiyonlar temizleme kompulsiyonlarıdır. Sık ve yineleyici tarzda el yıkamalar, temizleme kompulsiyonlarının en sık karşılaşılan şeklidir. Temizleme kompulsiyonları, temizlendiğine ikna olamadan uzun süreli banyo yapma, evi, eşyaları temizleme, çamaşır yıkama şeklinde görülebilir (9, 22, 110).

Bir eylemin yapıldığından emin olamama durumu, kuşku obsesyonu olarak tanımlanır. Bu tür obsesyonu olan bir kişi, ütüyu prizden çekip çekmediğinden, kapıyı kilitleyip kilitlemediğinden emin olamaz. Bu obsesyon genellikle bir tehdit durumuna işaret ettiğinden, ardından güvenliği sağlamakla ilişkili kontrol etme kompulsiyonları gelir. Kontrol etme kompulsiyonlarına örnek olarak, hava gazı musluğunun kapalı olup olmadığının ya da ütünün prizde unutulup unutulmadığının yineleyici tarzda kontrol edilmesi verilebilir. Bu tür kompulsiyonlar evde yaşayanların hava gazından zehirlenmesi, evin havaya uçması ya

da yangın çıkması gibi felaketleri önlemek amacıyla yapılmaktadır ve bunların ardında sıklıkla saldırganlık ve şiddet içerikli obsesif düşünceler yer almaktadır. Kontrol etme, bulaşmayla ilgili korkuları hafifletmeye yönelik olarak da yapılabilir (9, 22, 110).

Simetri ve düzen obsesyonları, nesnelere ve olayların belirli bir düzen ve konumda olması ya da eşyaların tam bir simetri içinde bulunmasıyla ilişkili obsesyonlardır. Bu tür obsesyonlara yanıt olarak, bir denge ve simetri sağlamak üzere eşyaları belirli bir sıra ve düzen içinde tutmaya çalışma tarzındaki simetri/düzenleme kompulsiyonları ortaya çıkar. Saldırganlık teması obsesyonların içeriğinde ya da bunların ardında yatan çağrışımlarda sıkça yer almaktadır. Saldırganlık obsesyonları olarak tanımlanan bu tür obsesyonlarda, kendine ya da başkalarına yönelik öldürme, yaralama, çeşitli şekillerde zarar verme düşünceleri görülür. Bu kişiler bıçak, makas gibi sivri nesnelere bulundurmaktan, sevdikleri kişilerle yalnız kalmaktan, ölüm haberleriyle karşılaşmamak için gazete okumak ya da televizyon seyretmekten kaçınırlıdır (22).

Obsesyonlar, utanç verici ve kabul edilemez olarak nitelenen cinsel temalarla ilişkili olabilir. Saldırganlık ve cinsel obsesyonlara çoğunlukla anlatma ve sorma kompulsiyonları eşlik eder. OKB'li bireyler, endişe ettikleri şeyi gerçekten yapmayacakları ya da yapamayacakları konusunda güvence aramak amacıyla, çevresindekilere anlatma ve sorma gereksinimi duyarlar. Cinsel obsesyonlara örnek olarak, eşcinsellik, ensest ilişkilerle ilgili düşünceler verilebilir. Gerçek parafilik ya da homosidal dürtüleri olanlardan farklı olarak, bu bireylerde bozukluğun seyri boyunca başka obsesyon ve kompulsiyonlar da olmuştur. Ayrıca bu bireyler, endişelendikleri şeyi gerçekten yapmak istemezler, bunu isteyebilecekleri düşüncesinden rahatsızdırlar (9, 22, 110).

Günahla ilgili düşünceler ve benzeri dini temaların yer aldığı dini obsesyonlar, ülkemizde, batı toplumlarından farklı olarak, sık görülen bir obsesyon tipidir. Bu olgularda dua etme, sayı sayma ve güzel söz akla getirme gibi örtülü kompulsiyonlar görülebilir (9).

Bir diğer obsesyon tipi, hayatı tehdit eden bir hastalığa (kanser, AIDS gibi zührevi hastalıklar vb.) yakalanma korkusu şeklinde ortaya çıkan somatik obsesyonlardır. Diğer OKB'li bireylerden farklı olarak, bunların birincil endişeleri kendi sağlıkları ya da ölüm olasılıklarıdır. Bu nedenle hipokondriyazisten ayrımı güçtür. Ancak, diğer obsesyon ve kompulsiyonların da varlığı ayırt ettiricidir. Bu tür korkulara, hastalıkla ilişkili olduğu düşünülen beden bölümünün kontrolü, onaylanma arayışı gibi kompulsiyonlar eşlik eder (9, 22).

Gerçek anlamda maddi ya da manevi değeri olmayan birçok şeyin saklanıp biriktirildiği, gereksinim duyulmadığı halde satın alındığı kompulsiyon tipi biriktirme kompulsiyonlarıdır. Bu tür kompulsiyonlarda, kullanım değeri olmayan çeşitli nesnelere, atmaya ya da elden çıkarmaya yönelik yoğun bir korku vardır. Semptomların ego-sintonik doğası nedeniyle bu kişiler çoğu zaman şikayet üzerine ya da biriktirdiklerinin evini, işyerini tamamen doldurmasından dolayı işlevlerini sürdürememeleri üzerine tedaviye başvururlar. Biriktirme davranışı, kişinin evdeki yaşam alanını önemli ölçüde kısıtlayacak boyutlara ulaşabilir (9, 22).

Yineleme tüm kompulsiyonlarda görülen bir özellik olsa da, gündelik yaşama ilişkin bir davranışın tam olarak yapıldığından emin olunamayıp, yapma-bozma tarzında sürekli yinelendiği durumlarda, yineleme kompulsiyonlarından söz edilir. Elektrik düğmesini açıp kapama, kapıdan girip çıkma, yazdıktan sonra silip tekrar yazma, bu tür kompulsiyonlara örnek olarak verilebilir. Yineleyici tarzda dua etme, sayı sayma, belirli kelimeleri yineleme gibi düşünsel süreçler, zihinsel kompulsiyonlar olarak tanımlanır. DSM-IV alan çalışmasında, zihinsel kompulsiyonların, el yıkama ve kontrol etmeden sonra üçüncü sıklıktaki kompulsiyon tipi olduğu belirlenmiştir (114).

Obsesyon ve kompulsiyonlar sıklıkla bir arada görülür. Kompulsiyonların eşlik etmediği "saf obsesyonlar", daha sıklıkla saldırganlık, cinsellik ve beden temalarını içerir ve çok sık görülmez. Sadece obsesyonu olduğu düşünülen bir olguda, bir şeyi doğru yaptığının onayını almak üzere yineleyici tarzda soru sorma ya da yineleyici, törensel tarzda dua etme gibi kompulsiyonlar gözden kaçabilmektedir. Saf kompulsiyonlar ise nadiren görülür. Bu tür kompulsiyonlar, daha büyük bir olasılıkla çocukluk dönemindeki OKB'li olgularda görülmektedir. DSM-IV alan çalışmasında, 411 OKB'li bireyin %91'inde karma obsesyon ve kompulsiyonlar, %8.5'inde ağırlıklı olarak obsesyonlar, %0.5'inde ise saf kompulsiyonlar saptanmıştır (114).

Obsesif düşünceler ve törensel davranışlar, kişinin günlük etkinliklerini yerine getirirken yavaşlamasına neden olur. "Obsesyonel yavaşlık" olarak tanımlanan bu durum, bazen kişinin yaşantısını felç edecek bir aşırılıkta olabilmekte, sıradan işlerin bile tamamlanması saatler alabilmektedir. Obsesif-kompulsif belirtilerin dağılımı cinsiyetler arasında bazı farklılıklar gösterir. Araştırma sonuçları bazı uyumsuzluklar içerse de, kadınların daha yüksek oranda bulaşma obsesyonları ve yıkama/temizleme kompulsiyonları;

erkeklerin ise daha yüksek oranda cinsellik, saldırganlık, simetri obsesyonları ve tekrarlama, kontrol etme kompulsiyonları gösterdiği bildirilmiştir (115-118).

Rasmussen ve arkadaşlarının (1991) gözlemleri OKB'de alt tiplendirmeye yeni bir boyut kazandırmıştır (17). OKB'lilerde rastlanan üç temel özellik; anormal risk değerlendirme, patolojik kuşku ve eksiklik duygusudur. Bu üç özellik kısmen birbiriyle örtüşse de, bireylerde bu özelliklerden birinin daha egemen olduğu saptanmaktadır. Anormal risk değerlendirme özelliği olan bireyler, milyonda bir oranında bile korkunç bir felaket olasılığı varsa, bu olasılığın kendilerine rastlayacağından endişe ederler. Bu özellik en çok bulaşma obsesyonu olanlarda belirgindir. Anormal risk değerlendirmesi olan bireylerde anksiyete en belirgin duygulanımdır. Bu kişilerde panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi gibi anksiyete bozukluklarının eşlik etme olasılığı yüksektir. Patolojik kuşkunun diğer iki özellikle örtüşme şansı daha fazladır. Bu grupta da anksiyete önemlidir ama şiddeti biraz düşüktür. Diğer bir uçta ise eksiklik yaşantısının egemen olduğu bireyler bulunur. Bu bireyler içsel bir eksiklik duygusu tanımlarlar. Eylemleri bir şeyleri tamamlamaya, mükemmelleştirmeye, kesinleştirmeye ya da tümüyle kontrol altına almaya yöneliktir. Bu bireyler kompulsif eylemlerin tamamlanmadan durdurulmasının olanaksızlığından söz ederler. Komorbid bozukluklar, daha çok tik bozuklukları ya da trikotillomani, tırnak yeme gibi dürtü kontrol bozukluklarıdır (9, 17).

2.1.6. Obsesif kompulsif bozukluk tanı ölçütleri:

Günümüzde psikiyatrik bozuklukların tanı ve sınıflandırmasında yaygın olarak DSM ve ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Hastalıkların ve Bunlarla İlişkili Sağlık sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması) kullanılmaktadır (119, 120). DSM-IV-TR'ye göre OKB tanısı, obsesyon ya da kompulsiyonların olması; bir dönem obsesyon ya da kompulsiyonların aşırı ya da anlamsız olduğunun kabul edilmesi; obsesyon ya da kompulsiyonların günde 1 saatten daha uzun bir zaman alması ya da kişinin işlevselliğini önemli ölçüde bozması ölçütleri karşılandığında konulmaktadır. Ayrıca, OKB tanısı konulabilmesi için, başka bir psikiyatrik bozukluk eşlik ettiğinde, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriğinin söz konusu bozukluğun ana belirtileriyle sınırlı olmaması ve de bozukluğun bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olarak ortaya çıkmamış olması gerekmektedir. DSM-IV-TR'de, kişinin, bozukluğun olduğu dönemde çoğu zaman obsesyon ya da kompulsiyonlarının

Tablo 1. Obsesif-kompulsif bozukluk için DSM-IV-TR tanı ölçütleri (119)

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:

- (1) bu bozukluk sırasında, kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler
- (2) düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir
- (3) kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır
- (4) kişi, obsesyon düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir)

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

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

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.

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

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. Bir Yeme Bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; Trikotilomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; Vücut Dismorfik Bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir Madde Kullanım Bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; Hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir Parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da Majör Depresif Bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geviş getirircesine düşünme).

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

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü az olan: O sıradaki epizodda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa

aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmemesi durumu için, "içgörüsü az olan" olarak isimlendirilen ayrı bir tip tanımlanmıştır. DSM-IV-TR OKB tanı ölçütleri Tablo 1 'de verilmiştir.

ICD-10'un OKB tanı ölçütleri açısından DSM-IV-TR' den en önemli farkı, obsesif-kompulsif belirtilerin üst üste en az 2 hafta boyunca bulunması koşulunun olmasıdır. Obsesif kompulsif belirtilerin sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici niteliğine burada da yer verilmektedir. Ayrıca, ICD-10 OKB tanı ölçütlerinde, obsesif kompulsif belirtilerin kişinin kendi düşünceleri veya dürtüleri olarak algılanması; bu belirtilerden en az birine karşı kişinin direnç gösteriyor olması; kompulsiyonları yerine getirme düşüncesinin haz verici olmaması ve de düşünce, imge ve dürtülerin rahatsızlık verici biçimde yineleyici olması gerektiği vurgulanmaktadır (22). ICD-10 tanı kriterleri Tablo-2'de verilmiştir.

Tablo 2. Obsesif-Kompulsif Bozukluk için ICD-10 tanı ölçütleri (120)

Kesin tanı koyabilmek için, obsesyonel belirtiler ya da kompulsif hareketler, en az 2 hafta (üst üste 2 hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı ve sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır.

Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır:

- A. Bunlar kişinin kendi düşünceleri ya dürtüleri olarak algılanırlar.
- B. Kişi bu düşünceler ya da hareketlerden en az birine karşı direnç gösteriyor olmalıdır; kişinin artık karşı koyamadığı başka düşünceler ya da hareketler bulunabilir.
- C. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da anksiyetenin giderilmesi söz konusudur).
- D. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

2.1.7. Obsesif kompulsif bozuklukta eştanı

OKB'de eştanılı durumları araştıran çalışmaların sonuçları, OKB'ye en az %50 oranında I. Eksen bozukluklarının eşlik ettiğini ortaya koymuştur (121). Yedi ayrı bölgede yapılan ülkeler arası epidemiyolojik bir çalışma, OKB'li bireylerin, OKB'si olmayanlara göre, eştanılı major depresyon ya da herhangi bir anksiyete bozukluğuna yakalanma açısından

ciddi bir risk altında olduklarını göstermiştir (15). Çeşitli çalışmalarda, OKB'li bireylerin %40-60'ının yaşam boyu diğer bir anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığı; OKB'ye en sık eşlik edenlerin panik bozukluğu, basit fobi, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir (14, 121- 125).

Klinik örnekleme yapılan çalışmalar, OKB'li bireylerde %30-43 oranlarında major depresif bozukluk görüldüğünü ortaya koymuştur (70, 111, 126- 129). Eisen ve Rasmussen (1993), 475 OKB'li olgunun %6'sında tek psikotik bulgunun içgörü yokluğu olduğunu; olguların %4'ünde OKB ve şizofreni, %2'sinde OKB ve sanrısız bozukluk, %3'ünde OKB ve şizotipal kişilik bozukluğunun birlikte bulunduğunu saptamışlardır. Araştırmada, psikotik özellikli OKB grubunda, sadece OKB'si olanlara göre, daha kötü prognozun görülmesinden, içgörü yokluğunun değil, şizofreni spektrumu diye adlandırılan alt grubun bulunmasının sorumlu olduğu belirlenmiştir (130).

OKB'li bireylerin %36'sının bir ya da daha fazla DSM-III kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığı bildirilmiş ve OKB'de en sık görülen kişilik bozuklukları; bağımlı (%12), histrionik (%9), obsesif-kompulsif (%6) kişilik bozuklukları olarak sıralanmıştır (131). OKB ile obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) ilişkisi, uzun yıllardan bu yana araştırmacıların ilgisini çeken bir konu olmuştur. 1990 yılından bu yana yapılmış 15 çalışmanın sonuçlarını değerlendiren Albert ve arkadaşları (2004), OKB'li bireylerde OKKB görülme oranlarının %3 ile %36 arasında değiştiğini belirlemiş; OKKB'nin OKB'lilerde normal popülasyona göre daha sık görüldüğü, ancak bunun OKB'ye özgü olmaktan çok, genel olarak anksiyete bozukluklarının bir özelliği olduğu şeklinde yorumlamışlardır (132).

2.1.8. Gidiş ve prognoz

Uzun dönem takip çalışmalarında çoğu OKB olguları için kronik bir gidişin olduğu görülmüştür. Birçok olguda belirtiler ani ya da kısa bir zaman diliminde başlamakta ve çoğu zaman zemin hazırlayıcı ya da tetikleyici stresli bir yaşam olayı sonrasında ortaya çıkmaktadır. OKB'de belirtiler genellikle yavaş başlangıç göstermekte, belirtilerin klinik olarak anlamlı bir düzeye gelmesi yıllar alabilmektedir (22). Nitekim birçok olguda, bozukluğun asıl başlangıcının 10 yıl öncesine dayandığı anlaşılmaktadır (133). Kimi bireylerde ise bozukluk en şiddetli haliyle başlamakta ve kalıcı bir gidiş göstermektedir. Sabit ve ağır bir seyir gösteren olguların yanı sıra, dalgalı bir seyir gösteren formlar da görülebilmektedir. Zaman zaman iyilik ve yeniden kötüleşme dönemleri gösteren olguların

yanı sıra, kimi olgularda obsesyon ve kompulsiyonlarda yıllar boyunca farklılıklar ve yeni kompulsif oluşumlar gözlenebilmektedir. Bazı olgularda major depresif bozukluk gibi araya giren ek bozukluklar tedavi ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (11). Rasmussen ve Tsuang (1986), OKB olgularını gidiş özelliklerine göre 'sürekli', 'kötüleşmeyle giden' ve 'epizodik' olarak üçe ayırmışlardır (111). Rasmussen ve Eisen (1988), epizodik OKB için görülme oranını %2 olarak bildirirken, DSM-IV'te ise bu oran %5 olarak belirtilmektedir (13, 126). Daha yakın tarihli çalışmalarda ise, epizodik OKB görülme oranı %45,5 ve %27,4 gibi daha yüksek oranlarda bulunmuştur (111, 122, 128, 134).

Olguların yalnız 1/5'inde tam iyileşmenin görüldüğü düşünülürken, bazı klinisyenlere göre bu oran çok daha düşüktür. Olguların ancak yarısında tedaviyle OKB belirtilerinin hafifleyerek ılımlı bir seyir izlediği, 1/3'ünde ise belirtilerin aynı şiddette devam ettiği ve hatta zaman içinde kötüleştiği gözlenmektedir (9, 11).

OKB'nin kötü prognoz gösterebileceğini öngören durumlar; bozukluğun erken başlangıçlı olması, hezeyan boyutunda obsesif ve aşırı değerlendirilmiş düşüncelerin olması, kompulsiyonlara direnç gelişmemesi, eşlik eden bir kişilik bozukluğunun (özellikle şizotipal kişilik bozukluğu) veya depresif bozukluğun olması, kötü sosyal koşulların olması, kötü iş ve aile uyumu olması, hospitalizasyon gerekliliğinin olması, hastalığın sabit bir seyir göstermesi, zemin hazırlayan bir olaya reaktif olarak gelişmemiş olması, hastanın tedavi uyumunun ve tedaviye verdiği yanıtın yetersiz olmasıdır (19, 22, 110).

2.1.9. Obsesif kompulsif bozuklukta içgörü

İçgörü (insight); kişinin kendi ile ilgili bir durumun gerçek nedenini ve anlamını kavrayabilme becerisidir. Bireyin hasta olma konusunda farkındalık ve anlayış derecesidir. Bireyler varolan bozukluğu tamamen inkar edebilir, veya herhangi bir bozukluk olduğuna dair farkındalık gösterse bile başkalarını ya da dış faktörleri suçlayabilir. Entelektüel içgöründe kişi, kendisinde bir bozukluğun olduğunu ve yaşadığı uyum güçlüğü'nün kendi mantıksız düşüncelerinden kaynaklandığını söyler. Entelektüel içgörünün ana kısıtlılığı, kişinin bilgilerini gelecekteki yaşantılarını değiştirme yolunda kullanamamasıdır. Bireyin kendi istek ve duygularının farkındalığı kişilik ya da davranış düzeyinde değişikliğe yol açıyorsa, gerçek duygusal içgörü var demektir (110).

OKB'de içgörü meselesi çok uzun zamandan bu yana tartışılan bir konudur. Kozak ve Foa (1994), obsesyonları tanımlamanın; obsesyonlar, aşırı değerlendirilmiş fikirler (OVI-Over-valued ideas) ve sanrılar arasında sınır koymanın zor olduğunu bildirmiştir (135).

OKB geleneksel olarak, bireylerin belirtilerine yönelik içgörülerinin iyi olduğu bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte, OKB'li olguların belirli bir bölümünde, belirtilere yönelik içgörünün değişen derecelerde bozulduğu, kişinin obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ve anlamsız olduğunu kabul etmediği gözlenmektedir. DSM-III-R'de, OKB belirtileriyle ilgili duyarlılık ve buna bağlı içgörünün eksiksiz olması ölçütü çıkarılmıştır. Bunun yerine DSM-IV'te, belirleyici bir ölçüt olarak "azalmış içgörü" kullanılmıştır. Dolayısıyla içgörü, ayırıcı tanı kolaylığı sağlayan bir unsur olmaktan çıkmıştır. Tüm bu değişiklikler, içgörü esasında belirlenen sınırların iyiden iyiye bulanıklaşmasına yol açıyor gibi görünebilir. Bu nedenle, kesin sınırlardan yana olan kimi çalışmacılara karşın, çoğu uzman içgörüyü, obsesyon ve sanrı arasında süreklilik taşıyan bir açılım olarak bakılmaktadır. Oysa aşırı değerlendirilmiş fikirler (OVI) obsesyon ve psikoz arasındaki alan boyunca uzanmaktadır (135, 136). OKB'li bireylerde içgörünün "iyi" ya da "az" olarak bölünmesinden çok, inançların süreklilik içinde ele alınması, diğer bir ifadeyle OKB'li bireylerin belirtilerine yönelik içgörülerinin bir yelpaze içinde değerlendirilmesi daha uygun görünmektedir. Bu yelpazenin bir ucunda içgörünün tam olduğu hastalar, diğer ucunda ise "obsesif-kompulsif psikozlar" yer almaktadır (22).

2.1.10. Obsesif kompulsif bozuklukta içgörünün değerlendirilmesi

OKB'de içgörü değerlendirmesinde kullanılan standart bir yöntem yoktur. Araştırma çalışmalarında kullanılan geleneksel yöntem, Y-BOCS'nin 11. maddesidir (137). Bu madde 0 ("Sanırım obsesyon ve kompulsiyonlarım akıldışı ve aşırı")'dan 4 ("Kim ne derse desin obsesyon ve kompulsiyonlarımın makul olduğundan eminim")'e , 5 basamak üzerinden bir derecelendirme içermektedir. Herhangi bir yapıyı tek bir maddeyle değerlendirmek güvenilirlikle ilgili kaygılara yol açtığı için, araştırmacılar bütünüyle içgörüyü yönelik ve daha ayrıntılı ölçekler geliştirmişlerdir. Bunlar; İnanışların Değişmezliği Soru Formu (FBQ-Fixity of Beliefs Questionary), Brown İnanışları Değerlendirme Ölçeği (BABS-Brown Assessment of Beliefs Scale) ve Aşırı Değerlendirilmiş Fikirler Ölçeği (OVIS-Overvalued Ideas Scale)'dir (114, 138, 139). Ancak bu ölçekler birbirinden bağımsız geliştirildiğinden ve aynı örneklem grubunda uygulandığı bir çalışma olmadığından kullanımları kısıtlıdır (140).

Y-BOCS'nin 11. maddesinden alınan puanlara dayanarak gruplandırılmış örneklemelere bakıldığında, OKB olgularının %15-36'sında içgörü azlığı veya yokluğu söz konusudur (141-143). Y-BOCS'nin 11.maddesini esas alan çalışmaların büyük bir kısmı, içgörü eksikliğinin OKB şiddetiyle doğrudan ilişkili olduğu sonucuna varmıştır (141, 143, 144).

İçgörü ile eşitlik ilişkisine bakıldığında ise, içgörüsü az olan OKB olgularında majör depresyon, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, borderline ve narsisistik kişilik bozuklukları, şizotipal kişilik bozukluğu oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (143- 149).

İçgörünün, OKB başlama yaşı, bozukluğun süresi, ailede OKB öyküsü gibi değişkenlerle ilişkisi her zaman kurulabilmiş değildir. Bazı araştırmalarda başlama yaşının erken olması ile azalmış içgörü arasında ilişki bulunmuştur (145), ama aynı sonuca varmayan çalışmalar da vardır (141, 143, 144, 150). Bellino ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2005), ailede OKB öyküsü ile azalmış içgörü ilişkili bulunurken, başka bir çalışmada bu iki değişken arasında belirli bir ilişki olmadığı ifade edilmiştir (151). Catapano ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, azalmış içgörü düzeyi olan OKB'li bireylerin birinci derece yakınlarında, içgörüsü iyi olan OKB'li bireylerin yakınları ile kıyaslandığında, şizofreni spektrum bozuklukları tanılarının çok sık konulduğu saptanmıştır. Birbirini tutmayan tüm bu sonuçlara bakarak içgörü ile bağlantılı belirli değişkenleri ortaya çıkarmak zordur. Belli semptomatik komorbiditeler, özellikle aynı anda gelişen depresyon, azalmış içgörülü OKB olgularında, iyi içgörülü OKB olgularına göre daha sık görülmektedir (141, 143-145).

Araştırılan diğer bir husus, içgörü ile obsesif-kompulsif belirtiler (özellikle yıkama ve kontrol etme davranışı olmak üzere) arasında bir ilişkinin olup olmadığıdır. Kimi çalışmalarda içgörüsü iyi ve azalmış olan OKB'li bireylerde, obsesyon ve kompulsiyon tipleri arasında bir farkın olmadığı sonucuna varılmışsa da, içgörü düzeyinin obsesyonel içerikle bağlantılı olduğu sonucuna varan başka çalışmalar da vardır (141, 143). Örneğin Tolin ve arkadaşları (2001), önde gelen obsesyonu zararı engelleme sorumluluğu veya dinsel kaygılar olan OKB'li bireylerde içgörü düzeyinin, kirlenme obsesyonu veya yıkama ritüeli olan OKB'li bireylere göre azalmış olduğu sonucuna varmıştır (152). Azalmış içgörü düzeyinin somatik obsesyonlar veya beden sağlığına ait kaygılarla bağlantılı olduğu sonucuna varan çalışmalar da söz konusudur (142, 150, 153, 154). Bir çalışmada, biriktirme kompulsiyonları olanlarda içgörünün az olduğu, biriktirme kompulsiyonlarına direnmenin olmadığı ve tedavi motivasyonunun düşük olduğu belirlenmiştir (155).

İçgörü azlığı görülen OKB olgularının tedavisinde iki yaklaşım vardır. Tedavide genel olarak, OKB'de olduğu üzere, serotonerjik ilaçlar veya ilaçla kombine bilişsel-davranışsal yaklaşımlar (ERP-Exposure and Response Prevention) kullanılmaktadır. OKB tedavisi sonuçlarına dair pek çok veri olmasına karşın, özel olarak içgörünün azalmış olduğu OKB olgularında tedavi sonuçlarına dair veri oldukça azdır. Daha da önemlisi OKB'de ERP müdahalesi hakkında olumlu sonuçlar bildiren araştırmalara karşın, içgörü azlığına veya OVI'ye yönelik ERP uygulamasına dair bir çalışma bulunmamaktadır (140).

OKB'li bireylerde içgörü derecesi ile tedavi yanıtı ilişkisi konusunda elde edilen bulgular ise çelişkilidir. İki çalışmada (143, 156), tedavi öncesi içgörü düzeyi ile ilaç tedavisine yanıt arasında bir ilişki bulunmamış iken, üç çalışmada içgörü azlığının ilaç tedavisine kötü yanıt ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (141, 145, 154). Davranışçı tedaviyle ilgili çalışmalardan da benzer çelişkili sonuçlar elde edilmiş; Foa ve arkadaşları (1999) içgörüsü azalmış olan olguların davranışçı tedaviye kötü yanıt verdiğini bildirirlerken, Lelliott ve arkadaşları (1988) içgörüsü azalmış olan OKB olgularının davranışçı tedaviye içgörüsü tam olan hastalar kadar iyi yanıt verdiğini ileri sürmüşlerdir (141, 154, 157, 158).

Klinik açıdan OKB'de içgörü konusu kimi önemli sorunları gündeme getirmektedir. Bunlardan biri, içgörü azlığının ayrı bir klinik alttip ya da büyük resmin içinde bir boyut olup olmadığı meselesidir. Önemli diğer bir sorun da, intruzif düşüncelerden başlayarak aşırı değerlendirilmiş fikirler/düşük içgörü ve en önemlisi sanrılar arasında bir devamlılığın olup olmadığıdır. Insel ve Akiskal (1986), içgörüsü azalmış olan olgularda entelektüel ve emosyonel içgörü arasında önemli ölçüde bir uyum olduğunu öne sürerek, tedavilerinin zor olduğundan söz etmişlerdir. Bu görüş, içgörüyü esas alan tedavi araştırmaları söz konusu olduğunda klinik açıdan hâlâ önemlidir. Çünkü içgörü azlığı olan pek çok olgu, üzerlerine gidildiği takdirde OKB belirtilerinin akıldışılığının farkında olduklarını söyleyeceklerdir. Araştırılacak konulardan biri de entelektüel ve emosyonel içgörü arasında uyum sağlayacak kognitif bir tedavinin nasıl şekillendirileceğidir (136).

2.2. METAKOGNİSYON (ÜSTBİLİŞ) KAVRAMI

Flavell'e göre (1979) üstbilış kavramı; bilişleri kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçlerden oluşan bir sistemdir (159). Cox'a (2005) göre ise; herhangi bir uyarana verdiğimiz tepkinin doğruluğu ve uygunluğu hakkındaki bilgimiz üstbilışleri oluşturur. Başka bir deyişle "kişinin ne bildiği hakkındaki bilgisi, ne

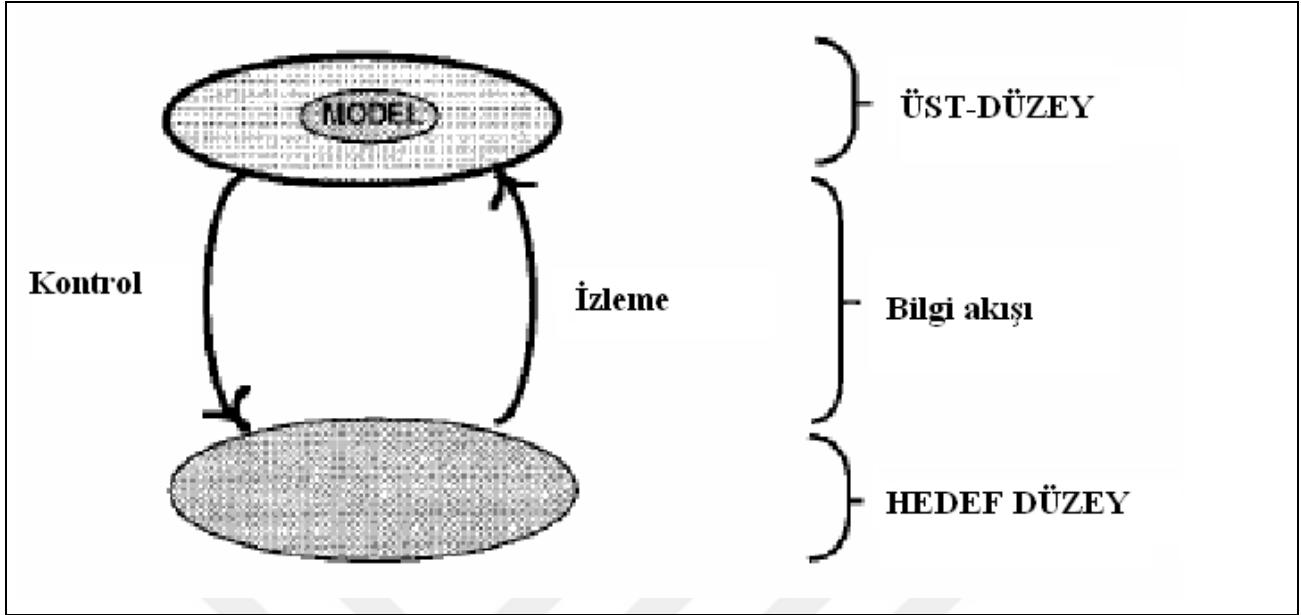
düşündüğü hakkındaki düşüncesi veya kendi bilişsel süreci üzerine çevrilmiş gözü” olarak tanımlanabilir (4).

Beck’in (1976) bilişsel kuramında, önceden edinilmiş olan uyum bozucu şemaları aktive eden uyarılar/yaşantılar karşısında ortaya çıkan bilişsel süreçler ve tedavide bu bilişsel süreçlerin çalışılmasına dair vurgu olsa da, bu bilişsel süreçlerin değerlendirilmesi ve üzerinde çalışılması için gerekli olan “üstbiliş” kavramının eksik kaldığı, oysa bilişsel faaliyetlerin çoğunun üstbilişsel etkenlere bağlı olduğuna dikkat çekilmektedir (159).

Nelson ve Narens (1999) tarafından üstbilişlere dair birbiriyle ilişkili iki düzeyli bir yapı önerilmektedir. Bu yapıya göre; üstbiliş “üst düzey” ile “hedef düzey” ve bunlar arasındaki işlemlerden oluşur. Üst düzey, hedef düzeydeki işlemleri izler ve üzerinde denetim oluşturur. Şekil 1’de görüldüğü gibi, bilişlerin yer aldığı hedef düzeyden üst düzeye bir bilgi akışı söz konusudur. Buna üstbilişsel izleme (*metacognitive monitoring*) adı verilmektedir. Bu süreci takiben, üst düzeyden de hedef düzeye bir bilgi akışı olur; bu bilgi akışı daha çok bir “komut” akışına benzer çünkü bilişleri kontrol etmeye yönelik bir bilgi akışıdır. Nitekim bu sürece de üstbilişsel kontrol (*metacognitive control*) adı verilir (160).

Üst düzeyin yürüttüğü kontrol sayesinde hedef düzey faaliyetini başlatır, sürdürür, sonlandırır ve günceller. Üstbilişsel izleme sürecinde; öğrenileni ve düşünüleni değerlendirme, bununla ilgili olarak hissedileni belirleme, hatırlanan bilgiden emin olma gibi işlevler yerine getirilirken; üstbilişsel kontrol sürecinde bilişsel işleyiş ve strateji seçimi, çalışma zamanını belirleme, sürdürme ve sonlandırma gibi işlevler yerine getirilir (160, 161).

Şekil 1: Nelson'un üstbilgi modeli*



*Nelson ve ark. (1999) Metacognition and Clinical Psychology: A Preliminary Framework for Research and Practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy* (s.74) kaynağından alınarak düzenlenmiştir (160).

Üstbilgilerin psikopatoloji oluşumu ve sürdürülmesinde önemli bir faktör olduğuna dair başka bir önemli açıklama da Wells ve Matthews'ın (1994) "Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler" (*Self-Regulatory Executive Function Model (S-REF)*) modelinden gelmiştir. Bu modelde üstbilgisel izleme kavramına benzer olarak "üstbilgisel bilgi" (*metacognitive knowledge*) ve üstbilgisel kontrol kavramına benzer olarak da üstbilgisel düzenleme (*metacognitive regulation*) kavramı önerilmiştir. S-REF, kişinin olduğu ve olmak istediği düzeyler arasındaki çelişkiyi azaltmaya yönelik olarak işleyen bir sistemdir. Bu sistemde kendilik bilgisi, dış uyarıcıların kişinin kendisi için anlamı, bedensel uyarıcılar, bilişler birlikte değerlendirilir. Bu sistemde kişilerin, saplantılı düşünme, tehditlere dair seçici dikkat, düşünceleri bastırmaya çalışma ve düşüncelerden kaçınma gibi uyum bozucu üstbilgisel kontrol stratejileri kullanmaları, başa çıkma becerisi üretememeleri ve olumsuz kendilik algısının tekrarlanması psikopatoloji ortaya çıkarıcı ve sürdürücü bir rol oynamaktadır (159).

Üstbilgilerin psikopatolojilerle ilişkisi incelenirken kişilerin bilişlerine dair olumlu ve olumsuz üstbilgisel inançları ve bunlara dair beş boyut ele alınmıştır. Bu beş boyuttan ilki; bilişlere dair "Endişelenmek gelecekte problemlerden kaçınmama yardım eder", "İyi çalışabilmek için endişelenmem gereklidir" gibi düşüncelerin oluşturduğu Pozitif İnançlar boyutudur. Bu boyut, kişinin bilişlerini problem çözme yöntemi olarak görmesi, normal veya

“iyi” olarak değerlendirmesiyle ilgilidir. İkinci boyut; Kontrol Edilemezlik ve Tehlike boyutudur; “Düşüncelerimi kontrol etmeyi zor buluyorum”, “Endişelenmeye başlayınca durduramıyorum” ve “Benim için endişelenmek tehlikelidir” gibi üstbilişsel inançlardan meydana gelir. Bu boyuta göre kişiler kendi düşüncelerinin tehlikeli olduğu ve kontrol edilmesi gerektiği görüşündedir. Üçüncü boyut; Bilişsel Güven boyutudur; “Kötü bir hafızam vardır”, “Belli bir şeyi uzun süre aklımda tutmakta zorlanıyorum” gibi üstbilişsel inançlardan oluşur. Bir diğer boyut; Batıl İnanç ve Kişisel Sorumluluk/Kontrol İhtiyacı boyutudur. Kişinin bazı düşüncelere sahip olmasından dolayı ortaya çıkabilecek sonuçlardan korkması ve bunların sorumluluğunu aşırı derecede üstlenmesi ile ilişkilidir; “Endişeli düşüncelerimi kontrol etmezsem ve bu gerçekleşirse benim hatamdır”, “Belli düşüncelere sahip değilsem cezalandırılırım” gibi üstbilişsel inançları içerir. Beşinci boyut ise; kişinin kendi düşüncelerini izlemesi ve düşünce sürecine odaklanmasına dair olan Bilişsel Farkındalık boyutudur. Bu boyut da “Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm”, “Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm” gibi görüşleri içerir. Sözü edilen 5 boyutu ölçmek üzere Wells ve Cartwright-Hatton (2004) tarafından geliştirilen, Üstbiliş Ölçeği (*Metacognitions Questionnaire; MCQ*) üstbilişlerle ilgili çalışmalarda en çok kullanılan üç ölçekten biridir (4). Diğer iki ölçek ise; Düşünce Kontrol Ölçeği (*Thought Control Questionnaire, TCQ*) ve Kaygı Verici Düşünceler Ölçeğidir (*The Anxious Thoughts Inventory, AnTI*). Üstbiliş ölçeği, daha çok üstbilişlerin psikopatolojilerle ilişkisinin araştırılmasında ve S-REF modelinin incelenmesinde yararlanılan bir ölçektir. Zaman içerisinde psikolojik bozukluklar ve üstbilişler arasındaki ilişkilere dair çalışmalar, bozukluğa ve bazı (öfke kontrolü, ertelemeçilik, sınav kaygısı gibi) klinik özelliklere özgü açıklamaları beraberinde getirmiş ve bu açıklamalara dair bir dizi çalışma yapılmıştır (162).

2.3. METAKOGNİSYONLAR VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Obsesif kompulsif bozukluğun belirtileri olan girici, yineleyici, kontrol edilmesi güç özellikteki obsesyonlar ve kompulsyonların oluşması ve sürdürülmesinde düşüncenin değerlendirilmesi ve düşünce hakkındaki inançlar gibi üstbilişsel süreçlerin önemi çeşitli çalışmalarda vurgulanmaktadır (6, 163- 165). Klinik olmayan bir örnekleme yapılan ölçümlerde kişilerin kendi düşüncelerine dair farkındalıklarının ve girici düşüncelere dair olumsuz değerlendirmelerinin obsesif düşünceleri, düşüncüyü bastırma çabasının da endişeyi

yordadığına dair bulgular elde edilmiştir (166). Ayrıca obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan bireylerin bilişsel güvenlerinin normal gruba oranla daha düşük olduğu belirtilmektedir (167).

İtalya’da üstbilişsel inançlar ve üstbilişsel kontrol stratejilerinin incelendiği bir çalışmada; kontrol edilemezlik ve tehlike boyutunun, endişe ve obsesif-kompulsif belirtileri yordadığı, endişeye dair olumlu inançların da uyum bozucu başa çıkma stratejilerinin sürdürülmesiyle ilişkili olduğuna dair bulgular elde edilmiştir (168). Türkiye’den 850 üniversite öğrencisiyle yürütülen bir çalışmada üstbilişlerin, özellikle tehlike ve kontrol edilemezlik boyutuna dair üstbilişsel inançların, obsesif-kompulsif belirtiler ve sürekli kaygı birbirinden bağımsız olarak güçlü bir şekilde yordadığını göstermişlerdir (4). Corcoran ve Woody de (2008) sağlıklı bireylerle yaptıkları bir çalışmada, saldırganlık, cinsellik ve günahkarlığa dair, sosyal kabul görmeyecek düşünceleri, katılımcıların değerlendirmesini istemişler ve düşüncelerin kendini kötü karakteri olan bir kişi olarak görme, zihinsel bir bozuklukla ilişkilendirme, ahlaksızlık gibi değerlendirmelerin obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkili olduğuna dair sonuçlar elde etmişlerdir. Buna bağlı olarak, düşüncenin içeriğinden çok, kişi için anlamının önemine vurgu yapmışlardır; örneğin birine vurmaya ilgili düşünce, eğer saldırganlıkla ilişkilendiriliyorsa farklı, kendini savunmayla bağlantılı olarak düşünülmüyorsa farklı üstbilişsel değerlendirmeyle sonuçlanacaktır (169).

Üstbilişlerle ilişkisi çalışılan bir başka değişken farkındalıktır. Teasdale (1999), üstbilişsel bilgi (*metacognitive knowledge*) ve üstbilişsel içgörü (*metacognitive insight*) kavramları arasındaki farka dikkat çekmiştir. Teasdale, düşünceleri entelektüalize ederek değerlendirme ile tecrübe ederek kavramın farklı boyutlar olduğunu belirtmektedir. Örneğin bilişlerin, gerçeklerin kendisi olmadığını “bilmek” ile bunu çok etkilendiğimiz bazı düşünceler üzerinden kavramak farklı düzeylerde içgörü gerektirecektir. Teasdale bu ayrımı yapmak için “soğuk bilgi” (*cold information*) kavramını kullanmış ve kişinin bilişleriyle ilgili uyum sağlayıcı üstbilişleri, ancak yaşantısal düzeyde kavradığı zaman iyileşme gösterebileceğini vurgulamıştır. Nitekim bir obsesif-kompulsif bozukluklu birey düşüncelerinin gerçekçi olmadığını “soğuk bilgi” düzeyinde biliyor olabilir, ancak uyum bozucu, girici düşüncelerinin üstesinden gelebilmesi için bunu yaşantısal olarak kavraması önemlidir (8).

Ehrlinger ve ark. (2008), üstbilişsel yetileri düşük olan kişilerin, bilişsel hataların farkına varma becerilerinin de düşük olduğunu belirtmişlerdir (170). Krajc ve Ortmann (2008) ise, farkındalık ve üstbilişsel yeteneğin farklı değişkenler olduğunu, sadece bilişsel ve

üstbilişsel yetileri düşük olan kişilerin farkındalık açısından daha dezavantajlı olabileceklerini belirtmişlerdir (171). Koriat ve Levy-Sadot (2000) ile Fernandez-Duque ve arkadaşları (2000) ise üstbilişlerin bilinçli ve bilinçsiz olup olamayacağı konusunu tartışmışlar ve bilişlerimiz gibi üstbilişlerimizin de bilinçli ya da bilinçsiz olarak ortaya çıkabileceği görüşünü savunmuşlardır. Örneğin bir kişinin düşüncelerini durdurmaya çalışmasının farkında olunmayan bir süreç ile ortaya çıkabileceğini belirtmişlerdir (172,173). Benzer biçimde Rosenthal (2000) ve Nelson (2000) da kişinin bir şeyi bilmese de “bilmediğini” bilebileceğini, aynı zamanda bir şeyi bildiğinin farkında olmadan o şeyi bilebileceğini belirtmiştir (174, 175). Ancak Kentridge ve Heywood (2000), konuyu farklı bir açıdan ele almış, üstbilişin kişinin kendine ve bilişlerine dair farkındalığını arttırdığını belirtmişlerdir (176).

2.4. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA METAKOGNİTİF TERAPİLER

Üstbilişlerle ilgili çalışmalar ve gelişmeler; çeşitli psikolojik bozukluklar için önerilen üstbilişsel terapi ve teknikleri beraberinde getirmiştir (159). Üstbilişlerin depresyonu sürdürücü özelliğinden ötürü, eğer tedavide çalışılmazsa nüks riskinin artacağı belirtilmektedir. Teasdale (1999), bilişsel-davranışçı terapide (BDT) kullanılan tekniklere ek olarak kişiye aynı bilişsel malzemeyi nasıl değerlendirdiğine dair üstbilişsel döngüyü ve daha formülasyona dayalı çalışma ile kişiye üstbilişsel izleme stratejilerini fark ettirmenin, nüksü önleyeceğini ileri sürmüştür. Örneğin bir kişi aklına bir düşünce geldiğinde bu düşünceye dair tepkilerinin farkında olursa, bu durumla başa çıkmasının da kolaylaşacağı belirtilmiştir (8).

S-REF modeli bağlamında ele alındığında, psikopatolojiler arasında uyum bozucu bilişsel süreçler açısından bir benzerlik olduğu, tüm bozukluklarda “bilişsel dikkat sendromu” (BDS) (*Cognitive Attention Syndrome, CAS*) denilen, uyum bozucu bir bilişsel örüntü olduğu, bu örüntüde esnek olmayan biçimde kendine odaklı bir dikkat, saplantılı düşünme biçimleri (ruminasyon gibi) tehdit arama gibi dikkat stratejileri, uyum bozucu bir başa çıkma stratejisi seçiminin olduğu belirtilmektedir (159). Kişinin düşüncelerinin zararlı sonuçlarına dair olumsuz inançları ve duyguları psikopatolojinin gelişimi ve sürdürülmesinde önem taşımaktadır. Dolayısıyla tedaviler yalnız kaygının kendisi ve stresle başa çıkmada kullanılan uyum bozucu davranışlara odaklı olmak yerine, BDS’ye yönelik müdahaleleri de içermelidir. Bunun için de kişiye “bağımsız düşünebilme” (*detached mindfulness, DM*) yetisi kazandırılmalıdır. Bu yeti, terapide değişim ve terapötik iyileşmeyi sağlayıcı bir değişken

olarak görülmekte ve ‘olayları herhangi bir bakış açısına bağlı kalmadan değerlendirebilme’, ‘psikolojik bir özgürlük düzeyi’ olarak tanımlanmaktadır. Bu düzey (DM), bilişsel yapıya dair farkındalık, bilişlere karşıdan bakabilmeyi (*cognitive de-centering*); dikkati dış çevreye dair olay ve uyaranlardan kendi bilişlerine çekebilme; hedef yönelimli olmadan zihinsel süreci izleyebilmeyi gerektirir. Bu düzey kişinin durumlar karşısındaki patolojik yanlılığın üstesinden gelebileceği bir düzey olarak değerlendirilmektedir. Burada, kişi kendine (*self-focus*) değil düşüncelerine odaklanmaktadır (*meta-awareness*) (177).

Fisher ve Wells (2008), OKB için önerdikleri “üstbilişsel terapide” (*metacognitive therapy - MCT*) hastayı üstbilişler açısından formüle etmiş, BDT’den farklı olarak düşüncelerin içeriğinin değiştirilmesi yerine obsesif-kompulsif düşüncelere dair inançlara odaklanılmasının önemini vurgulamışlardır. Bu terapi yaklaşımına göre hastalar üstbilişlerinin hastalıklarında oynadığı rol hakkında bilgilendirilirler. Örneğin 30 yıl önceki bir cinayete katkısı olduğuna dair obsesyonları olan bir hastalarına “katil olduğumu düşünmem öyle olduğumu gösterir” gibi bir düşünce-eylem kaynaşmasının (üstbilişsel bir süreç olarak) hastalığını nasıl sürdürdüğü yönünde bir psiko-eğitim vermişlerdir. Kişinin uyum bozucu üstbilişsel stratejilerle (ruminasyonu sürdürme, düşünceleri bastırma çabası gibi) hastalığı sürdürdüğü düşünüldüğünden; danışanın seans içi denemelerde, “bağımsız düşünebilme” ile düşünceleri izlemesi desteklenir. Üstbilişsel inançlarının (BDT’de bilişler üzerinden yapıldığı gibi) avantaj-dezavantaj analizini yapması sağlanır. Son olarak bunlara dair bazı stratejiler yazılı olarak danışana verilir ve benzer durumlarla karşılaştığında uygulaması için cesaretlendirilerek nüks riski azaltılır. Fisher ve Wells (2008), bu terapi yöntemini 4 OKB vakasına uygulayarak analiz etmişler, 3 aylık ve 6 aylık izleme ölçümlerinde de haftada yaklaşık bir saatlik görüşmelerden oluşan 12-14 seansın etkili olduğunu gösteren sonuçlar elde etmişlerdir (164).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmaya; Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne Kasım 2009 – Ekim 2010 tarihleri arasında başvuran hastalar arasından seçilmiş ve yapılandırılmış klinik görüşme ile DSM-IV-TR'ye göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış 100 hasta dahil edildi. Kontrol grubu, polikliniğimize sağlık kurulu değerlendirmesi için başvuran, çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan, sosyodemografik özellikler açısından hasta grubu ile uyumlu olan 50 gönüllü, sağlıklı bireyden oluşturuldu. Görüşmeler, olguların bilgilendirilmiş olurları alınarak yapıldı.

SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM Disorders-I) uygulanarak OKB tanısı aldığı belirlenen hastalara, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, sosyoekonomik durum, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, hastalık başlangıç yaşı gibi sosyodemografik özelliklerin sorgulanması için sosyodemografik ve klinik veri formu; klinik durumlarının, obsesyon-kompulsiyon tiplerinin ve hastalık şiddetlerinin belirlenebilmesi amacıyla Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale), Y-BOCS Semptom Kontrol Listesi, Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulandı. İçgörünün varlığı, Y-BOCS'un 11.maddesi ile değerlendirildi. Hem çalışma grubu hem de kontrol grubunun metakognisyonlarının değerlendirilmesi amacıyla Üstbilgi Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) kullanıldı.

Y-BOCS skoru 16 ve üzerinde olan (orta ve ağır şiddette OKB) bireyler çalışmaya alındı. OKB'li bireylerin metakognisyonlarının komorbid diğer ruhsal bozukluklardan etkilenebileceği düşünüldüğünden, komorbid depresif bozukluğu olanlar çalışmaya dahil edilmedi. Hastalara BDE uygulandı, ve BDE skoru <7 olan bireyler çalışmaya alındı. Hastaların metakognisyonlarının almakta oldukları psikiyatrik tedavilerden etkilenebileceği düşünüldü. Bu nedenle daha önce psikoterapi alıp almadıkları ve psikotrop ilaç kullanımları sorgulanarak, son 2 yıl içinde psikoterapi almış olanlar, SĞİ dışında psikotrop ilaç kullananlar çalışma dışı tutuldu.

3.1. Hasta grubu için çalışmaya dahil olma kriterleri:

- 1- DSM-IV-TR'ye göre OKB tanısı almış olmak
- 2- 18-65 yaş arasında olmak
- 3- En az 1 yıldır OKB semptomlarının var olması ve Y-BOCS skoru ≥ 16 olması
- 4- En azından verilen testleri cevaplayabilecek düzeyde okuma-yazma biliyor olmak

- 5- Son 2 yıl içinde psikoterapi için başvurunun olmaması
- 6- SGI grubu dışında psikotrop ilaç kullanmıyor olmak
- 7- Bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak
- 8- Eksen I ve II psikiyatrik hastalık ve nörolojik hastalığın olmaması

3.2. Sağlıklı kontrol grubu için çalışmaya dahil olma kriterleri:

1. Okuduğunu anlayabilecek düzeyde okuma yazma bilmek
2. 18-65 yaş arasında olmak
3. Halihazırda psikiyatrik ve nörolojik hastalığı, çalışma sonuçlarını etkileyebilecek bedensel hastalığı olmaması
4. Bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak

3.3. Klinik Ölçekler

SCID-I (DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Türkçe Yapılandırılmış Klinik Görüşme)

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından, 1994 yılında DSM-IV Eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış bir klinik görüşme ve major DSM-IV Eksen-I tanılarının konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir (178). Hem psikiyatri hem de genel tıp hastalarına

uygulanabilir. Dil ve tanı kapsamı ile çoğunlukla erişkinler için kullanımı uygundur. Altı modülden oluşmaktadır. Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (179).

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, sosyoekonomik durum, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, hastalık başlangıç yaşı gibi sosyodemografik özelliklerin sorgulanması için yapılmıştır.

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale)

Sağlıklı denekler ve psikiyatrik hasta gruplarında obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek için, görüşmeci tarafından değerlendirilen, toplam 10 maddenin puanlanarak

hesaplandığı, 11. maddenin ise içgörüyü değerlendirmek amacıyla kullanıldığı bir ölçektir. Y-BOCS' un puanlandırılmasında obsesyon ve kompülsiyonlar 5'er madde ile ve her bir madde 4 puan üzerinden olmak üzere ayrı ayrı puanlandırılmakta, obsesyon ve kompülsiyon alt toplam puanları ve sonunda en fazla 40 puan üzerinden toplam bir puan elde edilmektedir. Ölçekten elde edilen puanlar ise şu şekilde kendi içinde sınıflandırılmaktadır: 0-7 subklinik; 8-15 hafif; 16-23 orta; 24-31 şiddetli (180-182).

Y-BOCS Semptom Kontrol Listesi

Hastada o anda bulunan semptomların tanınmasında yardımcıdır. Toplam 8 adet obsesyon ve 7 adet kompülsiyon türünü sorgulamaktadır (180-182).

Üstbiliş-30 Ölçeği (ÜBÖ-30)

Toplam 30 maddeden oluşmaktadır. ÜBÖ-30'daki her madde, "(1) kesinlikle katılmıyorum" ile "(4) kesinlikle katılıyorum" uçlarına sahip, 4 birimli Likert tipi derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığına işaret eder. Wells (2004) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tosun ve arkadaşları tarafından (2008) yapılmıştır (4, 5).

Beck Depresyon Envanteri (BDI- Beck Depression Inventory)

Hastada depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçen kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve bunların toplanması ile elde edilen toplam puan 0-63 arasında değişir. Kesme puanı 17 olarak kabul edilmektedir. Beck tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Hisli (1989) tarafından yapılmıştır (183, 184).

3.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS 16.0 programı ile yapıldı. Sayısal parametrelerin özetlenmesinde ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri, gerekli

durumlarda %95 güven aralıkları; kategorik değişkenlerin özetlenmesinde ise sayı ve yüzde değerleri kullanıldı. İstatistik anlamlılık sınırı $p < 0.05$ olarak belirlendi. Karşılaştırmalarda tüm değişken gruplarının dağılımını tespit etmek için Kolmogorov-Smirnow testi uygulandı. Normal dağılım gösteren değişkenler için parametrik; çarpık dağılım gösteren değişkenler için non-parametrik istatistik yöntemler kullanıldı. Parametrik test olarak Student-t Testi (Independent Sample T-Testi) ve non-parametrik test olarak Mann-Whitney U Testi; üçlü grup karşılaştırmalarında Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve 2'li grup karşılaştırmalarında Tukey testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında çapraz tablo istatistikleri kullanıldı (Ki-kare, Fisher, Mantel Haenszel)



4. BULGULAR:

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılan 150 kişiden 50'si sağlıklı kontrol (K), 57'si içgörüsü tam olan OKB (İT), 43'ü içgörüsü azalmış OKB (İA)'li bireylerden oluşmaktaydı. Katılımcıların %56,6'sı kadın (n=85), %43,4'ü (n=65) erkekti. Yaş ortalamaları kontrol grubu için $34,70 \pm 4,54$; içgörüsü tam olan OKB'li grup için $36,84 \pm 9,41$ ve içgörüsü azalmış olan OKB'li grup için $34,58 \pm 11,24$ idi. Gruplar arasında yaş ortalaması bakımından anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p > 0,05$). Gruplar arasında cinsiyet açısından farklılık yoktu ($p > 0,05$). Gruplar, medeni durum açısından karşılaştırıldığında içgörüsü tam olan OKB'li gruptaki bekar bireylerin oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha fazla olarak tespit edildi ($p = 0,009$). Kontrol grubundaki bireylerin eğitim durumu hem içgörüsü tam olan, hem de içgörüsü azalmış olan OKB'li bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (sırasıyla, $p < 0,001$ ve $p = 0,006$). İçgörüsü tam ve içgörüsü azalmış hastalar arasında ise eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı ($p = 0,223$). Kontrol grubu olguların %78'i memur ve işçi iken bu oranın içgörüsü tam olan OKB'li grupta %28,1 ve içgörüsü azalmış olan OKB'li grupta %20,3 olduğu görüldü. İçgörüsü tam olan OKB'li bireylerin %47,4'ü (n=27), içgörüsü azalmış olan OKB'li bireylerin %32,5'i (n=14) ev hanımı idi. Çalışmaya alınan her üç grup arasında yaşanan yer ve gelir düzeyi açısından anlamlı farklılık yoktu ($p = 0,612$). Sigara kullanımı açısından karşılaştırıldığında, kontrol grubu bireylerde sigara kullanımı içgörüsü tam olan OKB'li bireylere göre anlamlı olarak daha fazlaydı ($p = 0,006$). İçgörüsü azalmış OKB'li bireylerle, kontrol grubu ve içgörüsü tam olan OKB'li bireyler arasında sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$). Gruplar arasında alkol kullanım durumu bakımından anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p = 0,301$). Çalışmaya katılan grupların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 3. Grupların sosyodemografik özellikleri

	KONTROL (n=50)	İÇGÖRÜSÜ TAM (n=57)	İÇGÖRÜSÜ AZALMIŞ (n=43)	P
YAŞ	34,70 ± 4,54	36,84 ± 9,41	34,58 ± 11,24	K-İT= 0,146 K-İA=0,946 İT-İA=0,277
CİNSİYET				
Kadın	24 (48,0)	37 (64,9)	24 (55,8)	K-İT=0,078 K-İA=0,452 İT-İA=0,356
Erkek	26 (52,0)	20 (35,1)	19 (44,2)	
MEDENİ DURUM				
Evli	22 (44)	42 (36,7)	26 (60,5)	K-İT=0,009*
Bekar	25 (50)	13 (22,8)	17 (39,5)	K-İA=0,006*
Dul	3 (6)	1 (1,7)	0 (0)	İT-İA=0,219
Ayrı yaşıyor	0 (0)	1 (1,8)	0 (0)	
EĞİTİM DURUMU				
İlköğretim	3 (6)	27 (47,3)	13 (30,2)	K-İT<0,001** K-İA<0,001** İT-İA=0,223
Ortaöğretim	22 (44)	17 (29,8)	17 (39,5)	
Yükseköğretim	25 (50)	13 (22,8)	13 (30,3)	
MESLEK				
Memur	24 (48)	12 (21,1)	7 (16,3)	
Öğrenci	5 (10)	4 (7,0)	7 (16,3)	
İşçi	15 (30)	4 (7,0)	6 (14,0)	K-İT<0,001** K-İA=0,113 İT-İA=0,326
Serbest çalışıyor	2 (4)	4 (7,0)	1 (2,3)	
Ev hanımı	0 (0)	27 (47,4)	14 (32,5)	
Diğer	4 (8)	2 (3,5)	3 (7,0)	
Çalışmıyor	0 (0)	4 (7,0)	5 (11,6)	
YAŞADIĞI YER				
Köy	0 (0)	1 (1,8)	1 (2,3)	K-İT=0,642 K-İA=0,283 İT-İA=0,496
İlçe	9 (18)	10 (17,5)	4 (9,3)	
Şehir merkezi	41 (82)	46 (80,7)	38 (88,4)	
GELİR DÜZEYİ				
500 ve altı	3 (6)	3 (5,3)	1 (2,3)	K-İT=0,907 K-İA=0,394 İT-İA=0,251
500-1500 TL arası	34 (68)	41 (71,9)	26 (60,5)	
1500 TL ve üzeri	13 (26)	13 (22,8)	16 (37,2)	
SİĞARA KULLANIMI				
Var	26 (52)	15 (26,3)	17 (39,5)	K-İT=0,006* K-İA=0,229 İT-İA=0,161
Yok	24 (48)	42 (73,7)	26 (60,5)	
ALKOL KULLANIMI				
Var	7 (14)	3 (5,3)	4 (9,3)	K-İT=0,121 K-İA=0,484 İT-İA=0,459
Yok	43 (86)	54 (94,7)	39 (90,7)	

Veriler; ortalama ±standart sapma, olgu sayısı ve (yüzdesi)

4.2. Klinik Özellikler

İçgörüsü tam olan OKB'li bireylerde hastalık başlangıç yaşı $24,26 \pm 7,70$ iken, içgörüsü azalmış olan OKB'li grupta $24,79 \pm 9,87$ idi. Gruplar arasında hastalık başlangıç yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,764$). İçgörüsü tam olan bireylerin hastalık süresi $11,88 \pm 9,18$ iken, içgörüsü azalmış grupta bu süre $9,58 \pm 8,48$ idi. Hastalık süresi bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p=0,204$). Hastalık başlangıç şekli ve hastalık gidişi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi (sırasıyla $p=0,471$ ve $p=0,310$). Çocuklukta psikiyatrik hastalık öyküsü sorgulandığında, içgörüsü tam olan OKB'li bireylerin %19,3'ü, içgörüsü azalmış olan hastaların ise %27,9'u çocuklukta psikiyatrik hastalık öyküsü tanımladı. Çocukluk çağı psikiyatrik hastalık varlığı yönünden gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0,295$).

Tablo 4. Grupların çocuklukta psikiyatrik hastalık öyküsü açısından karşılaştırılması

	KONTROL (n=50)	İÇGÖRÜ VAR (n=57)	İÇGÖRÜ AZALMIŞ (n=43)	P
Enürezis Nokturna	2 (4)	2 (3,5)	4 (9,3)	
Seperasyon Anksiyetesi	1 (2)	3 (5,3)	1 (2,3)	
OKB	0 (0)	5 (8,8)	4 (9,3)	K-İT=0,234
Tik Bozukluğu	1 (2)	1 (1,7)	2 (4,7)	K-İA=0,133
Tırnak Yeme	0 (0)	0 (0)	1 (2,3)	İT-İA=0,527
Tanımlanmadı	46 (92)	46 (80,7)	31 (72,1)	

Veriler; olgu sayısı (yüzdesi)

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, içgörüsü tam olan grup ve içgörüsü azalmış olan grupta kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazlaydı (sırasıyla, $p=0,001$ ve $p=0,021$). Ailedeki psikiyatrik hastalık türü açısından içgörüsü tam olan ve içgörüsü azalmış olan hastalar arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0,578$).

İçgörüsü tam olan OKB'li bireylerde %49,1 ani, %50,9 sinsi bir başlangıç tarif edildi. Bu oranlar içgörüsü azalmış grupta sırasıyla %41,9 ve %58,1 idi. Hastalık başlangıç yaşı, şekli, hastalık süresi ve gidişi açısından içgörüsü tam ve içgörüsü azalmış OKB'li bireyler arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (sırasıyla $p=0,764$, $p=0,471$, $p=0,204$ ve $p=0,310$).

Tablo 5. Grupların ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından karşılaştırılması

	KONTROL (n=50)	İÇGÖRÜŞÜ TAM (n=57)	İÇGÖRÜŞÜ AZALMIŞ (n=43)	P
AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK				
Var	9 (18)	28 (49,1)	17 (39,5)	K-İT=0,001** K-İA=0,021*
Yok	41 (82)	29 (50,9)	26 (60,5)	İT-İA=0,340
AİLEDE HASTALIK TÜRÜ				
Diğer Anksiyete Bozuklukları	3 (33,3)	9 (31,0)	8 (47,1)	K-İT=0,875
OKB	4 (44,5)	10 (34,5)	3 (17,6)	K-İA=0,480
Psikotik Bozukluk	0 (0)	1 (3,5)	1 (5,9)	İT-İA=0,578
Duygudurum Bozukluğu	2 (22,2)	9 (31,0)	5 (29,4)	

Veriler; olgu sayısı (yüzdesi)

Tablo 6. Grupların Y-BOCS, BDI ve ÜBÖ-30 skorlarının karşılaştırılması

	KONTROL (n=50)	İÇGÖRÜŞÜ TAM (n=57)	İÇGÖRÜŞÜ AZALMIŞ (n=43)	P
YBOCS TOPLAM SKORU	2,28 ± 3,22	23,91 ± 6,32	23,46 ± 6,46	K-İT<0,001** K-İA<0,001** İT-İA=0,916
BDI SKORU	3,2 ± 2,06	5,3 ± 2,05	4,88 ± 2,80	K-İT<0,001** K-İA=0,002** İT-İA=0,596
ÜBÖ SKORU	64,04 ± 13,75	101,33 ± 8,15	77,51 ± 8,39	K-İT<0,001** K-İA<0,001** İT-İA<0,001**

Veriler; ortalama ±standart sapma

Tablo 7. Grupların Y-BOCS ve ÜBÖ-30 skorlarının karşılaştırılması

	KONTROL (n=50)	OKB (n=100)	P
YBOCS TOPLAM SKORU	2,28 ± 3,22	23,72 ± 6,35	p<0,001**
ÜBÖ SKORU	64,04 ± 13,75	91,09± 14,41	p<0,001**

Veriler; ortalama ±standart sapma

Tablo 8. İçgörüsü tam ve içgörüsü azalmış bireylerin klinik özelliklerine göre karşılaştırılması

		İÇGÖRÜSÜ TAM	İÇGÖRÜSÜ AZALMIŞ	P
		(n=57)	(n=43)	
HASTALIK BAŞLANGIÇ ŞEKLİ	<i>Ani</i>	28 (49,1)	18 (41,9)	0,471
	<i>Sinsi</i>	29 (50,9)	25 (58,1)	
HASTALIK GİDİŞİ	<i>Epizodik</i>	17 (29,8)	17 (39,5)	0,310
	<i>Kronik</i>	40 (70,2)	26 (60,5)	
HASTALIK BAŞLANGIÇ YAŞI		24,26 ± 7,70	24,79 ± 9,87	0,764
HASTALIK SÜRESİ		11,88 ± 9,18	9,58 ± 8,48	0,204
OBSESYONLARIN SAYISI		2,63 ± 1,13	2,79 ± 1,30	0,563
KOMPULSİYONLARIN SAYISI		2,53 ± 1,15	2,51 ± 0,99	0,927
YBC OBSESYON SKORU		12,56 ± 3,07	12,37 ± 3,13	0,763
YBC KOMPULSİYON SKORU		11,33 ± 3,50	11,09 ± 3,60	0,676
STRES FAKTÖRÜ				
Var		28 (49,1)	17 (39,5)	0,340
Yok		29 (50,9)	26 (60,5)	
STRES FAKTÖRÜ TÜRÜ				
Fiziksel Şiddete Maruziyet		3 (10,7)	2 (11,8)	0,453
Cinsel Tacize Uğrama		0 (0)	2 (11,8)	
Aile İçi Sorunlar		8 (28,6)	5 (29,4)	
Maddi Sorunlar		4 (14,3)	2 (11,8)	
Diğer		13 (46,4)	6 (35,2)	
TEDAVİ ALIYOR MU?				
Evet		31 (54,4)	16 (37,2)	0,088
Hayır		26 (45,6)	27 (62,8)	
TEDAVİ SÜRESİ				
1 yıl		18 (62,0)	7(43,8)	0,406
1-5 yıl		9 (31,0)	7(43,8)	
5-10 yıl		1 (3,5)	2 (12,5)	
10 yıl üzeri		1 (3,5)	0 (0)	
ÖNCEDEN TEDAVİ ALMIŞ MI?				
Evet		22 (38,6)	10 (23,3)	0,103
Hayır		35 (61,4)	33 (76,7)	
ÖNCEDEN ALINAN TEDAVİ				
TAD		3 (13,6)	0 (0)	0,012*
SGI		17 (77,3)	5 (50,0)	

Veriler; ortalama ±standart sapma, olgu sayısı ve (yüzdesi)

İçgörüsü tam ve içgörüsü azalmış olgular arasında stres faktörü, stres faktörünün türü, halihazırda alınan tedavi, tedavi süresi ve önceden tedavi alma öyküsü bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken ($p>0,05$); önceden alınan tedavi türleri açısından anlamlı farklılık vardı ($p=0,012$). İçgörüsü tam olan olgular daha fazla SGI tedavisi almışken, içgörüsü azalmış olgularda kombine antipsikotik kullanım öyküsünün varlığı dikkat çekmekteydi.

Ortalama obsesyon sayısı içgörüsü tam olan grupta $2,63 \pm 1,13$, içgörüsü azalmış olan grupta $2,79 \pm 1,30$ idi. İçgörüsü tam olan grupta ortalama kompulsiyon sayısı $2,53 \pm 3,07$, içgörüsü azalmış olan grupta ise $2,51 \pm 0,99$ olarak tespit edildi. Obsesyon ve kompulsiyon sayısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (sırasıyla, $p=0,563$ ve $p=0,927$). Y-BOCS total skorları ortalaması içgörüsü tam olan grupta $23,91 \pm 6,32$ ve içgörüsü azalmış olan grupta $23,46 \pm 6,46$ idi ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,916$).

4.3. Grupların metakognisyonlarının klinik özelliklerine göre karşılaştırılması

İçgörüsü tam olan, içgörüsü azalmış olan grup ve kontrol grubu metakognisyonları açısından ÜBÖ-30 skorlarına göre karşılaştırıldı. İçgörüsü tam olan grubun ortalama ÜBÖ-30 skoru $101,33 \pm 8,15$, içgörüsü azalmış olan grubun $77,51 \pm 8,39$, kontrol grubunun ise $64,04 \pm 13,75$ olarak bulundu. Kontrol grubu ve OKB grubu (içgörünün olup olmamasına bakmaksızın) ÜBÖ-30 skorları bakımından karşılaştırıldığında ÜBÖ-30 skorlarının OKB'li grupta anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Üç grup arasında ve grupların kendi aralarında ikili karşılaştırmaları sonucunda ÜBÖ-30 skorları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu gözlendi (herbiri için $p<0,001$).

ÜBÖ-30 alt ölçekleri açısından gruplar karşılaştırıldığında olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt skorlarının tümü kontrol grubunda, diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,001$). Sadece olumlu inançlar alt ölçeği skorları bakımından kontrol grubu ile içgörüsü azalmış OKB'li bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı ($p=0,23$). İçgörüsü tam olan grup ile içgörüsü azalmış olan grup kendi aralarında karşılaştırıldığında içgörüsü azalmış olan grubun tüm alt ölçek skorları içgörüsü tam olan grubun skorlarına göre anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,001$).

Tablo 9. Grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorlarına göre karşılaştırılması

	KONTROL (n=50)	İÇGÖRÜSÜ TAM (n=57)	İÇGÖRÜSÜ AZALMIŞ (n=43)	P
OLUMLU İNANÇLAR	12,50 ± 4,19	19,25 ± 3,44	13,49 ± 3,60	K-İT<0,001** K-İA=0,23 İT-İA<0,001**
KONTROL EDİLEMEZLİK VE TEHLİKE	12,54 ± 3,82	20,04 ± 2,56	14,98 ± 3,34	K-İT<0,001** K-İA=0,002* İT-İA<0,001**
BİLİŞSEL GÜVEN	11,82 ± 4,00	19,09 ± 4,58	15,16 ± 4,15	K-İT<0,001** K-İA<0,001** İT-İA<0,001**
DÜŞÜNCELERİ KONTROL İHTİYACI	12,34 ± 3,83	21,10 ± 2,16	17,19 ± 3,68	K-İT<0,001** K-İA<0,001** İT-İA<0,001**
BİLİŞSEL FARKINDALIK	14,82 ± 4,21	20,61 ± 2,66	17,19 ± 3,14	K-İT<0,001** K-İA<0,001** İT-İA<0,001**

Veriler; ortalama ±standart sapma

4.4. Obsesyon ve kompulsiyon tiplerine göre grupların metakognisyonları bakımından karşılaştırılması

İçgörüsü tam olan OKB'li bireyler ve içgörüsü azalmış olan OKB'li bireyler, obsesyon ve kompulsiyon tipleri açısından karşılaştırıldı. İçgörüsü azalmış olan grupta saldırganlık obsesyonları, cinsel obsesyonlar ve dini obsesyonlar, içgörüsü tam olan gruba göre anlamlı olarak daha sık gözlemlendi ($p<0,001$). İki grup arasında bulaşma obsesyonları, biriktirme obsesyonları, simetri obsesyonları, somatik obsesyonlar açısından anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla, $p=0,244$, $p=0,840$, $p=0,887$ ve $p=0,123$). Temizlik kompulsiyonları, kontrol etme kompulsiyonları, tekrarlama kompulsiyonları, sayma kompulsiyonları, sıralama kompulsiyonları ve biriktirme kompulsiyonları bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu (sırasıyla, $p=0,289$, $p=0,297$, $p=0,453$, $p=0,862$, $p=0,887$ ve $p=0,425$).

Tablo 10. Grupların obsesyon ve kompulsiyon tipleri açısından karşılaştırılması

	İÇGÖRÜSÜ TAM (n=57)	İÇGÖRÜSÜ AZALMIŞ (n=43)	P
<i>SALDIRGANLIK OBSESYONU</i>			
VAR/YOK	11/46 (19,3/80,7)	25/18 (58,1/41,9)	<0,001**
<i>KİRLENME OBSESYONU</i>			
VAR/YOK	42/15 (73,7/26,3)	27/16 (62,8/37,2)	0,244
<i>CİNSEL OBSESYON</i>			
VAR/YOK	11/46 (19,3/80,7)	30/13 (69,8/30,2)	<0,001**
<i>BİRİKTİRME OBSESYONU</i>			
VAR/YOK	6/51 (10,5/59,5)	4/39 (9,3/90,7)	0,840
<i>DİNİ OBSESYON</i>			
VAR/YOK	17/40 (29,8/70,2)	29/14 (67,4/32,6)	<0,001**
<i>SİMETRİ OBSESYONU</i>			
VAR/YOK	31/26 (54,4/45,6)	24/19 (55,8/44,2)	0,887
<i>SOMATİK OBSESYON</i>			
VAR/YOK	12/45 (21,1/78,9)	15/28 (34,9/65,1)	0,123
<i>DİĞER OBSESYONLAR</i>			
VAR/YOK	19/38 (33,3/66,7)	20/23 (46,5/53,5)	0,181
<i>TEMİZLİK KOMPULSİYONU</i>			
VAR/YOK	39/18 (68,4/31,6)	25/18 (58,1/41,9)	0,289
<i>KONTROL KOMPULSİYONU</i>			
VAR/YOK	34/23 (59,7/40,3)	30/13 (69,8/30,2)	0,297
<i>TEKRARLAMA KOMPULSİYONU</i>			
VAR/YOK	11/46 (19,3/80,7)	11/32 (25,6/74,4)	0,453
<i>SAYMA KOMPULSİYONU</i>			
VAR/YOK	6/51 (10,5/89,5)	5/38 (11,6/88,4)	0,862
<i>SIRALAMA KOMPULSİYONU</i>			
VAR/YOK	26/31 (45,6/54,4)	19/24 (44,2/55,8)	0,887
<i>BİRİKTİRME KOMPULSİYONU</i>			
VAR/YOK	4/53 (7,0/93,0)	5/38 (11,6/88,4)	0,425
<i>DİĞER KOMPULSİYONLAR</i>			
VAR/YOK	24/33 (42,1/57,9)	16/27 (37,2/62,8)	0,621

Veriler; olgu sayısı (yüzdesi)

İçgörüsü azalmış olan grup ve içgörüsü tam olan grup obsesyon tipleri ile ÜBÖ-30 alt ölçekleri arasındaki ilişki açısından karşılaştırıldı. Saldırganlık obsesyonu olan OKB’li bireyler arasında, içgörüsü azalmış olan bireylerde olumlu inançlar, bilişsel güven ve bilişsel farkındalık alt ölçek skorlarının, içgörüsü tam olan bireylere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (sırasıyla, p=0,018, p=0,002 ve p=0,007).

Cinsel obsesyonu olan OKB'li bireyler arasında içgörüsü tam olan grupta içgörüsü azalmış gruba göre, olumlu inançlar, bilişsel güven ve bilişsel farkındalık altölçek skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek idi (sırasıyla, $p=0,007$, $p=0,002$ ve $p=0,014$). Dini obsesyonu olan hastalar arasında, içgörüsü tam olan bireylerde, içgörüsü azalmış olan bireylere göre olumlu inançlar, bilişsel güven ve bilişsel farkındalık alt ölçek skorları anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla, $p=0,003$, $p=0,001$ ve $p<0,001$). Kirlenme obsesyonu olan hastalar arasında içgörüsü tam olan bireylerde olumlu inançlar, bilişsel güven ve bilişsel farkındalık skorları anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$). Biriktirme obsesyonu olan içgörüsü tam olan bireylerde, içgörüsü azalmış bireylere göre, sadece olumlu inançlar alt ölçek skorlarında anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p=0,001$). Simetri obsesyonu ve somatik obsesyonu olan olgular arasında, içgörüsü tam olan bireylerde olumlu inançlar, bilişsel güven ve bilişsel farkındalık alt ölçek skorları, içgörüsü azalmış olan bireylere göre daha yüksekti ($p<0,05$).

Temizlik kompulsiyonu olan bireyler arasında, içgörüsü azalmış olan gruba göre içgörüsü tam olan grupta olumlu inançlar, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt ölçek skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir yükseklik gözlemlendi ($p<0,05$). Kontrol kompulsiyonu, sıralama kompulsiyonu, biriktirme kompulsiyonu ve diğer kompulsiyonları olan bireylerde, içgörüsü tam olan grupta, olumlu inançlar, bilişsel güven ve bilişsel farkındalık alt ölçek skorları anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). Tekrarlama kompulsiyonu olan bireylerde içgörüsü tam olan grupta, içgörüsü azalmış olan gruba göre sadece olumlu inançlar alt ölçek skorlarında anlamlı bir farklılık saptandı ($p=0,002$). Sayma kompulsiyonu olan olgular arasında ise içgörüsü tam olan grupta, diğer gruba göre olumlu inançlar ve bilişsel farkındalık alt ölçek skorlarında anlamlı bir yükseklik gözlemlendi (sırasıyla, $p=0,003$ ve $p=0,017$).

Gruplar ayrıca kendi aralarında, obsesyon ve kompulsiyon tiplerinin bulunup bulunmamasına göre ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırıldı. İçgörüsü azalmış bireyler arasında, saldırganlık obsesyonu olan bireylerde, olmayanlara göre olumlu inançlar alt ölçek skorlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p=0,021$), düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçek skorlarının ise anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p=0,027$) tespit edildi.

Tablo 11. Saldırganlık obsesyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması

ÜBÖ-30 Alt ölçekleri	İÇGÖRÜ VAR		p1	İÇGÖRÜ AZALMIŞ		p2	p2
	Saldırganlık obs(+)	Saldırganlık obs(-)		Saldırganlık obs(+)	Saldırganlık obs(-)		
OLUMLU İNANÇLAR	17,45 ± 4,93	19,67± 2,89	p= 0,054	11,36± 4,12	14,21± 3,14		p= 0,021*
KONTROL EDİLEMEZLİK VE TEHLİKE	19,72 ± 2,86	20,10± 2,51	p= 0,662	15,18± 4,75	14,90± 2,79		p= 0,817
BİLİŞSEL GÜVEN DÜŞÜNCELERİ KONTROL İHTİYACI	19,64 ± 2,58	18,96± 4,33	p= 0,621	15,72± 4,19	14,96± 4,17		p= 0,607
	21,27 ± 1,74	21,06± 2,26	p= 0,778	19,27± 3,50	16,46± 3,49		p= 0,027*
BİLİŞSEL FARKINDALIK	20,37 ± 2,73	20,67± 2,67	p= 0,732	17,27± 2,83	17,15± 3,28		p= 0,917

Veriler; ortalama ±standart sapma

İçgörüsü tam olan bireyler arasında, dini obsesyonu olan bireylerde kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçek skorları, dini obsesyonu olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşüktü (p=0,025). İçgörüsü azalmış bireyler arasında ise, dini obsesyonu olanlarda olmayanlara göre olumlu inançlar alt ölçek skorlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu dikkat çekti (p=0,007).

Tablo 12. Dini obsesyon varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması

ÜBÖ-30 Alt ölçekleri	İÇGÖRÜ VAR		p1	İÇGÖRÜ AZALMIŞ		p2
	Dini obs(+)	Dini obs(-)		Dini obs(+)	Dini obs(-)	
OLUMLU İNANÇLAR	17,94 ± 3,96	19,80 ± 3,08	p= 0,061	11,30 ± 3,44	14,43 ± 3,28	p= 0,007*
KONTROL EDİLEMEZLİK VE TEHLİKE	18,88 ± 3,05	20,52 ± 2,18	p= 0,025*	16,15 ± 3,64	14,46 ± 3,12	p= 0,130
BİLİŞSEL GÜVEN DÜŞÜNCELERİ KONTROL İHTİYACI	18,94 ± 2,88	19,15 ± 4,48	p= 0,860	15,53 ± 4,59	15,00 ± 4,00	p= 0,701
	20,47 ± 2-21	21,37 ± 2,10	p= 0,150	18,00 ± 4,20	16,83 ± 3,44	p= 0,346
BİLİŞSEL FARKINDALIK	20,76 ± 3,65	20,55 ± 2,17	p= 0,784	18,23 ± 2-58	16,73 ± 3,32	p= 0,153

Veriler; ortalama ±standart sapma

İçgörüsü azalmış bireyler arasında simetri obsesyonu olanlarda, olmayanlara göre olumlu inançlar alt ölçeği skorları anlamlı olarak daha yüksek iken ($p=0,018$), diğer alt ölçek skorları ile herhangi bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 13. Simetri obsesyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması

ÜBÖ-30 Alt ölçekleri	İÇGÖRÜ VAR		p1	İÇGÖRÜ AZALMIŞ		p2
	Simetri obs(+)	Simetri obs(-)		Simetri obs(+)	Simetri obs(-)	
OLUMLU İNANÇLAR	19,90 ± 2,93	18,46 ± 3,87	p= 0,116	14,62 ± 2,67	12,05 ± 4,15	p= 0,018*
KONTROL EDİLEMEZLİK VE TEHLİKE	20,12 ± 2,48	19,92 ± 2,69	p= 0,766	14,50 ± 2,96	15,57 ± 3,76	p= 0,299
BİLİŞSEL GÜVEN	19,12 ± 4,13	19,03 ± 4,00	p= 0,934	14,79 ± 4,61	15,63 ± 3,54	p= 0,516
DÜŞÜNCELERİ KONTROL İHTİYACI	21,09 ± 2,27	21,11 ± 2,06	p= 0,975	17,25 ± 3,75	17,10 ± 3,68	p= 0,900
BİLİŞSEL FARKINDALIK	20,55 ± 2,72	20,69 ± 2,65	p= 0,841	17,58 ± 3,30	16,68 ± 2,94	p= 0,358

Veriler; ortalama ±standart sapma

Hem içgörüsü tam hem de içgörüsü azalmış olan bireyler arasında; kirlenme, cinsel, biriktirme, somatik ve diğer obsesyonların varlığı açısından, ÜBÖ-30 alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi ($p>0,005$).

Tablo 14. Kirlenme obsesyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması

ÜBÖ-30 Alt ölçekleri	İÇGÖRÜ VAR		p1	İÇGÖRÜ AZALMIŞ		p2
	Kirlenme obs(+)	Kirlenme obs(-)		Kirlenme obs(+)	Kirlenme obs(-)	
OLUMLU İNANÇLAR	19,40 ± 3,47	18,80 ± 3,43	p= 0,564	13,74 ± 3,22	13,06 ± 4,23	p= 0,557
KONTROL EDİLEMEZLİK VE TEHLİKE	20,33 ± 2,53	19,20 ± 2,54	p= 0,143	15,25 ± 2,79	14,50 ± 4,16	p= 0,478
BİLİŞSEL GÜVEN	19,21 ± 3,92	18,73 ± 4,47	p= 0,696	15,22 ± 3,63	15,06 ± 5,03	p= 0,905
DÜŞÜNCELERİ KONTROL İHTİYACI	21,19 ± 2,22	20,86 ± 2,03	p= 0,623	17,33 ± 3,76	16,93 ± 3,64	p= 0,738
BİLİŞSEL FARKINDALIK	20,83 ± 2,47	20,00 ± 3,14	p= 0,303	16,81 ± 3,04	17,81 ± 3,31	p= 0,320

Veriler; ortalama ±standart sapma

Tablo 15. Cinsel obsesyon varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması

ÜBÖ-30 Alt ölçekleri	İÇGÖRÜ VAR		p1	İÇGÖRÜ AZALMIŞ		p2
	Cinsel obs(+)	Cinsel obs(-)		Cinsel obs(+)	Cinsel obs(-)	
OLUMLU İNANÇLAR	17,91 ± 4,91	19,57 ± 2,97	p= 0,153	11,66 ± 4,84	11,85 ± 3,10	p= 0,088
KONTROL EDİLEMEZLİK VE TEHLİKE	19,63 ± 2,15	20,13 ± 2,66	p= 0,570	16,88 ± 4,53	14,47 ± 2,82	p= 0,052
BİLİŞSEL GÜVEN DÜŞÜNCELERİ	20,00 ± 2,72	18,87 ± 4,30	p= 0,409	14,00 ± 4,21	15,47 ± 4,13	p= 0,350
KONTROL İHTİYACI	20,90 ± 2,25	21,15 ± 2,16	p= 0,741	17,88 ± 3,40	17,00 ± 3,77	p= 0,526
BİLİŞSEL FARKINDALIK	20,00 ± 3,07	20,76 ± 2,57	p= 0,400	17,33 ± 3,50	17,14 ± 3,32	p= 0,877

Veriler; ortalama ±standart sapma

Tablo 16. Biriktirme obsesyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması

ÜBÖ-30 Alt ölçekleri	İÇGÖRÜ VAR		p1	İÇGÖRÜ AZALMIŞ		p2
	Biriktirme obs(+)	Biriktirme obs(-)		Biriktirme obs(+)	Biriktirme obs(-)	
OLUMLU İNANÇLAR	21,33 ± 1,63	19,00 ± 3,52	p= 0,117	13,75 ± 2,87	13,46 ± 3,69	p= 0,881
KONTROL EDİLEMEZLİK VE TEHLİKE	21,00 ± 2,00	19,92 ± 2,61	p= 0,334	13,75 ± 5,12	15,10 ± 3,17	p= 0,447
BİLİŞSEL GÜVEN DÜŞÜNCELERİ	21,00 ± 2,89	18,86 ± 4,11	p= 0,224	17,25 ± 4,99	14,94 ± 4,06	p= 0,296
KONTROL İHTİYACI	21,50 ± 3,27	21,05 ± 2,03	p= 0,640	19,00 ± 3,55	17,00 ± 3,68	p= 0,306
BİLİŞSEL FARKINDALIK	21,00 ± 1,41	20,56 ± 2,78	p= 0,711	16,75 ± 3,30	17,23 ± 3,16	p= 0,775

Veriler; ortalama ±standart sapma

Tablo 17. Somatik obsesyon varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması

ÜBÖ-30 Alt ölçekleri	İÇGÖRÜ VAR		p1	İÇGÖRÜ AZALMIŞ		p2
	Somatik obs(+)	Somatik obs(-)		Somatik obs(+)	Somatik obs(-)	
OLUMLU İNANÇLAR	19,08 ± 3,31	19,28 ± 3,50	p= 0,856	13,20 ± 4,09	13,64 ± 3,37	p= 0,706
KONTROL EDİLEMEZLİK VE TEHLİKE	19,75 ± 2,83	20,11 ± 2,51	p= 0,669	15,13 ± 3,99	14,89 ± 3,01	p= 0,825
BİLİŞSEL GÜVEN DÜŞÜNCELERİ	19,58 ± 3,80	18,95 ± 4,13	p= 0,637	15,13 ± 3,44	15,17 ± 4,53	p= 0,973
KONTROL İHTİYACI	21,41 ± 1,83	21,02 ± 2,25	p= 0,579	17,93 ± 3,84	16,78± 3,59	p= 0,336
BİLİŞSEL FARKINDALIK	21,08 ± 2,31	20,48 ± 2,76	p= 0,497	16,33 ± 3,10	17,64 ± 3,11	p= 0,196

Veriler; ortalama ±standart sapma

Tablo 18. Diğer obsesyonların varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması

ÜBÖ-30 Alt ölçekleri	İÇGÖRÜ VAR		p1	İÇGÖRÜ AZALMIŞ		p2
	Diğer obs(+)	Diğer obs(-)		Diğer obs(+)	Diğer obs(-)	
OLUMLU İNANÇLAR	19,00 ± 2,60	19,36 ± 3,81	p= 0,707	14,00 ± 3,30	13,04 ± 3,85	p= 0,391
KONTROL EDİLEMEZLİK VE TEHLİKE	20,52 ± 2,24	19,78 ± 2,70	p= 0,311	14,35 ± 2,70	15,52 ± 3,78	p= 0,256
BİLİŞSEL GÜVEN DÜŞÜNCELERİ	18,63 ± 4,59	19,31 ± 3,77	p= 0,552	16,25 ± 3,56	14,21 ± 4,45	p= 0,110
KONTROL İHTİYACI	21,00 ± 2,18	21,15 ± 2,17	p= 0,797	16,65 ± 3,11	17,65± 4,11	p= 0,379
BİLİŞSEL FARKINDALIK	20,31 ± 2,45	20,76 ± 2,78	p= 0,555	17,35 ± 2,90	17,04 ± 3,39	p= 0,754

Veriler; ortalama ±standart sapma

Gruplar kompulsiyon tiplerinin varlığına göre de ayrı ayrı değerlendirildi. İçgörüsü azalmış olan bireyler arasında, kontrol kompulsiyonu olan grupta olmayan gruba göre, bilişsel güven alt ölçek skorları anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,028).

Tablo 19. Kontrol kompulsiyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması

ÜBÖ-30 Alt ölçekleri	İÇGÖRÜ VAR		p1	İÇGÖRÜ AZALMIŞ		p2
	Kontrol komp(+)	Kontrol komp(-)		Kontrol komp(+)	Kontrol komp(-)	
OLUMLU İNANÇLAR	19,61 ± 3,70	18,69 ± 3,00	p= 0,325	13,30 ± 3,74	13,92 ± 3,35	p= 0,608
KONTROL EDİLEMEZLİK VE TEHLİKE	19,88 ± 2,76	20,26 ± 2,28	p= 0,589	14,60 ± 3,78	15,84 ± 1,81	p= 0,266
BİLİŞSEL GÜVEN DÜŞÜNCELERİ	19,88 ± 3,53	17,91 ± 4,52	p= 0,071	16,06 ± 3,82	13,07 ± 4,25	p= 0,028*
KONTROL İHTİYACI	21,23 ± 2,28	20,91 ± 1,99	p= 0,585	17,63 ± 3,77	16,15 ± 3,36	p= 0,230
BİLİŞSEL FARKINDALIK	20,79 ± 2,82	20,34 ± 2,44	p= 0,540	17,20 ± 3,03	17,15 ± 3,50	p= 0,965

Veriler; ortalama ±standart sapma

İçgörüsü azalmış bireyler arasında, sayma kompulsiyonu olan bireylerde kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçek skorlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu gözlemlendi (p=0,014). Yine aynı grupta sıralama kompulsiyonları olan bireylerde olumlu inançlar alt ölçek skorları, sıralama kompulsiyonu olmayan bireylere göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,026).

Tablo 20. Sayma kompulsiyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması

ÜBÖ-30 Alt ölçekleri	İÇGÖRÜ VAR		p1	İÇGÖRÜ AZALMIŞ		p2
	Sayma komp(+)	Sayma komp(-)		Sayma komp(+)	Sayma komp(-)	
OLUMLU İNANÇLAR	20,33 ± 2,50	19,12 ± 3,53	p= 0,418	11,40 ± 4,67	13,76 ± 3,42	p= 0,171
KONTROL EDİLEMEZLİK VE TEHLİKE	21,00 ± 1,54	19,92 ± 2,64	p= 0,334	11,60 ± 4,83	15,42 ± 2,90	p= 0,014*
BİLİŞSEL GÜVEN DÜŞÜNCELERİ	19,50 ± 4,51	19,04 ± 4,03	p= 0,794	17,80 ± 5,76	14,82 ± 3,85	p= 0,132
KONTROL İHTİYACI	20,33 ± 2,50	21,19 ± 2,12	p= 0,359	15,80 ± 4,18	17,36 ± 3,63	p= 0,377
BİLİŞSEL FARKINDALIK	22,00 ± 2,09	20,45 ± 2,69	p= 0,180	17,00 ± 3,53	17,21 ± 3,13	p= 0,890

Veriler; ortalama ±standart sapma

Tablo 21. Sıralama kompulsiyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması

ÜBÖ-30 Alt ölçekleri	İÇGÖRÜ VAR		p1	İÇGÖRÜ AZALMIŞ		p2
	Sıralama komp(+)	Sıralama komp(-)		Sıralama komp(+)	Sıralama komp(-)	
OLUMLU İNANÇLAR	19,88 ± 3,06	18,71 ± 3,69	p= 0,202	14,84 ± 2,65	12,41 ± 3,93	p= 0,026*
KONTROL EDİLEMEZLİK VE TEHLİKE	19,88 ± 2,58	20,16 ± 2,58	p= 0,689	14,73 ± 2,66	15,16 ± 3,84	p= 0,681
BİLİŞSEL GÜVEN	19,23 ± 4,33	18,96 ± 3,84	p= 0,809	14,68 ± 4,34	15,54 ± 4,04	p= 0,507
DÜŞÜNCELERİ KONTROL İHTİYACI	21,11 ± 2,38	21,09 ± 1,98	p= 0,975	17,05 ± 3,82	17,29 ± 3,64	p= 0,835
BİLİŞSEL FARKINDALIK	20,76 ± 2,65	20,48 ± 2,71	p= 0,691	17,47 ± 3,54	16,96 ± 2,83	p= 0,599

Veriler; ortalama ±standart sapma

İçgörüsü olan ve olmayan her iki grupta da, temizlik, tekrarlama, biriktirme ve diğer kompulsiyonların varlığı ile ÜBÖ-30 alt ölçek skorları arasında herhangi bir ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$).

Tablo 22. Temizlik kompulsiyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması

ÜBÖ-30 Alt ölçekleri	İÇGÖRÜ VAR		p1	İÇGÖRÜ AZALMIŞ		p2
	Temizlik komp(+)	Temizlik komp(-)		Temizlik komp(+)	Temizlik komp(-)	
OLUMLU İNANÇLAR	19,76 ± 2,84	18,11 ± 4,35	p= 0,091	13,88 ± 3,27	12,94 ± 4,05	p= 0,407
KONTROL EDİLEMEZLİK VE TEHLİKE	20,28 ± 2,42	19,50 ± 2,83	p= 0,288	14,88 ± 2,38	15,11 ± 4,41	p= 0,826
BİLİŞSEL GÜVEN	19,41 ± 3,76	18,38 ± 4,62	p= 0,380	15,00 ± 3,50	15,38 ± 5,00	p= 0,766
DÜŞÜNCELERİ KONTROL İHTİYACI	21,25 ± 2,17	20,77 ± 2,15	p= 0,442	17,16 ± 3,79	17,22 ± 3,62	p= 0,957
BİLİŞSEL FARKINDALIK	20,89 ± 2,14	20,00 ± 3,53	p= 0,241	16,68 ± 3,11	17,88 ± 3,12	p= 0,217

Veriler; ortalama ±standart sapma

Tablo 23. Tekrarlama kompulsiyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması

ÜBÖ-30 Alt ölçekleri	İÇGÖRÜ VAR		p1	İÇGÖRÜ AZALMIŞ		p2
	Tekrarlama komp(+)	Tekrarlama komp(-)		Tekrarlama komp(+)	Tekrarlama komp(-)	
OLUMLU İNANÇLAR	18,27 ± 3,37	19,47 ± 3,45	p= 0,301	12,63 ± 3,91	13,78 ± 3,51	p= 0,369
KONTROL EDİLEMEZLİK VE TEHLİKE	18-90 ± 2,58	20,30± 2,51	p= 0,105	15,91 ± 2,74	14,65 ± 3,50	p= 0,289
BİLİŞSEL GÜVEN	17,90 ± 4,35	19,37 ± 3,96	p= 0,286	14,00 ± 5,06	15,56 ± 3,79	p= 0,286
DÜŞÜNCELERİ KONTROL İHTİYACI	20,72 ± 1,34	21,19 ± 2,31	p= 0,523	15,55 ± 3,01	17,75 ± 3,75	p= 0,086
BİLİŞSEL FARKINDALIK	20,00 ± 2,72	20,76 ± 2,65	p= 0,400	18,64 ± 3,01	16,69 ± 3,07	p= 0,076

Veriler; ortalama ±standart sapma

Tablo 24. Biriktirme kompulsiyonu varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması

ÜBÖ-30 Alt ölçekleri	İÇGÖRÜ VAR		p1	İÇGÖRÜ AZALMIŞ		p2
	Biriktirme komp(+)	Biriktirme komp(-)		Biriktirme komp(+)	Biriktirme komp(-)	
OLUMLU İNANÇLAR	18,50 ± 3,87	19,30 ± 3,44	p= 0,657	14,00 ± 0,71	13,42 ± 3,82	p= 0,740
KONTROL EDİLEMEZLİK VE TEHLİKE	20,75 ± 2,06	19,98 ± 2,60	p= 0,568	16,60 ± 1,82	14,76 ± 3,45	p= 0,253
BİLİŞSEL GÜVEN	21,75 ± 1,89	18,89 ± 4,10	p= 0,174	13,00 ± 3,00	15,44 ± 4,22	p= 0,219
DÜŞÜNCELERİ KONTROL İHTİYACI	21,75 ± 1,70	21,05± 2,19	p= 0,541	18,80 ± 3,49	16,97 ± 3,69	p= 0,302
BİLİŞSEL FARKINDALIK	20,75 ± 0,95	20,61 ± 2,75	p= 0,917	15,40 ± 3,78	17,42 ± 3,03	p= 0,179

Veriler; ortalama ±standart sapma

Tablo 25. Diğer kompulsiyonların varlığına göre grupların ÜBÖ-30 alt ölçek skorları bakımından karşılaştırılması

ÜBÖ-30 Alt ölçekleri	İÇGÖRÜ VAR		p1	İÇGÖRÜ AZALMIŞ		p2
	Diğer komp(+)	Diğer komp(-)		Diğer komp(+)	Diğer komp(-)	
OLUMLU İNANÇLAR	18,50 ± 3,71	19,79 ± 3,17	p= 0,165	12,81 ± 4,05	13,88 ± 3,32	p= 0,350
KONTROL EDİLEMEZLİK VE TEHLİKE	19,95 ± 2,75	20,09 ± 2,45	p= 0,849	15,81 ± 3,70	14,48 ± 3,06	p= 0,211
BİLİŞSEL GÜVEN	18,67 ± 4,10	19,39 ± 4,04	p= 0,507	15,56 ± 4,10	14,92 ± 4,23	p= 0,632
DÜŞÜNCELERİ KONTROL İHTİYACI	21,20 ± 1,86	21,03 ± 2,37	p= 0,762	16,93 ± 3,29	17,33 ± 3,94	p= 0,738
BİLİŞSEL FARKINDALIK	20,63 ± 2,84	20,61 ± 2,57	p= 0,979	17,50 ± 2,65	17,00 ± 3,43	p= 0,620

Veriler; ortalama ±standart sapma

Ayrıca ÜBÖ-30 total ve alt ölçek skorlarının obsesyon ve kompulsiyon tiplerinin varlığının belirleyici olup olmadığı da incelendi. Bu amaçla içgörüsü olan ve olmayan OKB gruplarına ayrı ayrı lojistik regresyon analizi uygulandı. Yapılan analizler sonucunda obsesyon tiplerinin herhangi bir tipinin varlığında belirleyici etkiye sahip olmadığı saptandı. Buna karşılık içgörüsü azalmış hastalar için “kontrol etme kompulsiyon varlığını total ÜBÖ skoru, olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve bilişsel farkındalık alt ölçeklerinin anlamlı olarak öngördüğü bulundu (sırasıyla, $OR= 5,767$ $p=,016$; $OR= 4,972$ $p=,026$; $OR=6,549$ $p=,010$; $OR=4,955$ $p=,026$).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda OKB’li bireylerde üstbilişleri değerlendirmek amacıyla uygulanan ÜBÖ-30 ölçek puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulduk. OKB etyolojisinde üstbilişlerin önemi üzerinde yoğunlaşan çalışmalar, üstbilişlerin psikopatoloji açısından başlatıcı ve sürdürücü bir rolü olduğunu ileri sürmektedir (8, 159, 160). OKB tanısı almış bireylerde üstbilişlerin değerlendirildiği az sayıda çalışma vardır. Hermans ve arkadaşlarının (2003), 17 OKB’li bireyi 17 sağlıklı kontrolle karşılaştırdıkları çalışmalarında, OKB’li bireylerin üstbiliş alt ölçek puanlarının tümünün kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir (167). OKB, Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Depresyon tanısı almış 180 hastanın karşılaştırıldığı başka bir çalışmada da YAB’li bireylerde kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçek puanlarının, OKB’li grupta bilişsel farkındalık puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (185). Çalışmamızın sonuçları diğer çalışmalarla birleştirildiğinde, OKB’li bireylerde üstbilişlerin psikopatoloji gelişimi üzerindeki olumsuz etkisini destekler niteliktedir.

Çalışmamıza dahil edilen 3 grubu üstbiliş skorları açısından karşılaştırdığımızda, önceki çalışma sonuçlarına benzer olarak tüm üstbiliş alt ölçek puanları bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık bulduk. İçgörüsü azalmış OKB’li bireylerde kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık skorlarının daha düşük olduğunu gözledik. İçgörü ile metakognisyon ilişkisini araştıran bir çalışma olmamakla birlikte, OKB özelliklerine göre ayrışan bir metakognisyon olup olmadığını belirlemek için yapılan çalışmalarda değişik OKB alt tipleri ile özellikle bazı metakognitif inançların örtüştüğüne dair bulgular elde edilmiştir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, tüm obsesif kompulsif semptom alt tipleri için, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçek skorlarının; başka bir çalışmada da, düşünceleri kontrol ihtiyacı, düşünce-eylem kaynaşması (TAF) ve bilişsel farkındalık konusunda olumsuz inançlarla ilişkili metakognitif inançların obsesyon ve/veya kompulsiyon türleri için prediktif olduğu bildirilmiştir (4, 6). Kontrol edilemezlik ve tehlike boyutunun, endişe ve obsesif-kompulsif belirtileri yordadığını, endişeye dair olumlu inançların da uyum bozucu başa çıkma stratejilerinin sürdürülmesiyle ilişkili olduğunu, özellikle düşünceleri kontrol ihtiyacının ritüeller hakkındaki endişe verici inançların bir belirteci olduğunu ileri süren çalışmalar mevcuttur (159, 162, 168,186).

Bizim çalışmamızda OKB’li bireylerde kontrol edilemezlik ve tehlike, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık skorları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha

yüksekti. İçgörü bakımından OKB'li gruplar karşılaştırıldığında ise, içgörüsü azalmış olan bireylerde bu alt ölçek skorlarının içgörüsü tam olan bireylere göre daha düşük olduğu gözlemlendi. Bu hal özellikle BDT için tedaviyi zorlaştıran bir faktör olarak kabul edilen içgörü azlığının metakognitif inançlarda oluşturduğu defektler ile örtüşür. Bizim bulgularımız literatürde özellikle Cartwright-Hatton ve arkadaşları ile Sica ve arkadaşlarının, üstbilişlerle obsesif kompulsif semptomlar arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, kontrol edilemezlik ve tehlike, düşünceleri kontrol ihtiyacı ile bilişsel farkındalık skorlarında yüksekliğin obsesif kompulsif belirtileri yordadığına ilişkin bulgular elde edilmesi ile paralellik göstermektedir. Önceki çalışmalarda içgörü düzeyi ile üstbilişler arasındaki ilişki incelenmemekle birlikte, Janeck ve arkadaşlarının (2003) OKB ve diğer anksiyete bozukluklu hastaları karşılaştırdıkları çalışmalarında, düşünce süreçlerinin izlenmesi ve hatalı yorumlanmasına bir yatkınlık olarak değerlendirilen bilişsel farkındalık skorlarının, OKB grubunda diğer anksiyete bozuklukları ve kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise içgörüsü azalmış bireylerde, içgörüsü tam olan bireylere göre bu skorlardaki düşüklük, içgörüsü azalmış bireylerin üstbilişlerinin farkında olma düzeylerinin azaldığı ya da kişinin kendi düşünce süreçlerini farketmede de eksiklik yaşadıklarını akla getirmektedir. Janeck ve arkadaşları, OKB'nin özgün kognitif özelliklerinin anlaşılmasında, bilişsel farkındalığın ayırt edici bir metakognitif süreç olduğuna dikkat çekmiştir (187).

Çalışmamızda içgörüsü tam ve içgörüsü azalmış bireyler, obsesyon ve kompulsiyon türleri bakımından karşılaştırıldığında, içgörüsü azalmış olan OKB'li bireylerde saldırganlık obsesyonu, cinsel obsesyon ve dini obsesyonların, içgörüsü tam olan olgulara göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular daha önceki çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Tolin ve arkadaşları (2001), dini obsesyonu olan OKB'li bireylerde içgörü düzeyinin, kirlenme obsesyonu veya yıkama ritüeli olan OKB'li bireylere göre azalmış olduğu sonucuna varmıştır (152). İçgörüsü azalmış ve içgörüsü tam olan OKB'li bireyler arasında obsesyon ve kompulsiyon tipleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığını, ancak içgörüsü azalmış grupta simetri ve biriktirme obsesyonları ile tekrarlama ve biriktirme kompulsiyonlarının daha sık, bulaşma obsesyonları ile temizleme kompulsiyonlarının ise daha az görülme eğilimi olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (143, 145). Azalmış içgörü düzeyinin somatik obsesyonlar veya beden sağlığına ait kaygılarla bağlantılı olduğu sonucuna varan çalışmalar da söz konusudur (142, 150, 153, 154). Bir

çalışmada da, biriktirme kompulsiyonları olanlarda içgörünün az olduğu, biriktirme kompulsiyonlarına direnmenin olmadığı ve tedavi motivasyonunun düşük olduğu belirlenmiştir (155). Alonso ve arkadaşları (2008) ise, içgörüsü tam olan bireylerde bulaşma obsesyonları ve temizleme kompulsiyonlarının daha sık olduğunu, fakat diğer obsesif-kompulsif semptomların içgörü ile ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmiştir (188). Çalışmamızın sonuçlarına göre, içgörüsü azalmış grupta üstbiliş ölçek puanlarının düşük oluşu, içgörüsü azalmış OKB'li bireylerde düşünceler üzerine düşünebilme, ya da düşüncelerin farkında olabilme becerisinin daha az olduğu; bu bireylerde özellikle saldırganlık, dini ve cinsel obsesyonların daha sık olmasının bu tür obsesyonu olan bireylerin içgörü kazandırmaya yönelik bilişsel terapilerden fayda görme olasılıklarının düşük olduğunu düşündürmektedir.

İçgörüsü azalmış ve saldırganlık obsesyonu olan bireylerde olumlu inançlar alt ölçek puanlarının daha düşük, içgörüsü tam olan olgularda ise saldırganlık obsesyonu varlığından bağımsız olarak olumlu inançlar alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğunu gözledik. Buna göre, içgörüsü tam olan bireylerin, içgörüsü azalmış olanlara göre kendi bilişlerini problem çözme yöntemi olarak gördüğü ve bunları 'makul' ya da 'kabul edilebilir' olarak değerlendirdiği varsayılabilir. Üstbilişlere yönelik yapılan bir çalışmada, ÜBÖ skorlarına göre düşük ve yüksek puan alan OKB hastaları arasında bulaşma, kontrol etme ve temizleme alt ölçek puanları arasında farklılık varken; yüksek puan alan hastaların özellikle saldırganlık obsesyon ölçüm skorlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu bulgular, disfonksiyonel inançların sadece bazı OKB tiplerinde rol oynadığı şeklinde yorumlanmıştır (189). Çalışmamıza dahil edilen içgörüsü tam olan bireylerde saldırganlık obsesyonu varlığından bağımsız olarak düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçek puanları, içgörüsü azalmış bireylere göre daha yüksekti. İçgörüsü azalmış bireyler arasında ise saldırganlık obsesyonu olanlarda düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. İçgörüsü tam olan hastaların, obsesif düşüncelere sahip olmalarından dolayı ortaya çıkabilecek sonuçlardan korktuğu ve bunların sorumluluğunu aşırı derecede üstlendiği; içgörüsü azalmış hastalarda ise bu konudaki kaygıların ve sorumluluk üstlenme konusundaki düşüncelerin daha az olduğu, yine de saldırganlık obsesyonu olan bireylerde içgörü az olsa bile düşünceleri kontrol ihtiyacının daha fazla olduğu düşünülebilir.

Dini obsesyonların varlığı bakımından çalışmamızın verileri incelendiğinde, içgörüsü tam olan bireylerde dini obsesyonların varlığından bağımsız olarak olumlu inançlar alt ölçek

puanlarının daha yüksek olduğu; içgörüsü azalmış bireylerde ise dini obsesyon varlığında bu alt ölçek puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Dini obsesyonu olan bireyler, kendi bilişlerini problem çözme yöntemi olarak görmüyor, hatta bu bilişlerini ‘olumsuz’ ve ‘kötü’ olarak düşünüyor olabilir.

İçgörüsü tam ve içgörüsü azalmış OKB’li olgularda cinsel obsesyonların varlığı ile üstbilişsel inançlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı. Fakat içgörüsü azalmış ve cinsel obsesyonu olanlarda kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçek puanlarındaki yükselmeye ait ilişkinin anlamlılığa yakın olduğu dikkat çekti ($p=0,052$). Ülkemizde namus ve din kavramı gibi yüksek önem atfedilen değerler ve kadınlar için cinselliğin konuşulmasının bile ‘tabu’ olduğu düşünüldüğünde; cinsel obsesyonu olan bireylerin, özellikle da kadınların, bu tür obsesyonları ağır bir ‘ahlaksızlık’ olarak görerek, , cinsel ve dini obsesyonların ‘günah’ olarak nitelendirilmesine, bu tür obsesyonlardan kurtulmak ya da onlarla başa çıkabilmek için, endişelenmenin yararlı ve gerekli olduğu şeklinde olumlu olarak kabul edilen inançların gelişimi ve sürdürülmesine katkıda bulunuyor olabilir. Wells, endişelenme hakkında olumlu inançları olan bireylerin endişeye daha yatkın olabileceğini belirtmiş, normal endişenin patolojik olana dönüşümü ile, endişeyi takiben endişe hakkında endişelenme (meta-worry) geliştiğini ileri sürmüştür (159). Örneğin, tekrarlayan endişe deneyimleri, eylem üzerindeki kontrol hissinin azalmasına neden olmakta ve endişenin başlaması otomatikleşmektedir (162). Bu tür süreçler de kontrolünü kaybetme şeklindeki değerlendirilmelerin artışına katkıda bulunuyor olabilir.

Kontrol kompulsiyonlarının varlığına göre üstbiliş alt ölçek puanları değerlendirildiğinde, içgörüsü azalmış OKB’li bireylerde kontrol kompulsiyonlarının varlığında bilişsel güven alt ölçek puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, içgörüsü tam olanlarda da kontrol kompulsiyonları olanlarda bilişsel güven skorlarındaki yüksekliğin anlamlılığa yakın olduğu tespit edildi. Diğer alt ölçek puanları ile anlamlı bir ilişki gözlenmedi. Bu bulgumuz daha önce yapılan araştırma verileriyle benzerlik göstermektedir. Tallis (1997) OKB’nin nöropsikolojisi konusundaki literatürü gözden geçirerek OKB’li bireylerde sözel olmayan ve çalışma belleğinde bozukluklar olduğunu; eğer kontrol etme davranışı primer bir bellek kusuruna atfedilirse, şüphenin de geçmiş eylemlerle ilişkili açıklığın artışı ile iyileştirilebileceğini belirtmiştir (190). Sonraki çalışmalar, OKB’li bireylerin gerçekleştirilen ve hayal edilen eylemlerin ayırtdilmesinde yanlışlıklar yaptığını göstermiştir. Bu veriler, OKB’de motor eylemlerle ile ilişkili bellek kusurları olduğu

hipotezini destekleyen kanıtlar olarak ele alınmıştır (167). Daha sonraki çalışma sonuçları ise OKB’de herhangi bir bellek kusuru konusunda kesin bir kanıt sunamamış ve OKB’li bireylerin anksiyete ile ilişkili olaylara karşı seçici olarak daha iyi bir belleğe sahip olduklarını göstermiştir (191-194). Brown ve ark. (1994) ise OKB’li bireylerde, subklinik obsesif semptomları olanlara göre, gözle görülen ve hayal edilen uyaranların ayırtedilebilme becerisinin daha iyi olduğunu bildirmiştir (195). Hermans ve arkadaşları (2003), gerçeği değerlendirme (eylem ile imajinasyonu ayırtedebilme kabiliyeti) ve metakognitif inançlarla bilişsel güven ilişkisini incelemiş, OKB’li bireylerde kompulsiyonlarla ilişkili görevlerde, nötral görevlere göre daha fazla korku yaşadıkları, ve bilişsel güvenlerinin bu görevlerde daha az olduğunu tespit etmiştir (167). Aynı ekip daha sonra çalışmalarını genişletmiş, sonucunda kontrol kompulsiyonu olan OKB tanılı bireylerde bilişsel güven alt ölçek puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bilişsel güven alt ölçeğinin, *belleğe olan güven, gerçeği değerlendirmeye olan güven ve dikkatin odaklanmasına olan güven* olarak 3 alt faktör olarak incelenebileceğini ve bu bağlamda, dikkatin odaklanmasına olan güvenin, kontrol etme kompulsiyonlarının tek prediktörü olduğu belirtilmiştir. Kontrol etme kompulsiyonlarının sebebinin bellek kusurları ile değil, OKB’li bireylerin dikkatlerini odaklama yetilerine olan güvensizlikle ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir (196). Nelson ve ark. (1999), bazı bilişsel inanışlar ve kabullerle ilgili, arada bellek performansına dair bir fark bulunmasa da Amerika’da kişilerin belleğe aşırı güven duymalarına karşılık Tayvan’da bunun çok düşük olduğunu belirterek kültürel etkenlere dikkati çekmişlerdir (160).

OKB’li bireylerde gerçeği değerlendirme kusurlarına yönelik yapılan çalışma sonuçları da çelişkilidir (192, 195, 197). OKB’li bireylerin, gerçeği değerlendirme becerileri hakkında kendilerine daha az güven duyduklarını bildiren birçok çalışma mevcuttur (198-200). Radomsky ve ark (2001), yüksek sorumluluk gerektiren durumlarda, bu kendine güvensizliğin daha da arttığını göstermiştir (194). Wells’e göre OKB’li bireyler, nötralizasyondan ne zaman vazgeçeceklerini gösteren ‘hissedilen duygu’ veya ‘mükemmel bellek’ gibi uygunsuz içsel kriterler kullanırlar (159, 162). Kontrol etme kompulsiyonu olan içgörüsü azalmış OKB’li bireylerde, dikkatin yeterince odaklanamaması veya dikkatin dağılması ile ilgili kaygılara bağlı olarak, yapılan davranışın unutulmuş olma ihtimali ile, daha önceki kompulsif davranışların (yıkama, kontrol gibi) tamamlanmışlığı ya da doğruluğu konusunda kendine güvensizlikle sonuçlanıyor olabilir. Toplamda ele alındığında çalışmamız ve diğer çalışma sonuçları da, bireylerin obsesif düşünceleri ve kompulsiyonlarıyla ilgili,

kültürel etki altında kalmış, kabul edilebilir olma ve kabul edilemez oluşı bağı, güvenden de etkilenen metakognisyonlara sahip olduğunu söylemek mümkündür.

İçgörüsü azalmış hastalarda sayma kompulsiyonu varlığında kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçek puanlarının beklenenin aksine daha düşük olduğu, sıralama kompulsiyonu varlığında ise olumlu inanaçlar alt ölçek puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu tespit ettik. Bu bulgular, içgörüsü azalmış olan OKB'li bireylerin sayma ile ilgili obsesif düşüncelerinin ve sıralama davranışlarının daha zararsız, makul bir problem çözme yolu olarak algılamasından kaynaklanabilir.

Bizim çalışmamızda, bulaşma, simetri, biriktirme, somatik ve diğer obsesyonlar ile temizleme, tekrarlama, biriktirme kompulsiyonlarının varlığına göre üstbilişsel inançların içgörü ile anlamlı bir ilişkisi tespit edilememiştir. Fakat içgörüsü tam olan bireylerde bu tür obsesif-kompulsif semptomların varlığında, üstbiliş ölçek puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Irak ve Tosun'un (2008) çalışmasında, temizleme ve obsesif yavaşlık alt tipleri için düşünceleri kontrol ihtiyacı ile kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçek puanlarında yükselmenin; şüphe obsesyonları için kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçek skorlarında yükselmenin prediktif olduğu belirtilmiştir (4). Bu bulgular, içgörüsü tam olan OKB'li bireylerde üstbilişsel inançların ve bilişsel farkındalığın daha fazla olduğu, kişinin kendi düşüncelerini izlemesi ve düşünce sürecine odaklanmasının daha kolay olacağı ve bu bireylerin metakognitif terapilerinden daha iyi yanıt alınabileceğini akla getirmektedir.

Çalışmamızda, obsesif kompulsif belirtilerin tümünde, içgörüsü tam olan bireylerde, içgörüsü azalmış olanlara göre bilişsel farkındalık alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğunu belirledik. Bu bulgular, içgörüsü tam olan OKB'li bireylerde, Rauch ve Savage (2000)'ın ileri sürdüğü nöroanatomik devrelerdeki anormallik görüşünü destekler niteliktedir. OKB'de birçok nörogörüntüleme çalışmalarında orbitofrontal korteks, anterior singulat, kaudat, talamus ve bu yapıları bağlayan spesifik nöroanatomik devrelerde anormal bir işleyiş olduğu ileri sürülmüştür (201, 202). Rauch ve Savage (2000), bu sistemlerdeki bozukluklar nedeniyle bilinçdışı işlemesi beklenen zararsız uyarıların, bilinçli ve etkisiz bir şekilde işleyeceğini, bilişsel farkındalığın da bilinçdışı süreçlerin bozulmasının bir göstergesi olabileceğini ileri sürmüşlerdir (90). Fenigstein ve arkadaşlarının (1975) anksiyetenin kendine odaklanmış dikkat süreçlerine bir reaksiyon olarak geliştiği hipotezine benzer olarak, kişinin kognitif süreçlerini hatalı yorumlamasına yatkınlık OKB gelişmesine neden oluyor, bu da intruzif

düşünceler üzerine olumsuz değerlendirme olasılığını arttırarak obsesyonel semptomların gelişme ihtimalini yükseltiyor olabilir (203). Anksiyete duyarlılığının panik bozukluk için kognitif bir risk faktörü oluşu gibi, bilişsel farkındalık seviyeleri obsesif semptomlar ve OKB tedavisi için yordayıcı bir özellik taşıyor gibi görünmektedir.

Çalışmamızdaki Kısıtlılıklar

İçgörünün değerlendirilmesi için sadece Y-BOCS'nın 11. maddesinin kullanılmış olması, çalışmaya dahil edilen olguların bazılarının ölçeklerin uygulandığı süreçte medikal tedavi alıyor olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Fakat, üstbilişleri etkileyebileceği düşünülerek çalışmamıza trisiklik antidepressan ve antipsikotik kullanmakta olan, halihazırda psikoterapi alan ve son 2 yıl içerisinde psikoterapi almış olan olgular dahil edilmeyerek, bu konudaki kısıtlılıklar kısmen aşılmaya çalışılmıştır.

6. SONUÇ

Çalışmadan elde ettiğimiz bulgular ana hatlarıyla metakognisyonlar ve içgörü ilişkisine ek olarak semptom konfigürasyonu ve metakognisyonlar arasındaki ilişkiye işaret etmektedir. Özellikle bilişsel davranışçı terapilerden fayda gören OKB'li bireylerde tedavinin tamamlanması ya da bütünlenmesi açısından önem arz eden metakognitif terapilerin OKB'de kullanımını pekiştirecek temellere ışık tutacak niteliktedir. Zira, OKB'li bireylerde içgörü kaybı bilişsel terapi için bir handikap iken, metakognitif terapi için de bir zorluk olarak karşımıza çıkmaktadır. İçgörüsü azalmış OKB'lilerde bu zorluğun farkında olarak metakognisyonların tanınması ve tedavide kullanılması ek yarar sağlayabilir.

Çalışmamız semptom konfigürasyonu açısından diğer çalışmalara benzer şekilde metakognisyonlarla semptom konfigürasyonu arasındaki ilişkiyi doğrulamaktadır.

Bu çalışmanın daha geniş örneklemlerle gruplarda yapılması, bu değerlendirmenin tedavi öncesi ve tedavi sonrası çıktılarının alınması, bilişsel terapiler açısından bir gereksinim gibi duran, OKB'nin bilişsel etyolojisi üzerindeki etkileri dağıtmaya yardımcı olabilir.

7. KAYNAKLAR

- 1- Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther* 1997; 35:793-802.
- 2- Rachman S. A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behav Res Ther* 1998; 36:385-401.
- 3- Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther* 1978; 16:233-48.
- 4- Tosun A, Irak M. Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19(1):67-80.
- 5- Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther* 2004; 42:385-96.
- 6- Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Does Meta-cognition or Responsibility Predict Obsessive-Compulsive Symptoms: A Test of the Metacognitive Model. *Clin Psychol Psychother* 2004; 11:137-44.
- 7- Mather A, Cartwright-Hatton S. Cognitive predictors of obsessive-compulsive symptoms in adolescence: a preliminary investigation. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004; 33:743-9.
- 8- Teasdale JD. Metacognition, Mindfulness and the Modification of Mood Disorders. *Clin Psychol Pschother* 1999; 6:145-55.
- 9- Güleç C, Köroğlu E. *Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: Medico Graphics Matbaası, 2007.*
- 10- Jenike MA. Obsessive Compulsive Disorder. *Comprehensive Textbook of Psychiatry, I.Cilt.,6.baskı, HI Kaplan, BJ Sadock(Eds), Baltimore. Williams&Wilkins, 1995, s.1218.*
- 11- Alsobrook JP 2nd, Leckman JF, Goodman WK, Rasmussen SA, Pauls DL. Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom based factor scores. *Am J Med Genet A* 1999, 88:669-75.
- 12- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Washington, DC; American Psychiatric Association, 1980.*
- 13- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition. Washington, DC; American Psychiatric Assosiation, 1994.*
- 14- Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psych* 1988, 45:1094-9.

- 15- 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. *J Clin Psychiatry* 1994; 55:5-10.
- 16- Degonda M, Angst J. The Zurich study, XX: social phobia and agoraphobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993; 243:95-102.
- 17- Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology, clinical features and genetics of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1991, 53:4-10.
- 18- Pauls DL, Alsobrook JP 2nd, Goodman W, Rasmussen SA, Leckmann JF. A family study of obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995, 152:76-84.
- 19- Greist JH, Jefferson JW. Obsessive-Compulsive Disorder. In: Gabbard G(ed.) *Treatments of Psychiatric Disorders*, 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Press, 2001, s.1515-38.
- 20- Fenichel O. *Nevrozların Psikanalitik Teorisi*, 1974. Tuncer S(çev.)
- 21- Salkovskis PM. Cognitive-behavioural approaches to the understanding of obsessional problems. Rapee RM (ed.) *Current Controversies in the Anxiety Disorders*. New York; The Guilford Press, 1996, s.103-33.
- 22- Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. In: Tükel R, Alkın T (Eds) *Anksiyete Bozuklukları*, Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006, s.277-298.
- 23- Rachman S, Hodgson R. *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, NJ; Prentice-Hall, 1980.
- 24- Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behav Res Ther* 1984; 22:549-52.
- 25- Clark DA. *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. New York; The Guilford Press, 2004.
- 26- Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther* 1985; 23:571-83.
- 27- Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther* 1989; 27:677-82.
- 28- Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999; 37 (suppl 1): p.29-52.
- 29- Rachman S. *The Treatment of Obsessions*. Oxford; Oxford University Press, 2003.
- 30- Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behav Res Ther* 1993; 31:149-54.

- 31- Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Vol. 1. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- 32- Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *Psych Clin North Am* 1992, 15:759-66.
- 33- Insel TR, Hoover C, Murphy DL. Parents of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 1983; 13:807-11.
- 34- McKeon P, Murray R. Familial aspects of obsessive-compulsive neurosis. *Br J Psychiatry* 1987; 151:528-34.
- 35- Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, Rettew DC, Gershon ES, Rapaport JL. Tics and Tourette's disorder: a 2 to 7 years follow-up of 54 obsessive-compulsive children. *Am J Psychiatry* 1992; 149:1244-51.
- 36- Cavallini MC, Pasquale L, Bellodi L, Smeraldi E. Complex segregation analysis for obsessive compulsive disorder and related disorders. *Am J Med Genet* 1999; 88:38-43.
- 37- Matris B, Keuthen NJ, Wilson KA, Jenike M, Stein DJ (Eds). *Obsessive-Compulsive Disorder in Clinical Manual of Anxiety Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing 2004, 87-118.
- 38- Inouye E. Similar and dissimilar manifestations of obsessive-compulsive neurosis in monozygotic twins. *Am J Psychiatry* 1965; 21:1171-5.
- 39- Carey G, Gottesman II. Twin and family studies of anxiety, phobia, and obsessive-compulsive disorder. Klein D, Rabkin J (ed.) *Anxiety: New Research and Changing Concepts*. New York; Raven Press 1981, s. 117-36.
- 40- Rasmussen SA, Tsuang MT. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder, *J Clin Psychiatry* 1984; 45:450-7.
- 41- Camarena B, Cruz C, de IF Jr, Nicolini H. A higher frequency of a low activity-related allele of the MAO-A gene in females with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Genet* 1998; 8: 255-7.
- 42- Bengel D, Greenberg BD, Cora-Locatelli G, Altemus M, Heils A, Li Q, et al. Association of the serotonin transporter promoter regulatory region polymorphism and obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry* 1999; 4:463-6.
- 43- Frisch A, Michaelovsky E, Rockah R, Amir I, Hermesh H, Laor N, et al. Association between obsessive-compulsive disorder and polymorphisms of genes encoding

- components of the serotonergic and dopaminergic pathways. *Eur Neuropsychopharmacol* 2000; 10:205-9.
- 44- Mundo E, Richter MA, Zai G, Sam F, McBride J, Macciardi F, et al. 5HT1Dbeta receptor gene implicated in the pathogenesis of obsessive-compulsive disorder: further evidence from a family-based association study. *Mol Psychiatry* 2002; 7:805-9.
- 45- Schindler KM, Richter MA, Kennedy JL. Association between homozygosity at the COMT gene locus and obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet A* 2000, 10:205-9.
- 46- Millet B, Chabane N, Delorme R, Leboyer M, Leroy S, Poirier MF, et al. Association between the dopamine receptor D4 gene and obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B, Neuropsychiatric Genet* 2003, 116(1):55-9.
- 47- Thoren P, Asberg M, Cronholm B, Jornestedt L, Traskman L. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. I. A controlled clinical trial. *Arch Gen Psychiatry* 1980b; 37: 1281-5.
- 48- Zohar J, Insel TR. Obsessive-compulsive disorder: psychobiological approaches to diagnosis, treatment, and pathophysiology. *Biol Psychiatry* 1987; 22:667-87.
- 49- Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (suppl. 14):18-21.
- 50- Leonard HL, Swedo SE, Rapoport JL, Koby EV, Lenane MC, Cheslow DL, et al. Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents. A double-blind crossover comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:1088-92.
- 51- Greist JH, Jefferson JW, Kobak KA, Katzelnick DJ, Serlin RC. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:53-60.
- 52- Thoren P, Asberg M, Bertilsson L, Meüstrom B, Sjoqvist F, Traskman L. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder: Biochemical aspects. *Arch Gen Psychiatry* 1980a; 37:1289-94.
- 53- Goddard AW, Charney DS, Germaine M, Woods SW, Heninger GR, Krystal JH, et al. Effects of tryptophan depletion on responses to yohimbine in healthy human subjects. *Biol Psychiatry* 1995; 38(2):74-85.
- 54- Işık E. *Nevrozlar*, 1996, Ankara: Kent Matbaası.

- 55- Adams KH, Hansen ES, Pinborg LH, Hasselbalch SG, Svarer C, Halm S, et al. Patients with obsessive-compulsive disorder have increased 5-HT_{2A} receptor binding in the caudate nuclei. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005, 8(3):391-401.
- 56- Laplane D, Levasseur M, Pillon B, Dubois B, Baulac M, Mazoyer B, et al. Obsessive-compulsive and other behavioural changes with bilateral basal ganglia lesions: A neuropsychological, magnetic resonance imaging and positron tomography study. *Brain* 1989; 112:699-72.
- 57- Swedo SE, Rapoport JL, Cheslow DL, Leonard HL, Ayoub EM, Hosier DM, et al. High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham's chorea. *Am J Psychiatry* 1989; 146:246-249.
- 58- Hollander E, Schiffman E, Cohen B, Rivera-Scein MA, Rosen W, Gorman JM, et al. Signs of central nervous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:27-32.
- 59- Eilam D, Scechtzman H. Psychostimulant induced behavior as an animal model of obsessive-compulsive disorder: an ethiological approach to the form of compulsive rituals. *CNS Spectrums* 2005, 10(3):191-202.
- 60- Kim CH, Koo MS, Cheon KA, Ryu RH, Lee JD, Lee HS. Dopamine transporter density of basal ganglia assessed with (123I) IPT SPECT in obsessive-compulsive disorder. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2003, 30(12):1637-43.
- 61- Moore GJ, MacMaster FP, Stewart C, Rosenberg DR. Case study: caudate glutamatergic changes with paroxetine therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Am J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, 37(6): 663-7.
- 62- Rosenberg DR, MacMaster FP, Keshavan MS, Fitzgerald KD, Stewart CM, Moore GJ. Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessive-compulsive disorder patients taking paroxetine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, 39(9):1096-103.
- 63- Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S. Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology* 2005, 30(9):1735-40.
- 64- Altemus M, Pigott T, Kalogeris KT, Demitrack M, Dubbert B, Murphy DL, et al. Abnormalities in the regulation of vasopressin and corticotropin releasing factor secretion in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(1):9-20.

- 65- Ferris CF, Rasmussen MF, Messenger T, Koppel G. Vasopressin-dependant flank marking in golden hamsters is suppressed by drugs used in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *BMC Neuroscience* 2001, 2(1):10.
- 66- Leckman JF, Goodman WK, North WG, Chappel PB, Price LH, Pauls DL, et al. Elevated cerebrospinal fluid levels of oxytocin in obsessive-compulsive disorder. Comparison with Tourette's syndrome and healthy controls. *Arch Gen Psychiatry* 1994, 51(10):782-92.
- 67- Altemus M, Pigott L, L'Heureux F, Davis CL, Rubinow DR, Murphy DL, et al. CSF somatostatin in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150(3):460-4.
- 68- Altemus M, Swedo SE, Leonard HL, Richter D, Rubinow DR, Potter WZ, et al. Changes in cerebrospinal fluid neurochemistry during treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine. *Arch Gen Psychiatry* 1994, 51(10):794-803.
- 69- Freidman I, Dar R, Shilony E. Compulsivity and obsessionality in opioid addiction. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188(3):155-62.
- 70- Kuelz AK, Hohagen F, Voderholzer U. Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biol Psychol* 2004; 65:185-236.
- 71- Hymas N, Lees A, Bolton D, Epps K, Head D. The neurology of obsessional slowness. *Brain* 1991; 114:2203-33.
- 72- Okasha A, Rafaat M, Mahallawy N, El Nahas G, El Dawla AS, Sayed M, et al. Cognitive dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101:281-5.
- 73- Abbruzzese M, Ferri S, Scarone S. Wisconsin Card Sorting Test performance in obsessive-compulsive disorder: no evidence for involvement of dorsolateral prefrontal cortex. *Psychiatry Res* 1995; 58:37-43.
- 74- Moritz S, Fricke S, Wagner M, Hand I. Further evidence for delayed alternation deficits in obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189:562-4.
- 75- Moritz S, Birkner C, Kloss M, Jahn H, Hand I, Haasen C, et al. Executive functioning in obsessive-compulsive disorder, unipolar depression, and schizophrenia. *Arch Clin Neuropsychol* 2002; 17:477-83.
- 76- Rosenberg DR, Dick EL, O'Hearn KM, Sweeney JA. Response-inhibition deficits in obsessive-compulsive disorder: an indicator of dysfunction in frontostriatal circuits. *J Psychiatry Neurosci* 1997; 22:29-38.
- 77- Bannon S, Gonsalvez CJ, Croft RJ, Boyce PM. Response inhibition deficits in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2002; 110:165-74.

- 78- Ayçiçeği A, Dinn WM, Harris CL, Erkmén H. Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder: effects of comorbid conditions on task performance. *Eur Psychiatry* 2003; 18:241-8.
- 79- Watkins LH, Sahakian BJ, Robertson MM, Veale DM, Rogers RD, Pickard KM, et al. Executive function in Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 2005; 35:571-82.
- 80- Cavedini P, Riboldi G, D'Annunzi A, Belotti P, Cisima M, Bellodi L. Decision-making heterogeneity in obsessive-compulsive disorder: ventromedial prefrontal cortex function predicts different treatment outcomes. *Neuropsychologia* 2002; 40:205-11.
- 81- Nielen MM, Den Boer JA. Neuropsychological performance of OCD patients before and after treatment with fluoxetine: evidence for persistent cognitive deficits. *Psychol Med* 2003; 33:917-25.
- 82- Purcell R, Maruff P, Kyrios M, Pantelis C. Cognitive deficits in obsessive-compulsive disorder on tests of frontal-striatal function. *Biol Psychiatry* 1998; 43:348-57.
- 83- Veale DM, Sahakian BJ, Owen AM, Marks IM. Specific cognitive deficits in tests sensitive to frontal lobe dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 1996; 26:1261-9.
- 84- Kuelz AK, Hohagen F, Voderholzer U. Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biol Psychol* 2004; 65:185-236.
- 85- Bechara A, Damasio H, Damasio AR, Lee GP. Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making. *J Neurosci* 1999; 19:5473-81.
- 86- Bechara A, Tranel D, Damasio H. Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain* 2000; 123:2189-202.
- 87- Barnett R, Maruff P, Purcell R, Wainwright K, Kyrios M, Brewer W, et al. Impairment of olfactory identification in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 1999; 29:1227-33.
- 88- Martinot JL, Allilaire JF, Mazoyer BM, Hantouche E, Huret JD, Legaut-Demare F, et al. Obsessive-compulsive disorder: a clinical, neuropsychological and positron emission tomography study. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82:233-42.
- 89- Savage CR, Baer L, Keuthen NJ, Brown HD, Rauch SL, Jenike MA. Organizational strategies mediate nonverbal memory impairment in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 1999; 45:905-16.

- 90- Savage CR, Rauch SL. Cognitive deficits in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1182-3.
- 91- Martin A, Wiggs CL, Altemus M, Rubenstein C, Murphy DL. Working memory as assessed by subject-ordered tasks in patients with obsessive-compulsive disorder. *Clin Exp Neuropsychol* 1995; 7:786-92.
- 92- Mataix-Cols D, Junque C, Sanchez-Turet M, Vallejo J, Verger K, Barrios M. Neuropsychological functioning in a subclinical obsessive-compulsive sample. *Biol Psychiatry* 1999; 45:898-904.
- 93- Cabrera AR, McNally RJ, Savage CR. Missing the forest for the trees? Deficient memory for linguistic gist in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 2001; 31:1089-94.
- 94- Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, et al. Pediatric auto-immune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS): a clinical description of the first fifty cases. *Am J Psychiatry* 1998, 155: 264-71.
- 95- Zai G, Bezchlibnyk YB, Richer MA, Arnold P, Burroughs E, Barr CL, et al. Myelin oligodendrocyte glycoprotein (MOG) gene is associated with obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet* 2004; 129:64-8.
- 96- Behar D, Rapaport JL, Berg CJ, Denckla MB, Mann L, Cox C, et al. Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1984, 141:363-9.
- 97- Luxenberg JS, Swedo SE, Flamant MF, Friedland RP, Rapaport J, Rapaport SI. Neuro-anatomical abnormalities in obsessive-compulsive disorder determined with quantitative x-ray computed tomography. *Am J Psychiatry* 1988, 145:1089-93.
- 98- Garber HJ, Ananth JV, Chiu LC, Griswold VJ, Oldendorf WH. Nuclear magnetic resonance study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1989, 146:1001-5.
- 99- Scarone S, Colombo C, Livian S, Abruzzese M, Ronchi P, Locatelli M, et al. Increased right caudate nucleus size in obsessive-compulsive disorder: detection with magnetic resonance imaging. *Psychiatry Res (Neuroimaging)*, 1992; 45(2):115-21.
- 100- Calabrese C, Colombo C, Bonfanti A, Scotti G, Scarone S. Caudate nucleus abnormalities in obsessive-compulsive disorder: measurement of MRI signal intensity. *Psychiatric Res* 1993; 50:89-92.

- 101- Gilbert AR, Moore GJ, Keshavan MS, Paulson LA, Narula V, Mac Master FP, et al. Decrease in thalamic volumes of pediatric patients with obsessive-compulsive disorder who are taking paroxetine. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(5):449-56.
- 102- Szeszko PR, Robinson D, Alvir JM. Orbitofrontal and amygdala volume reductions in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56(10):913-9.
- 103- Szeszko PR, McMillan S, McNeiman M. Amygdala volume reductions in pediatric patients with obsessive-compulsive disorder treated with paroxetine: preliminary findings. *Neuropsychopharmacology* 2004; 29(4):826-32.
- 104- Zohar J, Insel TR, Berman KF, Foa EB, Hill JL, Weinberger DR. Anxiety and cerebral blood flow during behavioral challenge: dissociation of central from peripheral and subjective measures. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:505-10.
- 105- Hollander E, Prohovnik I, Stein DJ. Increased cerebral blood flow during m-CPP exacerbation of obsessive-compulsive disorder. *J Neuropsychiatry* 1995; 7:485-90.
- 106- Machlin SR, Haris GJ, Pearlson GD, Hoehn-Saric R, Jeffery P, Camargo EE. Elevated medial-frontal cerebral blood flow in obsessive-compulsive patients: a SPECT study. *Am J Psychiatry* 1991, 148(9):1240-2.
- 107- Baxter LR Jr, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guze BH, Maziotta JC, et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49:681-9.
- 108- Rauch SL, Jenike MA, Alpert NM. Regional cerebral blood flow measured during symptom provocation in obsessive-compulsive disorder, using oxygen-15 labeled carbon-dioxide and positron emission tomography. *Arch Gen Psychiatry* 1994, 51:62-70.
- 109- McGuire PK, Bench CJ, Frith CD. Functional anatomy of obsessive compulsive phenomena. *Br J Psychiatry* 1994, 164:459-68.
- 110- Sadock BJ, Sadock VA. Anxiety Disorders. In: Cancro R(ed.) *Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry*, 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins 2003. p:591-636.
- 111- Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986, 143:317-22.
- 112- Rettew DC, Swedo SE, Leonard HL, Lenane MC, Rapoport JL. Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad C Adolesc Psychiatry* 1992; 31:1050-6.

- 113- Nestadt G, Samuels JF, Riddle MA, Bienvenu OJ, Liang KY, Grados MA, et al. Obsessive-compulsive disorder: defining and phenotype. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(suppl. 6):5-7.
- 114- Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:90-6.
- 115- Noshirvani HF, Kasvikis Y, Marks IM, Tsakiris F, Monteiro WO. Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1991; 158:260-3.
- 116- Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive compulsive disorder: familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry* 1996; 169:101-7.
- 117- Bogetto F, Venturello S, Albert U, Mania G, Ravizza L. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 1999; 14:434-41.
- 118- Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atlı H. Gender-related differences among the Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2004; 45:362-6.
- 119- Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E (çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
- 120- Dünya Sağlık Örgütü, ICD-10, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları, 1992. Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ B (çev.). Ankara; Medikomat Basım Yayın, 1993.
- 121- Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL. Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 (Suppl 10):15-27.
- 122- Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 1992b; 53:4-10.
- 123- Crino RD, Andrews G. Obsessive-compulsive disorder and Axis I comorbidity. *J Anxiety Disord* 1996; 10:37-46.
- 124- Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, Warshaw MG, DeMarco LM, Luce DD, et al. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:346-51.

- 125- Yaryura-Tobias JA, Grunes MS, Todaro J, McKay D, Neziroğlu FA, Stockman R. Nosological insertion of Axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2000; 14:19-30.
- 126- Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical and epidemiologic findings of significance to neuropharmacologic trials in OCD. *Psychopharmacol Bull* 1988; 24:466-70.
- 127- Okasha A, Saad A, Khalil AH, el Dawla AS, Yehia N. Phenomenology of obsessive compulsive disorder: a transcultural study. *Compr Psychiatry* 1994; 35:191-7.
- 128- Perugi G, Akiskal HS, Gemignani A, Pfanner C, Presta S, Milanfranchi A, et al. Episodic course in obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 248:240-4.
- 129- Tükel R, Polat A, Özdemir Ö, Aksüt D, Türksöy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2002; 43:204-9.
- 130- Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry* 1993; 54:373-9.
- 131- Baer L, Jenike MA, Ricciardi JN 2nd, Holland AD, Seymour RJ, Minichiello WE, Buttolph ML. Standardized assesment of personality disorders in obsessive-compulsive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:826-30.
- 132- Albert U, Maina G, Forner F, Bogetto F. DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Compr Psychiatry* 2004; 45:325-32.
- 133- Greist JH, Jefferson JW. Obsessive-Compulsive Disorder. In: Gabbard G(ed.) *Treatments of Psychiatric Disorders*, 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Pres, 2001, p:1515-38.
- 134- Ravizza L, Maina G, Bogetto F. Epizodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depr Anxiety* 1997; 6:154-8.
- 135- Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994; 32:343-53.
- 136- Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychoic features: A phenomenological analysis. *Am J Psychiatry* 1986; 143:1527-33.
- 137- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: 1. Development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:1006-11.

- 138- Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale: Reliability and validity. *Am J Psychiatry* 1998; 155:102-8.
- 139- Neziroğlu F, McKay D, Yaryura-Tobias J, Stevens K, Todaro J. The over-valued ideas scale: Development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Therapy* 1999; 37:881-902.
- 140- Carmin C, Wiegartz PS, Wu K. Düşük içgörülü OKB. In: Abramowitz J, McKay D, Taylor S (Eds) *Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bağlantılı Sorunlar El Kitabı*, İstanbul, Okuyan Us Yayın, 2008; 122- 137.
- 141- Catapano F, Sperandeo R, Perris F, Lanzaro M, Maj M. Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology* 2001; 34:62-8.
- 142- Marazziti D, Dell'Osso L, Di Nasso E, Pfanner C, Presta S, Mungai F, et al. Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *Eur Psychiatry* 2002; 17:407-10.
- 143- Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Iwasaki Y, Koshimune K. Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Compr Psychiatry* 2002; 43: 150-157.
- 144- Türksöy N, Tükel R, Özdemir Ö, Karalı A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2002; 16: 413-423.
- 145- Ravi Kishore V, Samar R, Janardhan Reddy YC, Chandrasekhar CR, Thennarasu K. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 202-208.
- 146- Solyom L, Dinicola VF, Phil M, Sokman D, Luchins D. Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Can J Psychiatry* 1985; 30: 372-380.
- 147- Rodrigues Torres A, Del Porto JA. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorders: A Brazilian controlled study. *Psychopathology* 1995; 28: 322-329.
- 148- Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, Schwartz CE, Carey RJ Jr. Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 530-532.
- 149- Fear C, Sharp H, Healy D. Obsessive-compulsive disorder with delusions. *Psychopathology* 2000; 33: 55-61.

- 150- Lochner C, Hemmings SM, Kinnear CJ, Niehaus DJ, Nel DG, Corfield VA. Cluster analysis of obsessive-compulsive spectrum disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: Clinical and genetic correlates. *Compr Psychiatry* 2005; 46: 14-19.
- 151- Bellino S, Patria L, Ziero S, Bogetto F. Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: A regression model. *Psychiatry Research* 2005; 136: 223-231.
- 152- Tolin DF, Abramowitz JS, Kozak MJ, Foa EB. Fixity of belief, perceptual aberration, and magical ideation in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2001; 15: 501-510.
- 153- Abramowitz JS, Brigidi BD, Foa EB. Health concerns in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 1999; 13: 529-539.
- 154- Erzegovesi S, Cavallini MC, Cadedini P, Diaferia G, Locatelli M, Bellodi L. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2001; 21: 488-492.
- 155- Damecour CL, Charron M. Hoarding: a symptom, not a syndrome. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 267-272.
- 156- Eisen JL, Rasmussen SA, Phillips KA, Price LH, Davidson J, Lydiard RB. Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 494-7.
- 157- Foa EB, Abramowitz JS, Franklin ME, Kozak MJ. Feared consequences, fixity of belief and treatment outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther* 1999; 30: 717-24.
- 158- Lelliott PT, Noshirvani HF, Basoglu M, Marks IM, Monteiro WO. Obsessive-compulsive beliefs and treatment outcome. *Psychological Medicine* 1988; 18: 697-702.
- 159- Wells A. *Emotional Disorders & Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: Wiley, 2000.
- 160- Nelson TO, Stuart RB, Howard C, Crowley M. Metacognition and Clinical Psychology: A Preliminary Framework for Research and Practice. *Clin Psychol Psychother* 1999; 6:73-79.
- 161- Cox MT. Metacognition in computation. *Artificial Intelligence* 2005; 169:104-141.
- 162- 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.
- 163- Purdon C, Clark DA. Metacognition and Obsessions. *Clin Psychol Psychother* 1999; 6: 102-110.

- 164- Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39: 117- 132.
- 165- Wells A, Purdon C. Metacognition and Cognitive-Behaviour Therapy: A Special Issue. *Clin Psychol Psychother* 1999; 6: 71-72.
- 166- Bruin GO, Muris P, Rassin E. Are there specific metacognitions associated with vulnerability to symptoms of worry and obsessive thoughts? *Pers Individ Dif* 2007; 42: 689- 699.
- 167- Hermans D, Martens K, DeCort K, Pieters G, Eelen P. Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2003; 41: 383- 401.
- 168- Sica C, Steketee G, Ghisi M, Chiri LR, Franceschini S. Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms, coping styles: A preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample. *Clin Psychol Psychother* 2007; 14: 258-268.
- 169- Corcoran KM, Woody SR. Appraisals of obsessional thoughts in normal samples. *Behav Res Ther* 2008; 46:71-83.
- 170- Ehrlinger J, Johnson K, Banner M, Dunning D, Kruger J. Why the unskilled are unaware: Further explorations of (absent) self-insight among the incompetent. *Organizational Behavior and Human Processes* 2008; 105:98-121.
- 171- Krajc M, Ortmann A. Are the unskilled really that unaware? An alternative explanation. *J Econ Psychol*, doi:10.1016/j.joep.2007.12.006.
- 172- Koriat A, Levy-Sadot R. Conscious and Unconscious Metacognition: A Rejoinder. *Conscious Cogn* 2000; 9: 193-202.
- 173- Fernandez-Duque D, Baird JA, Posner MI. Awareness and Metacognition. *Conscious Cogn* 2000; 9: 324-326.
- 174- Rosenthal DM. Consciousness, Content and Metacognitive Judgements. *Conscious Cogn* 2000; 9: 203-214.
- 175- Nelson TO. Consciousness, Self-Consciousness, and Metacognition. *Conscious Cogn* 2000; 9: 220-223.
- 176- Kentridge RW, Heywood CA. Metaognition and Awareness. *Conscious Cogn* 2000; 9: 308-312.

- 177- Wells A. Detached Mindfulness in Cognitive Therapy: A Metacognitive Analysis and Ten Techniques. *J R-E & Cog-Behav Ther* 2005; 23(4): 337-355.
- 178- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW: Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). American Psychiatric Press, Washington D.C., 1997.
- 179- Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye Uyarlanması ve Geçerlilik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 233-36.
- 180- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischman RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989a; 46:1006–1011.
- 181-Karamustafalıoğlu KO, Üçışık AM, Ulusoy M. Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bursa Savaş Ofset*, 1993, s. 86.
- 182- Tek C, Uluğ B, Rezaiki BG, Tanriverdi N, Mercan S, Demir B, Vargel S. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91:410-413.
- 183- Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
- 184- Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7:3-13.
- 185- Barahmand U. Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Res* 2009; 169(3):240-243.
- 186- Myers SG, Fisher PL, Wells A. Belief domains of the obsessive beliefs questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *J Anxiety Disord* 2008; 22:475-484.
- 187- Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SK. Too much thinking about thinking?: metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Dis* 2003; 17:181-195.
- 188- Alonso P, Menchon JM, Segalas C, Jaurieta N, Jimenez-Murcia S, Cardoner N, et al. Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2008; 49:305-312.

- 189- Taylor S, Abramowitz JS, McKay D, Calamari JE, Sookman D, Kyrios M, et al. Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *J Anxiety Disord* 2006; 20(1):85-97.
- 190- Tallis F. The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: a review and consideration of clinical implications. *Br J Clin Psychol* 1997; 36(1):3-20.
- 191- Ecker W, Engelkamp J. Memory for actions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Cogn Psychother* 1995; 23:349-371.
- 192- Rubenstein CS, Sheffler C, Peynircioğlu ZF, Chambless DL, Pigott TA. Memory in sub-clinical obsessive-compulsive checkers. *Behav Res Ther* 1993; 31:759-765.
- 193- Radomsky AS, Rachman S. Memory bias in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behav Res Ther* 1999; 37:605-618.
- 194- Radomsky AS, Rachman S, Hammond D. Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. *Behav Res Ther* 2001; 39:813-822.
- 195- Brown HD, Kosslyn SM, Breiter HC, Baer L, Jenicke MA. Can patients with obsessive-compulsive disorder discriminate between percept and mental images? A signal detection analysis. *J Abnorm Psychol* 1994; 103:445-454.
- 196- Hermans D, Engelen U, Grouwels L, Joos E, Lemmens J, Pieters G. Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: Distrusting perception, attention and memory. *Behav Res Ther* 2008; 46:98-113.
- 197- Anderson RE. Did I do it or did I only imagine doing it? *J Exp Psycho: General* 1984; 113:594-613.
- 198- McNally RJ, Kohlbeck PA. Reality monitoring in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1993; 31:249-253.
- 199- Hartle TL, Savage CR, Frost RO, Allen GJ, Deckersbach T, Steketee G, et al. Paper presented at the World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, 2001 July 17-21, Vancouver, Canada. Memory confidence and accuracy in compulsive hoarding.
- 200- MacDonald PA, Antony MM, Macleod CM, Richter MA. Memory and confidence in memory judgements among individuals with obsessive-compulsive disorder and non-clinical controls. *Behav Res Ther* 1997; 35:497-505.
- 201- Cottraux J, Gerard D. Neuroimaging and neuroanatomical issues in obsessive-compulsive disorder. In: SwinsonRP, Antony MM, Rachman S, Richter MA (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: theory, research and treatment*. New York: Guilford Press, 1998.

- 202- Saxena S, Rauch SL. Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23(3):563-586.
- 203- Fenigstein A, Scheiner MF, Buss AH. Public and private self-consciousness: assessment and theory. *J Consult Clin Psychol* 1975; 43:522-527.

