

**T.C.  
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA METAKOGNİSYONLAR VE  
OTOMATİK DÜŞÜNCELER**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. İlkay KELEŞ ALTUN**

**TRABZON - 2015**

**T.C.  
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA METAKOGNİSYONLAR VE  
OTOMATİK DÜŞÜNCELER**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. İlkay KELEŞ ALTUN**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Evrim ÖZKORUMAK**

**TRABZON - 2015**

## ÖNSÖZ

Tez çalışmamın hazırlanması ve yürütülmesi aşamasında ilgi, destek ve yardımları ile yanımda olan ve beraber çalıştığımız süre boyunca bilgilerimin olgunlaşmasını sağlayan tez danışmanım Doç. Dr. Evrim ÖZKORUMAK'A,

Birlikte çalıştığım süre boyunca bilgilerimin gelişmesine katkıda bulunan, destek ve yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. İsmail AK, Doç. Dr. Ahmet TİRYAKİ, Yrd. Doç. Dr. Filiz CİVİL ARSLAN ve Yrd. Doç. Dr. Demet SAĞLAM AYKUT'A,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, sevgili asistan ve psikolog arkadaşlarıma,

İyi bir çalışma ortamı oluşmasına katkıda bulunan tüm psikiyatri çalışanlarına,

Bugüne kadar sevgi ve desteği ile maddi manevi hep yanımda olan ve bugüne gelmemi sağlayan değerli annem Sevim KELEŞ, sevgiyle bakım verip büyüten en büyük destekçim anneannem Macide GÜDEN, engin hayat tecrübesi ile yoluma ışık tutan babam Tahsin KELEŞ ve zor günlerde beni yalnız bırakmayan canım kardeşim İlker KELEŞ'E,

Bugün olduğum kişi olmamda katkıları azımsanmayacak kadar çok olan, çocukluğumdan beri örnek aldığım, takıldığım her yerde bilgi ve tecrübesine başvurduğum dayım Doç. Dr. Metin GÜDEN ve genç yaşta aramızdan ayrılan rahmetli amcam Prof. Dr. Işık KELEŞ'e,

Desteğini ve yardımını hiç bir zaman esirgemeyen, özellikle zorlu dönemeçlerde yanımda olduğunu hep hissettiren değerli eşim Ersin ALTUN'A sonsuz teşekkür ederim.

Dr. İlkay KELEŞ ALTUN

Trabzon - 2015

## ÖZET

### OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA METAKOGNİSYONLAR VE OTOMATİK DÜŞÜNCELER

**Amaç:** Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) kronik seyirli, mesleki ve sosyal işlev kaybına yol açan psikiyatrik bir bozukluktur. Lee ve Kwon yaptıkları çalışmalar sonucunda bilişsel teoriyi temel alarak obsesyonları otojen ve reaktif obsesyonlar olarak iki ayrı grupta incelemişlerdir. Bu çalışmada otojen ve reaktif obsesyonu olan OKB hastaları ve sağlıklı kontroller üstbilişler ve otomatik düşünceler alanında farklılıklar açısından karşılaştırılacaktır. Ayrıca cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşanılan yer , aile öyküsü, alınan tedaviler açısından anksiyete ve depresyon düzeyleri otojen ve reaktif gruplar arasında fark olup olmadığı incelenecektir.

**Yöntem:** Araştırmada çalışma grubu olarak, Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğine Şubat 2014 - Aralık 2014 ayaktan başvuran, OKB tanısı konulan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden, uygunluk ölçütlerini karşılayan hastalar ve sağlıklı kontroller alınmıştır. Hastalar çalışma hakkında bilgilendirilerek katılımları için yazılı onamları alınmıştır. Karadeniz Teknik Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2014/6 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır. Hasta grubu primer obsesyon içerikleri ve buna karşılık sahip oldukları kompulsiyon içeriklerine göre ilgili literatür doğrultusunda YBOKÖ belirti kontrol listesi ile yapılan değerlendirmelerde primer obsesyon olarak saldırganlık, dini ya da cinsel obsesyonlardan birine ya da birkaçına sahip olan hastalar otojen gruba dahil edilmiştir Primer obsesyon olarak kirlenme, kuşku, simetri, veya biriktirme obsesyonlarından birine ya da birkaçına sahip hastalar reaktif gruba dâhil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, DSM-IV için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I),Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, (Y- BOKÖ) Üstbiliş (metakognisyon) Ölçeği (ÜBÖ), Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Türkçe olarak uygulanmıştır. Otojen reaktif ve sağlıklı kontrol grupları sosyodemografik veriler, YBOKÖ, ÜBÖ, ODÖ, BDÖ, BAÖ'nden aldıkları puanlar açısından karşılaştırılmışlardır.

**Bulgular:** Gruplar arasında, yaş, medeni durum eğitim düzeyi yaşanılan yer gelir düzeyi açısından farklılık bulunmadı. Otojen grupta erkek cinsiyet reaktif gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Otojen grupta en sık gözlenen obsesyonun saldırganlık, reaktif grupta ise kirlenme en sık obsesyon olarak belirlendi. Reaktif gruptaki hastaların en yaygın kompulsiyonların temizleme/yıkama, otojen gruba bakıldığında ise zihinsel/mental olduğu belirlendi. Alınan edaviler açısından otojen ve reaktif grup arasında anlamlı fark tespit edilemedi. Tüm ölçek puanları OKB grubunda sağlıklı kontrol grubundan anlamlı yüksek bulunmuştur. Ancak otojen ve reaktif grup arasında ÜBO “kontrol edilemezlik ve tehlike” ve “düşünceleri kontrol ihtiyacı” alt ölçekleri ve ODÖ “izolasyon” alt ölçeği otojen grupta istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

**Sonuç:** Sonuç olarak çalışmada otojen ve reaktif grup arasında metakognisyonlar ve otomatik düşünceler açısından farklar tespit ettik. Daha fazla rahatsız edici, hakkında daha az konuşulmak istenen ve zihinde belirmesi için daha az uyarana ihtiyaç duyan, daha tekrarlayıcı ve suçluluk duygusuna yol açtığı bilinen

obsesyonlar olan otojen grubun düşüncelerin kontrol edilemeyeceğine ve cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacına dair inançlarında, yalnızlık ve izolasyon otomatik düşüncelerinde reaktif gruba göre artış olduğu tespit edilmiştir. Bulduğumuz sonuçlar OKB'nin alt tiplerini belirlemede önerilen gruplandırmanın yararlı olabileceğini düşündürmektedir. Bu alt tiplendirme OKB'nin gelişimini anlamak, semptomları tanımlamak ve etkin tedavinin kullanılmasına olanak vermesi açısından önemli görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Metakognisyonlar, Obsesif- Kompulsif bozukluk, Otojen obsesyon, Otomatik düşünceler, Reaktif obsesyonlar



## **SUMMARY**

### **METACOGNITIONS AND AUTOMATIC THOUGHTS IN OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER**

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a chronic, psychiatric disorder that causes loss of professional and social functions. Lee and Kwon analyzed obsessions in two separate groups as autogenous and reactive obsessions, based on their studies on cognitive theory.

At this study, OCD patients with autogenous and reactive obsessions were compared with healthy control group in terms of differences in their metacognitions and automatic thoughts. Also anxiety and depression levels of the autogenous and reactive groups were analyzed in terms of their gender, educational level, place of living, family story and received treatments.

Healthy voluntary people as healthy control group and the patients who applied Karadeniz Technical University (KTU) Medical Faculty psychiatry outpatient clinic and got Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) diagnosis between the dates of December 2014 - January 2014 were accepted to this study as objects. Also, acceptance of participating to the study and having the eligibility criteria were the inclusion criteria to the study. The participants were kept informed about the study and their written consents were taken.

The decision number 2014/6 of KTU Clinical Research Committee was taken as the ethical committee approval. Patients (autogenous group) who have primary obsessions defined as autogenous (patients those have aggressive, sexual and religious obsessions according to the Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) symptom checklist) and patients (reactive group) who have obsessions defined as reactive (patients who have contamination, symmetry, somatic, doubt and etc. obsessions according to the Y-BOCS symptom checklist). All of the patients were evaluated by Sociodemographic Data Form, SCID-I, Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale), MCQ -30 (Metacognition Questionnaire), ATQ (Automatic Thoughts Questionnaire), BAI (Beck Anxiety Inventory), BDR (Beck Depression Questionnaire). Autogenous, reactive and healthy control groups were compared with each other by using their sociodemographic datas, Y-BOCS, MCQ-30, OTQ, BDQ, BAI points.

No difference was found between groups with regard to age, martial status, educational status, income level and place of living. Male gender of the autogenous group was significantly higher than the reactive group. Aggressiveness as the most common obsession in the autogenous group and contamination as the most common obsession in the reactive group was determined. The most common compulsion in the reactive group was cleaning/washing compulsions, and mental compulsions were the most common one in the autogenous group. There was no significant difference between the received treatment of the autogenous and reactive groups. All the scale points of the OCD group were significantly higher than the healthy control group. However, “uncontrollability and danger” and “need to control thoughts” subscales were higher in the autogenous group than reactive group.

As a result, there is a significant difference between autogenous and reactive groups in terms of metacognitions and automatic thoughts. Results of this study shows that suggested classification could be useful for determining the subtypes of OCD. Also this subtype classification of OCD seems important for understanding the evolution of OCD, defining its symptoms and giving the most appropriate treatment.

**Key Words:** Autogenous obsessions, Automatic Thoughts, Obsessive-Compulsive Disorder, Metacognitions, Reactive obsessions.



# İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa No</b>
ÖNSÖZ .....	ii
ÖZET.....	iii
SUMMARY .....	v
İÇİNDEKİLER .....	vii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ .....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) .....	3
2.1.1. Tanım .....	3
2.1.2. Sınıflandırma .....	4
2.1.3. Epidemiyoloji.....	9
2.1.4. Etiyoloji .....	11
2.1.4.1. Biyolojik Etkenler.....	11
2.1.4.1.1. Genetik Çalışmalar.....	11
2.1.4.1.2. Nörokimyasal Çalışmalar.....	12
2.1.4.1.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları.....	13
2.1.4.2. Psikososyal Etkenler .....	14
2.1.4.2.1. Psikodinamik Etkenler .....	14
2.1.4.2.2. Davranışçı Etkenler .....	14
2.1.4.2.3. Bilişsel Etkenler .....	15
2.1.4.2.3.1. Salkovskis'in OKB Modeli .....	15
2.1.4.2.3.2. Rachman'ın OKB Modeli.....	16
2.1.4.2.3.3. Bilişsel Kontrol Modeli .....	18
2.1.4.2.3.4. Hatalı Değerlendirme ve İnanç Alanları .....	18
2.1.5. Klinik Görünüm.....	19
2.1.5.1. Obsesyonlar .....	19
2.1.5.2. Kompulsiyonlar .....	21
2.1.6. Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Tiplerinin Belirlenmesi .....	22
2.1.6.1. Otojen ve Reaktif Obsesyonlar .....	23
2.1.7. Eşşamı .....	25



2.1.8. Prognoz .....	26
2.2. Üstbilis Kavramı .....	26
2.2.1. Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli (S-REF).....	27
2.2.2. Psikolojik Bozukluklar ve Üstbilisler .....	28
2.2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbilisel Modeli .....	31
2.3. Otomatik Düşünceler .....	34
3. MATERYAL VE METOD .....	36
3.1. Araştırmanın Şekli, Evreni, Örneklemi ve Yöntemi.....	36
3.2. Veri Toplama Araçları .....	38
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu .....	38
3.2.2. SCID I.....	38
3.2.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ).....	38
3.2.4. Üstbilis Ölçeği-30 .....	39
3.2.5. Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) .....	40
3.2.6. Beck Depresyon Derecelendirme Ölçeği (BDÖ).....	41
3.2.7. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) .....	41
4. BULGULAR .....	42
4.1. Sosyodemografik Özellikler .....	42
4.2. Klinik Özellikler .....	46
4.3. Üstbilisler .....	55
4.4. Otomatik Düşünceler .....	57
4.5. Korelasyon Analizleri .....	59
5. TARTIŞMA .....	69
5.1. Sosyodemografik Veriler .....	69
5.2. Klinik Özellikler .....	75
5.3. Üstbilisler .....	85
5.4. Otomatik Düşünceler .....	91
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....	94
7. KAYNAKLAR .....	96

## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>DSM</b>	: Ruhsal Bozuklukların Tanısı ve İstatistiksel El Kitabı
<b>ICD</b>	: Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması
<b>APA</b>	: Amerikan Psikiyatri Birliği
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>ECA</b>	: Epidemiyolojik Alan Çalışması
<b>SGI</b>	: Serotonin Gerilim İnhibitörleri
<b>MRS</b>	: Manyetik Rezonans Spektroskopi
<b>BOS</b>	: Beyin Omurilik Sıvısı
<b>BT</b>	: Bilgisayarlı Tomografi
<b>MRI</b>	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
<b>PET</b>	: Pozitron Emisyon Tomografi
<b>S-REF</b>	: Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli
<b>DEK</b>	: Düşünce Eylem Kaynaşması
<b>KTÜ</b>	: Karadeniz Teknik Üniversitesi
<b>SCID</b>	: DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
<b>Y- BOKÖ</b>	: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği,
<b>ÜBÖ</b>	: Üstbilis Ölçeği
<b>ODÖ</b>	: Otomatik Düşünceler Ölçeği
<b>BDÖ</b>	: Beck Depresyon Ölçeği
<b>BAÖ</b>	: Beck Anksiyete Ölçeği
<b>SSRI</b>	: Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörü
<b>AP</b>	: Antipsikotik
<b>TCA</b>	: Trisiklik Antidepresan
<b>AD</b>	: Antidepresan
<b>ÜBÖ-Oİ</b>	: Üstbilis Ölçeği Olumlu İnançlar Alt Ölçeği
<b>ÜBÖ-KET</b>	: Üstbilis Ölçeği Kontrol Edilemezlik Ve Tehlike Alt Ölçeği
<b>ÜBÖ-DKİ</b>	: Üstbilis Ölçeği Düşünceleri Kontrol İhtiyacı Alt Ölçeği
<b>ÜBÖ-BG</b>	: Üstbilis Ölçeği Bilişsel Güven Alt Ölçeği
<b>ÜBO-BF</b>	: Üstbilis Ölçeği Bilişsel Farkındalık Alt Ölçeği

- ODÖ-O** : Otomatik Düşünceler Ölçeği Olumsuz Benlik Kavramı Alt Ölçeği  
**ODÖ-K** : Otomatik Düşünceler Ölçeği karmaşa Kaçış Fikirleri Alt Ölçeği  
**ODÖ-D** : Otomatik Düşünceler Ölçeği Uyumsuzluk /Değişme Arzusu Alt Ölçeği  
**ODÖ-İ** : Otomatik Düşünceler Ölçeği Yalnızlık/İzolasyon Alt Ölçeği  
**ODÖ-U** : Otomatik Düşünceler Ölçeği Umutsuzluk Alt Ölçeği  
**TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu



## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa No

Tablo 1.	Tüm katılımcıların cinsiyet, medeni durum, mesleki durum ve eğitim durumu, ek hastalık durumu, yaşadıkları yer durumu .....	43
Tablo 2.	Reaktif, otojen ve sağlıklı kontrol grubunun cinsiyet, medeni durum, mesleki durum ve eğitim durumu, ek hastalık durumu, yaşadıkları yer durumu.....	44
Tablo 3.	Tüm katılımcıların yaş eğitim yılı ve aylık gelir durumu .....	45
Tablo 4.	Reaktif otojen ve sağlıklı kontrol grubunun yaş eğitim yılı ve aylık gelir durumu açısından karşılaştırılması .....	45
Tablo 5.	OKB grubunda yakınmaların başlangıç yaşı, tedavi süresi ve hastalık süresi .....	46
Tablo 6.	Otojen ve reaktif grubun yaş başlangıç yaşı tedavi süresi ve hastalık süresi .....	47
Tablo 7.	Katılımcıların aile öyküleri .....	48
Tablo 8.	Otojen, reaktif ve kontrol grubunun aile öyküsü açısından karşılaştırılması .....	48
Tablo 9.	OKB grubun almakta oldukları tedaviler .....	49
Tablo 10.	Reaktif grubun almakta oldukları tedaviler.....	49
Tablo 11.	Otojen grubun almakta oldukları tedaviler.....	49
Tablo 12.	Otojen ve reaktif grubun aldıkları tedaviler açısından karşılaştırılması .....	50
Tablo 13.	Alınan tedavilere göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	50
Tablo 14.	OKB grubu belirti boyutları (obsesyon).....	51
Tablo 15.	OKB grubu belirti boyutları (kompulsiyon).....	51
Tablo 16.	Otojen grup belirti boyutları (obsesyon + kompulsiyon).....	52
Tablo 17.	Reaktif grup belirti boyutları (obsesyon+kompulsiyon).....	52
Tablo 18.	YBOKÖ değerlendirilmesi.....	54
Tablo 19.	BDÖ ve BAÖ değerlendirilmesi .....	55
Tablo 20.	ÜBÖ değerlendirilmesi .....	57
Tablo 21.	ODÖ değerlendirilmesi .....	59
Tablo 22.	OKB grubunun klinik özellikler ile ilişkisi.....	60
Tablo 23.	Reaktif grubunun klinik özellikler ile ilişkisi.....	62
Tablo 24.	Otojen grubunun klinik özellikler ile ilişkisi.....	63
Tablo 25.	OKB grubunda Ölçek puanlarının birbirleri ile ilişkisi.....	63
Tablo 26.	Reaktif grupta ölçek puanlarının birbirleri ile ilişkisi .....	65
Tablo 27.	Otojen grupta ölçek puanlarının birbirleri ile ilişkisi .....	67

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) kronik seyir gösteren, toplumun yaklaşık % 2' sini etkileyen, mesleki ve sosyal hayatta işlevsellik kaybına yol açan psikiyatrik bir bozukluktur. Sıklıkla OKB'nin süregelen bir gidiş göstermesi, işlevselliği önemli ölçüde etkileyerek yaşam kalitesinde bozulmaya neden olması ve de düşük olmayan bir oranda ilaç tedavisine yanıtız kalabilmesi, OKB' de özellikle son yıllarda yeni tedavi arayışlarını ve tedavi ilkeleri oluşturma yönündeki yoğun çabaları gündeme getirmiştir. Etiyoloji, belirti yapısı, klinik ve tedaviye yanıt gibi özellikler açısından oldukça heterojen doğaya sahip olması hastalığın daha homojen özelliklere sahip alt tiplerini tanımlamaya yönelik çalışmalarda gözle görülür bir artışa neden olmuştur (1). Bu çalışmalarda alt tiplendirme amacıyla başlangıç yaşı, cinsiyet, aile hikâyesi, belirti içeriği, içgörü düzeyi, tedaviye yanıt ve eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıklar gibi özellikler üzerinde durulmaktadır. Lee ve Kwon'un yaptıkları çalışmalar ve faktör analizleri sonucunda bilişsel teori bağlamında obsesyonların otojen ve reaktif obsesyonlar olarak iki farklı gruba ayrılabilceğini önermiştir. Otojen obsesyonlar daha tekrarlayıcı, daha fazla rahatsız edici, kişinin kendisinde bulunmasından daha fazla rahatsızlık duyabileceği, hakkında daha az konuşulmak istenen ve zihinde belirmesi için daha az uyarana ihtiyaç duyan obsesyonlardır. Saldırganlık, dini ve cinsel temalı obsesyonlar bu gruba girmektedir. Reaktif obsesyonlar ise daha fazla bir dış uyaran tarafından tetiklenme eğiliminde olan, kişinin daha az saçma bulduğu, daha az saklama gereği duyduğu, diğerlerine oranla daha az rahatsızlık uyandıran obsesyonlardır. Bulaş, simetri, biriktirme şüphe obsesyonları bu gruba girmektedir. (2,3)

Bu çalışmada obsesyonların Lee ve Kwon'un yaptıkları çalışmalar ve faktör analizleri sonucunda, bilişsel teori bağlamında; farklı bilişsel süreçlerden kaynaklanan otojen ve reaktif obsesyonlar olarak ayrılabilceği teorisi temel alınarak otojen ve reaktif obsesyonu olan OKB hastaları ve sağlıklı kontrol arasında metakognisyonlar (üstbilişler) ve otomatik düşünceler alanında da farklılıklar açısından karşılaştırılacaktır. Ayrıca cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşanılan yer, aile öyküsü, alınan tedaviler açısından otojen ve reaktif gruplar arasında fark olup olmadığı incelenecektir.

Otojen ve reaktif obsesyonlar için üstbilişler ve otomatik düşüncelerin anksiyete ve depresyon durumları ile ilişkisinin hastalığın ve etiyolojik mekanizmaların daha iyi anlaşılmasına etkin bilişsel-davranışçı veya farklı tedavi uygulamalarının geliştirilmesine ve farklı tedavi yanıtının anlaşılmasına yönelik yeni veriler sağlanacaktır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

#### 2.1.1. Tanım

Obsesif kompulsif bozukluk; istenmeden gelen, uygunsuz olarak yaşanan, belirgin anksiyete ve sıkıntıya neden olan, benliğe yabancı ve yineleyici özellikte sürekli düşünceler, dürtüler (impulslar) veya düşlemler (imajlar) olarak tanımlanan obsesyonlar ve bunlara ikincil olarak gelişen kişinin yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemler olarak tanımlanan kompulsiyonlarla karakterizedir (4).

Obsesyonlar Latince “obsideratum” / “obsidere” sözcüğünden gelmektedirler. Kuşatma anlamına gelir. Günlük yaşamla ilgili endişelerden farklılık gösteren, kontrol edilemeyen, yineleyici, benliğe yabancı girici düşünce, dürtü veya imgelerdir (5).

Bu düşünce, dürtü veya imgeler kaygı ve sıkıntı ortaya çıkmasına neden olurlar. Obsesyonlara kaygı ve sıkıntı hissi ile birlikte utanma, suçlu hissetme, tikslenme ve öfke de eşlik eder.

Kompulsiyonlar ise kaygı ve sıkıntıyı azaltma, obsesyonları nötralize etme ve obsesif düşünce, dürtü veya imgelerle ilişkili olarak değerlendirilen olası istenmeyen sonuçları önleme amacıyla gerçekleştirilen eylemlerdir. Kompulsiyonlar diğer herkesçe gözlemlenebilen dışa vuran davranışlar olabileceği gibi gözlemlenemeyen zihinsel aktiviteler de olabilmektedir (6).

#### **Tarihçe:**

M.Ö. 11. yüzyılın ikinci yarısında, İsrail kralı olan Saul’ u sık sık şeytandan gelen zararlı düşüncelerin yakaladığı, damadının da arp çalarak zararlı düşüncelerinden kurtardığından bazı kutsal kitaplarda bahsedilir . Shakespeare, Lady Machbet kimliğinde el yıkama kompulsiyonlarından söz etmiştir.(7).

Ortaçağda, OKB diğer bir çok ruhsal hastalık için geçerli olduğu gibi büyü ve din kavramlarıyla açıklanmaya çalışılmıştır. Zamanla dini görüşler yerine tıbbi açıklamalar getirilmiştir.

Obsesyon ve kompulsiyonlar ilk kez 1838’de Esquirol tarafından melankolik bir belirti olarak tanımlanmıştır. Obsesyon terimini ilk olarak 1860’da Morel tarafından kullanılmıştır (8).

OKB, Esquirol’ ün ilk olguyu tanımlaması ve Morel’ in ilk “Obsesyon” terimini kullanmasının ardından şimdiye kadar, tanımının sık değiştiği bir bozukluk olmuştur.

20. yüzyılın başlarında Pierre Janet psikasteniyi fobileri, obsesyonları ve kompulsiyonları bir başlık altında toplayarak tanımlamış ve bunun irade zayıflaması nedeniyle ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Obsesif kompulsif nevroz için aşağıdaki ölçütleri getirmiştir:

1. Belli bir şey düşünmeye, hissetmeye ya da yapmaya yönelik öznel bir zorlanmışlık duygusunun varlığı,
2. Obsesyon içeriğinin saçma ya da mantık dışı benliğe yabancı olarak algılanması,
3. Obsesyona direncin eşlik etmesi (9).

Freud, fobilerdeki ruhsal kökenin, obsesif kompulsif bozukluktaki ruhsal kökenden ve psikodinamik etkenlerden farklı olduğunu göstererek, fobik nevroz ve obsesif kompulsif nevrozu ayrı bozukluklar olarak nitelemiştir (5).

### **2.1.2. Sınıflandırma**

OKB, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (ICD-10)’nda (WHO 1990) ise “Nevrotik, Strese Bağlı ve Somatoform Bozukluklar” grubu içinde anksiyete bozukluklarından bağımsız bir tanı olarak, Ruhsal Bozuklukların Tanısı ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-III-R) (APA 1987) ve DSM- IV’te (APA 1994) “Anksiyete Bozuklukları” arasında yer almaktayken 2013 yılında kullanıma giren DSM’nin son sürümü olan DSM-5’te Obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar isminde yeni bir bölüm oluşturulmuş ve benzeyen bozukluklar alt başlık halinde



incelenmiştir. Obsesif kompulsif bozukluğun ayrı bir başlık altında incelenmesi farklı bir etioloji ve gidişata sahip olmasından kaynaklanmaktadır.

DSM-IV-TR'de (2000) ise aşağıdaki gibi tanımlanmıştır: (APA 1994)

**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 düşlemlerdir.
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 baskılamaya çalışır veya başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.
4. Kişi obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

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

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

**B.** 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 bir sıkıntıya neden olur, zamanın boş harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin

olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

**D.** Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örneğin; bir Yeme Bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; Trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; Vücut Dismorfik Bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerine düşünüp durma; Hipokondriazisin olası durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir Parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da Majör Depresif Bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

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

İçgörüsü az olan tip: O sıradaki epizotta çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyordu.

## **DSM 5**

A. Takıntılar (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.
2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırılmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler

(örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).

2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma veya bunları azaltma ya da korkulan bir olay yahut durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar veya zihinsel eylemler, yüksüzleştirileceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir, açıkça aşırı bir düzeydedir.

Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

B. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda veya önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşın uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide [saç yolma bozukluğu] olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığının olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranın bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanısal uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri.

- İçgörü iyi ya da oldukça iyi: kişi takıntı zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayrımındadır
- İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır. Varsa belirtiniz: Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.

DSM-5'te Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar:

Obsesif kompulsif bozukluk

Beden algısı bozukluğu

Biriktiricilik bozukluğu

Trikotillomani deri yolma bozukluğu

Maddenin/ ilacın yol açtığı obsesif kompulsif bozukluk

Başka bir tıbbi duruma bağlı obsesif kompulsif bozukluk

Belirlenmiş diğer bir obsesif kompulsif bozukluk

Belirlenmemiş diğer bir obsesif kompulsif bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk DSM IV TR deki "Anksiyete Bozuklukları" bölümünden beden algısı bozukluğu somatoform bozukluklar bölümünden trikotillomani ise başka yerde sınıflanmamış dürtü kontrol bozuklukları bölümünden çıkarılarak buraya yerleşmiştir.

ICD-10'da ise OKB tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir: (WHO 1990)

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

Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır.

**A.** Bunlar kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar.

**B.** Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır. Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ve hareketler bulunabilir.

**C.** Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da bunaltının giderilmesi söz konusudur).

D. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

### 2.1.3. Epidemiyoloji

OKB; depresyon, fobiler ve madde kullanımından sonra en sık görülen dördüncü psikiyatrik bozukluktur. 1980'li yılların başında daha seyrek görülen bir hastalık olarak değerlendirilirdi (10) (5). Bunun nedenleri, OKB hastalarının belirtilerin hafif olması nedeniyle doktora başvurmaya gerek duymamaları ve utandıkları için belirtileri gizlemeleri gibi nedenler yüzünden bozukluğun yaygınlığını belirlemenin güç olmasıydı.

Kronik seyreden bir hastalık olan OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %1.9-3.3 civarındadır (11). Ülkemizde ise yaşam boyu yaygınlığının %2-3.7 oranında olduğu tespit edilmiştir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda OKB'nin 1 yıl içerisindeki yaygınlığını % 0.5 olarak saptamıştır. Konya bölgesinde yapılan bir epidemiyolojik çalışmada ise OKB'nin 12 aylık prevalansı % 3 olarak belirlenmiştir (12).

1988'de yapılan bir Epidemiyolojik Alan Çalışması (ECA)programında OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı %1.9-3.3 olarak bulunmuştur (13). Kanada'da 1994'te 3258 erişkin ile yapılan bir çalışma ise OKB'nin yaygınlığını %2.9 olarak göstermiştir (14). 2004 yılında yapılan başka bir epidemiyolojik çalışmada OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı %3.5 bulunmuştur (15). Yapılan çalışmalar obsesif kompulsif belirtilerin görülme sıklığının OKB'nin görülme sıklığından daha yüksek olduğunu göstermektedir. Klinik olmayan örneklem ile gerçekleştirilen bir çalışmada ise OKB'nin yaygınlık oranının %0.5, belirti boyutlarının yaygınlık oranının ise %2 olduğu görülmüştür (16). 2010'da 2804 katılımcıyla gerçekleştirilen başka bir çalışmada herhangi bir obsesif kompulsif belirti boyutu (kirlilik/yıkama, zarar/kontrol etme, simetri/düzenleme, biriktirme, cinsel/dini, somatik obsesyonlar) için yaşam boyu yaygınlık oranı %13 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada klinik olmayan örneklemde yaygınlık oranı %9.6'dır (17).

Yapılan çalışmalar obsesif kompulsif bozukluğun başlangıç yaşının 18-26 olduğunu göstermektedir (12) (15). OKB tanısı almış 252 kişiyle 2004 yılında

gerçekleştirilen bir çalışmada bozukluğun başlangıç yaşı ortalamasının 20.3 olduğu görülmüştür (18). Erkeklerde başlangıç yaşı biraz daha erken olup 15-23 yaşları arası, kadınlarda ise 21-24 yaşları arasındadır (19). OKB genellikle geç ergenlik döneminde başlasa da ergenlik öncesi başlama da nadir değildir (20). OKB 'si olan 100 hastanın 82'de hastalığın 18 yaşından önce başlamış olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada hastalık başlangıç yaşı 18'den küçük olan OKB'li kişilerin akrabaları arasında OKB ve obsesif kompulsif semptom bulunma oranı, 18 yaşından sonra OKB gelişen kişilerin akrabalarından iki kat daha yüksek bulunmuştur. OKB'de erken başlangıç yaşının ayırt edici olduğu düşünülmektedir. Obsesif kompulsif belirtilerin sayısı, dağılımı ve şiddeti açısından erken ve geç başlangıçlı erişkin hastalar arasında farklar mevcuttur. Araştırmalarda, erken başlangıçlı OKB hastalarında geç başlangıçlılara göre, kompulsiyonların obsesyonlardan daha önce ortaya çıktığı; sayıca daha fazla obsesyon ve kompulsiyon, daha yüksek obsesif kompulsif belirti şiddeti, daha sık tik bozukluklarının ve öğrenme güçlükleri görüldüğü; tedaviye yanıtın daha kötü olduğu belirlenmiştir (13) (19) (21).

Kadınlarda daha sık görülen diğer anksiyete ve duygudurum bozukluklarının aksine, OKB kadın ve erkekleri eşit oranda etkilemektedir. Buna karşın, Grabe ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, OKB hastaları arasındaki kadın/erkek oranı 5.7 olarak hesaplanmıştır (22). Yaygın olarak kabul gören görüş, OKB'nin kadın ve erkeklerde eşit oranda görüldüğü şeklindedir. DSM-IV tanı ölçütlerinin kullanıldığı bir çalışmada, OKB tanısı konan 431 hastanın %51'nin kadın olduğu bildirilmiştir (23). DSM-III-R tanı ölçütlerine göre OKB tanısı konan 830 hastanın % 55 'inin kadın olduğu belirtilmiştir (24).

Eisen ve Rasmussen (1993), OKB' si olan 475 kişilik bir grupta psikotik (şizofreni, sanrısız bozukluk) veya psikoz benzeri hastalıkların (şizotipal kişilik bozukluğu) eş tanısını araştıran bir çalışma yapmışlardır (24). Bu çalışmada erkek hasta oranı, psikoz olmaksızın OKB grubunda %44, psikotik bozukluk eşlik eden OKB grubunda ise %85 bulunmuştur. Bu bulgularla eş tanı durumlarının cinsiyet dağılımını etkileyebileceği sonucuna varılmıştır. Gebelik, travma, yas gibi stresli yaşam olaylarının eşlik etmesi durumu kadınlarda daha sıktır (25). Özellikle erkeklerde sık görülen juvenil başlangıç, ailesellik ve daha sık tik bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur (26). Kadınlarda bulaş obsesyonlarının görülme sıklığı daha

fazla iken erkeklerde saldırganlık obsesyonları ve cinsel obsesyonlar daha sık olarak görülmektedir (27). Gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise erkeklerde kadınlara kıyasla simetri obsesyonları ve dini obsesyonların görülme sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (28).

OKB tanısı konmuş olan 250 kişi medeni durumları yönünden incelendiğinde % 43' nün evlenmediği, % 52'sinin evli olduğu ve % 5'inin de boşanmış olduğu görülmüştür (24). OKB ve major depresyon hastalarının medeni durumunun karşılaştırıldığı bir çalışmada her iki grup arasında belirgin farklılık bulunmamıştır (29). Bir çok takip çalışmasında medeni durum, hastalık gidişinin belirleyicisi olarak bulunmamış olsa da, son dönemde yapılmış ileri dönük bir çalışmada 107 OKB hastası incelenmiş, evlenmiş olmanın kısmi iyileşme (remisyon) olasılığını belirgin bir şekilde artırdığı bildirilmiştir (30).

#### **2.1.4. Etiyoloji**

##### **2.1.4.1. Biyolojik Etkenler**

###### **2.1.4.1.1. Genetik Çalışmalar**

İkiz çalışmaları ve OKB hastalarının birinci derece akrabalarının araştırmalarından çıkan sonuçlar, genetik faktörlerin OKB patogenezinde yeri olduğunu kanıtlamaktadır. OKB'ye yönelik yapılan ikiz çalışmalarında, monozigotik ikizlerde dizigotik ikizlere göre anlamlı olarak yüksek konkordans oranı saptanmıştır. Konkordans oranı monozigot ikizlerde %75 iken, dizigot ikizlerde %47 olarak bulunmuştur (31). Birçok aile çalışmasında OKB bulgularının, hastaların biyolojik akrabalarında sıklıkla görüldüğü saptanmış. Bu bulgunun da OKB' nin ailesel olabileceğinin kanıtı olabileceği ileri sürülmüştür. OKB' si olan kişilerin birinci derece akrabalarında OKB oranı yüksek olsa da, çoğu akrabanın etkilenmemiş olması, ailesel özelliğın OKB olgularının tümü için geçerli olmadığını düşündürmektedir (32).

Aile çalışmasında, OKB hastalarının 1. derece akrabalarının %35'inin bu bozukluktan etkilendiği bulunmuştur (20). 16 OKB'li çocuk ve ergenin 145 akrabası

incelenmiş babaların %15'inde, annelerin %9'unda OKB görülmüştür, buna ek olarak da anne ve babaların %13'ünde subklinik OKB saptanmıştır. Babaların %20'sinde, annelerin %2'sinde obsesif kişilik özellikleri bulunmuştur. OKB ve subklinik OKB için yaşa göre düzeltilmiş riskin %35; simetri obsesyonları ve düzenleme kompulsiyonları olan hastaların yakınlarında bu oran %45 olduğu bildirilmiştir (33) (20). Genetik faktörlerin daha çok erken başlangıçlı OKB' de önemli rol oynadığı öne sürülmüştür (20). Pauls ve arkadaşları (1995) obsesif kompulsif özellik görülme oranını, OKB' lilerin akrabalarında %18.2, kontrollerde ise %3.9 bulmuşlardır (20). Lenane ve arkadaşları (1990), ağır OKB' si olan 46 çocuk ve ergenin birinci dereceden 145 akrabası ile görüşmüşlerdir (34). Hastalar ve akrabalar ile yapılandırılmış tanısız görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Hastaların babalarının %25'inde, annelerinin %9'unda OKB bulunduğu görülmüştür. Bu oranlara ek olarak ebeveynlerinin %13'ünde, obsesif kompulsif semptomlar saptanmıştır. Aile üyelerinde duygudurum bozukluğu oranı da genel popülasyona oranla yüksek çıkmıştır. Ailesel geçiş oranlarının düşük olduğu istisnai bir çalışmada, 32 erişkin OKB hastası ve 33 normal kontrolün birinci derece akrabalarıyla doğrudan görüşme yapılmıştır. OKB riski, OKB hastalarının birinci derece akrabalarında %2.6 iken, kontrollerin akrabalarında %2.4 bulunmuştur. Obsesif kompulsif semptomların görülme oranı ise OKB olanların akrabalarında %17.5, kontrollerin akrabalarında %12.5 bulunmuştur. OKB gizlenen bir hastalıktır. Hastalar sıklıkla diğer aile üyelerinden durumlarını gizlemek için büyük çaba harcarlar. Diğer yandan hastalar kendilerine doğrudan sorulduğunda bulgularını yadsıma eğilimi gösterirler . Yazarlar bu çalışmada doğrudan görüşme yöntemi kullanması nedeniyle ailesel geçiş riskinin gerçek değerlerinden düşük bulunmuş olabileceğini belirtmektedirler (35).

#### **2.1.4.1.2. Nörokimyasal Çalışmalar**

Serotonerjik Sistem: OKB'de serotonerjik sistemin rolüne ilişkin ilk veriler, serotonin gerilim inhibitörlerinin (SGİ) OK belirtileri azalttığı gözlenmesi ile elde edilmiştir. Serotonerjik antidepresanlar OKB'de etkili bulunurken, noradrenerjik antidepresanlarla aynı etkinlik sağlanamamıştır (36). OKB'de altta yatan



patofizyolojiyi açıklamak üzere ortaya atılan hipotezlerden biri postsinaptik serotonin reseptörlerinin aşırı duyarlılığıdır (37).

Son dönemde yapılan çalışmalarda presinaptik mekanizmalar üzerinde durulmaktadır. 5-HT1D reseptörü, prefrontal bölgelerde ve bazal kaudat bölgesinde bulunan, normal koşullarda serotonin transmisyonunu azaltan bir presinaptik otoreseptördür. OKB'li kişinin beyinde bu reseptörün aşırı duyarlı olabileceği düşünülmektedir (36).

Dopaminerjik Sistem: Yapılan çalışmalarda OKB hastalarında sağ bazal gangliyonda daha yüksek dopamin taşıyıcı bağlanma oranları tespit edilmiştir (38).

OKB hastalarında dopaminin rolünü göstermek üzere yapılan nörokimyasal çalışmalar ve dopamin reseptör agonistleriyle yapılan çalışmalara göre obsesif-kompulsif belirtilerin artmış dopamin nörotransmisyonuyla ilişkili olabileceği sonucuna varılmıştır (39).

Glutamaterjik Sistem: OKB hastalarının çeşitli beyin bölgelerinde, manyetik rezonans spektroskopisi (MRS) ile, anormal glutamat ve glutamin ölçümleri bildirilmiştir (40). OKB hastalarında, kortikostriatotalamokortikal döngünün artmış metabolizmasını, striatumundaki glutamat ve glutamin artışı destekler. OKB hastalarında aşırı glutamaterjik etkinlik olduğuna dair başka bir kanıt ise, beyin omurilik sıvısında (BOS) glutamat düzeylerinin artmış olmasıdır (41).

#### **2.1.4.1.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları**

OKB hastalarındaki beyin görüntüleme çalışmaları, orbitofrontal korteks, kaudat nükleus ve talamus arasındaki nöronal projeksiyonlarda aktivite değişiklikleri göstermiştir. Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) çalışmalarında, OKB hastalarında kaudat nükleus çaplarının her iki tarafta küçüldüğü; Pozitron Emisyon Tomografi (PET) gibi çeşitli görüntüleme çalışmalarında, OKB hastalarının frontal loblarında, bazal ganglionlarında (özellikle kaudat nükleusta) ve singulumlarında metabolizma ve kan akımının arttığı saptanmıştır (42).

## **2.1.4.2. Psikososyal Etkenler**

### **2.1.4.2.1. Psikodinamik Etkenler**

Obsesif kompulsif bozukluk hakkında ilk hipotezler Freud tarafından ortaya atılmıştır (1913). Önceleri obsesyonele düşünceleri açıklamak için cinsel travmalar üzerinde duran Freud, daha sonraları obsesyonları bilinçaltı dürtülere verilen savunmaya yönelik psikolojik yanıtlar olarak teorize etmiştir. Özellikle dikkatini anne-çocuk ilişkisine yöneltmiş, tuvalet eğitimi sırasındaki agresyon ve otonomi üzerinde durmuştur. OKB'nin ödipal dönemin çatışmalarıyla baş edilememesi ve bastırılmış bilinçdışı dürtülerin sonucu duyulan anksiyetenin ve sonuç olarak anal döneme gerilemenin önemini vurgulamaktadır. Freud, obsesyonele nevroz olarak adlandırdığı bu hastalığı histeri ile birlikte nevrozların prototipi olarak kabul etmiştir. Psikanalitik kurama göre, obsesif kompulsif kişi saldırgan ve cinsel dürtülerle başa çıkmakta ve onları bilinç dışında tutmakta anal döneme özgü üç temel savunma mekanizması olan; 'yalıtma' (isolation), 'yapma-bozma' (undakine) ve 'karşıt tepki oluşturma' (reaction formation) kullanmaktadır. Obsesif-kompulsif belirtilerin şeklini ve niteliğini belirleyen de bu savunma mekanizmalarıdır (43).

### **2.1.4.2.2. Davranışçı Etkenler**

Davranışçı görüş obsesyon ve kompulsiyonları açıklarken öğrenme kuramını temel alır. Buna göre klasik koşullama yoluyla girici düşünceler, imgeler ve tepkiler kaygı ile ilişkilendirilir ve girici düşünceleri kaygıda artış izlemektedir. Sonrasında edimsel koşullama yoluyla kişilerin kendilerinde kaygı yaratan obsesyonele girici düşüncelerden kaçınarak obsesyon ile ilişkili kaygıyı azaltmaları söz konusudur. Modele göre kompulsif davranışlar da bu kaygıdan kaçınma amacıyla gerçekleştirilmektedir. Bu yolla kompulsiyonlar aktif kaçınma yöntemi haline almaktadır (44). Olumsuz pekiştirmede ise, bir davranışı izleyerek ortaya çıkması beklenen olumsuz sonuçların oluşmaması veya oluşmasının engellenmesi, yine aynı davranışın oluşma sıklığını artıracaktır. Çeşitli uyaranlara yönelik kaygı, klasik koşullanma yolu ile gelişir. Kaygı veren uyaranlardan kaçma / kaçınmanın kaygısını

azalttığını gören kişi, bu kaçınma davranışları sayesinde ödülleniş olur (edimsel koşullanma) ve böylelikle kaçınma davranışları pekişir (45).

### **2.1.4.2.3. Bilişsel Etkenler**

#### **2.1.4.2.3.1. Salkovskis'in OKB Modeli**

Salkovskis (1985) OKB ile ilgili geliştirdiğı modelinde **abartılmış sorumluluk kavramını** temel almaktadır. Modele göre düşüncelerin kişiler tarafından nasıl değerlendirildiğı obsesyonları girici düşüncelerden ayıran temel durumdur. OKB'de kişiler girici düşüncelerinden kendilerini sorumlu tutmaktadırlar ve bu düşünceleri kendilerine veya başkalarına zarar verebilecek bir faktör olarak değerlendirmektedirler. Bu da kişilerde rahatsızlık hissi, kaygı ve kompulsif davranışlara neden olmaktadır (44). Rahatsızlık artışı, kaygı ve nötralize edici davranışlar ise girici düşüncelerin sıklığını, algılanan tehdidi ve sorumluluk duygusunu arttırarak bir döngüye yol açmaktadır (46).

Salkovskis ve arkadaşları (1999) geçmiş deneyimlerin kişilerin olumsuz sonuçları önleme gücüne sahip olduklarına yönelik inançları olarak tanımlanan, abartılmış sorumluluğun temel nedeni olabileceğini belirtmektedirler. Çocuklukta ödüllendirilen ve teşvik edilen sorumluluk duygusu, sorumlulukla ilgili öğrenilen kurallar, olumsuz bir sonucun ortaya çıktığı deneyimler kişiyi sorumluluk inançlarına, girici düşüncelere yönelik olumsuz değerlendirmelere yatkınlaştırır. Tecrübe ile öğrenilen bu varsayımlar stresli bir yaşam olayı tarafından tetiklendiğinde obsesif kompulsif belirtileri ortaya çıkarır (46).

Önceki çalışmalar abartılmış sorumluluk inancı ile obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Örneğin, bir çalışmada obsesif kompulsif belirtiler sergileyen kişilerin kontrol grubuna göre durumların olumsuz sonuçlarına yönelik daha fazla sorumluluk hissettikleri ve önleyemedikleri olumsuz sonuçlar nedeniyle daha çok rahatsızlık duydukları bulunmuştur. Çalışmada OKB grubu için algılanan sorumluluk düzeyi ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasındaki ilişki yüksek bulunmuştur (47). Salkovskis ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiş, obsesif kompulsif belirtiler ile

sorumluluk bilişlerinin birbirleriyle ilişkili oldukları görülmüştür (48). Mancini ve arkadaşlarının klinik olmayan örnekleme gerçekleştirdikleri deneysel çalışmada ise katılımcıları rastgele gruplamışlar ve onlardan hafızayla ilgili olan görsel testi tamamlamalarını istemişlerdir (49). Araştırmacılar sorumluluk duygusunu bir hikaye ile yönlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan hikaye ile katılımcılara araştırmanın bir hafta içinde bitip ve araştırma sonuçlarının istenildiği gibi çıkmasının gerekli olduğu söylenmiştir. Bu yüzden katılımcılardan, hafıza testinde en yüksek performanslarını göstermeleri istenmiştir. Çalışmanın sonuçları artan sorumluluk duygusunun kontrol etme davranışındaki artış ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak Salkovskis'in OKB modelinde girici düşüncelere verilen anlam ve ilişkili olası bir zarardan sorumlu olma inancının üzerinde durulmaktadır. Yapılan çalışmalar da modeli destekler niteliktedir.

#### **2.1.4.2.3.2. Rachman'ın OKB Modeli**

Modele göre girici düşünce, imge ve dürtülerin önemine yönelik yapılan **felaketleştirici değerlendirmeler** obsesyonlara neden olmaktadır. Örneğin, kardeşine zarar vermeye yönelik yineleyici imge ve düşünceleri bulunan bir kişi, bu imge ve düşünceleri kendisinin potansiyel bir katil, kötü bir insan olduğu şeklinde yorumlamaktadır (50). Rachman (1997) girici düşüncelerin felaketleştirici yorumlarının obsesyonlara neden olduğu varsayımından çıkarımla bu yorumlamalar sürdükçe obsesyonların sürmeye devam edeceğini ve yorumlamalar zayıfladıkça ya da ortadan kaldırıldıkça obsesyonların da azalacağını ya da ortadan kalkacağını ileri sürmektedir.

Girici düşünceler herkeste bulunmakla birlikte tekrarlayan obsesyonları olan kişilerin olmayan kişilerden farkı bu düşüncelere yükledikleri anlamdır. Ayrıca herkesin tecrübe ettiği istenmeyen ve girici düşünceler, birbirine benzeyebilir. Aradaki fark ise obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişilerin obsesyonlarının daha uzun süreli, daha ısrarlı, daha tekrarlayıcı ve daha çok sıkıntı verici olmasıdır (50).

İstenmeyen girici düşüncelere yönelik felaketleştirici yorumlar tehdit edici uyarıların çeşitliliğini ve ciddiyetini arttırmaktadır (51). Geniş bir uyarı çeşitliliği yansız iken rahatsız edici bir hale dönüşmektedir. Daha önce herhangi bir farkı

olmayan uyaran daha dikkat çekici hale gelmeye başlamaktadır. Örneğin kişi başkalarına zarar vermekle ilgili istenmeyen girici düşüncelerinden kendisinin potansiyel tehlikeli bir insan olduğu anlamını çıkarırsa yansız uyaranlar kaygı verici hale gelmeye başlamaktadır. Yansız uyaranların tehdit edici hale gelmesi tehditlerin çeşitliliğini arttırmakta bu da obsesyonların oluşturduğu kaygıyı arttırmaktadır (51).

Obsesyonları olan kişiler sıklıkla obsesyonların beklenen olumsuz etkilerini ya da obsesyonlarla ilişkilendirilen rahatsızlık/suçluluk duygularını yansızlaştırma eğilimindedirler. Obsesyonları ve olumsuz etkilerini düzeltmek için yapılan bu girişimler kısa vadede işe yarar. (51).

Yansızlaştırmalar, kompulsiyonlar gibidir ancak tam olarak aynı değildir. Hem yansızlaştırmalar hem de kompulsiyonlar kaygıyı kısa vadede azaltır ancak bu durum pekiştirici etkisiyle obsesyonları güçlendirir. Uzun vadede ise yansızlaştırmanın kullanılması uygun değildir, çünkü korkulan sonuçların ortaya çıkmasını yansızlaştırma önüyor gibi düşünülür ve onlar olmadan obsesyonların neden olduğu rahatsızlık hissini devam edeceği inancının sürmesine yol açmaktadır (51).

Ardından tehdit edici uyaranlardan kaçınma ortaya çıkmakta ve kaçınmalar devam ettikçe de kişinin tehlikeli biri olduğuna yönelik düşüncesi güçlenmektedir. Aynı durum içsel uyaranlar için de geçerlidir. Kişi istenmeyen girici düşüncelerini tehlikeli biri olduğu, kontrolünü kaybedip birine zarar verebileceği biçiminde yorumlarsa yaşadığı rahatsızlığa/kaygıya bağlı titreme, terleme gibi belirtileri kontrolü kaybettiğinin işareti olarak yorumlayabilmektedir. Diğer bir durum ise kişi kaygı hissettiği anda ortamda bir tehlike olması gerektiğini düşünebilmektedir. Bunun yanı sıra kaygının bedensel belirtileri kontrol kaybının bir göstergesi olarak algılandığında bu kontrol kaybının sonucunda istenmeyen dürtülerin davranışa dönüşebileceğini düşündürmektedir. Yani kişinin kaygısına yönelik felaketleştirici yanlış yorumlamaları ile girici düşüncelerin aynı şekilde yorumlanması birbirini etkileyebilmektedir (52).

### **2.1.4.2.3.3. Bilişsel Kontrol Modeli**

Obsesif kompulsif bozukluğun belirtilerini açıklayan bir başka model ise Clark tarafından öne sürülen “Bilişsel Kontrol” modelidir. Düşüncelerin kontrolü temelinde şekillenen bu modele göre, obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireyler, bilinç düzeyinde istenmeyen düşüncelerin, imgelerin ya da dürtülerin ortadan kaldırılması gerektiğini düşünürler. Düşünceleri kontrol etmeye yönelik işlevsel olmayan bu türden çabalar, istem dışı ortaya çıkan düşünce, imge ya da dürtülerin daha yoğun olarak yaşanmasına yol açmaktadır (53).

### **2.1.4.2.3.4. Hatalı Değerlendirme ve İnanç Alanları**

OKB'nin etiyojisini açıklayan bahsedilen bilişsel modeller temel alınarak geliştirilen, altı hatalı değerlendirme ve inanç alanı ortaya konmuştur. Bunlar, abartılı sorumluluk algısı, düşüncenin önemsenmesi, düşüncelerin kontrolü, abartılı tehdit algısı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçiliktir. Abartılı sorumluluk algısı kişinin, olumsuz olasılıkları engellemeye gücü olduğuna inanması olarak açıklanabilir (53). Bir düşüncenin varlığına aşırı önem atfedilmesi, düşüncenin önemsenmesi olarak tanımlanmaktadır. Örneğin, “ahlak dışı bir şey düşünmek bunu yapmakla aynı şeydir”, “ahlak dışı bir şey düşünüyorsam olsun istiyorum demektir”, “eğer doğruluk olmasa o düşünce aklıma gelmezdi” gibi düşünce içerikleri, düşüncenin önemsenmesi kategorisinde yer almaktadır (53). Düşüncelerin kontrolü; zorlayıcı düşünce, imge ve dürtüleri kontrol etmeye aşırı değer verilmesi, bunları kontrol etmenin gerekliliğine olan inanç olarak açıklanabilir. Abartılı tehdit algısı, zararın olasılığının ya da ciddiyetinin abartılması olarak tanımlanmaktadır (53). Tahmin edilemeyen değişimlerle baş edebilme becerisi yoksunluğu, kesinlik gereksinimi belirsiz durumlarda işlev görme zorluğu belirsizliğe tahammülsüzlük olarak tanımlanmaktadır. Mükemmeliyetçilik bir şeyi mükemmel yapmanın hem mümkün hem de gerekli olduğu, en küçük hatanın bile ciddi sonuçlara yol açacağı inancı olarak açıklanmaktadır.

## 2.1.5. Klinik Görünüm

### 2.1.5.1. Obsesyonlar

Obsesyon, kişinin isteği dışında ısrarlı, zorlayıcı ve yineleyici bir şekilde aklına gelen, kendi zihninin ürünü olan kişi tarafından saçma ve mantık dışı olarak görülen, kişinin zihninden kovmaya çalıştığı tersine zihin alanını işgal eden, anksiyete ortaya çıkartıcı ve yineleyici özellikteki düşünce, dürtü ya da imgeler olarak tanımlanmıştır. Obsesyonlar, kişinin günlük kaygılarından farklıdır (54). Kişi bunları dikkate almamaya, bastırmaya çalışır veya başka bir düşünce, eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır. Kişi bunları yaparken temel hedefi anksiyeteyi azaltmaktır (55).

**Bulaş obsesyonu:** Kişinin kirli olduğunu düşündüğü yerlerden mikrop, idrar, feçes, meni gibi şeylerin bulaşabileceği endişesi vardır. Çeşitli çalışmalarda en sık karşılaşılan obsesyon bulaşma obsesyonu olup hastaların yaklaşık %45-55'inde görülmektedir. Kirlenme/ bulaşma obsesyonlarına yanıt olarak ortaya çıkan kompulsiyonlar temizleme kompulsiyonlarıdır. Sık ve yineleyici tarzda el yıkamalar, bu tür kompulsiyonlarının en sık karşılaşılan şeklidir. Kirli olduğu düşünülen, hemen her yer ve her şey olabilir temasla ya da temasa olmadan bulaş olduğu düşünülebilir. Kaçınma sık görülür. Eşyalara dokunmaktan, insanlarla yakın temas kurmaktan kaçınırlar (56) (57).

**Kuşku obsesyonları:** Bir eylemin yapıp yapılmadığından emin olamama durumudur. Kişi, ütüyu prizden çektiğinden kapıyı kilitleyip kilitlemediğinden ya da tüpü kapatıp kapatmadığı gibi eylemlerden emin olamamaktadır. Bu obsesyon genellikle bir tehlikeli bir durumun habercisi gibi algılandığından, ardından güvenliği sağlamakla ilişkili kontrol etme kompulsiyonları gelişir. Kirlenmeden sonra en sık karşılaşılan obsesyon kuşku, emin olamama obsesyonudur (57).

**Saldırganlık obsesyonları:** Saldırganlık obsesyonları kendine ya da başkalarına yönelik öldürme, yaralama, zarar verme düşünceleri ile görülür. Kişiler bıçak, makas gibi sivri nesnelere zarar verebileceklerini düşündükleri için , sevdikleri kişilerle yalnız kalmaktan kaçınabilirler. Bazı hastalar ise daha çok kendine zarar vermekten korkarlar ve arabaların önüne atlama, kendini yüksekten

atma düşünceleri şeklinde ortaya çıkabilir. OKB'lilerde saldırganlık obsesyonlarını yaygınlığı %10-20 arasındadır (56).

**Cinsel obsesyon:** Obsesyonlar, utanç verici ve kabul edilemez olarak nitelenen cinsel temalarla ilişkili olduğunda bunlar cinsel obsesyonlar olarak değerlendirilirler. Ayıplanacak nitelikte kendisine veya başkalarına yönelik, yasaklanmış veya sapıklık derecesinde cinsel düşünce, dürtü ve görüntülerle ilgilidir. Bu obsesyonlar çoğunlukla çocuklarıyla ya da kendi cinsiyle ilişkiye girme kuşkuları şeklindedir ve sıklıkla kontrol ya da yıkanma kompulsiyonları eşlik etmektedir. Hastaların yaklaşık %13-26'sında görülmektedir (56).

**Dini obsesyon:** Dini ve ahlaki değerlere (Allah'a, Peygamber'e) küfür etme, karşı gelme ve doğru/yanlış kavramları ile aşırı ilgilenmeyle ilgilidir. Dinsel obsesyonun sıklığı kültürel olarak değişebilir. Ülkemizde, batı toplumlarından farklı olarak, sık görülen bir obsesyon tipidir. Batı ve Asya ülkelerinde %4-10 arasında bildirilirken (58) dindarlığın daha yaygın olduğu Arap ve Yahudi ırkından yaşayan insanların daha fazla yaşadığı ülkelerde %40-60 gibi yüksek oranlarda bildirilmiştir (59),(60). Türk toplumunda ise sıklığı %11-42 arasında değişmektedir (56) (57) .

**Simetri ve düzen obsesyonları:** Nesnelerin ve olayların belirli bir düzen ve konumda olması ya da eşyaların tam bir simetri içinde bulunmasıyla ilişkili obsesyonlardır. Bazen doğaüstü düşüncelerle birlikte olabilir. Bu tür obsesyonlara yanıt olarak, bir denge ve simetri sağlamak üzere eşyaları belirli bir sıra ve düzen içinde tutmaya çalışma tarzındaki simetri/düzenleme kompulsiyonları ya da yavaşlama ortaya çıkar (61).

**Somatik obsesyonlar:** Sıklıkla bir hastalığa yakalanma kaygısı şeklinde ortaya çıkan somatik obsesyonlardır. Bu tür obsesyonlar sıklıkla kanser, AIDS, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma korkusu şeklinde ortaya çıkar. Bu tür korkulara, hastalıkla ilişkili olduğu düşünülen beden bölümünün kontrol edilmesi, iyi olduğuna yönelik onaylanma arayışı gibi kompulsiyonlar eşlik etmektedir.

**Biriktirme saklama obsesyonları:** Gerçek anlamda maddi ya da manevi değer taşımayan pek çok şeyin saklanıp biriktirildiği atılmadığı , gerek olmamasına rağmen satın alındığı kompulsiyon tipi biriktirme kompulsiyonlarıdır. Bu tür kompulsiyonlarda, kişide kullanım değeri olmayan çeşitli nesnelere, atmaya ya da



elden çıkarmaya yönelik yoğun bir korku vardır. Biriktirme davranışı, kişinin yaşam alanını önemli ölçüde kısıtlayacak boyutlara ulaşabilir (61).

### 2.1.5.2. Kompulsiyonlar

Kompulsiyon (zorlantı) ise ya bir obsesyona karşı kişinin kaygıyı azaltmak amacıyla kendini yapmaktan alıkoymadığı, tekrarlayıcı davranış veya zihinsel eylemlerdir. Çoğunlukla, obsesyona bir tepki olarak veya onun oluşturduğu anksiyeteyi azaltmak için ortaya çıkmaktadır. Bu davranış ve zihinsel eylemlerin tekrarlayıcı ve ritüelistik doğası nedeniyle zaman ve yoğun çaba gerektirmesi kendi başlarına anksiyete oluşturmaya sebep olabilmektedir. Yıkama, yıkanma, kontrol etme, dokunma, sıralama, biriktirme gibi dışarıdan fark edilebilecek açık davranışlar şeklinde olabileceği gibi, sayma, dua etme benzeri aktiviteler zihinsel (örtük) kompulsiyonlar şeklinde ortaya çıkabilir (62),(54).

**Temizleme kompulsiyonları;** temizlik obsesyonu olan kişi bir yere dokunduğunda kendisini kirlenmiş olduğunu hissettiğinden ellerini gerektiğinden fazla biçimde temizleme gereksinimi duyar, aşırı derecede ellerini yıkamaya baslar veya banyo aktiviteleri uzun sürer, yavaşlama eşlik eder. Yine kirleneceği endişesiyle bir yere dokunmaktan kaçınması şeklindeki davranışlar mevcuttur. Görülme sıklığı %45-52 arasında değişmektedir (57).

**Kontrol kompulsiyonları;** yaptığı şeylerden emin olmama ya da kontrol obsesyonları olan kişinin arabasını, kapıyı, ocağı, suyu, pencereyi vb. davranışlarını defalarca kontrol etmesi ve bazen de çevresindekilerden sürekli onay istemesi şeklinde olabilir. OKB hastalarında görülme oranı %28-45 arasında değişmektedir (57).

**Tekrar etme ve sayma kompulsiyonları;** belirli bir davranışı yapmadığı zaman başına kötü bir şey gelebileceği takıntısı olan kişinin sürekli olarak bir hareketi tekrarlaması ve bunun saatler alması, elektrik düğmelerini açıp kapama kapıları kilitleme gibi davranışları kıyafetleri giyme gibi günlük rutinleri belirli sayıda olmak üzere tekrarlamakla ilgili davranışları içermektedir.

**Sayma kompulsiyonları;** nesnelere sayma ile ilgilidir, kitaplıktaki kitapları, yerdeki taşları sayma ya da belirli bir iş yaparken sayı sayma gibi. OKB'de tekrar

etme kompulsiyonlarının görülme oranı % 11.1 iken sayma kompulsiyonlarının görülme oranı ise % 8'dir (63).

**Sıralama veya simetri kompulsiyonları;** saatler harcayarak nesnelere düzenleme, simetrik hale getirme, sıraya koyma gibi davranışlarla ilintilidir. OKB hastalarında sıralama görülme oranı %5.9 iken simetri %13.5 bulunmuştur (63).

**Biriktirme kompulsiyonları;** çok eski dergiler, gazeteleri, notları, boş şişeleri, paket kağıtlarını biriktirmek, sokaktan veya çöpten kullanılmayacak objeleri toplamak gibi davranışları kapsamaktadır (57).

Obsesyon ve kompulsiyonlar sıklıkla bir arada bulunmaktadır. Hastaların yaklaşık % 90'ı hem obsesyon hem de kompulsiyonlardan yakınırken, % 28'i sadece obsesyonlardan, % 20'si ise sadece kompulsiyonlardan yakınmaktadır (23). Kompulsiyonların eşlik etmediği "saf obsesyonlar", daha sıklıkla saldırganlık, cinsellik ve beden temalarını içerir . Kategorik tanısal sınıflandırma sistemleri de sadece obsesyon ya da sadece kompulsiyonların bulunduğu OKB tiplerini de tanımlamaktadır.

#### **2.1.6. Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Tiplerinin Belirlenmesi**

OKB'nin alt gruplarını belirlemek için yapılmış çok sayıda çalışma ve çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. Hastalık başlangıç yaşı, aile öyküsü, fenomenoloji, içgörü derecesi, tedaviye cevap ve komorbidite gibi karakteristiklere dayanmaktadır. Yapılan bir çalışmada; erkek cinsiyet ile yıkıcı davranış bozukluğu ve tourette sendromu birlikteliği yüksek oranda saptanırken; aile yükünlüğü olan OKB hastalarında zayıf içgörü, sayıca çok ve şiddetli obsesyon ve kompulsiyonlar görülmüştür; erken başlangıç yaşı ile spesifik obsesyonlar (dini, saldırganlık, cinsel) ve kompulsiyonlar (kontrol, biriktirme) ilişkili bulunmuştur (64).

OKB, obsesyon ve kompulsiyonların içeriği açısından zengindir ve heterojen bir yapıdadır. Belirti boyutuna dayalı ayırım alt tiplere ayırma çalışmaları arasında en sıklıkla kullanılan uygulamalardan biridir. Belirti boyutu ile ilgili alt tiplendirme çalışmaları başlangıçta yalnızca kompulsiyonlara dayanarak yapılmıştır . Daha sonra genellikle faktör analizlerine dayanan çalışmalarda ilişkili belirtilerin kümelendiği 3 ile 5 arasında benzer faktör yapısı ortaya çıkmıştır. Bu çalışmalarda 1) simetri

obsesyonları ve sayma, tekrarlama, sıralama kompulsiyonları, 2) biriktirme obsesyon ve kompulsiyonları, 3) kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları 4) saldırganlık obsesyonları ve kontrol kompulsiyonları ve 5) cinsel/dini obsesyonlar ve ilişkili obsesyonlar OKB'nin olası alt grupları olarak tanımlanmıştır.

Çeşitli çalışmalarda OKB belirtilerini gruplara ayırmak için faktör analizleri yapılmıştır. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği belirti listesi ile elde edilen veriler üzerine faktör analizinin yapıldığı bir çalışmada simetri/biriktirme, bulaşma /temizleme ve saf obsesyonlar faktörleri tanımlanmıştır (64) diğer bir çalışmada obsesyonlar ve kontrol etme, simetri ve düzenleme, temizlik ve yıkama ,biriktirme faktörleri elde edilmiştir (65). Benzer desendeki başka bir çalışmada zarar verme, biriktirme, bulaşma, kesinlik ve obsesyonel olanlar olarak 5 farklı grup tanımlanmıştır (66).

#### **2.1.6.1. Otojen ve Reaktif Obsesyonlar**

Lee ve Kwon (2003) bilişsel teori baz alarak yaptıkları çalışmalarda obsesyonların otojen ve reaktif obsesyonlar olarak iki farklı gruba ayrılabilceğini önermiştir (2). Otojen obsesyonlar, daha fazla rahatsız edici, , hakkında daha az konuşulmak istenen ve zihinde belirmesi için daha az uyarana ihtiyaç duyan, daha tekrarlayıcı obsesyonlardır. Saldırganlık, dini ve cinsel temalı obsesyonlar bu gruba girmektedir. Reaktif obsesyonlar ise daha fazla bir dış uyaran tarafından tetiklenme eğiliminde, kişinin daha az saçma bulduğu, daha az saklama gereği duyduğu, diğerlerine oranla daha az rahatsızlık uyandıran obsesyonlardır. Kirlenme, kuşku, simetri, biriktirme obsesyonları bu grupta yer alırlar.

Lee ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışmada hastaların birincil obsesyonlarına karşılık tepkilerini, bilişsel değerlendirmeleri ve kontrol stratejilerini otojen ve reaktif alt tipleri arasında karşılaştırdılar ve otojen obsesyonlar daha çok suçluluk duygularına yol açtığını ve reaktif obsesyona göre düşüncenin kendisinin oldukça tehlikeli olarak algılandığını bildirdiler. Otojen obsesyonu olan katılımcılar bu obsesif düşünceleri yok etme (bastırma)konusuna daha çok önem vermekteler ve daha çok düşünce kontrol etmeye çalışırlar ve öncelikli olarak dikkati dağıtmak

hedeflenmektedir. Bu nedenle otojen obsesyonlara dışarıdan fark edilmesi zor olan zihinsel ritüeller ya da kaçınma davranışları eşlik etmektedir (3).

Buna karşılık birincil reaktif obsesyonu olan hastalarda obsesyonun daha çok kaygı ortaya çıkardığı, daha çok sorumluluk hissiyle tehlikeyi önlemek adına açık ritüellere sahip oldukları (örneğin kontrol, yıkama) bildirilmiştir. Bu ritüeller tehlikeyi önlemek ya da gerçekliği kontrol amaçlı yapılmaktadır. Sonuçta otojen obsesyonların klasik davranışçı tedavilere (maruz bırakma, tepkiye engel olma) iyi yanıt vermediği, ancak bilişsel tedavilere daha iyi yanıt verdiği tahmin edilmektedir.

Bu iki ayırımın klinik temelleri de mevcuttur. Beşiroğlu ve ark yaptıkları çalışmada otojen ve reaktif obsesyonu olan hastalar arasında cinsiyet , hastalığın başlangıç yaşı, komorbidite farklılıklarını değerlendirmişler; sonuç olarak otojen grupta reaktif ve mix gruba göre erkek hasta daha fazla, otojen grupta hastalığın başlangıç yaşı daha geç, komorbid olarak dissosiyatif bozukluk otojen grupta daha az sıklıkta olduğu bildirilmiştir. çıkarılabilir (67).

Literatürde birçok çalışma mükemmeliyetçi kişilik özellikleri ve OKB arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Lee ve arkadaşları (2003) otojen obsesyonlular ile karşılaştırıldığında reaktif obsesyonları olanların mükemmeliyetçi kişilik özellikleri ile çok daha güçlü bir ilişki içinde olduğunu ileri sürmüştür (2). Reaktif obsesyonu olanlar dışarıdaki durumu, çevreyi düzenlemek , organize etmek ve güvenli olmayan ve istenmeyen bir durumda olmadıklarından emin olmak için sürekli kontrol ihtiyacı duyarlar.

Lee ve arkadaşları (2005) (68) otojen obsesyonu olanların ise büyüsel düşünce ve olağandışı algılar gibi şizotipal kişilik özellikleri ile çok güçlü bir ilişki içinde olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu amaçla yapılan bir çalışmada bir geniş bir öğrenci grubunda (n:932) şizotipal kişilik, depresif semptomlar, yaygın anksiyete ve OKB semptomları değerlendirilmiştir. Regresyon analizi otojen obsesyonların OKB semptomları, yaygın anksiyete ya da depresyona göre şizotipal kişilik özellikleri ile çok daha güçlü bir ilişkide olduğunu ortaya koymuştur. Oysa reaktif obsesyonlar ile şizotipal kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin ihmal edilecek düzeyde olduğu görülmüştür.

Beşiroğlu ve arkadaşları (2007) çalışmasında otojen ve reaktif obsesyonlara sahip OKB hastalarının kısa dönem tedavi yanıtları karşılaştırılmıştır. Her iki grupta

hastalık şiddeti SSGI tedavisi ile anlamlı derecede azalma göstermiştir. Otojen grubun tedavi ile obsesyon şiddetinde ve istenmeyen düşünceleri bastırma eğilimindeki azalma oranı reaktif gruptan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Ayrıca otojen grupta obsesyon şiddetindeki azalma depresif belirtilerin şiddetindeki ve istenmeyen düşünceleri bastırma eğilimindeki azalma ile ilişkili iken, reaktif grupta kompulsiyonların şiddetindeki azalma ile ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada reaktif grupta obsesyonların şiddetindeki azalma ile kompulsiyon şiddetindeki azalma arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, otojen grupta bu ilişki bulunmamıştır. Bu farklı bulguların, her iki obsesyon tipine farklı nitelikteki kompulsiyonlar ve başa çıkma tutumlarının eşlik etmesi ile ilişkili olabileceği düşünülebilir (69).

### **2.1.7. Eştanı**

OKB hastalarında en yüksek oranda görülen bozukluğunun major depresif bozukluktur(13),(19),(70). Klinik örnekleme yapılan çalışmalar, OKB hastalarında %30-43 oranlarında major depresif bozukluk görüldüğünü ortaya koymuştur (13),(19),(63). Epidemiyolojik bir çalışmanın sonuçlarına göre ise, OKB hastalarının %31.7'sinde yaşam boyu major depresif bozukluk gelişmiştir.(13)

OKB iki uçlu bozukluk birlikteliği üzerine olan çalışmaların sayısı görece azdır. Çeşitli araştırmalarda, OKB'de iki uçlu bozukluğun sıklığı %2.7 ile %21.5 arasında değişen oranlarda bulunmuştur.(71)

Çeşitli çalışmalarda, OKB hastalarının %40-60'ının yaşam boyu diğer bir anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığı (72); OKB'ye en sık eşlik edenlerin panik bozukluğu, özgül fobi, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir (13),(19).

ABD'de yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, OKB'nin şizofreni ile %12.2 oranında bir arada bulunduğu saptanmıştır. OKB ve şizofreni tanılarının birlikte konulduğu hastaların çoğunda, şizofreni başlangıcının OKB'den daha önce olduğu bildirilmiştir(13).

OKB hastalarında, görece daha az sıklıkla görülen diğer eştanılı bozukluklar arasında yeme bozuklukları, alkol kötüye kullanımı, beden dismorfik bozukluğu, trikotilomani ve hipokondriyazis yer alır (73),(74),(19).

### 2.1.8. Prognoz

OKB %55 oranında artma ve azalmalarla giden kronik, %10-15 oranında ilerleme, %10 oranında ise tam düzelme dönemleri ile giden epizodik seyir gösterir. OKB homojen bir bozukluk değil, heterojen bir tablodur. Semptomların zaman içinde değişim gösterdiği bildirilmiştir (75).

Kötü prognoz belirtileri olarak kompulsiyonlara direnememe, kompulsiyon olmaksızın sadece obsesyonların olması, çocukluk çağında başlangıç, garip kompulsiyonlar, hastaneye yatırılma, depresyonun eşlik etmesi, aşırı değerlendirilmiş fikirler, hezeyanlı inanışlar, kişilik bozuklukları (özellikle şizotipal kişilik bozukluğu) gösterilmiştir. İyi prognoz belirtileri olarak sosyal ve iş yaşantısının iyi olması, hastalığa zemin hazırlayıcı bir olayın varlığı, belirtilerin epizodik bir doğada olması gösterilmiştir. Obsesyonların içeriğinin prognoz ile ilişkisi bulunamamıştır. Hastalığın sıklıkla depresyon ile birlikteliği de düşünüldüğünde intihar riski açısından dikkatli olunması gerektiği bildirilmiştir (76).

### 2.2. Üstbilis Kavramı

Üstbilis bilişin değerlendirilmesini, gözlenmesini, veya kontrol edilmesini içeren herhangi bir bilişsel süreçtir. Üstbilis kavramı ilk kez Flavell (77) tarafından ortaya atılmıştır. Wells ve Matthews'a (78) göre ise üstbilis düşünme hakkında düşünme, neyi bildiğimizi veya bilmediğimizi bilme sürecidir.

Fenigstein ve arkadaşları (1975), anksiyeteyi kişinin kendine dikkatini odaklaması olarak tanımlamıştır. Bu durum kişinin tehdit edici veya bunaltıcı bir şeylerin olacağını öngörmesine neden olur ve olumsuz duygulanımla sonuçlanır (79).

Çok boyutlu bir kavram olan üstbilis Flavell'a (77) göre üstbilişsel bilgi, deneyimler, görevler ve stratejilerden oluşmaktadır. Kişilerin bilişsel açıdan kendi bilişleri hakkındaki farkındalığıdır. Üstbilişsel deneyimler herhangi bir zihinsel olayla ilgili olan veya ona eşlik eden bilişler veya duygusal deneyimlerdir.

Nelson ve Narens (1990) üst bilis için üst-düzey (meta-level) ve nesne düzeyi (object-level) olarak adlandırdığı iki düzeyden bahseder (80). Bu iki düzey arasında iki yönlü bir bilgi akışı söz konusudur. Eğer akış nesne düzeyinden üst düzeye ise

üstbilişsel gözlem (metacognitive monitoring) olarak adlandırılmaktadır. Kişilerin öfke gibi bir duygunun veya uyuşturucu madde gibi bir uyarının etkisi olduğu geçici durumlar veya kişilerdeki belli kişisel özellikler (örneğin, hafızaya olan aşırı güven) üstbilişsel gözlemlerde yanlılığa, bilişsel çarpıtmaya neden olabilmektedir. Üstbilişsel kontrolde ise üst düzeyden nesne düzeyine bilgi akışı gerçekleşmektedir. Bu bilgi akışıyla bilişler kontrol edilir. Üst düzeyin nesne düzeyine gönderdiği bilgi ile yeni bir faaliyet başlamakta veya mevcut faaliyet sonlanmaktadır(80). Bu iki yönlü bilgi akışı üstbilişi oluşturmaktadır (81). Wells'e göre (82) üstbilişsel bilgi, üstbilişsel deneyimler ve üstbilişsel kontrol stratejileri üstbilişin üç temel boyutunu oluşturur . Üstbilişsel bilgi kişilerin kendi bilişleri hakkındaki inançlarıdır. Üstbilişsel bilgi bilinçli ve sözel olarak ifade edilebilir olabileceği gibi dikkatin paylaşılması, belleğin araştırılması ve deneyimlerin kullanılmasına rehberlik eden yöntem ve tasarımlar gibi örtük biçimde de olabilmektedir. Üstbilişin ikinci boyutu olan üstbilişsel deneyimler zihinsel olayların değerlendirilmesini, üstbilişsel duyguları ve kişinin bilişsel durumuna yönelik yargısını içermektedir. Üstbilişsel kontrol stratejileri ise kişilerin bilişsel sistemlerindeki aktiviteleri kontrol etme tepkileri olarak tanımlanmaktadır. (80)

Üstbilişlerin obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, madde bağımlılığı, hipokondri, yaygın anksiyete bozukluğu, depresyon gibi birçok psikolojik bozuklukla ilişkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur (83, 84).

### **2.2.1. Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli (S-REF)**

Beck'in bilişsel modelinin üstbiliş, dikkat, işleme gibi bilişin diğer alanlarını dışarıda bıraktığını vurgulayan Wells ve Matthews kendini düzenleyici yürütücü işlevler modelini geliştirmişlerdir. Kendini düzenleyici yürütücü işlevler modeli psikolojik bozuklukların gelişiminde üstbilişlerin; düşünce hakkındaki inançların ve stratejilerinin rolünü vurgulamaktadır (85).

Model bilişin birbirleriyle etkileşim halinde olan üç düzeyinden oluşur. Bilinçli olmayan, otomatik ve refleksif alt düzey; olayların bilinçli değerlendirmelerini ve eylem ve düşüncelerin kontrolünü içeren çevrimiçi işleme

düzeıı (online processing level) ve uzun süreli bellekte depolanan benlik bilgisidir (self-knowledge) (82). Otomatik bir düzey olan alt düzey girici düşüncelerin seçici dikkat ile bilinçli hale gelmesinden sorumludur. Bilinçli bir düzey olan çevrimiçi işleme düzeyi ise uyarıların değerlendirilmeleri ve kontrol stratejilerinin seçimi ile ilgilidir (82) (85).

Bu yapılanma içinde kişileri iki farklı bakış açısına sahip olabilirler. Nesne biçiminde (object mode) kişi düşüncelerini ve algılarını olayların tam ve kesin temsilleri olarak görmekte ve değerlendirilemez olarak kabul etmektedir. Üstbilişsel biçimde ise kişi düşüncelerinin ve algılarını değerlendirebileceğinin ve düşünce ve algıların gerçekliği doğrudan temsil edemeyeceğinin farkındadır. Kişinin nesne biçiminden üstbilişsel biçime geçişi fonksiyonel olmayan başa çıkma stratejilerinin aktive olmasının önlenmesine ve olumsuz inançlar ve uyarıların başa çıkmaya olanak sağlamaktadır (80).

S-REF yapılandırması dikkati benliğe odaklamakta ve dışsal ve bedensel uyarıların ve bilişlerin kişi için anlamını değerlendirmektedir. S-REF etkinliği kişiler için tehdit ifade eden uyarılara tepki olarak, kendi düşüncelerinin anlamlarını değerlendirerek düşünce stratejilerinden birini uygulamalarına olanak sağlamaktadır (86).

Model psikolojik bozuklukların oluşmasında ve sürmesinde kişilerin olumsuz benlik bilgisine sahip olmalarının, uygun olmayan ve yetersiz üstbilişsel kontrol stratejileri kullanmalarının rolünü vurgulanmaktadır (82).

### **2.2.2. Psikolojik Bozukluklar ve Üstbilişler**

Kendini düzenleyici yürütücü işlevler modeli bilişsel dikkat odaklanması sendromunun (cognitive attentional syndrome) psikopatolojilerin ortaya çıkışı ve devamında önemli olduğunu vurgular. Bilişsel dikkat odaklanması sendromunda dikkatin benliğe odaklanması, olumsuz benlik inançları, tehdit yaratan olay ve uyarıların gözleme, ruminasyon, endişelenme ve uygun olmayan başa çıkma stratejileri bulunmaktadır (82).

Bu modelde sıkıntı yaratan bir durumda kişi dikkatini tehdit yaratan uyarılara odaklar, ruminasyonlar ortaya çıkar ve kişi endişelenir, uygun olmayan başa çıkma



stratejilerini kullanır. Bu durum psikopatolojinin sürmesine neden olur. Kaygı oluşturan uyaran bilişsel dikkat odaklanması sendromunu (CAS) aktive eder. Örneğin, travma sonrası stres bozukluğu tanısı almış kişi yaşadığı travmatik olaya yönelik tekrarlayıcı düşüncelerin sebep olabileceği olumsuz sonuçlar ve düşüncelerini kontrol etmesi gerektiğine dair üstbilişsel inançlara sahip olabilir. Bu inançlar beraberinde işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerini (örneğin, travmatik olay hakkında tekrarlayıcı düşünme, olaya ilişkin girici düşünceleri baskılama) getirebilir (82).

Cartwright-Hatton ve Wells (1997) geliştirdikleri Üstbiliş Ölçeği ile psikolojik bozuklukların oluşumuna ve sürmesine etki eden üstbilişsel faktörleri beş alt boyutta tanımlamaktadırlar (87). Birinci boyut endişelenmek hakkında olumlu inançlar boyutudur. Bu boyut kişilerin endişelenmenin problem çözmede faydalı olduğuna yönelik inançlarını kapsamaktadır. Endişelenmek hakkında olumlu inançlar alt boyutunda endişeli olmak arzu edilen bir kişilik özelliği olarak kabul edilmektedir. İkinci alt boyut kişilerin endişelenmenin zararlı olduğu ve düşünce ve tehlikenin kontrol edilemez olduğuna yönelik inançlarını kapsayan düşüncenin ve tehlikenin kontrol edilemezliği ile ilişkili olumsuz inançlar boyutudur. Üçüncü boyut kişilerin bilişsel yeterliliklerini içeren bilişsel güven boyutudur. Bu boyuttaki maddeler kişinin hafıza ve dikkat yeteneklerine yönelik güveninin eksik olması ile ilişkilidir. Dördüncü boyut düşünceleri kontrol ihtiyacı hakkındaki olumsuz inançlar boyutudur. Bu boyut kişilerin bazı düşüncelere sahip olmanın yaratabileceği olumsuz sonuçlara yönelik inançlarını içermektedir. Beşinci alt boyut ise kişinin düşünce süreçlerine odaklanma eğilimini içeren bilişsel farkındalıktır. Bilişsel farkındalık boyutu kişinin kendi düşünce süreçleri hakkındaki farkındalığını ve meşguliyetini içermektedir.

Literatürde üstbilişsel inançların obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, madde bağımlılığı, hipokondri, genellenmiş kaygı bozukluğu, depresyon gibi birçok psikolojik bozuklukla ilişkili olduğunu gösteren çok sayıda araştırmaya rastlanmaktadır (84) (88) (89) (90).

Spada ve arkadaşlarının (2010) üniversite öğrencileriyle gerçekleştirdikleri çalışmada üstbilişsel inançların kaygı ile olan ilişkisi araştırılmıştır. Final sınavına girecek olmak kaygı ortaya çıkaran bir durum olarak kabul edilmiş ve katılımcılar

final sınavlarından 3 hafta önce çalışmaya dahil edilmiştir. Sonuç olarak bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve düşüncenin ve tehlikenin kontrol edilemezliği boyutlarının kaygı ile pozitif korele olduğunu göstermektedir (91). Nieto ve arkadaşları (2010) yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış katılımcılar ve almamış katılımcıları karşılaştırmışlar ve anksiyete bozuklukları ile endişenin ve tehlikenin kontrol edilemezliği ile ilişkili olumsuz inançlar arasında pozitif yönde bir ilişkinin bulunduğu ortaya konmuştur (92). Sica ve arkadaşları (2007) üniversite öğrencileriyle gerçekleştirdikleri çalışmada da düşüncenin ve tehlikenin kontrol edilemezliği ile ilişkili olumsuz üstbilişsel inançların kaygı ve obsesyon belirtileriyle ilişkili olduğu görülmektedir (93). Matthews ve arkadaşlarının (1999) üniversite öğrencilerinde sınav kaygısı ve üstbilişler arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada; endişelenmenin tehlikeli ve kontrol edilemez olduğuna yönelik inançların sınav kaygısını yordadığına dair bulgular elde edilmiştir (84).

Roussis ve Wells (2006) yaptıkları çalışmada travma sonrası stres belirtileri ile üstbilişsel inançlar arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Üniversite öğrencileriyle gerçekleştirilen çalışmada endişelenmek hakkındaki olumsuz inançlar, düşüncenin ve tehlikenin kontrol edilemezliği ile ilişkili inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı kaygı belirtileri ile pozitif yönde ilişkili olarak bulunmuştur(94).

Gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise üstbilişler ile kronik yorgunluk sendromu belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmanın örneklemini kronik yorgunluk sendromu tanısı almış kişiler oluşturmuştur. Çalışmada üstbilişlerin belirti şiddeti ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bilişsel güvendeki eksikliğin kronik yorgunluk sendromunun fiziksel ve zihinsel belirtilerinin şiddetini arttırdığı bulunmuştur. Düşünceleri kontrol ihtiyacı hakkındaki inançların ise zihinsel yorgunluk belirtileri ile ilişkili olduğu görülmüştür (95)

Alkol kullanımı olan kişilerle gerçekleştirilen bir diğer çalışmada da üstbilişlerin alkol kullanımı ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Düşünceleri kontrol ihtiyacı hakkındaki olumsuz inançlar, endişelenmek hakkındaki olumlu inançlar, bilişsel güven, düşüncenin ve tehlikenin kontrol edilemezliği ile ilişkili olumsuz inançlar boyutlarının alkol kullanımı ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (89).

Bouman ve Meijer (1999) çalışmalarında hipokondri ve üstbilişler arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Hipokondri tanısı almış katılımcılar ve kontrol grubuyla gerçekleştirilen çalışmada hastalık hakkındaki düşüncelerin kontrolünün kaybedilmesi inançlarının ve bilişsel farkındalığın hipokondriyi yordadığı görülmüştür (96). Papageorgiou ve Wells (2003) ise gerçekleştirdikleri çalışmada majör depresyon ile üstbilişler arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Çalışmada endişe hakkındaki olumlu inançlar üstbilişi ile ruminasyonun pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (90).

Üstbilişsel model üstbilişler ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Kendini düzenleyici yürütücü işlevler modeli depresyondaki ruminatif düşünce ve endişenin temelinde üstbilişlerin olduğunu ileri sürmektedir. Depresyon belirtileri geliştiren kişiler kendi düşünce süreçlerini olumsuz olarak değerlendirme eğilimindedirler (90). Modele göre başa çıkma stratejisi olarak ruminasyon hakkındaki üstbilişsel inançlar depresyonda belirtilerle başa çıkmada ruminasyonun kullanımına yol açabilmektedir. Olumsuz üstbilişsel inançlar ise kişinin belirtilerle başa çıkamayacağına, bunları kontrol edemeyeceğine yönelik düşüncesini ve umutsuzluk duygusunu güçlendirmektedir. Model olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançların ve onların etkileşimlerinin depresif belirtilerin sürmesinde rol oynadığını belirtmektedir (90).

Yapılan çalışmalarda depresyon belirtileri geliştiren kişilerde ruminatif düşünceler hakkındaki üstbilişlerin varlığını ortaya koymaktadır. Olumsuz üstbilişsel inançlar ruminasyonların kontrol edilemezliği ve zararına; olumlu inançlar ise ruminasyonun başa çıkma stratejisi olduğuna yöneliktir. Papageorgiou ve Wells (2003) gerçekleştirdikleri çalışma ile olumsuz üstbilişsel inançların ruminasyon ve depresyon belirtilerine aracılık ettiği sonucuna ulaşmışlardır (90).

### **2.2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbilişsel Modeli**

Obsesif kompulsif belirtiler için üstbilişsel model kendini düzenleyici yürütücü işlevler modelinden yola çıkılarak geliştirilmiştir. Modele göre kişiler obsesyonel düşüncelere sahip olmayı kendileri için anlamı ve beraberinde getirdiği düşünülen olumsuz sonuçları nedeniyle olumsuz olarak değerlendirmektedirler. (97).

Girici düşünceler, üstbilişsel inançların tetiklenmesi ile düşüncelerin anlamı, önemi ve sonuçları hakkında olumsuz değerlendirmelere neden olmaktadır. Bu olumsuz değerlendirmeler korku, kaygı, suçluluk ve sıkıntı duygularını ve ritüel gerçekleştirme gibi davranışsal tepkileri beraberinde getirmektedir (98).

Obsesif kompulsif belirtilere etki eden üstbilişsel inançları ikiye ayrılmaktadırlar. Birinci boyut düşüncelerin anlamı ve gücü hakkındaki inançlardan oluşmaktadır. İkinci boyut ise kişilerin gerçekleştirdikleri ritüeller hakkındaki inançlarını içermektedir. Birinci boyut düşünce eylem kaynaşması, düşünce olay kaynaşması ve düşünce nesne kaynaşması inançlarını kapsamaktadır (99).

Düşünce eylem kaynaşması (DEK) bir düşünceye sahip olmanın o eylemi yapmakla eşdeğer olduğuna ya da yönelik inançları tanımlamak için kullanılmaktadır (52). Düşünce eylem kaynaşmasının iki boyutu bulunmaktadır. İlk boyut DEK Olabilirlik'tir. Bu boyut bir durum hakkında istenmeyen bir girici düşünceye sahip olmanın o durumun gerçekleşme olasılığını arttırdığı inancını içermektedir. DEK Olabilirlik boyutu kendi içinde de DEK Olabilirlik Kendisi ve DEK Olabilirlik Diğerleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. DEK Olabilirlik Kendisi'nde kişi girici düşüncelerinin kendine yönelik sonuçlar doğurabileceği inancında olmaktadır. DEK Olabilirlik Diğerleri'nde ise girici düşüncelerinin diğer kişilere yönelik olumsuz sonuçlara neden olabileceği inancını taşımaktadır. DEK Olabilirlik'e örnek olarak; "Bir kişinin kaza geçirdiğine dair düşüncem o kişinin kaza geçirme olasılığını arttırır." inancı verilebilmektedir. Düşünce eylem kaynaşmasının ikinci boyutu DEK Ahlak'tır. Bu boyutta kişiler bir eylemle ilişkili olarak istenmeyen girici düşünceye sahip olmanın o eylemi gerçekleştirmek kadar kötü olduğu inancı içindedirler. Kişinin çocuğu ile cinsel ilişkiye girdiğini düşünmesinin gerçekten çocuğu ile cinsel ilişkiye girmek kadar kötü olduğuna yönelik inancı DEK Ahlak'a örnektir (52).

Düşüncelerin anlamı ve gücü hakkındaki bilişsel yanlılıklardan ikincisi düşünce olay kaynaşmasıdır. Düşünce olay kaynaşması bir olay hakkında girici düşünceye sahip olmanın o olaya neden olabileceği veya o olayın gerçekte meydana gelmiş olduğu anlamına geldiğine yönelik inançlardır (98). Kişinin sadece düşüncelerinin gücüyle olayların akışını değiştirebileceğine yönelik inancı düşünce eylem kaynaşmasına örnek olarak verilebilmektedir. Üçüncü bilişsel yanlılık olan

düşünce nesne kaynaşması ise duygu veya düşüncelerin nesnelere transfer edilebileceği inancıdır (99).

Obsesif kompulsif belirtilere etki eden üstbilişsel inançların ikinci boyutunu kişilerin gerçekleştirdikleri ritüeller hakkındaki inançları oluşturmaktadır. Bu boyutta girici düşüncelere tepki olarak ritüelleri ve nötralize edici davranışları uygulama ihtiyacına yönelik bir inanç söz konusudur. Bu inançların iki bileşeni vardır.. Bunlardan ilki ritüelleri gerçekleştirme ihtiyacına yönelik bildirimsel inançlardır. Ritüellerimi gerçekleştirmeliyim aksi halde rahatlayamayacağım gibi. Ritüelleri gerçekleştirmeyle ilgili inançların ikinci boyutunu eylemi izlemek ve kontrol etmek için gerçekleştirilen plan veya program oluşturmaktadır (99).

Girici bir düşünce tarafından tetiklenen üstbilişler inançlar düşüncenin tehlikeli olduğuna yönelik değerlendirme ile beraberinde kaygıya yol açar. Bu kaygı ile başa çıkabilmek için kişi belli ritüelleri gerçekleştirmek zorunda hisseder. Bu davranışsal tepkiler (ritüeller ve nötralize edici davranışlar) içsel bir kriter karşılanana, veya bir tür algısal mükemmeliyetçilik olan (not just right experiences) tam olarak doğru yapıldığı hissedilene kadar ya da durma sinyali (stop signal) verilene kadar sürmektedir (98).

Davranışsal yanıtlar işlevsiz değerlendirme sonucu oluşan üstbilişsel yanıtların yanlış olduğunun görülmesini engeller. Olumsuz sonucun gerçekleşmemesini kişi ritüelleri yerine getirmesine bağlar. Bu geri bildirim döngüsü tekrarlayıcıları alevlendirir (100).

Üniversite öğrencileriyle gerçekleştirilen bir çalışmada üstbilişlerin obsesif kompulsif belirtiler ile ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmada düşünceleri kontrol ihtiyacı hakkındaki olumsuz inançlar ve bilişsel güven hakkındaki olumsuz inançlar üstbilişlerinin obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini arttırdığı bulunmuştur (97).

Bir diğer çalışmada ise üniversite öğrencilerindeki obsesif kompulsif belirtiler üzerinde üstbilişsel inançların rolü incelenmiştir. Bilişsel güven eksikliğine yönelik üstbilişsel inancın obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini yordadığı görülmektedir (101).

İtalya'da gerçekleştirilen çalışmada panik bozukluk ve OKB tanısı almış ve herhangi bir tanı almamış sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmış. OKB ve panik bozukluk hastalarının düşüncenin ve tehlikenin kontrol edilemezliği ile ilişkili

olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı hakkındaki olumsuz inançlar boyutlarından aldıkları puanların kontrol grubunun aldığı puandan daha yüksek olduğunu görülmüştür (102).

### **2.3. Otomatik Düşünceler**

Kognitif kurama göre kognitif yapı üç ana katmandan oluşur. En yüzeyde bireyin gündelik zihinsel akışı içinde yer alan otomatik düşünceler bulunur.

Beck, depresif hastalar ile görüşme yaptığı zamanlarda, duygu değişimi yaşadıkları sırada akıllarından geçen bazı negatif düşüncelerin olduğunu gözlemlemiştir. Bu düşüncelerin yoğun bir şekilde hissedilen duygu ile ilişkili olduğunu fark eden Beck, istem dışı akla geldikleri için bu düşüncelere otomatik düşünceler (automatic thoughts) adını vermiş ve bu otomatik düşünceleri reflekslere benzetmiştir. Bu düşüncelerin bir anda akla gelmesini, örtük, seri, kısa ve hızlı olmasını da buna sebep olarak göstermiştir (103).

Yaşanan durumla doğrudan ilişkili olan, aniden akla gelen ve kontrol edilemeyen otomatik düşünceler, her bireyde farklılık gösterse de bazı ortak yanlara ve formüllere sahiptir. Örneğin, bu düşünceler herhangi bir mantık süzgecinden geçirilmemiştir, hedefe yönelik düşünme süreçleri gibi bir sürece sahip değildir ve de sorgulanmazlar; doğruymuş gibi kabul edilirler. Dahası bu düşüncelerin akla yatkın ve makul olduğu zannedilir (103).

Otomatik düşünceler konuşma ya da yazma dilindeki kadar net kelimelere sahip ifade ya da cümleler değildir. Hızlı akan cümlecikler olarak düşünülebilirler. Sözel ya da imgesel formda olabilirler. Herhangi bir durum esnasında kişinin aklından negatif sözcük veya anlamlardan oluşan cümle(cik)ler geçebileceği gibi kendi ile ilgili olumsuz imgeler de geçebilir. Kelimelerden oluşmayan bu ürünler de otomatik düşünce olarak kabul edilmektedir.(103).

Otomatik düşüncelerin duygulara sebep olduğu düşünülür. Her ne kadar kişi bu düşünceleri fark etmese de otomatik düşüncelerin hissedilen duygudan önce akla geldiği söylenmektedir. Kişinin öncelikle duyguyu hissedip anlamlandırması ve sonrasında, sorgulamayla otomatik düşüncesini fark etmesi bu sanıyı destekler niteliktedir (103). Kısaca kişinin üzüntüsüne, kaygısına, öfkesine, mutluluğuna sebep

olan otomatik düşünceleridir. Otomatik düşünceler hem pozitif hem negatif olabileceği gibi hem ruhsal bozukluğu olan hem de olmayan kişilerde görülür.

Otomatik düşünceler, her bireyde görülmesine karşın; psikolojik bozukluğu olan kişilerin otomatik düşüncelerinin hatalı olduğu belirtilmektedir. Bu kişilerin otomatik düşünceleri, sağlıklı bireylere kıyasla daha hızlı, katı ve kusurludur (104). Beck' e göre aynı uyaran karşısında hem farklı kişilerin farklı otomatik düşüncelere sahip olmasının hem de aynı kişinin farklı zaman ve şekillerde farklı otomatik düşüncelere sahip olmasının sebebi bireylerin inançlardır (104).

Otomatik düşüncelerden daha derinde bunların oluşmasına zemin hazırlayan ara inançlar, tutumlar ve sayılıtlar yer alır. Ara inançlar, kurallar, talepler, emirler ve olmalılar şeklinde mutlak ve katı kognisyonlardır. İnançlar, tutumlar ve sayılıtlar davranışın soyut düzenleyicileridir. Uyum bozucu veya işlevsiz olabilirler. Bozuk işlevli bu sayılıtlar, inançlar ve tutumlar daha derin bilgi yapılarını yani şemaları yansıtırlar (103).

### 3. MATERYAL VE METOD

#### 3.1. Araştırmanın Şekli, Evreni, Örneklemi ve Yöntemi

Araştırma Şubat 2014-Aralık 2014 arasında veri toplanan tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmada çalışma grubu olarak, Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğine Şubat 2014-Aralık 2014 arasında ayaktan başvuran, OKB tanısı konulan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden, uygunluk ölçütlerini karşılayan hastalar ve sağlıklı kontroller alınmıştır. Hastalar çalışma hakkında bilgilendirilerek katılımları için yazılı onamları alınmıştır.

Dışlama kriterleri olarak okuma yazma bilmeme, mental retardasyonu olma, 18 yaş altı ve 75 yaş üstünde olma, demans ve diğer organik mental bozukluğun olması, kafa travması, epilepsi ve başka bir major nörolojik bozukluk varlığı, alkol ya da madde kullanım bozukluğu olması, komorbid eksen I hastalığının olması olarak belirlenmiştir. Karadeniz Teknik Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2014/6 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır.

Şubat 2014-Aralık 2014 tarihleri arasında KTÜ Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğine ayaktan, OKB tanısı ile 186 hasta ayaktan başvurmuştur. 186 hastanın 26'sı çalışmaya katılımı kabul etmemiş, 31'inde eş tanımlı majör depresif bozukluk 26'sında diğer anksiyete bozuklukları, 18'inde psikotik bozukluk, 11 'inde bipolar bozukluk, 1 kişide mental retardasyon, 1 kişide epilepsi, 1 kişide intrakranial kitle mevcut olduğundan çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya alınan 71 OKB hastasından 3 hasta testleri tamamlayamamış 2 hasta da primer obsesyonları Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ile tarandığında, hem otojen hem reaktif obsesyonlara sahip olmaları nedeniyle baskın obsesyonu hakkında karar verilemediğinden çalışmadan çıkarılmıştır. Geriye kalan 66 OKB tanımlı katılımcı hasta grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Bu grubun yaş, cinsiyet, eğitim parametrelerine uygun 66 kişi sağlıklı kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Hasta grubu primer obsesyonlarına göre alt gruplara ayrılmışlardır. Primer obsesyon içerikleri ve buna karşılık sahip oldukları kompulsiyon içeriklerine göre ilgili literatür doğrultusunda (2) YBOKÖ belirti kontrol listesi ile yapılan



değerlendirmelerde primer obsesyon olarak saldırganlık, dini ya da cinsel obsesyonlardan birine ya da birkaçına sahip olan hastalar otojen gruba dahil edilmiştir. Primer obsesyon olarak kirlenme, kuşku, simetri, veya biriktirme obsesyonlarından birine ya da birkaçına sahip hastalar reaktif gruba dâhil edilmiştir. Obsesyon tipleri arasında yer alan kuşku obsesyonunun YBOKÖ semptom listesinde bulunmaması ancak çalışmamızda görülmesi nedeniyle bulgular arasında değerlendirmeye alınmıştır. 66 OKB olan katılımcının 32'si "otojen", diğer 34'ü reaktif alt grup olarak tanımlanmıştır. Çalışmaya dahil edilen tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, DSM-IV için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, (Y- BOKÖ) ve Semptom Kontrol Listesi, Üstbilgi Ölçeği (ÜBÖ), Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Türkçe olarak uygulanmıştır. Otojen reaktif ve sağlıklı kontrol grupları sosyodemografik veriler, YBOKÖ, ÜBÖ, ODÖ, BDÖ, BAÖ'nden aldıkları puanlar açısından karşılaştırılmışlardır.

Çalışmaya dahil edilecek hasta sayısı % 80 güven aralığı ile güç analizi yapılarak belirlenmiştir. Niteliksel veriler sayı yüzde, ölçümsel veriler ortalama standart sapma olarak özetlenmiştir. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında  $X^2$  testi, 2 grup arasındaki ölçümsel verilerin karşılaştırılmasında veriler normal dağılıma uyuyorsa Student T uymuyorsa Mann Whitney U testleri, ikiden fazla grup arasında ölçümsel verileri karşılaştırılmasında normal dağılıma uyuyorsa ANOVA uymuyorsa Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Ölçümsel iki verinin ilişkisi incelenirken veriler normal dağılıma uygunsa Pearson değilse Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu One Sample Kolomognow Smirnov ile değerlendirilmiş olup verilerin analizinde SPSS 13.0 paket programı kullanılmıştır anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

## **3.2. Veri Toplama Araçları**

### **3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, eğitim durumu, aile öyküsü, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, tedavi süresi ve OKB ile ilişkili olabilecek diğer durumları kapsamaktadır.

### **3.2.2. SCID I**

DSM-IV 1.Eksen bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), major DSM-IV 1.Eksen tanılarının konulması için 1997'de First ve ark. (105) tarafından geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Yapılandırılmış görüşme, tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanıların geçerliliğinin artırılması, ayrıca semptomların sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. SCID-I'in Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (106).

### **3.2.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ)**

Obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiştir (107). Görüşmeci tarafından uygulanır. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır fakat toplam puanın saptanması için yalnız ilk 10 madde (madde1b ve 6b dışında) kullanılır. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmektedir. Ayrıca ölçeğin yanında Y-BOKÖ Belirti Kontrol Listesi bulunmaktadır. Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (108).

### 3.2.4. Üstbiliş Ölçeği-30

Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ) (Meta-Cognitions Questionnaire), Cartwright-Hatton ve Wells (2004) (113) tarafından psikopatoloji ile ilişkili olan üstbilişsel düşüncenin çeşitli boyutlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Geliştirilen ilk formunda 65 madde yer alan ölçeğin, kısa formu olan Üst-Bilişler Ölçeği 30 (ÜBÖ-30; Meta-Cognitions Questionnaire 30 Wells ve Cartwright-Hatton (2004) tarafından oluşturmuşlardır. Ölçek her biri altı madde içeren 5 alt ölçekten (endişe hakkında olumlu inançlar, düşünce ve tehlikenin kontrol edilemezliği, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık) ve toplam 30 maddeden meydana gelen 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan puanın yükselmesi, patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin yüksek olduğunu göstermektedir. Üstbiliş Ölçeği 30'un Türkçe uyarlaması Tosun ve Irak (2008) tarafından yapılmıştır (114) . Ölçeğin faktör yapısını belirlemek yapılan analizler sonucunda ölçeğin beş faktörlü bir yapısının olduğu görülmüştür. Bu beş faktörün toplam varyansın %52.44'ünü açıkladığı belirtilmiştir. ÜBÖ-30'un Türkçe formunun faktör yapısının orijinal form ile aynı olduğu ifade edilmiştir. Buna göre, endişe hakkında olumlu inançlar ("Endişelenmek gelebilecekte olabilecek sorunları engellememe yardımcı olur."), düşünce ve tehlikenin kontrol edilemezliği ile ilgili olumsuz inançlar ("Endişelerim beni deliye döndürebilir."), bilişsel güven ("Hafızam beni zaman zaman yanıltabilir."), düşünceleri kontrol ihtiyacı ("Endişelerim benim için tehlikelidir.") ve bilişsel farkındalıktır ("Bir sorun üzerine düşündüğüm esnada zihnimin nasıl çalıştığının farkında olurum."). Endişe hakkında olumlu inançlar boyutu endişelenmenin problem çözmede yararlı olduğuna dair endişeye yönelik olumlu inançları kapsamaktadır. Bu boyuttan alınan yüksek puan endişelenmenin problem çözmede ve istenmeyen durumlardan kaçınmada yararlı olduğuna yönelik inançlara sahip olma düzeyinin yüksekliğine işaret etmektedir. Düşünce ve tehlikenin kontrol edilemezliği boyutu kişinin işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol etmesi gerektiğine ve düşüncelerin kontrol edilemeyeceğine dair inançları içerir. Bilişsel güven kişinin kendi hafızasına ve dikkatine güveninin olmamasını kapsayan bilişsel güven boyutundan alınan yüksek puan kişinin bilişsel güveninin düşük olduğunu göstermektedir. Düşünceleri kontrol ihtiyacı ise

cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacıdır. Bu boyuttan alınan yüksek puan kişilerin düşüncelerini kontrol etme ihtiyacı duyduklarına işaret etmektedir. Son boyut olan bilişsel farkındalık kişinin kendi düşünce süreçleriyle olan uğraşı anlamına gelmektedir. Bu puandan yüksek puan alan kişiler kendi düşünce ve düşünce süreçlerini gözlemleme ve inceleme eğilimindedirler (114). Ölçeğin güvenilirliğine yönelik yapılan analizler sonucunda ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alpha değerinin .93 olduğu ve alt-ölçekler için Alpha değerlerinin .72 ile .93 arasında değiştiği bulunmuştur. Ayrıca test tekrar-test korelasyon katsayıları ölçek maddeleri için .40 ile .94 arasında; alt ölçekler için 0.70 ile 0.85 arasındadır. Ayrıca tüm ölçek için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.86'dır.

### **3.2.5. Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)**

Kişilerin olumsuz otomatik düşüncelerini ölçmek amacıyla "Otomatik Düşünceler Ölçeği" kullanılmıştır. Hollon ve Kendall tarafından, (115) 1980 yılında geliştirilen Otomatik Düşünceler Ölçeği ODÖ (Automatic Thoughts Questionnaire-ATQ), bilişsel kurama dayanmaktadır. Kişilerin kendine yönelik olumsuz otomatik düşüncelerinin ortaya çıkma sıklığını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Kendini değerlendirme türünde beş faktör, 30 maddeden oluşan 5 dereceli likert tipi ölçektir. Bu 5 seçenek düşüncenin akla geliş sıklığıyla ilişkilidir. Ölçeğin orijinalindeki puan aralığı 30-150' dir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin olumsuz otomatik düşüncelerinin sıklıkla ortaya çıktığını göstermektedir. Otomatik Düşünceler Ölçeği, Şahin ve Şahin tarafından (1992) Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlik güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (116). 24 kadın 101 erkek üniversite öğrencisi üzerinde yapılan yarıya bölme güvenilirlik çalışması 0.91 düzeyinde korelasyon değerine sahiptir. Ölçek 0.35 ile 0.69 arasında değişen madde toplam korelasyon düzeyine sahiptir. ODÖ'nün Beck Depresyon Envanteri ile olan korelasyon düzeyi 0.75'dir. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ile olan korelasyon düzeyi ise 0.27'dir. Bu sonuçlar yabancı literatüründekilerle benzer niteliktedir. ODÖ' nün faktör analizi sonucu 5 faktör elde edilmiştir. Bunlar: kişinin kendine yönelik olumsuz duygu ve düşüncelerini içeren Olumsuz Benlik Kavramı (2, 3, 7, 8, 17, 18,

21, 23, 24, 27), Karmaşa/Kaçış Fikirleri (13, 14, 15, 19, 20, 22), Kişisel Uyumsuzluk/Değişme Arzusu (9, 26, 29), Yalnızlık/İzolasyon (1, 4, 10, 28) ve Bırakma/Umutsuzluk (6, 11, 12, 25)'tur.

### **3.2.6. Beck Depresyon Derecelendirme Ölçeği (BDÖ)**

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Depresyonun duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel belirtilerini ölçmeye yönelik olarak 21 maddeden oluşan Beck (109) tarafından 1961'de geliştirilmiş bir ölçektir. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Türkçe için geçerlik ve güvenirlik makalesinde kesme puanı 17 olarak belirtilmiştir. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Türkçe formunun geçerlik yönteminde, BDE ile birlikte MMPI ve depresyon alt ölçeği uygulanmıştır ve aralarındaki korelasyon  $r=0,50$  olarak elde edilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Hisli (110) tarafından 1989'da yapılmıştır.

### **3.2.7. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)**

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ve şiddetini ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olup (111), ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (112).

## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Özellikler

Katılımcılardan OKB grubunun 45i (% 68.2) kadın 21i (% 31.8 )erkektir. Sağlıklı kontrol grubunda ise 44 katılımcı (% 66.7) kadın 22 katılımcı ise (%33.3)erkektir. Her iki grupta cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. (p=1.0))

Medeni durum açısından incelendiğinde OKB grubunun 33ü (%50) bekar, 33 ü(%50) evli; sağlıklı kontrol grubunda ise 29 (%43.9 ) katılımcı bekar 37(%56.1) katılımcı evlidir. Her iki grupta medeni durum açısından anlamlı fark saptanmamıştır. (P=0.601)

Katılımcılardan OKB grubunun eğitim düzeyi incelendiğinde 17'si (%25.8) liseden az, 21'i (%31.8) lise, 28'i (%42.4) lise üzeri eğitim aldığı görülmüştür. Sağlıklı kontrol grubunun eğitim düzeyi incelendiğinde 16'sının (%24.2) liseden az, 22'sinin (%33.3) lise, 28'inin (%42.4) lise üzeri eğitim aldığı görülmüştür. Her iki grup arasında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. (p=0,974)

Katılımcılar yaşadığı yerlere göre değerlendirildiğinde OKB grubunda şehirde yaşayanların sayısı 50 (% 75.8), köy ve kasabada yaşayanların sayısı 16 (%24.2)'dir. Kontrol grubunda şehirde yaşayanların sayısı 54 (%81.8), köy ve kasabada yaşayanların sayısı 12 (%18.2)'dir. Her iki grup arasında katılımcıların yaşadıkları yerler istatistiksel olarak birbirinden anlamlı farklı değildir. (p= 0,523)

Katılımcılar çalışma durumlarına göre değerlendirildiğinde OKB grubunun 23'ü(%59) işçi ya da memur, 3'ü (%59) emekli 18'i (%59) öğrenci 22'si (%59) çalışmamaktadır. Kontrol grubunda ise 16'sı işçi ya da memur, 3'ü emekli 18'i öğrenci .29'u çalışmamaktadır. Her iki grup arasında çalışma durumları incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. (p= 0,283)

Her iki grup ek sistemik hastalık açısından incelendiğinde OKB grubundan 9 (%75) kontrol grubundan 3 (%25) katılımcıda ek sistemik hastalık bulunmaktadır. Her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. (p= 0,130)

**Tablo 1. Tüm katılımcıların cinsiyet, medeni durum, mesleki durum ve eğitim durumu, ek hastalık durumu, yaşadıkları yer durumu**

	GRUP		p
	OKB n(%)	Kontrol n(%)	
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	21(31.8)	22(33.3)	1.000
Kadın	45(68.2)	44(66.7)	
<b>Medeni durum</b>			
Bekar	33(50.0)	29(43.9)	0.601
Evli	33(50.0)	37(56.1)	
<b>Sistemik hastalık</b>			
Yok	57(86.4)	63(95.5)	0.130
Var	9(13.6)	3(4.5)	
<b>Eğitim durumu</b>			
Liseden az	17(51.5)	16(24.2)	0.974
Lise	21(48.8)	22(33.3)	
Lise üzeri	28(42.4)	28(42.4)	
<b>Yaşanılan yer</b>			
Köy - kasaba	16(24.2)	12(18.2)	0.523
Şehir	50(48.1)	54(81.8)	
<b>İş</b>			
Çalışmıyor	22(33)	29(43.6)	0.283
İşçi – memur	23(34.8)	16(24.2)	
Emekli	3(4)	3(4)	
Öğrenci	18(27.2)	18(27.2)	
<b>Gelir düzeyi</b>			
Asgari ü. az	40(60.6)	39(59,1)	0.451
Asgari ü. çok	26(39.4)	27(40,9)	

**Tablo 2. Reaktif, otojen ve sağlıklı kontrol grubunun cinsiyet, medeni durum, mesleki durum ve eğitim durumu, ek hastalık durumu, yaşadıkları yer durumu**

	REAKTİF n(%)	OTOJEN n(%)	KONTROL n(%)	p
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	3 <sup>b</sup> (8,8)	18 <sup>a</sup> (56,3)	22 <sup>a</sup> (33,3)	<0,001
Kadın	31 <sup>b</sup> (91,2)	14 <sup>a</sup> (43,8)	44 <sup>a</sup> (66,7)	
<b>Medeni durum</b>				
Bekar	16(47,1)	17(53,1)	29(43,9)	0,687
Evli	18(52,9)	15(46,9)	37(56,1)	
<b>Eğitim düzeyi</b>				
Liseden az	20(58,8)	18(56,3)	38(57,6)	0,968
Lise	3(8,8)	3(9,4)	4(6,1)	
Liseden fazla	11(32,4)	11(34,4)	24(36,4)	
<b>İş</b>				
Çalışmıyor	14(41,2)	9(29,5)	16(24,2)	0,619
İşçi memur	9(26,5)	51(38,6)	29(43,9)	
Emekli	1(2,9)	6(4,5)	3(4,5)	
Öğrenci	10(29,4)	36(27,3)	18(27,3)	
<b>Gelir düzeyi</b>				
Asgari ü. az	23(67,6)	17(53,1)	39(59,1)	0,497
Asgari ü. çok	11(32,4)	15(46,9)	27(40,9)	
<b>Yaşadığı yer</b>				
Köy	10 (29,4)	6 (18,8)	12 (18,2)	0,057
Şehir	24 (70,6)	26 (81,3)	54 (81,8)	

Tablo 2 'ye göre kontrol, reaktif ve otojen grupları yaş, eğitim düzeyi, iş, gelir düzeyi, medeni durum ve yaşanan yer özellikleri açısından benzer olmakla birlikte cinsiyet ve yaşadığı yer yönünden farklılık göstermektedir. Kontrol grubunun %33,3 ü erkek iken reaktif grubun %8,8 erkektir otojen grubun %66,3 ü erkektir gruplar arasındaki fark reaktif gruptan kaynaklanmaktadır (p<0,001).



**Tablo 3. Tüm katılımcıların yaş eğitim yılı ve aylık gelir durumu**

	<b>OKB</b> (min-max) $\bar{x} \pm ss$	<b>Kontrol</b> (min-max) $\bar{x} \pm ss$ p	
<b>Yaş</b>	(18-75) 34.36±14.29	(18-75) 34.33±14.09	0.990
<b>Gelir</b>	(550-3500) 823.18±714.41	800(0-8000) 1265.61±1381.23	0.125
<b>Eğitim yılı</b>	11(1-16) 10.74±3,88	11(1-17) 11,04±3,95	0.812

Katılımcılardan OKB grubunun yaş ortalaması 34,36±14,29 sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması 34,33±14,09'dur. Her iki grup yaş açısından incelendiğinde aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark mevcut değildir. (p= 0,990)

Katılımcılardan OKB grubunun ortalama gelir düzeyi 823,18±714.41 TL (min:0 max: 3500TL) kontrol grubunun ortalama gelir düzeyi ise 1265,61±714.41 TL (min:0 max: 8000TL) olarak tespit edilmiş olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır. (p =0,125)

Katılımcılar eğitim yılı açısından karşılaştırıldığında aralarında fark görülmemiştir. OKB grubunun eğitim yılı ortalama 10.74±3,88 (min:1 max:16) kontrol grubunun eğitim yılı ortalama 11,04±3,95. ( min:1 max:17)

**Tablo 4. Reaktif otojen ve sağlıklı kontrol grubunun yaş eğitim yılı ve aylık gelir durumu açısından karşılaştırılması**

	<b>REAKTİF</b> Medyan (min-max) $\bar{x} \pm ss$	<b>OTOJEN</b> Medyan (min-max) $\bar{x} \pm ss$	<b>KONTROL</b> Medyan(minmax) $\bar{x} \pm ss$	<b>P</b>
<b>Gelir (TL)</b>	550(0-3000) 756,47±675,72	850(0-3500) 894,06±757,64	800(0-8000) 1265±1381	0,204
<b>Yaş (yıl)</b>	33(18-59) 34,29±12,43	28(18,75) 34,43±16,24	30(18-75) 34,33±14,09	0,913
<b>Eğitim(yıl)</b>	11(5-15) 10,79±3,54	11(1-16) 10,87±3,88	11(1-17) 11,04±3,95	0,922

Tüm gruplar ortalama gelir yaş ve eğitim yılı açısından karşılaştırıldığında reaktif grubun ortalama geliri 756,47±675,72, otojen grubun ortalama geliri 894,06±757,64 kontrol grubunun ortalama geliri 1265±1381 TL'dir. Yaş

ortalamları ise sırasıyla reaktif 34,29±12,43 yıl otojen 34,43±16,24 yıl ve kontrol 34,33±14,09 yıldır. Aldıkları eğitimin yıl bazında ortalamları ise sırasıyla reaktif 10,79±3,54 yıl otojen 10,87±3,88 yıl ve kontrol 11,04±3,95 yıldır.

Her üç parametre açısından kontrol, reaktif ve otojen grup benzerdir. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilememiştir.

#### 4.2. Klinik Özellikler

OKB grubu içinde belirtilerin başlama yaşı ortalama 24,73±12,71'dir (min5, max62). Belirtilerin başlangıcından itibaren geçen süre ortalama 114,58±80,796 aydır (min12, max300). Hastaların tedavi almaya başladıkları zamandan başlayarak aktif tedavi aldıkları süreler incelendiğinde ise ortalama süre 77,88±68,40 aydır (min0, max240).

**Tablo 5. OKB grubunda yakınmaların başlangıç yaşı, tedavi süresi ve hastalık süresi**

<b>OKB</b>	
<b>Başlangıç Yaşı (yıl)</b>	24,73±12,71
<b>Tedavi Alınan Süre (ay)</b>	77,88±68,40
<b>Hastalık Süresi (ay)</b>	114,58±80,796

OKB grubu kadın erkek olarak ayrıldığında kadınların başvuru esnasındaki yaş ortalaması 34,07±13,73 erkeklerin ise 35,00±15,76'dır. Şikayetlerin başlama yaşı kadınlarda ortalama 24,60±12,24 erkeklerde 25,0±13,98'dir. Belirtilerin başlangıcından itibaren geçen süre kadınlarda ortalama 112,22±79,8 ay, erkeklerde ise 119,62±84,47 aydır. OKB grubun tedavi almaya başladıkları zamandan başlayarak aktif tedavi aldıkları süreler incelendiğinde ise kadınlarda ortalama süre 81,49±72,8 erkeklerde ise 70,14±58,713 aydır. OKB grubu cinsiyete göre ayrılıp başvuru yaşı, başlangıç yaşı, şikayetlerin başlangıcından itibaren geçen ortalama süre ve tedavi alınan ortalama süre açısından karşılaştırıldığında kadın ve erkek cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir. (sırasıyla p=0,807, p=0.906, p=0.901, p=0.534)

OKB grubu otojen ve reaktif obsesyonlar açısından gruplandırıldığında reaktif grubun başvuru esnasındaki yaş ortalaması  $34,29 \pm 12,43$  otojen grubun ise  $34,44 \pm 16,24$ 'tür. Şikayetlerin başlama yaşı reaktif grupta ortalama  $25,29 \pm 12,13$  otojen grupta  $24,13 \pm 13,47$ 'dir. Belirtilerin başlangıcından itibaren geçen süre reaktif grupta ortalama  $102,12 \pm 71,005$  ay, otojenlerde ise  $127,81 \pm 89,273$  aydır. OKB grubun tedavi almaya başladıkları zamandan başlayarak aktif tedavi aldıkları süreler incelendiğinde ise reaktif grupta ortalama süre  $71,65 \pm 65,01$  ay otojen grupta ise  $84,50 \pm 72,27$  aydır. OKB grubu otojen ve reaktif olarak ayrılıp başvuru yaşı, başlangıç yaşı, şikayetlerin başlangıcından itibaren geçen ortalama süre ve tedavi alınan ortalama süre açısından karşılaştırıldığında kadın ve erkek cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir. (sırasıyla  $p=0,968$ ,  $p=0,712$ ,  $p=0,450$ ,  $p=0,199$ )

**Tablo 6. Otojen ve reaktif grubun yaş başlangıç yaşı tedavi süresi ve hastalık süresi**

	REAKTİF	OTOJEN	p
	ORTALAMA $\pm$ SS	ORTALAMA $\pm$ SS	
<b>Başlangıç Yaşı (yıl)</b>	25.29 $\pm$ 12.134	24.13 $\pm$ 13.471	0.712
<b>Tedavi Alınan Süre (ay)</b>	71.65 $\pm$ 65.016	84.50 $\pm$ 72.276	0.450
<b>Hastalık Süresi (ay)</b>	102.12 $\pm$ 71.005	127.81 $\pm$ 89.273	0.199

Katılımcılar ailedeki psikiyatrik öykü açısından değerlendirildiğinde, OKB grubunda ailesinde psikiyatrik öykü olmayan kişi sayısı 42 (%41.2), ailesinde OKB öyküsü olan kişi sayısı 19(%28.8), diğer psikiyatrik hastalık öyküsü olan kişi sayısı 5'tir(%7.6). Kontrol grubunda ailesinde psikiyatrik öykü olmayan kişi sayısı 60(90.9), ailesinde OKB öyküsü olan kişi sayısı 1(%1.5), diğer psikiyatrik hastalık öyküsü olan kişi sayısı 5'tir(%7.6). İki grup karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. OKB grubunda ailede OKB öyküsü kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ( $p=0.00$ ).

**Tablo 7. Katılımcıların aile öyküleri**

	Sağlıklı Kontrol n (%)	OKB n (%)	p
<b>Aile öyküsü</b>			
Yok	60(90.9)	42 (63.6)	<0.001*
OKB	1(1.5)	19 (95.0)	
Diğer	5(7.6)	5 (7.6)	

**Tablo 8. Otojen, reaktif ve kontrol grubunun aile öyküsü açısından karşılaştırılması**

Aile öyküsü	Kontrol n (%)	Reaktif n (%)	Otojen n (%)	p
Yok	59 <sup>a</sup> (89,4)	19 <sup>b</sup> (55,9)	16 <sup>b</sup> (50,0)	<0,001*
OKB	1 <sup>a</sup> (1,5)	9 <sup>b</sup> (26,5)	10 <sup>b</sup> (31,3)	
Diğer	6 <sup>a</sup> (9,1)	6 <sup>a</sup> (17,6)	6 <sup>a</sup> (18,8)	

Her üç grup aynı anda karşılaştırıldığında kontrol grubunun %89,4'nin ailesinde psikiyatrik hastalık yoktur %1,5'inin ailesinde OKB vardır %9,1'inin ailesinde diğer psikiyatrik hastalıklar vardır reaktif grubun %55,9'unun ailesinde psikiyatrik hastalık yoktur %26,5'inin ailesinde OKB vardır %17,6' sının ailesinde diğer psikiyatrik hastalıklar vardır. Otojen grubun %50,0'mın ailesinde psikiyatrik hastalık yoktur %31,3' ünün ailesinde OKB vardır %18,8' inin ailesinde diğer psikiyatrik hastalıklar vardır aralarındaki fark kontrol grubundan kaynaklanmaktadır.

OKB grubu almakta oldukları tedaviler açısından incelendiğinde 6 kişi (%9.1) yeni tanı almış olup tedavi almıyordu 30 (%45.5) kişi sadece selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) tedavisi almaktaydı. 27 kişi (%40.9) SSRI ve antipsikotik (AP) tedavisini birlikte almaktaydı. 3 kişi (%4.5) trisiklik antidepresan (TCA) tedavi almaktaydı.

Reaktif grup almakta oldukları tedaviler açısından incelendiğinde 3 kişi (%8.8) yeni tanı almış olup tedavi almıyordu 17 (%50) kişi sadece selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) tedavisi almaktaydı. 12 kişi (%35.3) SSRI ve antipsikotik (AP) tedavisini birlikte almaktaydı. 2 kişi (%5.9) trisiklik antidepresan (TCA) tedavi almaktaydı.

Otojen grup almakta oldukları tedaviler açısından incelendiğinde 3 kişi (%9.4) yeni tanı almış olup tedavi almıyordu 13 (%40.6) kişi sadece selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) tedavisi almaktaydı. 15 kişi (%46.9) SSRI ve

antipsikotik (AP) tedavisini birlikte almaktaydı. 1 kişi (%3.4) trisiklik antidepresan (TCA) tedavi almaktaydı.

**Tablo 9. OKB grubun almakta oldukları tedaviler**

	<b>Oran (%)</b>	<b>Sayı</b>
<b>Yeni tanı, tedavi yok</b>	9.1	6
<b>SSRI</b>	45.5	30
<b>SSRI + AP</b>	40.9	27
<b>TCA</b>	4.5	3

**Tablo 10. Reaktif grubun almakta oldukları tedaviler**

	<b>Oran (%)</b>	<b>Sayı</b>
<b>Yeni tanı, tedavi yok</b>	8.8	3
<b>SSRI</b>	50	17
<b>SSRI + AP</b>	35.3	12
<b>TCA</b>	5.9	2

**Tablo 11. Otojen grubun almakta oldukları tedaviler**

	<b>Oran (%)</b>	<b>Sayı</b>
<b>Yeni tanı, tedavi yok</b>	9.4	3
<b>SSRI</b>	40.6	13
<b>SSRI + AP</b>	46.9	15
<b>TCA</b>	3.4	1

Tedavi almayan katılımcılar çıkarılıp SSRI ve TCA alan grup aynı gruba dahil edilerek antidepresan alanlar AD grubu adı altında toplandı ve SSRI ile AP birlikte kullananlar ile karşılaştırıldı.

Alınan tedavi gruplandırıldığında otojen ve reaktif gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilemedi. Uygulanan ölçeklerin AD VE SSRI+AP ile değişkenleri açısından benzerliklerine bakıldığında ÜBÖ-OI ölçeğinin SSRI+AP alan grupta sadece AD alan gruba göre anlamlı yüksek olduğu bulundu ( $p=0,047$ ). Diğer ölçek ve alt ölçekler açısından her iki grup arasında anlamlı fark tespit edilemedi.

**Tablo 12. Otojen ve reaktif grubun aldıkları tedaviler açısından karşılaştırılması**

	REAKTİF <i>n</i> (%)	OTOJEN <i>n</i> (%)	<i>p</i>
<b>Tedavi</b>			
AD	19(61,3)	14(48,3)	0,437
SSRI+AP	12(38,7)	15(51,7)	

**Tablo 13. Alınan tedavilere göre ölçek puanlarının karşılaştırılması**

	AD <i>Medyan(min-max)</i> $\bar{x} \pm ss$	SSRI+AP <i>Medyan(min-max)</i> $\bar{x} \pm ss$	<i>P</i>
YBOKÖ	26 (14-40) 25,91±6,12	29(17-40) 28,48±5,89	0,100
ÜBÖT	84 (46-105) 80,97±13,63	88(46-111) 86,07±15,80	0,128
ÜBÖ Oİ	13 (6-18) 12,61±3,01	16(6-24) 15,29±5,75	<b>0,047</b>
ÜBÖKET	18 (11-24) 17,97±4,31	19(12-24) 19,11±3,24	0,238
ÜBÖBG	16 (6-24) 15,42±4,30	14(6-24) 15,11±5,38	0,743
ÜBÖDKİ	18 (9-24) 17,45±4,3	20(9-24) 19,78±3,57	0,019
ÜBÖBF	18(9-22) 18±3,23	18(6-24) 17,44±4,44	0,725
ODÖ	72(38-130) 74,36±24,65	69(30-115) 72,41±23,58	0,829
ODÖ O	25(10-45) 25,10±11,03	20(10-48) 21,44±8,93	0,214
ODÖ K	12(6-26) 13,15±5,13	13(6-24) 13,74±5,03	0,488
ODÖ D	6(3-15) 7,27±3,89	6(3-15) 7,93±3,66	0,449
ODÖ İ	12(4-20) 12,30±6,01	12(4-20) 13,14±6,7	0,543
ODÖ U	6(3-20) 8,21±4,89	8(4-20) 9,00±5,66	0,808
BDÖ	11(0-28) 13,03±7,21	13(0-30) 11,52±7,10	0,941
BAÖ	16(3-43) 17,42±11,38	17(0-63) 21,85±16,08	0,349
OBS	14(7-20) 14,15±3,29	15(9-20) 15,33±3,16	0,151
KOMP	12(2-20) 11,39±5,33	13(6-20) 13,14±3,87	0,170

Gruplar hastaların primer obsesyonlarına göre alt gruplara ayrılmışlardır. Primer obsesyon içerikleri ve buna karşılık sahip oldukları kompulsiyon içeriklerine göre karşılaştırılmıştır. Obsesyon tipleri arasında yer alan kuşku obsesyonunun Y-BOCS semptom listesinde bulunmaması ancak çalışmamızda görülmesi nedeniyle bulgular arasında değerlendirmeye alınmıştır.

Tüm OKB grubu belirti içerikleri açısından incelendiğinde bulaş obsesyonu n= 28 (%42.4), saldırganlık obsesyonu n= 25 (%37.9), dini obsesyonlar n= 19 (%28.8), kuşku obsesyonu n=18 (%27.3), simetri obsesyonu n= 15 (%22.7), cinsel obsesyonlar n= 14 (%21.2), biriktirme obsesyonu n=2 (%3) katılımcıda mevcuttur. Temizleme kompulsiyonu n= 33 (%50), kontrol etme kompulsiyonu ve mental kompulsiyonlar n=21 (%31.8) eşit olarak düzenleme kompulsiyonu n=15 (%22.7), kompulsiyonu olmayan saf obsesyon olanlar n=9 (%13.6), sayma kompulsiyonu n=4 %6.1 ve biriktirme kompulsiyonu n=2 (%3) kişide mevcuttur.

**Tablo 14. OKB grubu belirti boyutları (obsesyon)**

	<b>Oran (%)</b>	<b>Sayı</b>
<b>Bulaş</b>	42.4	28
<b>Saldırganlık</b>	37.9	25
<b>Dini</b>	28.8	19
<b>Kuşku</b>	27.3	18
<b>Simetri</b>	22.7	15
<b>Cinsel</b>	21.2	14
<b>Biriktirme</b>	3	2

**Tablo 15. OKB grubu belirti boyutları (kompulsiyon)**

	<b>Oran (%)</b>	<b>Sayı</b>
<b>Temizleme</b>	50	33
<b>Düzenleme</b>	22.7	15
<b>Kontrol etme</b>	31.8	21
<b>Mental</b>	31.8	21
<b>Sayma</b>	6.1	4
<b>Biriktirme</b>	3	2

OKB grubu otojen ve reaktif obsesyonlar açısından ayrıldığında belirti yüzdeleri otojen grupta saldırganlık obsesyonu n= 25 (%78.1) dini obsesyon n=19 (%59.4) cinsel obsesyonlar n= 14 (%43.8), kuşku n=1 (%3.1), temizleme kompulsiyonu n=5 (%15.6), sayma kompulsiyonu n=1 (%3.1), kontrol

kompulsiyonu n=5 (%15.6) , mental kompulsiyonlar n=21 (%65.6), kompulsiyonu olmayanlar n=9 (%28.1); reaktif grupta bulaş obsesyonu n=28 (%82.4) simetri obsesyonu n=15 (%44.1) kuşku obsesyonu n=17 (%50) biriktirme obsesyonu n=2 (%5.9) temizleme kompulsiyonu n=28 (%82.4) düzenleme kompulsiyonu n=15 (%44.1) sayma kompulsiyonu n=3 (%8.8) kontrol kompulsiyonu n= 16 (%47.1) kişide tespit edilmiştir.

**Tablo 16. Otojen grup belirti boyutları (obsesyon + kompulsiyon)**

	Oran (%)	Sayı
<b>Saldırganlık obsesyonu</b>	78.1	25
<b>Dini obsesyon</b>	59.4	19
<b>Cinsel obsesyon</b>	43.8	14
<b>Mental kompulsiyon</b>	65.6	21
<b>Temizleme kompulsiyonu</b>	15.6	5
<b>Sayma kompulsiyonu</b>	3.1	1
<b>Kontrol kompulsiyonu</b>	15.6	5
<b>Yok</b>	28.1	9

**Tablo 17. Reaktif grup belirti boyutları (obsesyon+kompulsiyon)**

	Oran (%)	Sayı
<b>Bulaş obsesyonu</b>	82.4	28
<b>Simetri obsesyonu</b>	44.1	15
<b>Kuşku obsesyonu</b>	50	17
<b>Biriktirme obsesyonu</b>	5.9	2
<b>Temizleme kompulsiyonu</b>	82.4	28
<b>Sayma kompulsiyonu</b>	8.8	3
<b>Düzenleme kompulsiyonu</b>	44.1	15
<b>Kontrol kompulsiyonu</b>	47.1	16
<b>Biriktirme kompulsiyonu</b>	5.9	2

### **YBOKB( Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği)**

**YBOKB toplam** puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda  $1.48 \pm 1.648$  (min:0 max:9) OKB grubunda otojen obsesyonları olanlar için  $27.0.3 \pm 6.099$ ' dir (min:14 max:40) reaktif obsesyonları olanlar için  $27.87 \pm 6.006$ ' dir (min:17 max:40). Her üç grup YBOKBÖ toplam puanları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark mevcuttur. ( $p < 0.001$ ). Gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında YBOKBÖ toplam puanları açısından kontrol grubu ile otojen grup arasında ve kontrol grubu ile reaktif grup



arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur.  $P<0.0001$ ,  $p<0.0001$  ancak otojen ve reaktif grup kendi aralarında karşılaştırıldığında YBOKBÖ toplam puanları açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p=0.928$ )

**Obsesyon alt ölçeği (YBOKB-O)** puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda  $0.85\pm 0.996$  (min:0 max:5) otojen grupta  $15.69\pm 3.383$  (min:7 max:20), reaktif grupta ise  $14.12\pm 2.993$  (min:9 max:20)tür. Her üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark mevcuttur. ( $p<0.001$ ) Gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında obsesyon alt ölçeği puanları açısından kontrol grubu ile otojen grup arasında ve kontrol grubu ile reaktif grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur.  $P<0.0001$ ,  $p<0.0001$  ancak otojen ve reaktif grup kendi aralarında karşılaştırıldığında obsesyon alt ölçeği puanları açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p=0.145$ )

**Kompulsiyon alt ölçeği YBOKBÖ-K** puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda  $0.79\pm 0.985$  (min:0 max:4) otojen grupta  $11.28\pm 4.560$  (min:2 max:20), reaktif grupta ise  $13.44\pm 3.277$  (min:7 max:20)dır. Her üç grup kompulsiyon alt ölçeği puanları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark mevcuttur. ( $p<0.001$ ).

Gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında kompulsiyon alt ölçek puanları açısından kontrol grubu ile otojen grup arasında ve kontrol grubu ile reaktif grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur.  $P<0.0001$ ,  $p<0.0001$  ancak otojen ve reaktif grup kendi aralarında karşılaştırıldığında kompulsiyon alt ölçeği puanları açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p=0.93$ )

**İçgörü maddesi** puan ortalaması otojen grupta  $1.34\pm 1.066$  (min:0 max:4), reaktif obsesyon grubunda ise  $1.03\pm 1.167$ 'dir (min:0 max:4). İçgörü maddesi toplam YBOKBÖ puanına dahil değildir ve ters olarak puanlanmıştır. Her iki grup içgörü açısından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ( $p= 0.187$ ).

**Kaçınma maddesi** puan ortalaması otojen grupta  $0.81\pm 1.091$  (min:0 max:3), reaktif obsesyon grubunda ise  $0.91\pm 1.138$ 'dir (min:0 max:3). Kaçınma maddesi toplam YBOKBÖ puanına dahil değildir. Her iki grup kaçınma puanları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ( $p= 0.735$ ).

Tablo 18. YBOKÖ değerlendirilmesi

	<b>OTOJEN</b> <b>ORTALAMA±SS</b>	<b>REAKTİF</b> <b>ORTALAMA±SS</b>	<b>KONTROL</b> <b>ORTALAMA±SS</b>	<b>P</b>
<b>YBOKÖT</b>	27.03±6.009 <sup>a</sup>	27.8±6.006 <sup>a</sup>	1.48±1648 <sup>b</sup>	<b>&lt;0.001</b>
<b>YBOKÖ-O</b>	15.69±3.385 <sup>a</sup>	14.12±2.993 <sup>a</sup>	0.85±0.996 <sup>b</sup>	<b>&lt;0.001</b>
<b>YBOKÖ-K</b>	11.28±4.560 <sup>a</sup>	13.44±3.277 <sup>a</sup>	0.79±0.985 <sup>b</sup>	<b>&lt;0.001</b>

\*Aynı harfler benzerliği ifade ederken farklı harfler farklılığı göstermektedir.

#### **Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ):**

BDÖ puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda 3.67±4.276 (min:0 max:21) OKB grubundan otojen obsesyonu olanlar için 12.47±7.025 dir (min:0 max:30) reaktif obsesyonu olanlar grubu için 11.68±7.168'dir (min:0 max:28). Her üç grup BDÖ puanları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark mevcuttur. (p<0.001). Gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında kontrol grubu ile otojen grup arasında ve kontrol grubu ile reaktif grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. (p<0.0001, p<0.0001) ancak otojen ve reaktif grup kendi aralarında karşılaştırıldığında BDÖ puanları açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır.(p=0.151)

#### **Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):**

BAÖ puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda 4.91±4.454 (min:0 max:21) OKB grubundan otojen obsesyonu olanlar için 21.13±14.663dir (min:0 max:63) reaktif obsesyonu olanlar grubu için 18.18±12.581'dir (min:1 max:48). Her üç grup BAÖ puanları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark mevcuttur. (p<0.001). Gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında kontrol grubu ile otojen grup arasında ve kontrol grubu ile reaktif grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. (p<0.0001, p<0.0001) ancak otojen ve reaktif grup kendi aralarında karşılaştırıldığında BAÖ puanları açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır (p=0.150).

**Tablo 19. BDÖ ve BAÖ değerlendirilmesi**

	<b>OTOJEN</b> <b>ORTALAMA±SS</b>	<b>REAKTİF</b> <b>ORTALAMA±SS</b>	<b>KONTROL</b> <b>ORTALAMA±SS</b>	<b>P</b>
BDÖ	12.74±7.025 <sup>a</sup>	11.68±7.168 <sup>a</sup>	3.67±4.276 <sup>b</sup>	<0.001
BAÖ	21.13±14.663 <sup>a</sup>	18.18±12.581 <sup>a</sup>	4.91±4.454 <sup>b</sup>	<0.001

\*Aynı harfler benzerliği ifade ederken farklı harfler farklılığı göstermektedir.

### 4.3. Üstbilşler

#### Üstbilş ölçęi (ÜBÖ):

**ÜBÖ toplam** puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda 42.64±9.945tir (min:30 max:79) OKB grubundan otojen obsesyonu olanlar için 87.25±11.725tir (min:55 max:102) reaktif obsesyonu olanlar grubu için 80.21±16.954'dür (min:46 max:111). Her üç grup ÜBÖ toplam puanları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark mevcuttur. (p<0.001). Gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında ÜBO toplam puanları açısından kontrol grubu ile otojen grup arasında ve kontrol grubu ile reaktif grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. (p<000.1, p<0.001) ancak otojen ve reaktif grup kendi aralarında karşılaştırıldığında ÜBÖ toplam puanları açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır.(p=0.151)

**Olumlu inançlar:** (ÜBÖ-Oİ) alt ölçęi puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda 8.30±2.40tir (min:6 max:17), otojen obsesyonu olanlar grubunda 14.19±4.734 (min:6 max:24), reaktif obsesyonu olanlar grubunda ise 14.15±4.955 (min:6 max:24) dir. Her üç grup olumlu inançlar alt ölçęi puanları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark mevcuttur. (p<0.001). Gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında olumlu inançlar alt ölçęi puanları açısından kontrol grubu ile otojen grup arasında ve kontrol grubu ile reaktif grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. (p<000.1, p<0.0001) ancak otojen ve reaktif grup kendi aralarında karşılaştırıldığında olumlu inançlar alt ölçęi açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır.(p=1)

**Kontrol edilemezlik ve tehlike:** (ÜBÖ-KET) alt ölçęi puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda 8.76±2.481tir (min:6 max:16), otojen obsesyonu olanlar grubunda 19.50±3.253 (min:12 max:24), reaktif obsesyonu olanlar grubunda ise

17.35±3.489(min:11 max:16)dir. Her üç grup kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçeği puanları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark mevcuttur. (p<0.001). **Gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçeği puanları açısından kontrol grubu ile otojen grup arasında ve kontrol grubu ile reaktif grup arasında ve otojen ve reaktif grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur (p<000.1, p<0.0001. p= 0.035).**

**Bilişsel güven:** (ÜBÖ-BG) alt ölçeği puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda 8.14±2.155tir (min:6 max:17), otojen obsesyonu olanlar grubunda 16.00±4.088 (min:8 max:24), reaktif obsesyonu olanlar grubunda ise 14.88±5.409 (min:6 max:24) dir. Her üç grup bilişsel güven alt ölçeği puanları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark mevcuttur. (p<0.001). Gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında bilişsel güven alt ölçeği puanları açısından kontrol grubu ile otojen grup arasında ve kontrol grubu ile reaktif grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. (p<000.1, p<0.0001) ancak otojen ve reaktif grup kendi aralarında karşılaştırıldığında bilişsel güven alt ölçeği açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır.(p=0.720)

**Düşünceleri kontrol ihtiyacı :**(ÜBÖ-DKI) alt ölçeği puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda 8.70±2.982tir. (min:6 max:18), otojen obsesyonu olanlar grubunda 19.53±3.331 (min:9 max:24), reaktif obsesyonu olanlar grubunda ise 17.15±4.377(min:9 max:24)dir. Her üç grup düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeği puanları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark mevcuttur. (p<0.001). **Gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeği puanları açısından kontrol grubu ile otojen grup arasında ve kontrol grubu ile reaktif grup arasında ve otojen ve reaktif grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. (p<000.1, p<0.0001. p= 0.045)**

**Bilişsel farkındalık :**(ÜBÖ-BF) alt ölçeği puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda 8.82±2.817tir (min:6 max:20), otojen obsesyonu olanlar grubunda 18.66±2.789 (min:12 max:24), reaktif obsesyonu olanlar grubunda ise 17.03±4.421 (min:6 max:24) dir. Her üç grup bilişsel farkındalık alt ölçeği puanları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark mevcuttur. (p<0.001).

Gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında bilişsel farkındalık alt ölçeği puanları açısından kontrol grubu ile otojen grup arasında ve kontrol grubu ile reaktif grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. ( $p<0.001$ ,  $p<0.0001$ ) ancak otojen ve reaktif grup kendi aralarında karşılaştırıldığında bilişsel farkındalık alt ölçeği açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0.140$ ).

**Tablo 20. ÜBÖ değerlendirilmesi**

	<b>OTOJEN</b>	<b>REAKTİF</b>	<b>KONTROL</b>	<b>P</b>
	<b>ORTALAMA±SS</b>	<b>ORTALAMA±SS</b>	<b>ORTALAMA±SS</b>	
<b>ÜBÖ</b>	87.25±11.725 <sup>a</sup>	80.21±16.954 <sup>a</sup>	42.64±9.945 <sup>b</sup>	<0.001
<b>ÜBÖ -Oİ</b>	14.19±4.734 <sup>a</sup>	14.15±4.955 <sup>a</sup>	8.30±2.456 <sup>b</sup>	<0.001
<b>ÜBÖ-KET</b>	19.50±3.253 <sup>c</sup>	17.35±3.489 <sup>a</sup>	8.79±2.481 <sup>b</sup>	<0.001
<b>ÜBÖ-BG</b>	16.00±4.088 <sup>a</sup>	14.88±5.409 <sup>a</sup>	8.14±2.155 <sup>b</sup>	<0.001
<b>ÜBÖ-DKİ</b>	19.53±3.331 <sup>c</sup>	17.15±4.377 <sup>a</sup>	8.70±2.982 <sup>b</sup>	<0.001
<b>ÜBÖ-BF</b>	18.66±2.789 <sup>a</sup>	17.03±4.421 <sup>a</sup>	8.82±2.817 <sup>b</sup>	<0.001

\*Aynı harfler benzerliği ifade ederken farklı harfler farklılığı göstermektedir.

#### **4.4. Otomatik Düşünceler**

##### **ODÖ:**

Otomatik düşünceler ölçeği sağlıklı kontrol, otojen ve reaktif grup arasında karşılaştırıldığında **ODÖ toplam** puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda 43.55±15.219'dur. (min:30 max:120) reaktif obsesyonu olanlar grubu için 69.03±21.372'dir (min:30 max:130) otojen obsesyonu olanlar grubu için 77.13±25.608'dir (min:30 max:124). Gruplar arasında ODÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. ( $p<0.001$ ) gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında kontrol grubu ile otojen grup arasında ( $p<0.001$ ), kontrol grubu ile reaktif grup arasında ( $p<0.001$ ) toplam ODÖ puanları açısından anlamlı fark mevcuttur, ancak otojen ve reaktif grup kendi arasında karşılaştırıldığında ODÖ puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p=0.120$ )

**Olumsuz benlik kavramı alt ölçeği (ODÖ-O):** puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda 12.71±5.488 (min:10 max:42) otojen obsesyonu olanlar grubunda 22.09±9.930 (min:10 max:40), reaktif obsesyonu olanlar grubunda ise 24.26±10.163 (min:10 max:48) dir. Gruplar arasında olumsuz benlik kavramı puanı açısından

istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. ( $p < 0.001$ ) gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında kontrol grubu ile otojen grup arasında ( $p < 0.001$ ), kontrol grubu ile reaktif grup arasında ( $p < 0.001$ ) olumsuz benlik kavramı puanları açısından anlamlı fark mevcuttur, ancak otojen ve reaktif grup kendi arasında karşılaştırıldığında olumsuz benlik kavramı alt ölçeği puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p = 0.618$ )

**Karmaşa / kaçış fikirleri alt ölçeği (ODÖ-K):** puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda  $8.11 \pm 3.379$  min:6 max:24 otojen obsesyonu olanlar grubunda  $13.56 \pm 5.820$  (min:6 max:26), reaktif obsesyonu olanlar grubunda ise  $13.15 \pm 4.113$  (min:6 max:24) dir. Gruplar arasında karmaşa / kaçış fikirleri puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. ( $p < 0.001$ ) gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında karmaşa / kaçış fikirleri puanları açısından kontrol grubu ile otojen grup arasında ( $p < 0.001$ ), kontrol grubu ile reaktif grup arasında ( $p < 0.001$ ) toplam açısından anlamlı fark mevcuttur, ancak otojen ve reaktif grup kendi arasında karşılaştırıldığında karmaşa / kaçış fikirleri puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p = 0,881$ )

**Uyumsuzluk /değişme arzusu alt ölçeği (ODÖ-D):** puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda  $4.98 \pm 2.831$  min:3 max:15 otojen obsesyonu olanlar grubunda  $8.09 \pm 5.532$  (min:4max:20), reaktif obsesyonu olanlar grubunda ise  $8.79 \pm 4.637$  (min:4max:20)dir. Gruplar arasında uyumsuzluk değişme arzusu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. ( $p < 0.001$ ) gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında uyumsuzluk değişme arzusu puanları açısından kontrol grubu ile otojen grup arasında ( $p = 0.041$ ), kontrol grubu ile reaktif grup arasında toplam açısından anlamlı fark mevcuttur ( $p < 0.001$ ), ancak otojen ve reaktif grup kendi arasında karşılaştırıldığında uyumsuzluk değişme arzusu puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p = 0.197$ ).

**Yalnızlık/izolasyon alt ölçeği (ODÖ-İ)** puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda  $5.15 \pm 2.055$  min:4 max:16 otojen obsesyonu olanlar grubunda  $7.91 \pm 3,888$  (min:4max:20), reaktif obsesyonu olanlar grubunda ise  $16.91 \pm 4.465$  (min:4 max:20) dir. Gruplar arasında yalnızlık izolasyon puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. ( $p = 0.00$ ) **gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında yalnızlık izolasyon puanları açısından kontrol grubu ile**

otojen grup arasında( $p<0.001$ ), kontrol grubu ile reaktif grup arasında ( $p<0.001$ ) ve otojen ve reaktif grup açısından anlamlı fark mevcuttur. ( $p<0.001$ )

Umutsuzluk alt ölçeği (ODÖ-U) puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda  $5.65\pm 3.111$  min:4 max:15 otojen obsesyonu olanlar grubunda  $8.79\pm 4.637$  (min:4max:20), reaktif obsesyonu olanlar grubunda ise  $8.09\pm 5.532$  (min:4max:20)dir. Gruplar arasında umutsuzluk alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. ( $p< 0.001$ ) gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında umutsuzluk puanları açısından kontrol grubu ile otojen grup arasında ( $p=0.041$ ), kontrol grubu ile reaktif grup arasında toplam açısından anlamlı fark mevcuttur( $p<0.001$ ), ancak otojen ve reaktif grup kendi arasında karşılaştırıldığında umutsuzluk puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p=0.197$ ).

Tablo 21. ODÖ değerlendirilmesi

	OTOJEN ORTALAMA $\pm$ SS	REAKTİF ORTALAMA $\pm$ SS	KONTROL ORTALAMA $\pm$ SS	P
ODÖ	$77.13\pm 25.608^a$	$69.03\pm 21.372^a$	$43.55\pm 15.216^b$	$<0.001$
ODÖ-O	$22.09\pm 9.930^a$	$24.26\pm 10.163^a$	$12.71\pm 5.488^b$	$<0.001$
ODÖ-K	$13.56\pm 5.820^a$	$13.15\pm 4.113^a$	$8.11\pm 3.379^b$	$<0.001$
ODÖ-D	$7.18\pm 3.195^a$	$8.50\pm 4.465^a$	$4.98\pm 2.831^b$	$<0.001$
ODÖ-İ	$16.91\pm 5.114^a$	$7.91\pm 3.888^c$	$5.15\pm 2.055^b$	$<0.001$
ODÖ-U	$8.09\pm 5.532^a$	$8.79\pm 4.637^a$	$5.65\pm 3.111^b$	$<0.001$

\*Aynı harfler benzerliği ifade ederken farklı harfler farklılığı göstermektedir.

#### 4.5. Korelasyon Analizleri

##### Klinik Özelliklerin Ölçek Puanları ile İlişkisi

###### OKB grubu:

OKB grubunda ÜBÖt ile eğitim yılı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki vardır. OKB hastalarında eğitim yılı arttıkça ÜBÖt puanları artmaktadır ( $\rho=0,258$ ;  $p=0,037$ ). Yaş hastalık süresi tedavi süresi obsesyon sayısı OKB grubunda ölçeklerle ilişkili bulunmamıştır.

Tablo 22. OKB grubunun klinik özellikler ile ilişkisi

OKB grubu n=66	YBOKÖT		ÜBÖt		DÖt		BD Ö		BAÖ	
	R	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Yaş	-0,105	0,400	0,134	0,285	-0,076	0,544	0,133	0,288	0,041	0,745
Eğitim	-0,065	0,602	<b>0,258</b>	<b>0,037</b>	-0,148	0,234	-0,259	0,360	-0,078	0,536
Hastalık süresi	-0,004	0,973	0,228	0,066	0,101	0,420	0,198	0,111	0,201	0,106
Tedavi süresi	0,039	0,753	0,241	0,051	0,123	0,326	0,153	0,221	0,148	0,237
Obsesyon sayısı	0,009	0,941	0,096	0,444	0,180	0,147	0,177	0,155	0,204	0,101



**Reaktif grup:**

Reaktif grupta ÜBÖt ile eğitim yılı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki vardır. Reaktif grupta yaş arttıkça ÜBÖt puanları artmaktadır ( $\rho=0,360$ ;  $p=0,036$ ).

BDÖ ile yaş ve eğitim yılı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki vardır. Reaktif hastalarda yaş ve eğitim arttıkça BDÖ puanları artmaktadır ( $\rho=0,387$ ;  $p=0,024$ ) ( $\rho=0,504$ ;  $p=0,002$ )

Reaktif hastalarda obsesyon sayısı arttıkça BDÖ puanları artmaktadır ( $\rho=0,359$ ;  $p=0,037$ ) BDÖ ile eğitim arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır. Reaktif hastalarda eğitim yılı arttıkça BDÖ puanları artmaktadır.

**Otojen grup:**

Otojen grupta klinik özellikler ile herhangi bir ilişki saptanamamıştır. Yaş eğitim yılı hastalık süresi tedavi süresi obsesyon sayısı ölçek puanları ile ilişkili bulunmamıştır.

**Tablo 23. Reaktif grubunun klinik özellikler ile ilişkisi**

<b>Reaktif N=34</b>	<b>YBOKBT</b>		<b>ÜBÖT</b>		<b>ODÖ</b>		<b>BDÖ</b>		<b>BAÖ</b>	
	<b>r</b>	<b>p</b>	<b>r</b>	<b>p</b>	<b>r</b>	<b>p</b>	<b>r</b>	<b>p</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
Yaş	-0,016	0,927	0,345	0,046	0,077	0,665	<b>0,387</b>	<b>0,024</b>	0,076	0,669
Eğitim	-0,163	0,356	-0,360	0,760	-0,169	0,338	<b>0,504</b>	<b>0,002</b>	-0,137	0,438
Hastalık süresi	-0,106	0,551	0,264	0,131	0,150	0,398	0,319	0,066	0,117	0,512
Tedavi süresi	-0,012	0,948	0,260	0,137	0,113	0,524	0,233	0,185	-0,059	0,739
Obs sayısı	-0,012	0,948	-0,042	0,812	0,169	0,338	<b>0,359</b>	<b>0,037</b>	0,260	0,138

**Tablo 24. Otojen grubunun klinik özellikler ile ilişkisi**

OTOJEN	YBOKBT		ÜBÖT		ODÖ		BDÖ		BAÖ	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Yaş	-0,163	0,372	-0,065	0,722	-0,125	0,496	-0,036	0,844	0,041	0,824
Eğitim	0,057	0,756	-0,162	0,834	-0,196	0,282	-0,062	0,735	0,006	0,973
Hastalık süresi	0,134	0,464	0,282	0,118	0,032	0,864	0,023	0,899	0,222	0,223
Tedavi süresi	0,126	0,494	0,115	0,532	0,126	0,490	-0,012	0,948	0,307	0,087
Obs. sayı	0,014	0,941	0,307	0,087	0,175	0,339	0,067	0,714	0,155	0,396

**Ölçek puanlarının birbirleri ile ilişkisi:**

**Tablo 25. OKB grubunda Ölçek puanlarının birbirleri ile ilişkisi**

OKB N=66	YBOKBT		YBOKB-O		YBOKB-K		OBS.SAYI		ÜBÖT		ODÖ		BDÖ		BAÖ		
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	her	p	r	p	
YBOKÖT																	
YBOKÖ-O	<b>0,726</b>	<b>&lt;0,001</b>															
YBOKÖ-K	<b>0,391</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,391</b>	<b>0,001</b>													
OBS. SAYISI	0,009	0,941	-0,048	0,705	0,790	<b>&lt;0,001</b>											
ÜBÖ	<b>0,299</b>	<b>0,015</b>	<b>0,245</b>	<b>0,047</b>	0,313	0,010	0,096	0,444									
ODÖ	0,060	0,635	0,216	0,081	-0,097	0,439	0,180	0,147	<b>0,338</b>	<b>0,006</b>							
BDÖ	0,056	0,656	0,062	0,619	0,062	0,619	0,177	0,155	<b>0,329</b>	<b>0,007</b>	<b>0,546</b>	<b>&lt;0,001</b>					
BAÖ	0,157	0,208	0,125	0,318	0,125	0,318	0,204	0,101	<b>0,343</b>	<b>0,005</b>	0,583	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,581</b>	<b>&lt;0,001</b>			

Tabloya göre YBOKBT ile ÜBÖT ve kompulsiyon alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki vardır. OKB grubunda YBOKBT puanları arttıkça ÜBÖT puanları artmaktadır (rho=0,299; p=0,015).

ÜBÖT ile YBOKB-O,ODÖ, BDÖ VE BAÖ arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki vardır. OKB grubunda hastalarda ÜBÖT puanları arttıkça YBOKB-O puanları artmaktadır (rho=0,245; p=0,047). OKB grubunda ÜBÖT puanları arttıkça ODÖ puanları artmaktadır (rho=0,338; p=0,006) OKB grubunda ÜBÖT puanları arttıkça BDÖ puanları artmaktadır (rho=0,329; p=0,007). OKB grubunda ÜBÖT puanları arttıkça BAÖ puanları artmaktadır (rho=0,343; p=0,005).

ODÖ ile BDÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır. OKB grubunda ODÖ puanları arttıkça BDÖ puanları artmaktadır (rho=0,546; p<0,001).

BDÖ ile BAÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır. OKB grubunda ODÖ puanları arttıkça BDÖ puanları artmaktadır (rho=0,581; p<0,001).

Tablo 26. Reaktif grupta ölçek puanlarının birbirleri ile ilişkisi

REAKTİF N=34	YBOKBT		YBOKB-O		YBOKB-K		OBSSAYISI		ÜBÖT		ODÖ		BDÖ		BAÖ	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
YBOKÖT																
<b>YBOKÖ-O</b>		<b>0,897&lt;0,001</b>														
<b>YBOKÖ-K</b>		<b>0,893&lt;0,001</b>	<b>0,805&lt;0,001</b>													
OBS SAYISI	0,012	0,904	-0,104	0,558	0,045	0,800										
ÜBÖ	0,282	0,107	<b>0,360</b>	<b>0,037</b>	0,321	0,065	-0,042	0,812								
ODÖ	0,337	0,051	<i>0,365</i>	<i>0,034</i>	0,324	0,062	<i>0,169</i>	<i>0,338</i>	<b>0,481</b>	<b>0,004</b>						
BDÖ	0,135	0,447	<b>0,449</b>	<b>0,008</b>	0,252	0,150	0,284	0,103	<b>0,486</b>	<b>0,004</b>	<b>0,468</b>	<b>0,005</b>				
BAÖ	0,105	0,555	0,013	0,944	0,150	0,399	0,260	0,138	0,314	0,071	<b>0,537</b>	<b>0,001</b>	<b>0,659&lt;0,001</b>			

Reaktif grupta ÜBÖT ile ODÖ ve BDÖ pozitif yönde zayıf bir ilişki vardır. Reaktif hastalarda ÜBÖT puanları arttıkça ODÖ puanları artmaktadır (rho=0,481; p=0,004) Reaktif hastalarda ÜBÖT puanları arttıkça BDÖ puanları artmaktadır (rho=0,486; p=0,004) ÜBÖT ile OBS pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır. Reaktif hastalarda ÜBÖT puanları arttıkça OBS puanları artmaktadır (rho=0,360 p=0,037)

OBS ile BDÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır. Reaktif hastalarda OBS puanları arttıkça BDÖ puanları artmaktadır (rho=0,449; p=0,008) OBS ile kompulsiyon alt ölçeği arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki vardır. Reaktif hastalarda OBS puanları arttıkça Kompulsiyon alt ölçeği puanları artmaktadır (rho=0,805; p<0,001).

ODÖ ile BDÖ ve BAÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır. Reaktif hastalarda ODÖ puanları arttıkça BDÖ puanları artmaktadır (rho=0,468 p=0,005) Reaktif hastalarda ODÖ puanları arttıkça BAÖ puanları artmaktadır (rho=0,537 p=0,001) BDÖ ile BAÖ arasında pozitif yönde iyi bir ilişki vardır. Reaktif hastalarda BDÖ puanları arttıkça BAÖ puanları artmaktadır (rho=0,659 p<0,001)

Tablo 27. Otojen grupta ölçek puanlarının birbirleri ile ilişkisi

OTOJEN N=32	YBOKBT		OBS		Kompulsiyo n alt ölçeği		OBSSAYISI		ÜBÖT		ODÖ		BDÖ		BAÖ	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
YBOKBT																
YBOKÖ-O	<b>0,640</b>	<b>&lt;0,001</b>														
YBOKÖ-K	<b>0,860</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,197	0,280												
OBS. SAYISI	0,014	0,941	0,005	0,977	0,086	0,640										
ÜBÖ	<b>0,402</b>	<b>0,023</b>	0,065	0,725	<b>0,547</b>	<b>0,001</b>	0,307	0,087								
ODÖ	-0,102	0,579	0,041	0,825	-0,126	0,492	0,175	0,339	0,069	0,707						
BDÖ	0,045	0,809	0,082	0,654	-0,001	0,997	0,067	0,714	0,049	0,791	<b>0,579</b>	<b>0,001</b>				
BAÖ	0,253	0,163	0,207	0,256	0,200	0,272	0,155	0,396	<b>0,353</b>	<b>0,047</b>	<b>0,609</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,512</b>	<b>0,003</b>		

Tabloya göre otojen grupta YBOKBT ile ÜBÖT arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki vardır. Otojen hastalarda YBOKBT puanları arttıkça ÜBÖT puanları artmaktadır ( $\rho=0,402$ ;  $p=0,023$ ).

ÜBÖT ile BAÖ arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki vardır. Otojen hastalarda ÜBÖT puanları arttıkça BAÖ puanları artmaktadır ( $\rho=0,353$ ;  $p=0,047$ ). ÜBÖT ile kompulsiyon alt ölçeği arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki vardır. Otojen hastalarda ÜBÖT puanları arttıkça kompulsiyon alt ölçeği puanları artmaktadır ( $\rho=0,547$ ;  $p=0,001$ ).

ODÖ ile BDÖ arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki vardır. Otojen hastalarda ODÖ puanları arttıkça BDÖ puanları artmaktadır ( $\rho=0,579$ ;  $p=0,001$ ). ODÖ ile BAÖ arasında pozitif yönde iyi bir ilişki vardır. Otojen hastalarda ODÖ puanları arttıkça BAÖ puanları artmaktadır ( $\rho=0,609$ ;  $p<0,001$ ).

BDÖ ile BAÖ arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki vardır. Otojen hastalarda BDÖ puanları arttıkça BAÖ puanları artmaktadır ( $\rho=0,512$ ;  $p=0,003$ ).



## 5. TARTIŞMA

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) oldukça heterojen doğaya sahip bir hastalıktır (1). Bu nedenle hastalığın etiyoloji, belirti yapısı, klinik görünüm ve tedaviye yanıt gibi özelliklerine göre daha türdeş özelliklere sahip alt tipleri tanımlamaya ihtiyaç duyulmaktadır. OKB hastalarının homojen alt gruplarının belirlenmesi bu hastalardaki altta yatan mekanizmaları anlamak, ve tedavi yöntemleri geliştirmek ve uygulamak açısından önemlidir.

Bu çalışmada bilişsel teori temel alınarak obsesyonların otojen ve reaktif obsesyonlar olarak iki farklı gruba ayrılabilmesi önerisiyle bu alt grupların ilişkili oldukları bazı özellikler araştırılmıştır. Obsesyonların farklı bilişsel süreçlerden köken alan otojen ve reaktif obsesyonlar olarak ayrılabilmesi öne sürülmüş, obsesyon grupları arasında metakognisyonlar ve otomatik düşünceler ile bunların birbirleriyle ilişkileri incelenmiştir.

### 5.1. Sosyodemografik Veriler

Katılımcılardan OKB grubunun 45'i (% 68.2) kadın 21'i (%31.8) erkektir. Kontrol grubunda ise 44 katılımcı (% 66.7) kadın 22 katılımcı ise (%33.3) erkektir. Her iki grupta cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p = 1.0$ ) ( $P < 0.001$ ).

Ülkemizde yapılan Lapsekili ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada OKB hastaları ve sağlıklı kontroller karşılaştırılmış aralarında cinsiyet açısından anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (112). Beşiroğlu ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada OKB ve kontrol grubu arasında cinsiyet özellikleri açısından anlamlı fark bulunmadığını bildirmişlerdir (113). Doğan ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında OKB ve kontrol grubu arasında cinsiyet açısından anlamlı fark yoktur (114).

Tezcan ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmada Türk ve Fransız OKB tanısı konulmuş hastalar karşılaştırıldığında hasta gruplarının cinsiyet yönünden birbirleriyle karşılaştırılması ise istatistiksel yönden anlamlı farklı değildi (115). Geniş örneklemlili ECA ve CNCG (Cross-National OCD Collaborative Group Study )

çalışmalarında OKB'nin yaşam boyu görülme sıklığı, kadınlarda erkeklere göre yüksek bulunmuştur. (116), DSM-IV tanı ölçütlerinin kullanıldığı bir araştırmada, OKB tanısı konan 431 hastanın %51'nin kadın olduğu bildirilmiştir (23). DSM-III-R tanı ölçütlerine göre OKB tanısı konan 830 hastanın % 55 'inin kadın olduğu belirtilmiştir (19). Pazvantoğlu ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında hasta grupta kadın sayısı erkeklerden fazla idi ancak istatistiksel olarak anlamlı fazla değildir. (117). Bizim çalışmamızda da hasta grubunda kadın sayısı erkek sayısını iki katıdır ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kadın sayısındaki fazlalık polikliniğimize başvuran hastaların çoğunun kadın oluşundan kaynaklanıyor olabilir. Bizim çalışmamıza da her ne kadar cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da kadın katılımcı sayısı erkek sayısından olarak fazla idi. Bu durumun literatürde de bildirilen kadınların erkeklerden daha çok yardım arayışı içinde olmaları (118) (119), erkeklerin kadınlara göre sorunlarını daha çok inkar etmelerine ya da söz konusu yardım talep etme olduğunda gönülsüz davranmalarına bağlı olabileceği düşünülebilir. Ayrıca önceki çalışmalarda kadınların sorunlarını daha iyi anlayıp tanıdıkları bu nedenle tüm sağlık hizmetlerinden erkeklerden daha çok faydalandıkları da ileri sürülmektedir (120), (121), (122).

Çalışmamızda otojen obsesyonu olanların 18'i (%56.3) erkek, 14'ü (%43.8) kadın reaktif obsesyonu olanlardan 32'ü erkek 3'ü kadındır. Otojen, reaktif ve sağlıklı kontrol grubu aralarında cinsiyet açısından karşılaştırıldığında erkek sayısı otojen grupta reaktif gruba göre istatistiksel olarak anlamlı fazladır. Bu bulgu daha önce Beşiroğlu ve arkadaşları (2006) (66) tarafından aynı konuda daha önce yapılan çalışma ile uyumlu bulunmuştur. Bu konuda saldırganlık obsesyonların erkeklerde daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar olmakla birlikte (123), tersine Lensi ve arkadaşları (1996) çalışmalarında kadın cinsiyetle daha fazla ilişkili olduğunu bildirmiştir (124). Başka bir çalışmada da bulgularımızla uyumlu olarak saldırganlık, cinsel, dinsel, somatik obsesyonlar ve kontrol kompulsiyonları erkeklerde daha fazla belirlenirken, kirlilik obsesyonu ve temizlik kompulsiyonu da kadınlarda daha sık belirlenmiştir (125). Benzer şekilde Çamlı ve arkadaşları (2012) reaktif obsesyonları kadınlarda daha yaygın bulmuşlardır (126). Bu durum özellikle kadınların tüm dünya genelinde ev işleri ve temizlik gibi işlerin onların temel sorumluluğu gibi düşünülmesi ve bu konuda kendilerini mesul hissetmeleri ile ilişkili olabilir. Yapılan

bir çalışmada; erkek cinsiyet ile yıkıcı davranış bozukluğu ve tourette sendromu birlikteliği yüksek oranda saptanmış olması saldırganlık obsesyonlarının erkeklerde yaygın olmasını açıklayabilir (63). Bulgularımızdan farklı olarak otojen reaktif obsesyon grupları arasında fark bulmayan çalışmalar da bulunmaktadır. Beşiroğlu ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışma bu farksızlığa bir örnektir (68).

Çalışmamızda katılımcılardan hasta grubun yaş ortalaması  $34,33 \pm 14,29$  sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması  $34,36 \pm 14,09$ 'dur. Hasta ve kontrol grubu yaş açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark mevcut değildir. ( $p=0,990$ ) Hindistan'da yapılan bir çalışmada (127) hasta grubun yaş ortalaması  $29,32 \pm 10,56$  idi. Ülkemizde yapılan (56) bir çalışmada ise  $28,78 \pm 11,07$  idi. Bu çalışmada erkeklerin yaş ortalamasının kadınlardan anlamlı derecede küçük olduğunu bildirilmiştir. Tezcan ve arkadaşlarının (1998) yaptığı Türk ve Fransız OKB hastalarını karşılaştıran bir çalışmada Türk hastaların yaşları 18-57 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması  $35,3 \pm 10,5$ , Fransız hastaların yaşları 24-63 arasında değişmekte olup yaş ortalaması  $37,9 \pm 12,1$ 'dir. Aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur (115). Çamlı ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında katılımcıların yaş ortalaması  $30,14 \pm 12,38$  olarak bulundu (126). Lensi ve arkadaşları (1996) yaptıkları çalışmada ortalama yaşı 33.1 erkekleri anlamlı genç bulmuşlardır (124). Bizim çalışmamızda kadın erkek başvuru yaşları açısından istatistiksel anlamlı fark tespit edilemedi. Kadınların başvuru esnasındaki yaş ortalaması  $34,07 \pm 13,73$  erkeklerin ise  $35,00 \pm 15,76$ 'dır ( $p=0,807$ )

Otojen, reaktif ve sağlıklı kontrol grubu yaş açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark tespit edilememiştir. Otojen grubun yaş ortalaması  $34,43 \pm 16,24$ , reaktif grubun  $34,29 \pm 12,43$ , kontrol grubunun ise  $34,33 \pm 14,09$ 'dır.

Otojen ve reaktif grubu karşılaştıran çalışmalarda Beşiroğlu ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmada (66) otojen ve reaktif grup arasında yaş açısından anlamlı fark bulunmamış. Başka bir çalışmada otojen ve reaktif gruplar arasında yaş ortalaması açısından anlamlı fark bulunmamıştır (68). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada (128) yaş ortalamaları çalışmamıza yakın olarak otojen grupta  $34,61 \pm 8,67$  reaktif grupta  $34,86 \pm 8,58$  bulmuştur. Bizim bulgularımız ilgili literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızın sosyodemografik verilerinden medeni durum açısından incelendiğinde OKB grubunun %50 si evli %50 si bekadır. Sağlıklı kontrol ve OKB grubu arasında medeni durum açısından fark yoktur. Otojen, reaktif, ve sağlıklı kontrol gruplarının medeni durumları arasında da anlamlı fark tespit edilememiştir. OKB'nin klinik özelliklerinin yol açtığı uyum sorunları ve hastaların medeni durumlarının ilişkisi hakkında farklı veriler olmakla birlikte literatürde, OKB hastalarının evlilik durumu ile ilgili farklı sonuçlar da yer almaktadır (129). Çamlı ve arkadaşları (2012) çalışmasında her iki hasta grubundaki bekar hastaların oranı, otojen alt tipte 19 (% 63.3), reaktif alt tipte 17 (% 54.8) olacak şekilde daha yüksekti ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (126). Rasmussen ve arkadaşlarının (1991) yapmış oldukları çalışmada çalışmaya katılan OKB hastalarının % 52'sinin evli % 5'inin de boşanmış olduğu bildirilmiştir (130). Farklı kültürlerdeki 15 çalışmanın derlendiği bir makalede OKB hastalarında evli olma oranının %69,2'yi bulabildiği gösterilmiştir (131). Ülkemizde yapılan araştırmalarda da bizim çalışmamızla uyumlu sonuçlar olduğu görülmüştür. Beşiroğlu ve arkadaşlarının (2007) OKB ve sağlıklı kontrol gruplarıyla birlikte yaptıkları bir çalışmada her iki grup arasında medeni durum açısından anlamlı fark saptanmadığı bildirilmiştir (113). Lapsekili ve arkadaşları (2010) OKB hastalarında evli olma oranının bekar olma oranından daha fazla olduğunu bildirilmişlerdir (112). OKB hastalarının sosyodemografik özelliklerinin incelendiği, yine ülkemizde yapılan bir çalışmada OKB' de evlilik oranı %67,8 olarak bildirilmiştir (132). OKB ve major depresyon hastalarının medeni durumunun karşılaştırıldığı bir çalışmada her iki grup arasında belirgin farklılık bulunmamıştır (29). Önceki çalışmalarda tedavi arama davranışı olan hastalarda evli olma oranları anlamlı olarak daha fazla, yardım arama davranışı olmayanlarda ise bekar olma oranları daha fazla bulunmuştur (133). Evli olan hastalarda obsesif kompulsif belirtiler nedeniyle sosyal ilişkilerin ve evdeki işlevselliğin bozulması eşler arası çatışmalara yol açarak belirtilere ilişkin farkındalık düzeyinin daha fazla olması ve tedavi arayışının artmasına neden olmuş olabilir. Bir çok takip çalışmasında medeni durum, hastalık gidişinin belirleyicisi olarak bulunmamış olsa da, son dönemde yapılmış ileri dönük bir çalışmada 107 OKB hastası incelenmiş, evlenmiş olmanın kısmi iyileşme (remisyon) olasılığını belirgin bir şekilde artırdığı bildirilmiştir (30). Bizim çalışmamızda gruplar arası

medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu farksızlık çalışmanın yapıldığı Trabzon ve çevresinde kültürel olarak bekar hastaların ailesi ile yaşama eğilimi olmasıyla işlev kaybının anne baba kardeşler tarafından fark edilmesi veya yine bu işlev kayıpları nedeniyle yaşanan aile içi çatışmalar nedeniyle tedavi arayışı için bekar hastaların desteklenmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Hasta grubunda otojen obsesyonları olanların eğitim düzeyi incelendiğinde 8'inin (%25) liseden az, 10'unun (%31.3) lise ve dengi, 14'ünün (%41.2) lise üzeri eğitim aldığı görülmüştür. Reaktif obsesyonları olan grubunun eğitim düzeyi incelendiğinde 9'unun (%24.2) liseden az, 11'inin (%33.3) lise ve dengi, 14'ünün (%42.4) lise üzeri eğitim aldığı görülmüştür. Sağlıklı kontrol otojen ve reaktif gruplar karşılaştırıldığında aralarında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Aldıkları eğitimin yıl bazında ortalamaları ise sırasıyla reaktif 10,79±3,54 yıl otojen 10,87±3,88 yıl ve kontrol 11,04±3,95yıldır. Çamlı ve arkadaşlarının çalışmasında (2012) hasta grubunda ortalama eğitim yılı 10.93 ±3.52 yıl olarak saptanmıştır (126).

Lapsekili ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında (112) %82 n=22 hastanın ortaöğretim ve üstü eğitim aldığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda bu oran %75.7, n=50dir. Lensi ve arkadaşlarının (1996) yaptığı çalışmadaki kadın katılımcıların %23.2 si lise üzeri %29.5 lise %46.3 ünün liseden az eğitim aldığı erkek katılımcıların ise %14.6 si lise üzeri %25.5 lise %57'sinin liseden az eğitim aldığı bildirilmiştir (124). Doğan ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) OKB ve kontrol grubu karşılaştırılmış, her iki grubun da yaklaşık yarısının lise mezunu olduğu bulunmuş (kontrol % 50, OKB % 49,2) ve mezun oldukları okul bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bildirilmiş (114).

Katılımcılar çalışma açısından değerlendirildiğinde OKB ve kontrol grubu arasında çalışma durumları incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır. (p= 0.283). Otojen reaktif ve sağlıklı kontrol grubu çalışma durumları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır. (p= 0.283) Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında çalışmaya katılanların %13' ü çalışmıyor, %63' ü işçi, %19' u memur, %5' i serbest meslek erbabı olarak değerlendirilmiştir. Hasta ve kontrol grubu arasında mesleki durum

açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (137). Başka bir tez çalışmasında ise gruplara göre meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. OKB grubunda ev hanımlarının oranı yüksekken, kontrol grubunda memur ve profesyonellerin oranları yüksektir (138). Daha önce herhangi bir işi olan hastalarda, bu hastalığa bağlı olarak yaklaşık işgücü kaybı ortalama üç yıl olarak bildirilmiştir (113). Hastaların %14'ünün ortalama işgücü kaybı on yıldan daha çok olmaktadır (136). Çalışmamızın bulguları OKB üzerine yapılan sosyodemografik çalışmalarla uyumludur (113,134,135). Lensi ve arkadaşları 1996 çalışmada oranını kadınlarda %19.8 erkeklerde %15.9 olarak bildirmiştir (124). Bizim çalışmamızda her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da hasta grubun çalışan oranı çalışmayan oranının yarısıdır. Çalışma oranındaki azlığın nedeni OK belirtilerin işlev kaybına yol açarak çalışmaya kısmen de olsa engel olması ya da katılımcıların içinde üniversite öğrencilerinin bulunması oranın yarı yarıya olmasına sebep olmuş olabilir.

Katılımcılardan hasta grubunun ortalama gelir düzeyi 823.18 TL (min:0 max: 3500TL) kontrol grubunun ortalama gelir düzeyi ise 1265.61 TL (min:0 max: 8000TL) olarak tespit edilmiş olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır. (p =0.125) Katılımcılardan otojen grubunun ortalama gelir düzeyi 756.47±757.649TL (min:0 max: 3500TL) reaktif grubun ortalama gelir düzeyi ise 894.06±675.726TL (min:0 max:3000TL ) olarak tespit edilmiş olup sağlıklı kontrol otojen ve reaktif grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır. Gelir düzeyleri asgari ücrete göre gruplandığında ise sağlıklı kontrol grubunun %59'u reaktif grubun %53'ü otojen grubun ise %67'sinin gelir düzeyi asgari ücret altındadır. Asgari ücrete göre gruplandığında da her üç grup arasında anlamlı fark tespit edilememiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerine göre aylık açlık sınırı 1349 TL yoksulluk sınırı ise 4394 TL'dir. Bizim OKB grubumuzda açlık sınırının altında gelir ortalaması tespit edilmiştir. Bunun nedeni OKB grubunda ağırlığı fazla olan çalışmayan katılımcı sayısıdır. Bu katılımcılar gelir ortalamasını aşağı çekmektedir.

Ailenin gelir düzeyi ile OKB'nin bağlantılı olabileceğini savunan çok az sayıda çalışma vardır (139)(140). ECA çalışmaları OKB hastalarında düşük gelir düzeyinin çoğunlukta olduğunu savunmuştur (141). Karamustafalıoğlu ve

arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada OKB hastalarının %86'sında gelir düzeyinin alt-orta seviyesinde olduğu bildirilmiştir (132). Abay ve arkadaşları OKB hastalarının %67,5' inin aylık 1829 TL ve altında gelir düzeyine sahip olduklarını bildirmişlerdir (142). Aynı çalışmada, bizim çalışmamızda olduğu gibi OKB ve kontrol grupları arasında gelir durumu açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Katılımcılar yaşadığı yerlere göre değerlendirildiğinde hasta grubunda şehirde yaşayanların sayısı 50 (% 75.8), köy ve kasabada yaşayanların sayısı 16 (%24.2)'dir. Kontrol grubunda şehirde yaşayanların sayısı 54 (%81.8), köy ve kasabada yaşayanların sayısı 12 (%18.2) 'dir. Her iki grup arasında katılımcıların yaşadıkları yerler istatistiksel olarak birbirinden anlamlı farklı değildir. (p= 0.523) otojen reaktif ve sağlıklı kontrol grubu arasında katılımcıların yaşadıkları yerler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcut değildir. (p= 0.470) Tatlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2012) hasta ve kontrol grubu arasında 'yaşadığı yer parametreleri' açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır .(p= 0,594) Bulgumuz bu çalışma ile uyumludur. (137)

## 5.2. Klinik Özellikler

OKB grubu otojen ve reaktif obsesyonlar açısından gruplandığında reaktif grubun başvuru esnasındaki yaş ortalaması  $34,29 \pm 12,43$  otojen grubun ise  $34,44 \pm 16,24$ 'tür. Şikayetlerin başlama yaşı reaktif grupta ortalama  $25,29 \pm 12,13$  otojen grupta  $24,13 \pm 13,47$ 'dir. Belirtilerin başlangıcından itibaren geçen süre reaktif grupta ortalama  $102,12 \pm 71,005$  ay, otojenlerde ise  $127,81 \pm 89,273$  aydır. OKB grubun tedavi almaya başladıkları zamandan başlayarak aktif tedavi aldıkları süreler incelendiğinde ise reaktif grupta ortalama süre  $71,65 \pm 65,01$  ay otojen grupta ise  $84,50 \pm 72,27$  aydır. OKB grubu otojen ve reaktif olarak ayrılıp başvuru yaşı, başlangıç yaşı , şikayetlerin başlangıcından itibaren geçen ortalama süre ve tedavi alınan ortalama süre açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir. (sırasıyla  $p=0,807$ ,  $p=0.712$ ,  $p=0.450$ ,  $p=0.199$ ) Otojen grupta tedavi alınan sürenin daha uzun oluşu şikâyetlerin başlangıç yaşının istatistiksel olarak anlamlı olmayan erkenliği ile ilgili olabilir.

Çamlı ve arkadaşlarının çalışmasında (2012) hastaların hastalık süresi:  $11.04 \pm 8.73$  yıl olarak bildirilmiştir. (126) Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında, hastaların %35' inde, hastalık başlangıcından ilk psikiyatrik başvuruya kadar olan dönem 1 yıldan azken, %14' ünde bu süre 1-3 yıl arası, %18' inde 3-5 yıl arası, %30' unda ise 5 yıldan fazla olarak değerlendirilmiştir. Hastaların %38' inde, hastalık başlangıcından ilk psikiyatrik tedavi başlanıncaya kadar olan dönem 1 yıldan azken, %20' sinde bu süre 1-3 yıl arası, %14' ünde 3-5 yıl arası, %28' inde ise 5 yıldan fazla olarak değerlendirilmiştir (137). Hastaların 28% 'inin düzenli psikiyatrik ilaç kullanım süresi 1 yıldan azken, %30' unda bu süre 1-3 yıl arası, %12' sinde 3-5 yıl arası ve %30' unda ise 5 yıldan fazladır (137)

Doğan ve ark. (2013) yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak otojen grupta hastalık başlangıç yaşı  $23,17 \pm 9,06$  reaktif grupta ise  $24,02 \pm 7,74$  olarak bildirilmiştir (114). Tedavi alınan süre ise otojen grupta 3.96 reaktif grupta ise 3.94 yıldır. Hastalık süresi ise ortalama  $11 \pm 8,7$  yıl olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda tedavi alınan süre ilgili literatürle uyumlu olarak ortalama 6-7 yıl arasındadır. (reaktif grupta ortalama süre  $71,65 \pm 65,01$  ay otojen grupta ise  $84,50 \pm 72,27$  ay) hastalık süresi yani belirtilerin başlangıcından itibaren geçen süre reaktif grupta ortalama  $102,12 \pm 71,005$  ay, otojenlerde ise  $127,81 \pm 89,273$  aydır (yaklaşık 9-10 yıl civarı )

Hasta grup almakta oldukları tedaviler açısından incelendiğinde 9 kişi (%9.4) yeni tanı almış olup tedavi almıyordu çalışmamıza katılan OKB hastalarının %90.9'unun çalışmaya katıldıkları sırada düzenli psikiyatrik ilaç kullanımı olduğu saptandı. Bir başka çalışmada, çalışmaya katılmış olan OKB hastalarının %96'sında düzenli ilaç kullanımı saptanmıştır (143). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada OKB tanısını olan grup %12.9 oranında yeni tanı konulan, %87.1 kısmı ise bu tanıyla takip edilmekte olan olgulardan oluşuyordu (138). Ülkemizde yapılan başka bir tez çalışmasında hastaların %88' inin, çalışmaya katıldıkları dönemde psikiyatrik ilaç tedavisi kullandıkları belirlendi. (137)

Tatlı ve arkadaşlarının çalışmasında 2012 farmakolojik tedavi gören hastaların %68,89' u, tek başına Serotonin Geri Alım inhibitörü (SSRI) grubu ilaç kullanırken, %13,33' le trisiklik antidepressan ilaç kullanımı (TCA) ikinci sırada SSRI +AP kullanımı 3. Sırada gelmektedir. Farmakolojik tedavi gören hastaların %



68,89' u, tek başına Serotonin Geri Alım "inhibitörü (SSRI) grubu ilaç kullanırken, % 13,33' le trisiklik antidepresan ilaç kullanımı (TCA) ikinci sırada gelmektedir (137). Çalışmamızda, psikiyatrik ilaç tedavisi gören hastalardan 13 (%40.6) kişi sadece SSRI tedavisi almaktaydı. 15 kişi (%46.9) SSRI ve antipsikotik tedavisini birlikte almaktaydı. 1 kişi (%3.4) trisiklik antidepresan tedavi almaktaydı. Bu veriler trisiklik antidepresanlardan klomipraminin daha potent bir antiobsesyonel ilaç olmasına rağmen olası yan etkileri sebebiyle SSRI'ların daha çok tercih edilen tedavi oldukları yönündeki bilgilerle uyumludur (143).

Lee'nin bir çalışmasında, otojen obsesyonu olanlarda, düşünce bozukluğuna daha sık rastlandığı ve antipsikotik tedaviye daha fazla maruz kaldıkları öne sürülmektedir (68) Bizim çalışmamızda tedavi alan hastalar antidepresana antipsikotik eklenmesi veya sadece antidepresan kullanımı açısından karşılaştırıldıklarında otojen ve reaktif gruplar arasında anlamlı fark tespit edilemedi. Ancak otojen grupta antipsikotik alanlar reaktif gruptan sayıca fazladır. Bunun sebebi literatürde belirtildiği üzere otojen obsesyon grubuna dahil olan dini obsesyonlar, cinsel ve agresyon içerikli obsesyonların sanrı ile benzerlik göstermesi olabilir. Bu gruptaki hastalar, obsesyonlarını gerçek dışı algılamakla birlikte, dürtüye karşı koyma konusunda başarısız kalmakta ve belirtileriyle başa çıkamamaktadırlar. Otojen obsesyonu olan hastaların obsesyonel dürtü veya düşünceye karşı direnç göstermemeleri veya gösterdikleri direncin patolojik olması nedeniyle psikotik bir görünümüleri olmaktadır (149). Bu görünüm, otojen obsesyonları olan OKB hastalarının tanı esnasında psikotik bozukluk yelpazesinde değerlendirilip antipsikotik tedavi eklenmesini açıklayabilir.

Yeni tanı alıp henüz tedavi almayan 6 kişi çıkarılıp tedavi grubu antidepresan (AD) ve antidepresan + antipsikotik (AD+AP) ilaç tedavisi alıyor olmalarına göre karşılaştırıldığında ÜBÖ olumlu inançlar alt ölçeği ölçeğinin AD ile AD+AP açısından istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna varılmıştır.( $p=0,047$ ) AD + AP alan grubun MCQ alt ölçeğinden endişe ile ilgili olumlu inançlar ölçeği puanı yüksektir. Buna göre, endişe hakkında olumlu inançları yüksek olan kişilerde ("Endişelenmek gelebilecekte olabilecek sorunları engellememe yardımcı olur." şeklinde düşünenler) antipsikotik ekleme stratejisinin daha fazla oluşunu elimizdeki mevcut verilerle açıklanamamıştır. OKB tedavisinde bir antidepresana antipsikotik

ekleme gereksinimi muhtemel bir direnç nedeniyle ortaya çıkmış olabilir. Ancak kesitsel verilerimiz ile direnç konusunu netleştirmek şu aşamada mümkün değildir.

Katılımcılar ailedeki psikiyatrik öykü açısından değerlendirildiğinde, hasta grubunda ailesinde 1 derece akrabalarında psikiyatrik öykü olmayan kişi sayısı 42 (%41.2), 1 derece akrabalarında OKB öyküsü olan kişi sayısı 19 (%28.8), diğer psikiyatrik hastalık öyküsü olan kişi sayısı 5'tir (%7.6). Kontrol grubunda ailesinde psikiyatrik öykü olmayan kişi sayısı 60 (%90.9), ailesinde OKB öyküsü olan kişi sayısı 1( %1.5), diğer psikiyatrik hastalık öyküsü olan kişi sayısı 5'tir (%7.6). Hasta grubunda ailede OKB öyküsü kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. ( $p<0.001$ ) Her üç grup aynı anda karşılaştırıldığında aralarındaki fark kontrol grubundan kaynaklanmaktadır. OKB hastalarının 1. derece akrabalarında OKB görülme oranı % 12-25 arasında bildirilmiştir (32)(35). Ülkemizde yapılan bir uzmanlık tezinde OKB grubunun 1. derece akrabalarında OKB görülme öyküsü % 22.4; 2. derece akrabalarda görülme ise % 16.3 oranındaydı (138). Ülkemizde yapılan başka bir tez çalışmasında hastaların %24' ünün ailesinde, OKB öyküsü olduğu belirlendi. Ailesinde OKB öyküsü bulunan hastaların %41,66' sının, birinci derecede akrabalarında OKB olduğu belirlendi (137). Çalışmamızda OKB hastalarının 1.derece akrabalarında OKB görülme öyküsü % 28.8; oranında bulundu. Demet ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2005) OKB hastalarının ailesinde OKB görülme oranı %28 olduğu bildirilmiştir (145). Sonuçlarımız bu çalışmayla uyumludur. Nestdat ve arkadaşları, yapmış oldukları çalışmada OKB olgularının birinci derece yakınlarında kontrol grubuna göre yaklaşık 5 kat daha fazla OKB tanısı olduğunu bildirmişlerdir (32) . Bizim çalışmamızda bu oran %28.8'e %1.5 dur. Arada yaklaşık 19 kat fark mevcuttur. Bölgemizde akraba evliliği yaygın görülen bir durumdur. Bu nedenle birinci derece akrabalarda ailesel kümelenmenin batı toplumuna göre daha yaygın olduğu söylenebilir. Ailelerde OKB'nin geçiş paternini araştıran 5 ayrışım analizi çalışmasında, ailelerde OKB geçişinin genetik geçişle uyumlu olduğu yönünde bulgular ortaya çıkmıştır (146). Sonuçlar, OKB'nin büyük olasılıkla sendromun ortaya çıkışında farklı genlerin önemli olduğu oligogenik bir bozukluk olduğu yönünde değerlendirilmiştir(146). Bu bilgilere karşın ailesel geçiş oranlarının düşük olduğu istisnai bir çalışmada, 32 erişkin OKB hastası ve 33 normal kontrolün birinci derece akrabalarıyla doğrudan görüşme yapılmıştır. OKB riski,

OKB hastalarının birinci derece akrabalarında %2.6 iken, kontrollerin akrabalarında %2.4 bulunmuştur. Obsesif kompulsif semptomların görülme oranı ise OKB olanların akrabalarında %17.5, kontrollerin akrabalarında %12.5 bulunmuştur (35).

Tüm hasta grubu belirti içerikleri açısından incelendiğinde bulaş obsesyonu n= 28 (%42.4), saldırganlık obsesyonu n= 25 (%37.9), dini obsesyonlar n= 19 (%28.8), kuşku obsesyonu n=18 (%27.3), simetri obsesyonu n= 15 (%22.7), cinsel obsesyonlar n= 14 (%21.2), biriktirme n=2 (%3) katılımcıda mevcuttur. Temizleme kompulsiyonu n= 33 (%50), kontrol etme kompulsiyonu n=21 (%31.8), düzenleme kompulsiyonu n=15 (%22.7), mental kompulsiyonlar n=21 (%31.8), sayma kompulsiyonu n=4 %6.1 ve biriktirme kompulsiyonu n=2 (%3) kişide mevcuttur.

OKB grubu otojen ve reaktif obsesyonlar açısından ayrıldığında belirti yüzdeleri otojen grupta saldırganlık obsesyonu n= 25 (%78.1) dini obsesyon n=19 (%59.4) cinsel obsesyonlar n= 14 (%43.8), temizleme kompulsiyonu n=5 (%15.6), sayma kompulsiyonu n=1 (%3.1), kontrol kompulsiyonu n=5 (%15.6), mental kompulsiyonlar n=21 (%65.6), kompulsiyonu olmayanlar n=9 (%28.1); reaktif grupta bulaş obsesyonu n=28 (%82.4) simetri obsesyonu n=15 (%44.1) kuşku obsesyonu n=17 (%50) biriktirme obsesyonu n=2 (%5.9) temizleme kompulsiyonu n=28 (%82.4) düzenleme kompulsiyonu n=15 (%44.1) sayma kompulsiyonu n=3 (%8.8) kontrol kompulsiyonu n= 16 (%47.1) kişide tespit edilmiştir.

Çalışmamızda kişilerin en çok yakındıkları obsesyon literatürle uyumlu olarak (%42), oranında kirlenme-bulaş obsesyonu bulunmuştur. Literatürde en sık görüldüğü bildirilen kompulsiyon bulaş obsesyonlarına eşlik eden temizleme kompulsiyonudur. Bizim örneklemimizde de en sık görülen kompulsiyon olarak (%48.5), oranındaydı. Türk ve Fransız OKB hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada pislik bulaşması konulu obsesyonlar ve temizlik yıkama kompulsiyonları bizim çalışmamızla uyumlu olarak her iki hasta grubunda da en sık tanımlanan obsesyon ve kompulsiyonlar olarak bildirilmiştir (115). Aynı şekilde Khanna ve Channabasavanna'nın yaptığı araştırmada (1998) da temizlik yıkama kompulsiyonları en sık rastlanan kompulsiyonlar olarak bildirilmiştir (147). Lensi ve arkadaşları kuşku ve bulaşma obsesyonları ile kontrol ve temizleme davranışlarını en sık görülen obsesyon ve kompulsiyonlar olarak belirlerken, Juang ve Liu bulaşma ve kuşku obsesyonları ile kontrol ve yıkama kompulsiyonlarını en sık görülen obsesyon

ve kompulsiyonlar olarak bildirmişlerdir (62). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer bulgular saptanmıştır. Yiğittürk ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kirlilik, bulaşma ve kuşku obsesyonları ile temizlik ve kontrol kompulsiyonlarının en sık görülen obsesyon ve kompulsiyonlar olduğunu bildirmişlerdir (148). Manisa’ da yapılan bir çalışmada hasta örnekleminde bulaş ve kuşku obsesyonu ve temizlik, kontrol, kompulsiyonları en sık görülen obsesyon ve kompulsiyonlar olarak belirlenmiştir (149).

Ülkemizde 15 merkezin katılımı ile yapılan geniş örneklemlili 351 hastanın dahil edildiği çalışmada saldırganlık obsesyon ve kompulsiyonları %44.4, dini obsesyon ve kompulsiyonlar %26.8, cinsel obsesyon ve kompulsiyonlar %16.2, bulaş obsesyonu ve kompulsiyonu %75,8 simetri obsesyonu ve kompulsiyonu %67,8, biriktirme obsesyon ve kompulsiyonu %22,8, bedensel obsesyon ve kompulsiyonlar %17,4 diğer obsesyonlar %34,2 olarak bildirilmiştir (150).

Çalışmamız ile literatürle ilk sırada görülen obsesyon ve kompulsiyonlar uyuşmasına karşın; bizim çalışmamızda ikinci sırada saldırganlık obsesyonu (n= 25, %37,9) üçüncü sırada ise dini obsesyonlar (n= 19, %28,8) olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda en sık görülen temizlik yıkama kompulsiyonlarını ikinci sırada kontrol etme kompulsiyonları ve mental kompulsiyonlar eşit yüzde ile (n=21 %31,8) düzenleme kompulsiyonları üçüncü sırada n=15 (%22,7), izlemektedir. Obsesyonların görülme sıklıkları kültüre göre değişmektedir batı toplumunda nadir görülen dini obsesyonların doğu toplumlarında daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Kültürlerarası yapılan bir araştırmada dini obsesyonların Mısır örnekleminde % 60, Suudi Arabistan örnekleminde % 50 oranı ile en sık görülen obsesyonlar olduğu saptanmıştır. Buna karşılık dini obsesyonlar ABD’de % 6, İngiltere’de %5, Hindistan’da % 11 oranında görülmüştür. Musevi toplumunda yapılan çalışmalarda ise müslüman topluma benzer sonuçlar alınmış ve dini obsesyonlar % 50 oranında bulunmuştur (19) (151). Bu obsesyonlar abdestinin ya da namazının bozulduğu, gusül abdestinin tam olarak alınmadığı, namazda yanlış bir şey söylendiği ya da yapıldığı, ibadetlerin eksik kaldığı gibi temalar etrafında oluşmakta ve sıklıkla yineleme, yıkanma gibi kompulsiyonlarla seyretmektedir. İbadet sırasında ya da günlük hayatta Tanrı’ya kötü söz söyleme, inkar etme gibi obsesyonlar, daha nadir olmakla birlikte, dini obsesyonlar arasında görülmektedir. Okasha ve arkadaşlarının

(1994) (151) çalışmasında bildirdiği yüksek oranlar, bu toplumlarda dini duyguların yaygınlığı ve dinin temizliğe yaptığı vurguyla açıklanmıştır. Bizim çalışmamızda ise batı toplumundan yüksek %28.8 olarak tespit edilmiştir. Ülkemizin İslami kültürün etkisi altında olduğu göz önüne alındığında bulgularımız literatürle uyumludur. Cinsel obsesyonların (n= 14 , %21.2) göreceli olarak daha az görülmesinin nedeni, cinsellikle ilgili obsesyonların toplumsal ön yargılar nedeniyle diğer obsesyonlara göre bildirimlerinin daha zor ve başvurularının daha az olması olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda otojen olarak tanımlanan grupta daha çok zihinsel / mental kompulsiyonlar (dua etme, tövbe etme gibi) gibi dışarıdan fark edilmesi zor ve çevredeki insanlarla paylaşılabilen örtük kompulsiyonlar eşlik ederken, reaktif grupta dışarıdan fark edilebilen, ev halkı , arkadaş, akrabaların ortak edildiği açık kompulsiyonlar tespit edilmiştir. Bilindiği gibi kompulsiyonlar yoğun sıkıntı veren obsesyonların etkisini azaltmak için kişinin kendisini yapmak zorunda hissettiği, gereksiz olduğunu bilmesine rağmen yapmaktan ve tekrarlamaktan kendisini alıkoyamadığı açık davranışlar veya gizli zihinsel eylemlerdir. Genellikle obsesyonların şekillendiği fikirler ile uyumlu olarak yerine getirilirler. Yıkama, yıkanma, kontrol etme, dokunma, sıralama, biriktirme gibi dışarıdan fark edilebilecek açık davranışlar (açık kompulsiyonlar) şeklinde olabileceği gibi, sayma, dua etme gibi gizli zihinsel aktiviteler (örtük kompulsiyonlar) şeklinde de ortaya çıkabilirler (61).

Lee ve ark. (67) tarafından yapılan bir çalışmada otojen obsesyonlara dışarıdan fark edilmesi zor olan zihinsel ritüeller ya da kaçınma davranışlarının eşlik ettiği, reaktif obsesyonlara ise dışarıdan gözlenebilir kompulsiyonların eşlik ettiği sonucuna varılmıştır .Belloch ve arkadaşlarının (2007) (152) yaptıkları çalışmada yine benzer şekilde reaktif grubun kompulsiyon skalasında davranışsal özellikleri (yıkama, kontrol etme vb.) daha belirgin saptanmıştır. Çalışmamızın bu sonucu önceki çalışmaların sonuçları ile tutarlılık göstermektedir. Bu bulgu otojen reaktif ayırımındaki bilişsel dizgenin davranışsal sonuçlarını göstermesi açısından önemlidir. Bu bilgiler, her iki durumda farklı bilişsel davranışçı yaklaşımların sergilenmesi gerektiğini, örneğin otojen obsesyonlarda bilişsel tedavinin, reaktif obsesyonlarda ise klasik davranışçı tedavinin uygulanabileceğini ortaya koymaktadır.

## **YBOKBÖ:**

Çalışmamızda otojen olarak tanımlanan grupta daha çok YBOKBÖ de diğer kompulsiyonlar adı altında sorguladığımız zihinsel /mental kompulsiyonlar (dua etme, tövbe etme gibi) gibi dışarıdan fark edilmesi zor örtük kompulsiyonlar eşlik etmektedir. Reaktif grupta yıkama sayma düzenleme kontrol gibi dışarıdan fark edilebilen açık kompulsiyonlar mevcuttur. Lee ve ark. (67) tarafından yapılan bir çalışmada otojen obsesyonlara dışarıdan fark edilmesi zor olan zihinsel ritüeller ya da kaçınma davranışlarının eşlik ettiği, reaktif obsesyonlara ise dışarıdan gözlenebilir kompilasyonların eşlik ettiği bildirilmiştir. Belloch ve arkadaşlarının (2007) (152) yaptıkları çalışmada yine benzer şekilde reaktif grubun kompulsiyonlarının dışardan fark edilen açık kompulsiyonlar olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada YBOKB ölçeği toplam puan obsesyon ve kompulsiyon alt ölçeği bakımından sağlıklı kontrol otojen ve reaktif gruplar arası anlamlı farklılık tespit edilmiştir Bu fark sağlıklı kontrol grubunun otojen ve reaktif grup ile karşılaştırılmasından doğmaktadır. Otojen ve reaktif grup arasında YBOKB ölçeği toplam puan obsesyon ve kompulsiyon ölçeği bakımından anlamlı fark tespit edilememiştir ( $p=0.93$ ). Beşiroğlu ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada (66) otojen grubun kompulsiyon puanı reaktif gruptan anlamı olarak düşük bulurken, obsesyon ve toplam puanlar arası anlamlı fark tespit edilememiştir. Belloch ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (2007) reaktif grubun obsesif – kompulsif semptomlarla daha fazla ilişkili olduğunu bulmuşlardır (152), yine benzer sonuç Lee ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2003) saptanmıştır, reaktif grubun kompulsiyon şiddeti daha yüksek bulunmuştur (2). Bizim çalışmamızda da reaktif grubun kompulsiyon ölçeğinden aldıkları puanların literatürle uyumlu olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu yükseklik reaktif obsesyonlarla ilişkili kompilasyonların açık olarak dışarıdan fark edilen sayma kontrol etme temizleme gibi davranışlar oluşu ile açıklanabilir. Cinsel veya dini obsesyonlar geleneksel olarak saf obsesyon grubu olarak tanımlansa da tek başına kompulsiyon olmaksızın görülme sıklığı nispeten düşüktür ancak örneğimizde bu şekilde kompulsiyon olmaksızın görülen otojen obsesyonu olanlar mevcuttur, kompulsiyon puanındaki istatistiksel olarak anlamlı olmayan düşüklük bu nedenle olabilir. Otojen obsesyonlara eşlik eden mental kompilasyonların toplumsal ön yargılar nedeniyle

diğer obsesyonlara göre bildiriminin daha zor olması nedeniyle de kompulsiyon puanları daha düşük bildirilmiş olabilir. Ayrıca otojen grup belirtilerin rahatsız edici katastrofik doğası nedeniyle kompulsiyonlar üzerinden giden olağan alıştırma tekniklerini uygulamak pek mümkün olmamakta ve daha çok bilişsel yapılandırıcı tekniklere ihtiyaç duyulmaktadır.

### **BDÖ:**

Obsesif kompulsif bozuklukta, depresif semptomlar sıktır ve OKB'li hastaların 2/3 ünde major depresyon tanı ölçütlerini dolduracak kadar depresif semptomlar görülebilmektedir. Komorbit depresyonun varlığı kronikleşmeye, tedaviye düşük yanıt ve kötü prognoza neden olabilir. BDI puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda  $3.67 \pm 4.276$  (min:0 max:21) hasta grubundan otojen obsesyonu olanlar için  $12.47 \pm 7.025$ 'dir (min:0 max:30) reaktif obsesyonu olanlar grubu için  $11.68 \pm 7.168$ 'dir (min:0 max:28). Bizim çalışmamızda SCID 1 uygulayarak major depresyon tanı kriterlerini karşılayan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca katılımcıların çoğunluğu bir medikal tedavi almakta olduğundan ortalama puanlar kesme puanı olan 17'nin altında bulunmuştur.

OKB ve depresyonda eş hastalanım incelenirken yapılandırılmış ölçekler kullanıma en uygun olanlardır. Fakat değerlendirici ve/veya katılımcı OKB ve depresyon arasında ilişki olduğu değerlendirici ya da katılımcı tarafından düşünülüyorsa ya da değerlendirme ölçeği böyle bir ilişkinin varlığına göre hazırlanmışsa her iki alan birbirini etkiler. Buna yansıma etkisi denir. Çalışmanın hedefinden habersiz iki ayrı araştırmacıdan birinin OKB diğerinin depresyonu araştırması yansıma etkisini ortadan kaldırmak için idealdir. (153).

Her üç grup BDI puanları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark mevcuttur. ( $p < 0.001$ ). Gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında kontrol grubu ile otojen grup arasında ve kontrol grubu ile reaktif grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. ( $p < 0.0001$ ,  $p < 0.0001$ ) ancak otojen ve reaktif grup kendi aralarında karşılaştırıldığında BDI puanları açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p = 0.151$ )

İstenmeyen düşünceleri bilinçli olarak bastırma eğilimi ile olumsuz duygudurum arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. Beşiroğlu (113) yaptıkları bir

araştırmada otojen grupta tedavi sonrası obsesyon şiddetinde azalma eğilimiyle depresyon şiddeti ve istenmeyen düşünceleri bastırma eğilimindeki azalma düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu yorumu destekleyecek bir çalışmada, Millet (2004) siklotimik ve epizodik özellikleri olan OKB hastalarının dini, saldırganlık ve cinsel obsesyonlara daha fazla sahip olma eğiliminde olduklarını bulmuş ve bu hastalarda depresif atakların aslında OKB'yi tetikleyebileceğini öne sürmüştür (154). Bu bilgiler ışığında otojen grupta depresyon ölçeği puanlarının anlamlı yükselmesi beklenirken bizim çalışmamızda fark bulunmaması literatürde bildirildiği üzere (2); (3) reaktif grubun otojen gruba göre daha az negatif duygusal reaksiyonlarla ilişkili ve daha az suçluluk ortaya çıkarmasına rağmen reaktif grubun negatif olasılıkların gerçekleşmesi ve düşüncenin kendisi değil atfettiği sonucun olma olasılığı, korkulan negatif sonucun gerçekleşmesiyle ilgili yaşanan üzüntü ve endişenin fazlalığı depresyon puanlarının artışına neden olması ile açıklanabilir. Bir diğer sebep ise depresif belirti puanlarının anlamlı yüksek bulunduğu Belloch'un çalışması ile uyumlu olarak reaktif grubun çoğunlukla kompulsif davranış ile ilişkili olması (152), bu davranışların hastanın günlük aktivitelerine daha büyük oranda engel olması ve böylece duygudurumunu etkilenmesi olabilir (128). Son olarak yansıma etkisi nedeniyle otojen grupta BDÖ puanlarındaki beklediğimiz yüksekliği elde edememiş olabiliriz.

Yaptığımız korelasyon analizlerine göre BDÖ ile yaş arasında pozitif yönde zayıf ve eğitim yılı arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki bulunmuştur. ( $\rho=0,387$ ;  $p=0,024$ ) ( $\rho=0,504$ ;  $p=0,002$ ) Reaktif hastalarda yaş ve eğitim arttıkça BDÖ puanları artmaktadır ( $\rho=0,387$ ;  $p=0,024$ ) ( $\rho=0,504$ ;  $p=0,002$ ). Catapano ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2010) iç görüsü az olan OKB hastalarında eğitim süresinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (155). Benzer sonuç Alonso ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada da mevcuttur (156). Bu çalışmaları ışığında eğitim arttıkça içgörünün de arttığı ve OK belirtilere içgörü geliştirmenin de depresif belirtileri arttırmış olabileceği aradaki orta düzeydeki ilişkiyi açıklayabilir.

### **BAÖ:**

Obsesyonlar günlük yaşamla ilgili endişelerden farklılık gösteren, kontrol edilemeyen, yineleyici, girici düşünce, dürtü veya imgelerdir. Bu düşünce, duygu ve



imgeler benliğe yabancıdırlar (5). Bu değerlendirmeler kaygı ve sıkıntı ortaya çıkmasına neden olurlar. Obsesyonlara kaygı ve sıkıntı ile birlikte utanç, suçluluk, tikslenme ve öfke de eşlik eder (54). Otojen obsesyonların daha fazla suçluluk uyandırması daha kabul edilemez ve ifade edilemez oluşu otojen grupta anksiyete puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olması beklentisini ortaya çıkarmaktadır.

BAÖ puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda  $4.91 \pm 4.454$  (min:0 max:21) hasta grubundan otojen obsesyonu olanlar için  $21.13 \pm 14.663$ dir (min:0 max:63) reaktif obsesyonu olanlar grubu için  $18.18 \pm 12.581$ 'dir (min:1 max:48). Her üç grup BAÖ puanları açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark mevcuttur. ( $p < 0.001$ ). Gruplar kendi aralarında ikili karşılaştırıldığında kontrol grubu ile otojen grup arasında ve kontrol grubu ile reaktif grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. ( $p < 0.0001$ ,  $p < 0.0001$ ) ancak otojen ve reaktif grup kendi aralarında karşılaştırıldığında BAÖ puanları açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p = 0.150$ ) Bizim çalışmamızda da anksiyete puan ortalaması daha fazla suçluluk uyandıran daha kabul edilemez ve ifade edilemez olarak nitelendirilen otojen obsesyonları olan grupta reaktif gruba göre yüksektir ancak bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildir. İstatistiksel açıdan anlamlı olmayışın nedeni çalışmanın örnekleminin yeterince büyük olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

### 5.3. Üstbilşler

#### Üst biliş ölçeği:

Üstbiliş bilişin değerlendirilmesini, gözlenmesini, veya kontrol edilmesini içeren herhangi bir bilgi veya bilişsel süreçtir. Wells ve Matthews kendini düzenleyici yürütücü işlevler modelinden yola çıkarak obsesif kompulsif belirtiler için üstbilişsel modeli geliştirmişlerdir. Modele göre kişiler obsesyonel düşüncelere sahip olmayı kendileri için anlamlı ve beraberinde getirdiği düşünülen olumsuz sonuçları nedeniyle olumsuz olarak değerlendirmektedirler (93). Girici düşünceler, üstbilişsel inançların tetiklenmesi ile düşüncelerin anlamlı, önemi ve sonuçları hakkında olumsuz değerlendirmelere neden olmaktadır. Bu olumsuz değerlendirmeler korku, kaygı, suçluluk ve sıkıntı duygularını ve ritüel gerçekleştirme gibi davranışsal tepkileri beraberinde getirmektedir (94).

Üstbilişler ile obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiye yönelik literatür incelendiğinde üstbilişler ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasındaki pozitif yönlü ilişkinin üstbilişsel model ile tutarlı olduğu görülmektedir. Üstbilişsel model obsesif kompulsif belirtilerin ve OKB'nin gelişimi üzerinde kişilerin düşünceleri hakkındaki inançlarının ve değerlendirmelerinin rolü olduğunu vurgulamaktadır. Modele göre kaygı ve sıkıntı yaratan uyarıcıya tepki olarak bilişsel dikkat odaklanması sendromu (cognitive attentional syndrome-CAS) gelişmektedir. CAS abartılmış, benlik odaklı dikkate, tehdit gözlemlemeye yol açmakta; fonksiyonel olmayan, olumsuz benlik inançlarının düzeltilmesini engellemekte; olumsuz duygu ve düşüncelerin sürmesine neden olmakta ve psikolojik bozuklukların gelişimine etki etmektedir (89) (81).

Çalışmamızda ÜBO toplam puanları açısından kontrol grubu ile otojen grup arasında ve kontrol grubu ile reaktif grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. ( $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ) ancak otojen ve reaktif grup kendi aralarında karşılaştırıldığında ÜBÖ toplam puanları açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır. ( $p=0.151$ ) Çalışmamızda Üstbiliş ölçeğinin toplam puanı ve alt ölçeklerinin puanlaması yapıldığında literatürde belirtilen beş faktörden yalnızca **“Kontrol edilmezlik ve tehlike”, “düşünceleri kontrol ihtiyacı” boyutları açısından otojen ve reaktif grup birbirinden anlamlı derecede farklılaşmaktadır. Her iki faktör için de otojen grup ortalaması anlamlı derecede reaktif gruptan yüksektir, faktörlerden “düşünceleri kontrol ihtiyacı” en yüksek puan alarak otojen grup ile daha fazla ilişkili bulunmuştur.**

Bazı çalışmalarda OKB 'de düşüncenin değerlendirilmesi ve düşünce hakkındaki inançlar gibi üstbilişsel düşüncelerin öneminden söz edilmektedir (93),(94). Çalışmamızın bulgularından farklı olarak Doğan ve ark. yaptığı çalışma sonucunda ortaya çıkan bulgular üstbilişsel inançların OKB tanısı almış bireyler ile sağlıklı bireylerde farklı özellikler gösterdiği otojen ve reaktif alt tipler arasında üstbilişsel farklılıkların olmadığını göstermektedir (114). Tosun ve Irak (2008) Türkiye'den 850 üniversite öğrencisiyle yürüttükleri çalışmada üstbilişlerin, özellikle tehlike ve kontrol edilemezlik boyutuna dair üstbilişsel inançların, obsesif-kompulsif belirtiler ve sürekli kaygıyı birbirinden bağımsız olarak güçlü bir şekilde yordadığını göstermişlerdir (105). Aynı şekilde başka bir çalışmada klinik olmayan 80 kişilik

örnekleme hem üstbilişsel inançlar hem de üstbilişsel kontrol stratejilerinin incelendiği çalışmada; kontrol edilemezlik ve tehlike boyutunun endişe ve obsesif-kompulsif belirtileri yordadığı bildirilmiştir (158).

Kontrol edilemezlik ve tehlike iki boyuttan oluşmaktadır. Birincisi, ‘insanın işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol etmesi gereklidir’ şeklindeki inançtır. Diğeri, endişenin kontrol edilemeyeceğine dair inançtır. Düşünceleri kontrol ihtiyacı, batıl inanç, cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacını içerir. Bu inançlar, kişi onları kontrol edemediği takdirde ortaya çıkacak zarar verici sonuçlardan kişinin sorumlu olacağına ve cezalandırılacağına ilişkindir (128).

Çalışmamızda otojen grupta bu iki boyutun yüksek bulunması otojen obsesyonların daha çok hoşnutsuzluk ve suçluluk duygularına yol açması ile ilgili olabilir (2).Otojen obsesyonların (örn. dini, cinsellik ve saldırganlık) kabul edilemez ve utanç verici olması, nedeniyle daha fazla suçluluk oluşturabilir. Otojen obsesyonlara sahip hastalar bu düşünceleri, reaktif obsesyonları olan hastalara göre daha fazla bilinçli olarak bastırma ve kontrol eğilimindedirler. Düşünceleri bilinçli bastırma çabası otojen obsesyonların daha da artmasına neden olmaktadır. Yani üstbilişsel kuramla tutarlı olarak, katılımcıların düşünce yapılarına yönelik patolojik üstbilişsel inançlarının girici düşüncelerin anlamına ve sonuçlarına yönelik olumsuz değerlendirmeleri tetiklediği, bu değerlendirmelerin sıkıntı, kaygı ve obsesif kompulsif belirtilerin şiddetinin artmasına yol açtığı düşünülebilir. Literatürde üstbilişsel inançlar ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasındaki bu ilişkiyi destekleyen çalışmalara rastlanmaktadır (98)(158)(90).

Wells (2000) kendini düzenleyici yürütücü işlevler modelinde işlevsel olmayan düşünce kontrol stratejilerinin çeşitli psikolojik bozukluklar üzerindeki zarar verici etkisinin altını çizmektedir. Endişelenmenin ve kendini cezalandırmanın da içinde olduğu kontrol stratejileri tehdit edici olan uyarıyı tespit eden bilişsel süreçlerde yanlılığa neden olmakta, dikkati tehdit edici uyarana odaklayarak girici düşüncelerin artmasına yol açmaktadır. Model bu düşünce kontrol stratejilerinin kullanımının obsesyonların ve obsesyonlar ile ilişkili sıkıntı ve rahatsızlığın artmasına ve bozukluğun sürmesine katkıda bulunduğunu ileri sürmektedir (81). Daha belirgin olarak, üstbilişlerin patolojik düzeyde olmasının, katı ve değişmesi zor

bir yapı sergilenmesi anlamına geldiği ve girici düşüncelere yönelik yapılan değerlendirmeleri etkileyerek düşünce kontrol stratejilerinin kullanımına yol açtığı belirtilmektedir. Sonuç olarak da, kontrol etme çabalarına rağmen rahatsızlık yaratıcı düşüncelerin sürmesi, kişi tarafından zihinsel kontrolün kaybına kanıt olarak görülebilmekte ve bu düşünceler nedeniyle duyulan sıkıntıyı arttırmaktadır (159).

Üst Biliş Ölçeği'nin Düşünce Kontrol ihtiyacı Faktörü klinik olmayan deneklerde obsesyonel semptomları öngören tek inanış olduğu ve OKB hastalarını klinik olmayan kontrollerden ayırt etmeyi başardığı ileri sürülmüştür (157). Gwilliam, Wells ve Cartwright-Hatton (2004) çalışmasında üstbilişlerin obsesif kompulsif belirtiler ile ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmada düşünceleri kontrol ihtiyacı hakkındaki olumsuz inançlar ve bilişsel güven hakkındaki olumsuz inançlar üstbilişlerinin obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini arttırdığı bulunmuştur (93).

Çalışmamızla uyumlu olarak Cucchi ve arkadaşları (2012) çalışmalarında panik bozukluk ve OKB tanısı almış ve sağlıklı kontrolleri üst bilişsel açıdan karşılaştırmışlardır OKB ve panik bozukluk hastalarının kontrol edilemezlik ve tehlike ile ve düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutlarından aldıkları puanların kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (98). Barahmand'ın (2009) yaygın anksiyete bozukluğu ve OKB hastaları ve sağlıklı kontrol grubuyla gerçekleştirdiği çalışmada ise klinik örneklemin kontrol grubuna göre kontrol edilemezlik ve tehlike ile bilişsel güven puanlarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (160).

Çalışmamızdan farklı olarak Lee ve Kwon' un (2003) klinik OKB olgularıyla yaptıkları çalışmada tahmin edilenin aksine otojen grubun düşüncenin kontrolü ve aşırı önemsenmesi ile ilişkili bulunamadığı bildirilmiştir (2). Bu farklı sonucu otojen ve reaktif obsesyonları gruplandıran tam karşılayan ölçeğin olmamasına hastalarda otojen ve reaktif içeriklerin bir arada bulunabileceği ve hastaların öz bildirimine dayalı veriler olması ile açıklamışlardır (133).

Diğer alt ölçeklerde fark bulunmaması örneklemin küçüklüğüne öz bildirim dayalı verilere bağlanabilir ancak olumlu inançlar bilişsel güven bilişsel farkındalık açısından otojen ve reaktif grup arasında örneklem yeterince büyük olsa bile fark bulunamayabilir. Bunun nedeni otojen obsesyonlu kişiler düşüncelerini ego-distonik ve mantıksız algılamaya, onları bilinçlerinden uzaklaştırmaya ve bastırmaya ya da

sık sık gizli, büyüsel doğada kompulsif davranışlarla kontrol stratejileri kullanmaya eğilimlidirler. Diğer taraftan, klinisyenlere sık sık düşüncelerini akla aykırı veya tuhaf olarak tanımlasalar da reaktif obsesyonlu kişiler, düşüncelerin görece gerçekçi ve akla yatkın olduğuna inanmaya eğilimlidir. Bu yüzden, kendilerini düşünceleri savuşturmakta obsesif düşüncenin istenmeyen olası sonuçlarını engellemek için asıl baş etme davranışına adanlar diğer taraftan otojen obsesyonu olan kişiler her ne kadar ego-distonik olsalar da obsesyonlarını saklama eğilimindedirler. Yani temel fark obsesyonun rahatsız edici ve utanç verici olarak algılanıp algılanmamasında ve hastanın düşünde kontrol stratejisi kullanıp kullanmamasındadır. Bu durum üstbilişsel patolojiyi her iki grupta olumlu inançlar bilişsel güven bilişsel farkındalık açısından benzer oluşunu açıklayabilir.

Otojen ve reaktif grup birlikte değerlendirildiğinde YBOCST ile ÜBÖT ve kompulsiyon alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki vardır. OKB grubunda YBOCST puanları arttıkça ÜBÖT puanları artmaktadır ( $\rho=0,299$ ;  $p=0,015$ ). ÜBÖT ile obsesyon alt ölçeği ,ODÖ,BDÖ VE BAÖ arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki vardır. OKB grubunda hastalarda ÜBÖT puanları arttıkça OBS puanları artmaktadır ( $\rho=0,245$ ;  $p=0,047$ ). OKB grubunda ÜBÖT puanları arttıkça ODÖ puanları artmaktadır ( $\rho=0,338$ ;  $p=0,006$ ) OKB grubunda ÜBÖT puanları arttıkça BDÖ puanları artmaktadır ( $\rho=0,329$ ;  $p=0,007$ ). OKB grubunda ÜBÖT puanları arttıkça BAÖ puanları artmaktadır ( $\rho=0,343$ ;  $p=0,005$ ).

Otojen grupta YBOKBT ile ÜBÖT arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki vardır. Otojen hastalarda YBOKBT puanları arttıkça ÜBÖT puanları artmaktadır ( $\rho=0,402$ ;  $p=0,023$ ). ÜBÖT ile BAÖ arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki vardır. Otojen hastalarda ÜBÖT puanları arttıkça BAÖ puanları artmaktadır ( $\rho=0,353$ ;  $p=0,047$ ). ÜBÖT ile kompulsiyon alt ölçeği arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki vardır. Otojen hastalarda ÜBÖT puanları arttıkça kompulsiyon alt ölçeği puanları artmaktadır ( $\rho=0,547$ ;  $p=0,001$ ).

Reaktif grupta ÜBÖT ile ODÖ ve BDÖ pozitif yönde zayıf bir ilişki vardır. Reaktif hastalarda ÜBÖT puanları arttıkça ODÖ puanları artmaktadır ( $\rho=0,481$ ;  $p=0,004$ ) Reaktif hastalarda ÜBÖT puanları arttıkça BDÖ puanları artmaktadır ( $\rho=0,486$ ;  $p=0,004$ ) ÜBÖT ile OBS pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır.

Reaktif hastalarda ÜBÖT puanları arttıkça OBS puanları artmaktadır (rho=0,360 p=0,037)

Korelasyonların zayıf oluşu örneklemin küçüklüğünden kaynaklı olabilir. özellikle üstbilişler ve depresyon puanlarındaki zayıf korelasyon majör depresif bozukluk ek tanısı olan hastaların çalışmaya dahil edilmemesi nedeniyle olabilir.

Tosun ve Irak (2008) üstbilişlerin, özellikle **çalışmamızda da otojen grupta anlamlı yüksek bulunan tehlike ve kontrol edilemezlik** boyutuna dair üstbilişsel inançların, obsesif-kompulsif belirtiler ve sürekli kaygıyı birbirinden bağımsız olarak güçlü bir şekilde yordadığını göstermişlerdir (105). Aynı şekilde başka bir çalışmada klinik olmayan 80 kişilik örnekleme hem üstbilişsel inançlar hem de üstbilişsel kontrol stratejilerinin incelendiği çalışmada; **kontrol edilemezlik ve tehlike boyutunun** endişe ve obsesif-kompulsif belirtileri yordadığı bildirilmiştir(158). Çalışmamızda otojen grubun ÜBÖT ve YBOKBT ve BAÖ arasında pozitif yönde ilişkisi literatür ile uyumludur.

İstenmeyen düşünceleri bilinçli olarak bastırma eğilimi ile olumsuz duygudurum arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. Beşiroğlu (113) yaptıkları bir araştırmada otojen grupta tedavi sonrası obsesyon şiddetinde azalma eğilimiyle depresyon şiddeti ve istenmeyen düşünceleri bastırma eğilimindeki azalma düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bizim çalışmamızda otojen grupta düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeği anlamlı yüksek bulunmuşken depresyon şiddeti ile üstbilişler arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Bu durum örneklem küçüklüğüne komorbit majör depresyon kriterlerini karşılamayan hastaların dahil edilmemesine bağlı olabilir. Depresif belirti puanlarının anlamlı yüksek bulunduğu Belloch'un 2006 çalışmasında reaktif grubun çoğunlukla kompulsif davranış ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (152). Bizim çalışmamızda bu ilişki bulunamamış olup, reaktif grupta ÜBÖT ile OBS pozitif yönde orta düzeyde, ile ODÖ ve BDÖ pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Reaktif grubun otojen gruba göre daha az negatif duygusal reaksiyonlarla ilişkili olmasına ve daha az suçluluk ortaya çıkarmasına rağmen (2); (3) reaktif grubun negatif olasılıkların gerçekleşmesi ve düşüncenin kendisi değil atfettiği sonucun olma olasılığı, yani korkulan negatif sonucun gerçekleşmesiyle ilgili yaşanan üzüntü ve endişenin fazlalığı bu davranışların hastanın günlük aktivitelerine daha büyük oranda engel olması duygudurumu

olumsuz etkilemiş olabilir. Bu durum reaktif gruptaki ÜBÖT ile ODÖ ve BDÖ ve OBS puanları ile pozitif yöndeki ilişkiyi açıklar.

#### 5.4. Otomatik Düşünceler

##### ODÖ:

Obsesif kompulsif bozuklukta, depresif semptomlar sıktır ve OKB'li hastaların 2/3 ünde major depresyon tanı ölçütlerini dolduracak kadar depresif semptomlar görülebilmektedir. Kognitif teoriler açısından bakıldığında obsesif kompulsif bozuklukta obsesyonlar (istenmeyen, davetsiz düşünceler) ve depresyonda olumsuz otomatik düşünceler söz konusudur. Beck ve arkadaşları (99) olumsuz otomatik düşünceleri; uyarılarla açığa çıkan, gerçek dış olaylar ve olaylarla ilgili düşünceler başkası tarafından doğal kabul edilmese bile kişi tarafından muhtemel ve makul olarak kabul edilen şekilde tanımlamıştır.

Otomatik düşünceler ölçeği sağlıklı kontrol, otojen ve reaktif grup arasında karşılaştırıldığında ODÖ toplam puan ortalaması ve tüm alt ölçekleri otojen ve reaktif grupta sağlıklı kontrol grubundan anlamlı yüksektir. **Alt ölçekler açısından karşılaştırıldığında ise yalnızlık izolasyon alt ölçeği hariç tüm alt ölçekler otojen ve reaktif gruplarda sağlıklı kontrol grubundan anlamlı yüksektir. Otojen ve reaktif gruplar post hoc analizlerde karşılaştırıldığında alt ölçeklerden yalnızlık izolasyon puanları açısından sadece otojen ve reaktif grup açısından anlamlı fark mevcuttur. (p<0.001)** Otojen obsesyonlar daha çok hoşnutsuzluk ve suçluluk duygularına yol açar. (2). Otojen obsesyona sahip hastalar obsesyon içeriklerinin (örn. dini, cinsellik ve saldırganlık) kabul edilemez ve utanılan olması, günah işleme kaygısı taşıması nedeniyle daha fazla suçluluk hissedebilirler. İlgili literatür gözden geçirildiğinde, çeşitli araştırmacıların obsesif kompulsif belirtileri başkalarıyla paylaşmanın ve yardım aramanın belirtiler üzerindeki önemini vurguladıkları görülmektedir. Örneğin; Newth ve arkadaşları (2001), kişilerin deneyimledikleri obsesif düşüncelerini kendilerine saklamalarının, bu düşüncelerin anlamına dair alternatif açıklamaları öğrenememelerine neden olduğunu ve buna bağlı olarak da obsesyonların sürmesinde rol oynadığını belirtmektedirler (161). Benzer şekilde; Belloch, ve arkadaşları (2009) da obsesyonları açığa vurmanın bu düşüncelerle baş

etmede kullanılan bir strateji olduğunu ve kişiye düşüncelerinin varlığı ve yapısı hakkında tehdit edici olmayan bir açıklama edinme olasılığı sağladığını ileri sürmektedirler (162). Dolayısıyla elde edilen sonuçlar literatür bağlamında ele alındığında, üstbilişleri işlevsel düzeyde olan bireyler için, sosyal çevreleriyle paylaşımında bulunmanın koruyucu bir etki göstererek, obsesyonlarının ve kompulsiyonlarının şiddetlenmesine karşı tampon görevi gördüğü düşünülebilir. Daha belirgin olarak, kişilerin rahatsızlık yaratan düşüncelerini sosyal çevreleriyle paylaşmaları halinde, sosyal çevrelerinin bu gibi düşüncelere getirdiği rasyonel açıklamaları ya da çevrelerinin bu tür düşüncelerle ne şekilde baş ettiklerini öğrenmelerine, düşüncelerinin anlamı için alternatif açıklamalara maruz kalmalarına ve düşüncelerini paylaşarak normalize etmelerine olanak tanıyarak belli bir rahatlama yasamalarını sağladığı düşünülebilir. Sonuç olarak da bu kişilerin obsesif kompulsif belirtilerinin, düşüncelerini başkalarıyla paylaşmayan kişilere kıyasla daha az şiddetli olduğunu varsaymak olası görünmektedir. Otojen obsesyonlara (saldırganlık ve cinsel obsesyonlar) sahip bazı hastaların mevcut obsesyonları birinci derece yakınlarına yönelik zarar verme ve cinsel düşünceler olduğundan belirtilerine yakınlarını ortak edemedikleri bildirilmiştir (163). Bu düşüncelerle baş edebilmek için sıklıkla ortamdaki kaçınma veya düşüncelerini bilinçli bastırma eğilimindedirler. Otojen obsesyona sahip kişilerin belirtileri konusunda sır tutma eğilimi gösterdikleri ve olumsuz tepkilere maruz kalma; dışlanma; kötü, hasta ve tehlikeli olarak değerlendirilme korkuları nedeniyle belirtilerini kendilerine saklama eğiliminde oldukları; dolayısıyla düşüncenin anlamı hakkındaki korkuların belirtileri paylaşmayı etkileyen temel nedenlerden biri olduğu belirtilmektedir. Saldırganlık cinsellik ya da dini öğelere yönelik düşüncelerin açıklanmasındaki zorluk hastanın kendini toplumdan izole etmesine sebebiyet vermesi çalışmamızın bu bulgusunu açıklayabilir. Diğer alt ölçeklerde ve toplam puanda fark bulunmamasının nedeni çalışmamızda SCID 1 uygulayarak major depresyon tanı kriterlerini karşılayan hastaların çalışmaya dahil edilmemesi ve katılımcıların çoğunluğu bir medikal tedavi almakta olduğundan BDÖ ortalama puanının kesme puanı olan 17'nin altında bulunması olabilir. Yapılan korelasyon analizlerine göre ODÖ ile BDÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır. OKB grubunda ODÖ puanları arttıkça BDÖ puanları artmaktadır ( $\rho=0,546$ ;  $p<0,001$ ). OKB grubunda ODÖ puanları



arttıkça BDÖ puanları artmaktadır ( $\rho=0,581$ ;  $p<0,001$ ). Reaktif grupta ODÖ ile BDÖ ve BAÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır. Reaktif hastalarda ODÖ puanları arttıkça BDÖ puanları ( $\rho=0,468$   $p=0,005$ ) ve BAÖ puanları artmaktadır ( $\rho=0,537$ ) Otojen hastalarda ODÖ ile BDÖ arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki vardır. ODÖ puanları arttıkça BDÖ puanları artmaktadır ( $\rho=0,579$ ;  $p=0,001$ ). ODÖ ile BAÖ arasında pozitif yönde iyi bir ilişki vardır. Otojen hastalarda ODÖ puanları arttıkça BAÖ puanları artmaktadır ( $\rho=0,609$ ;  $p<0,001$ ). Korelasyonların zayıf oluşu örneklemin küçüklüğünden kaynaklı olabilir. Otomatik düşünceler, kişinin öznel ifadeleri ve kendi kendine tekrar edilen cümlecikler biçiminde tanımlanmakta ve sorun çözme sürecinde şiddetli bir ters etkiye sahip olmaktadır. Ayrıca, bireyin tutumlar ve beklentileri kadar görsel imgeler, sembolik kelimeler, davranışlar ve bunların etkileriyle de ilişkili olabilmektedir (164). Cinsel ya da saldırganlık obsesyonu olan bir bireyin akılına gelen olumsuz imgelerin oluşturduğu anksiyete olumsuz otomatik düşüncelerin artışına neden olabilir. Otojen grubun BDÖ ve BAÖ ile ODÖ arasındaki orta ve iyi korelasyonu bu durum ile açıklanabilir. Kendi kendine ortaya çıkan otomatik düşünceler hiçbir çaba gerektirmeden ve mantıklı bir yol izlemeden ortaya çıkmaktadır. Daha belirgin bir düşünce akışı esnasında otomatik olarak aniden kendilerini gösterirler ve yalnızca depresiflerde değil, herkeste mevcuttur (99). Olumsuz otomatik düşüncelerin, kişinin içinde bulunduğu ortamı değerlendirmesinde ve bu değerlendirmelerin kendisiyle olan ilişkisini yorumlamasında işlevsiz ve uyum bozucu bir etki yarattığı düşünülmektedir. Bu durum depresyon ve anksiyete panlarının otomatik düşünceler ile otojen reaktif ve tüm OKB grubunda orta ve iyi düzeyde korelasyonlarını açıklar.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) etiyoloji, belirti yapısı, klinik ve tedaviye yanıt gibi özellikler açısından oldukça heterojen doğaya sahip bir hastalıktır. Bu nedenle hastalığın çeşitli özelliklerinin ilişkili olarak gruplaştığı daha homojen özelliklere sahip alt tiplerini tanımlamaya yönelik çalışmalarda gözle görülür bir artış bulunmaktadır. OKB hastalarının homojen alt gruplarının belirlenmesi bu hastalardaki patofizyolojik mekanizmaları anlamak, tedaviye verilen cevaplar arasındaki farkları anlayabilmek ve yeni tedavi yöntemleri geliştirme açısından önemlidir.

Alt tiplere ayırma çalışmaları arasında en sıklıkla kullanılan uygulamalardan biri belirti yapısına dayanan ayırımdır. Lee ve Kwon bilişsel teori bağlamında obsesyonların otojen ve reaktif obsesyonlar olarak iki farklı gruba ayrılabilceğini önermiştir. Otojen ve reaktif obsesyon ayırımı, bilişsel açıdan farklı bir gelişim dizgesine sahip olmaları, farklı uyarılarla tetiklenmeleri, farklı içeriklere sahip olmaları, farklı klinik özelliklerle ilişkili olmaları ve farklı başa çıkma tutumlarının kullanılması açısından homojen bir alt tiplendirme fırsatı sunmaktadır.

Çalışmamızın sonuçları köken aldığımız literatür sonuçlarıyla uyumludur. Sonuç olarak çalışmada otojen ve reaktif grup arasında metakognisyonlar ve otomatik düşünceler açısından farklar tespit ettik. Daha fazla rahatsız edici, hakkında daha az konuşulmak istenen ve zihinde belirmesi için daha az uyarana ihtiyaç duyan, daha tekrarlayıcı ve suçluluk duygusuna yol açtığı bilinen obsesyonlar olan otojen grubun düşüncelerin kontrol edilemeyeceğine ve cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacına dair inançlarında, yalnızlık ve izolasyon otomatik düşüncelerinde reaktif gruba göre artış olduğu tespit edilmiştir. Bulduğumuz sonuçlar OKB'nin alt tiplerini belirlemede önerilen gruplandırmanın yararlı olabileceğini düşündürmektedir. Bu alt tiplendirme OKB'nin gelişimini anlamak, semptomları tanımlamak ve etkin tedavinin kullanılmasına olanak vermesi açısından önemli görünmektedir.

Çalışmamıza katılan hasta grupları arasında yaş, tedavi süresi, hastalık başlangıç yaşı, medeni durum gibi faktörler açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Gruplar arasındaki değişkenlerin benzer olması grupların homojen

olmasını, dolayısıyla iki grubun verilerini karşılaştırırken ek faktörlerin elenerek daha sağlıklı sonuçlar alınmasını sağlamıştır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları ise ilk olarak hastaların önemli bir kısmının çalışmaya katıldıkları esnada düzenli psikiyatrik ilaç tedavisi kullanıyor olmalarıdır. Tedavinin hem obsesif kompulsif belirtiler hem de metakognisyonlar ve otomatik düşünceler üzerine etkisi olabilir. İkinci kısıtlılık ise örneklemin küçük oluşudur, daha büyük bir örnekleme belirtilerin dağılımı ve birbirleriyle ilişkisinin istatistiksel geçerlilikleri daha yüksek olacaktır. Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı obsesyon tipleri arasında yer alan kuşku obsesyonunun ve kontrol kompulsiyonu ve mental kompilasyonların Y-BOKÖ semptom listesinde bulunmaması ancak çalışmamızda görülmesi ve diğer obsesyon ve kompulsiyon olarak alınmasıdır. Otojen ve reaktif grupları tam olarak belirleyecek yeterli ve net bir enstrüman bulunmaması, verilen ölçeklerin çoğunun öz bildirime dayalı olması ve bir çoğunun ülkemizde henüz az kullanılıyor olması sonuçların değerlendirilmesi açısından etkili olabilir. Çalışmamıza katılan hastaların tek görüşmeci ile ve kesitsel değerlendirilmesi çalışmanın bir diğer önemli kısıtlılığıydı, daha fazla görüşmeci ve boyutsal değerlendirmenin bulguların daha sağlıklı olacağını düşündürmektedir. Son olarak alt tiplendirme çalışmalarının daha büyük örneklem ve çok merkezli yapılmasının, alt tiplendirmede kullanılacak daha özgün araçların ve boyutsal değerlendirilmenin konuyu anlamak ve ayrıntılı değerlendirilmesi için faydalı olacağını önerebiliriz.

## 7. KAYNAKLAR

1. Lochner C, Stein DJ. Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Harv Rev Psychiatry*. 2003; 11(3): 113-132.
2. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther*. 2003; 41(1): 11-29.
3. Lee HJ, Kwon SM, Kwon JS, Telch MJ, Testing the autogenous-reactive model of obsessions. *Depress Anxiety*. 2005; 21(3): 118-29.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Pres. Washington DC. Koroğlu E.(çeviren), Hekimler Yayın Birliği. Ankara: 1996.
5. Öztürk M. O. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevleri. Ankara: 2008
6. Veale D. Psychopathology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatry* 2007; 6(6): 225- 228.
7. Akgün N. Obsesyonel nevroz saplantı zorlantı bozukluğu 1<sup>st</sup> ed. Edited by Akgün N 1989 Nobel Tıp Kitapevi
8. Aslan H, Ünal M. Obsesif-kompulsif bozukluk. Anksiyete Monografaları Serisi 3, Ankara 1995 b.101-142.
9. Solyom L, Dinicola VF, Phil M. Is there an obsessive psychosis? Etiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive compulsive neurosis, *Can J Psychiatry*. 1985; 30(5): 372-380.
10. Stein, D. J. Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 2002; 360(9330): 397-405.
11. Myers J.K, Weissman M.M, Tischler G.L, Holzer CE 3rd, Leef P.J, Orvaschal H. Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch GenPsychiatry* .1984; 41(3): 959-967.
12. Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve month prevalence of obsessive compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comp Psychiatry*. 2004; 45(5): 367-374.
13. Karno M, Golding, J.M, Sorenson S. B, Burnam M. A. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*. 1988; 45(12): 1094-1099.

14. Kolada J. L, Bland R. C, Newman S. C. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton: Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatri Scand Suppl.* 1994; 376: 24-35.
15. Angst J, Gamma A, Endrass J, Goodwin R, Ajdacic V, Eich D, Rossler W. Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: Prevalence, comorbidity, and course. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience.* 2004; 254(3): 156-164.
16. Grabe H. J, Meyer C, Hapke U, Rumpf H. J, Freyberger H. J, Dilling H, John U. Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 2000; 250(5): 262-268.
17. Fullana M. A, Vilagut G, Rojas-Farreras S, Mataix-Cols D, de Graaf R, Demyttenaere K, Alonso J. Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders.* 2010; 124(3): 291-299.
18. Janowitz D, Grabe H. J, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Wagner M. Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. *Depression and Anxiety.* 2009; 26(11): 1012-1017.
19. Rasmussen S.A, Eisen J.K. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1992; 15(4): 743-758.
20. Pauls D.L, Alsobrook J.P, Goodman W. A family study of obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry.*1995; 152(1):76–84
21. Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Ravizza L. Gender related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry.* 1999; 14(8): 434-441.
22. Grabe H.J, Ruhrmann S, Spitzer C, Josepeit J, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Schulze- Rauschenbach S, Meyer K, Kraft S, Reck C, Pukrop R, Klosterkötter J, Falkai P, Maier W, Wagner M, John U, Freyberger HJ Obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder. *Psychopathology.* 2008; 41(2) :129-34.
23. Foa E. B, Kozak M. J, Goodman W. K, Hollander E, Jenike M. A, Rasmussen S. A. DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry.*1995; 152(1) :90-96.
24. Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive compulsive disorder with psychotic features, *J. Clinical Psychiatry.* 1993; 54(10): 373-379

25. Eichstedt JA, Arnold SL. Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: a tic related subtype of OCD. *Clin Psychol Rev.* 2001; 21(1): 137-157
26. Abramowitz J, Moore K, Carmin C. Acute onset of obsessive compulsive disorder in males following childbirth. *Psychosomatics.* 2001; 42(5): 429-431
27. Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atlı H. Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry,* 2004; 45(5): 362-366.
28. Jaisooriya T. S, Reddy Y. C, Srinath S, Thennarasu K. Sex differences in Indian patients with obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry.* 2009; 50(1): 70-75
29. Coryell W. Obsessive compulsive disorder and primary unipolar depression: comparisons of background, family history , course and mortality. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1981; 169(4): 220-224
30. Steketee G.S, Eisen J.L, Dyck I. Predictors of course in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 1999; 89(3): 229-238
31. Carey G, Gottesman II . Twin and family studies of anxiety, phobia and obsessive-compulsive disorder. *Anxiety: New Research and Changing Concepts,* D Kzlein, JRapkin (Ed), Newyork, Raven Pres,1981; 117–136
32. Rasmussen S.A, Tusuang MT. Clinical characteristics and family history in obsessive compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry.* 1986; 143(3): 317-322
33. Nestadt G, Samuels J, Riddle M. A family study of obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry.* 2000; 57(4): 358-63.
34. Lenane M.C, Swedo S.E, Leonard H. Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *J. Am Acad Child Adolesc. Psychiatry.* 1990; 29(3): 407-412
35. Black D.W, Naves R, Goldstein R.B. A family study of obsessive compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1992; 49(5): 362-268
36. Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65(14): 18-21.
37. Zohar J, Sasson Y, Chopra M, Amiaz R, Nakash N. Obsessive-compulsive disorder. In: Nutt DJ, Ballenger JC, ed. *Anxiety Disorders.* Massachusetts: Blacwell Science Ltd. 2003; 83-93

38. Kim CH, Koo MS, Cheon KA, Ryu YH, Lee JD, Lee HS. Dopamine transporter density of basal ganglia assessed with [123I] IPT SPET in obsessive-compulsive disorder. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2003; 30(12): 1637-43
39. Denys D, Zohar J, Westenberg HG. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(14) :11-17
40. Rosenberg D.R, MacMillan S.N, Moore G.J. Brain anatomy and chemistry may predict treatment response in paediatric obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacology*. 2001; 4(2):179-90
41. Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S. Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology* 2005; 30(9): 1735-40
42. Kaplan H.I, Sadock BJ. Anksiyete Bozuklukları. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri, Kaplan & Sadock/Özet Psikiyatri 9. Baskı. (Çev. ed.: H Aydın, A Bozkurt). Ankara: Güneş Kitabevi; 2005.
43. Freud S (1926) Ketlemeler, semptomlar ve kaygı. *Psikopatoloji Üzerine*, (Çev.: S Budak). Ankara: Öteki Yayınları; 1997
44. Shafran, R. Cognitive-behavioral models of OCD. J. S. Abramowitz, A. C. Housts (Ed.) USA: Springer : 2005
45. Clark D.A. Obsesyonlar ve onların nötrleştirilmesi için bilişsel davranışçı terapi. I. Klinik Psikoloji Sempozyumu Kitabı. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara; 2009
46. Salkovskis P.M, Shafran R, Rachman S, Freeston M.H. Multipl pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behavior Research and Therapy*. 1999; 37(11): 1055-1072
47. Foa E. B, Amir N, Bogert K. V. A, Molnar C, Przeworski A. Inflated perception of responsibility for harm in obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders*. 2001; 15(4): 259-275.
48. Salkovskis P.M, Wroe A.L, Gledhill A. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder *Behaviour Research and Therapy* 2000; 38(4): 347–372
49. Mancini F, Gangemi A. Fear of guilt from behaving irresponsibly in obsessive-compulsive disorder *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* . 2004; 35(4): 1-12

50. Rachman S. A. cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*. 1997; 35(9): 793-802.
51. Rachman S. A. cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*. 1998; 36(4): 385-401.
52. Rachman S, Shafran R. Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1999; 6: 80-85.
53. Ebert H, Loosen P, Barry N, Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Güneş Kitapevi. Ankara; 2003
54. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther* 1985; 23(5): 571-583.
55. Eğrilmez A, Gülseren L, Gülseren S, Kültür S. Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients. *Psychopathology* 1997; 30(2):106-110.
56. Sayar K, Uğurad I.K, Acar B. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1999; 9(3):142-147.
57. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T. Gender differences in social and interpersonal features and personality disorders among Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr. Psychiatry*. 2000; 41(4): 266-272.
58. Shooka A, Al-Haddad MK, Raees A. OCD in Bahrain: A phenomenological profile. *Int J Soc Psychiatry*. 1998; 44(2): 147–154.
59. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Khamseh A, Ebrahimkhani N, Issazadegan A, Saif- Nobakht Z. Symptoms of obsessive–compulsive disorder in a sample of Iranian patients. *Int J Soc Psychiatry* 2002;48(1): 20–28.
60. Tükel R, Polat A, Ozdemir O, Aksut D, Turksoy N. Comorbid conditions in obsessive compulsive disorder. *Comp Psychiatry*. 2002; 43(3): 204-209.
61. Rachman S.J, Hodgson R.J. *Obsession and Compulsions*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. New Jersey: 1980.
62. Juang Y.Y, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2001; 55(6): 623-627
63. Baer L. Factor-analysis of symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1994; 55: 18-23.
64. Leckman J. E, Grice D. E, Boardman J, Zhang H. P, Vitale A, Bondi C, Alsobrook J, Peterson B. S, Cohen D. J, Rasmussen S. A, Goodman W. K,



- McDougle C. J, Pauls D. L. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154(7): 911-917.
65. Calamari J.E, Wiegartz P.S, Janeck A.S . Obsessive-compulsive disorder subgroups: a symptom-based clustering approach. *Behav Res Ther.* 1999; 37(3):113-125.
  66. Beşiroğlu L, Ağargün M.Y, Özbebit O, Aydın A, A discrimination based on autogenous versus reactive obsessions in obsessive-compulsive disorder and related clinical manifestations. *CNS Spectr.* 2006; 11(3):179-86.
  67. Lee H.J, Telch M.C, Autogenous/reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features. *Journal of Anxiety Disorders.* 2005;19(7): 793–805
  68. Beşiroğlu L, Uğuz F, Sağlam M, Ağargün M.Y, Aşkın R, Çilli A.S. Psychopharmacological treatment response in obsessive compulsive patients with autogenous and reactive obsessions *Bulletin of Clinical Psychopharmacology.* 2007; 17(1):1-8
  69. Crino RD, Andrews G. Obsessive-compulsive disorder and Axis I comorbidity. *J Anxiety Disorders* 1996; 10:37-46.
  70. Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Gemignani A, Milanfranchi A. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive compulsive disorder. *J Affect Disord.*1997; 46(1):15-23.
  71. Pigott T.A, L'Heureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL. Obsessive compulsive disorder: Comorbid conditions. *J Clin Psychiatry.* 1994;55(10):15-27.
  72. Eisen J.L, Goodman W.K, Keller M.B, Warshaw M.G, DeMarco L.M, Luce D.D. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *J Clin Psychiatry.* 1999; 60(5): 346-51
  73. Yaryura-Tobias J.A, Grunes M.S, Todaro J, McKay D, Neziroğlu F.A, Stockman R. Nosological insertion of Axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2000; 14(1): 19-30.
  74. Antony M.M, Roth D, Swinson R.P. Illness intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder, or social phobia. *J Nerv. Ment. Dis.* 1998; 186(5): 311-315.
  75. Erkmén H. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Obsesif Kompulsif Spektrum Bozuklukları. *Güncel Klinik Psikiyatri.* Işık E, Taner E, Işık U (editörler). Ankara: Asimetrik Paralel; 2008.

76. Flavell J. H. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*. 1979; 34: 906-911
77. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The SREF model. *Behaviour Research and Therapy* 1996; 34(11): 881-888.
78. Fenigstein A, Scheier M.F, Buss A.H. Public and private self- consciousness: assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1975; 43: 522-527.
79. Oyman S. Obsesif Kompulsif Belirti Şiddeti ile Üstbilişler Arasındaki İlişkide Düşünce Kontrol Stratejilerinin Düzenleyici Etkisi (tez). İstanbul Maltepe Üniversitesi; 2012
80. Nelson T. O, Stuart R. B, Howard C, Crowley M. Metacognition and clinical psychology: A preliminary framework for research and practise. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.1999; 6:73-79.
81. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. UK: John Wiley & Sons; 2000
82. Maher-Edwards L, Fernie B. A, Murphy G, Wells A, Spada M. M. Metacognitions and negative emotions as predictors of symptom severity in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011; 70(4): 311-317.
83. Matthews G, Hillyard E. J, Campbell S. E. Metacognition and maladaptive coping as components of test anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1999;6:111-125.
84. Wells A. GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clin Psychol*. 2002;9:95-100.
85. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The Metacognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 1997;11(3):279-296.
86. Spada M. M, Wells A. Metacognitions, emotion and alcohol use. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2005; 12:150-155.
87. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*.2003; 27:261-273.
88. Spada M. M, Georgiou G, A, Wells A. The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2010; 39: 64-71.

89. Nieto M. A. P, Delgado M. M. R, Mateos L. L, Bueno N. Cognitive control and anxiety disorders: Metacognitive beliefs and strategies of control thought in GAD and OCD. *Clinica y Salud*. 2010; 21:159-166.
90. Sica C, Steketee G, Ghisi M, Chiri L.R, Franceschini S. Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: A preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2007;14: 258-268.
91. Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences*. 2006; 40:111-122.
92. Bouman T. K, Meijer K. A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1999;6:96-101.
93. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2004;11:137-144.
94. Purdon, C., & Clark, D. A. Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1999, 6(2), 102-110
95. Myers S. G, Fisher P. L, Wells A, An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009;23 :436- 442.
96. Şenormancı Ö, Konkan R, Güçlü O. Y, Sungur M. Z. Obsesif kompulsif bozukluğun metakognitif modeli. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012; 4(3)335-349.
97. Nedeljkovic M, Moulding R, Kyrios M, Doron G. The relationship of cognitive confidence to OCD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009;23(4):463-468
98. Cucchi M, Bottelli V, Cavadini D, Ricci L, Conca V, Ronchi P, Smeraldi E. An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2012; 53(5):546-553.
99. Türkçapar, H. Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama. Ankara: HYB Yayıncılık. 2007
100. First M.B, Spitzer R.L, Gibbon M. Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/CV). Washington American Psychiatric Press; 1997

101. Çorapcıoğlu A, Aydemir O, Yıldız M. DSM-IV eksen 1 ruhsal bozukluklarına göre Türkçe yapılandırılmış klinik değerlendirilmenin güvenilirliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12: 33-6.
102. Goodman W.K, Price L.H, Rasmussen S.A. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: Development, use and reliability. Arch. Gen. Psychiatry. 1989;46(11):1006-1011
103. Karamustafalıoğlu K.O, Üçışık A.M, Ulusoy M. , Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bursa Savaş Ofset. 1993
104. Wells A, Cartwright-Hatton S.A. Short Form Of The Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. Behaviour Research and Therapy, 2004;42:385-396.
105. Tosun A, Irak M. Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenilirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2008;19:67-80.
106. Hollon S, Kendall P. "Cognitive Self-Statement in Depression: Clinical Validation of an Automatic Thoughts Questionnaire". Cognitive Therapy and Research. 1980;11:383 - 395,
107. Şahin N. H, ve Şahin N. Reliability and Validity of the Turkish Version of the Automatic Thoughts Questionnaire. Journal of Clinical Psychology. 1992;48:(3)334-340.
108. Beck AT An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 1961; 4:561-571.
109. Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi, 7:3-13.
110. Beck A.T, Epstein N, Brown G, Steer R.A. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988;56: 893-897.
111. Ulusoy M, Sahin N.H, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. J Cogn Psychother Int. 1998;12:163-72.
112. Lapsekili N, Uzun Ö, Ak M. Obsesif kompulsif bozukluk olgularında heyecan arama davranışı. Klinik Psikiyatri. 2010;13:170-176
113. Beşiroğlu L, Uğuz F, Sağlam M, Yılmaz E, Ağargün M.Y, Aşkın R. Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilgili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007;8:5-13

114. Doğan K, Solak Ö.S, Özdel K, Türkçapar M. H. Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Tiplerinde ve Sağlıklı Kontrol Grubunda Üstbilişlerin Karşılaştırılması. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*. 2013; 2(1): 34-40
115. Tezcan A.E, Millet B, Kuloğlu M. Türkiye ve Fransa'da Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Alan Hastaların Sosyodemografik, Klinik ve Görüngüsel Özelliklerinin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*. 1998;1:35-41
116. Weissman M.M, Bland R.C, Canino G.J. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group *Journal of Clinical Psychiatry*. 1994;55:5-10.
117. Pazvantoğlu O, Algül A, Ateş M.A, Sarısoy G, Ebrinç S. Metacognitive Functions in Obsessive Compulsive Disorder in a Turkish Clinical Population: The Relationship Between Symptom Types and Metacognition Subdimensions. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2013;23(1):65-71
118. Bhugra D. Attitudes towards mental illness: a review. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80(1): 1-12.
119. Leaf PJ, Bruce ML, Tischler GL, Holzer CE. The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *J Community Psychol*. 1987;15(2):275-84.
120. Bekaroğlu M. Çare arama davranışı ve kültür. IV Anadolu Psikiyatri Günleri. Bilimsel Çalışmalar, Konya, 1995.
121. George LK, Blazer DG, Hughes DC, Fowler N. Social support and the outcome of major depression. *J Psychiatry* 1989;154: 478-85.
122. Rogler LH, Cortes DH. Help seeking pathways: A unifying concept in mental health care. *Am J Psychiatry* 1993;150(4):554-61.
123. Lochner C, Hemmings SM, Kinnear CJ ve ark. Gender in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic findings. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2004; 14(5): 105-113
124. 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
125. Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquillo JG, et al. Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res*. 2005;135(2):121-132

126. Çamli K, Türkçapar M. H, Sargin A.E, Insight, Cognitive Insight and Sociodemographic Features in Obsessive Compulsive Disorder Presenting with Reactive and Autogeneous Features Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research 2012; 1(1): 28-35
127. Narayanaswamy JC, Viswanath B, Veshnal Cherian A, Bada Math S, Kandavel T, Janardhan Reddy YC. Impact of age of onset of illness on clinical phenotype in OCD. *Psychiatry Res.* 2012 ;200(2-3):554-9
128. Şimşek N.G. Obsesif Kompulsif Bozuklukta (OKB) Otojen ve Reaktif Obsesyonlara Sahip Hastalarda Bilişsel Farklılıklar.(tez) İstanbul 2011
129. Besiroglu L, Uguz F, Saglam M, Agargun MY, Cilli AS. Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2007 102; (1-3): 73-79
130. Rasmussen SA, Eisen JL. Phenomenology of obsessive - compulsive disorder. In: Insel J, Rasmussen SA (editors). *Psychobiology of obsessive compulsive disorder.* Newyork: 1991, 743-758.
131. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *J Psychiat Res* 2004;38(4):403-11.
132. Karamustafalıoğlu O, Ceylan CY, Bakım B, Toker SG, Bozkurt S, Göksan B, Ötçen Ö, Akpınar A. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında sosyodemografik özellikler ve komorbidite. *E.E.A.H. Tıp Bülteni* 2009;43;112-116
133. Goodwin R, Koenen KC, Hellman F. Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand,* 2002;106: 143-149.
134. Lochner C, Seedat S, Hemmings SM, Kinnear JC, Corfield V.A, Niehaus M, Dana JH, Moolman-Smook JC, Stein DJ. Dissociative experiences in obsessive- compulsive disorder and trichotillomania: clinical and genetic findings. *Comprehensive Psychiatry* 2004; 45(5): 384-391.
135. Karahan D. Erken disfonksiyonel şemaların obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastalar ve sağlıklı kişilerdeki aktivasyonlarının karşılaştırılması. (tez). Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği. İstanbul, 2006
136. Hollander E, Stein DJ, Kwon JH, Rowland C, Wong C, Broatch J et al. Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums* 1998; 3(1):48- 58.

137. Tatlı M. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış kişilerde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, bu bozukluğun gelişimi ve belirti şiddetiyle ilişkisi (tez) İstanbul 2012
138. Şenormancı Ö. Obsesif kompulsif bozuklukta obsesif inançlar semptom ölçümleriyle ilişkisi. (Tez) İstanbul 2012
139. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British Nationwide Survey of Child Mental Health. *Int Rev Psychiatry* 2003;15(1-2):178-84.
140. McKeon P, Murray R. Familial aspects of obsessive-compulsive neurosis. *Br J Psychiatry* 1987;151:528-534
141. Regier DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatr Res* 1990;24(2):3-14.
142. Abay E, Pulular A, Memiş ÇÖ, Süt N. Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde obsesif kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010; 23:230-237
143. Kaşer M. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda karar verme yetilerinin klinik özellikler ve semptom boyutlarıyla ilişkisi. (Tez), Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2011.
144. Örsel S, Göka E, Yurt MS. (1996). Psikotik özellikleri olan Obsesif- kompulsif bozukluk. *3P Dergisi*; 4 (1): 54-58.
145. Demet MM, Deveci A, Deniz F, Taskın EO, Şimşek E, Yurtseven F. Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6:133-144.
146. Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2008; 148C(2): 133-9.
147. Khanna S, Channabasavanna SM. Phenomenology of obsessions in obsessive compulsive neurosis. *Psychopathology* 1988;21(1):12-18.
148. Yiğittürk D, Emul HM, Sezer Ö, Kaya M, Kaya B, Ünal S. İnönü Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi gören OKB olgularında klinik özellikler ve bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi: Geriye dönük değerlendirme. 38. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı 2002,185-188
149. Deniz F. Manisa İl Merkezinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığının ve ilişkili Etmenlerin Belirlenmesi. (Tez), Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, 2005

150. Alkın T, Altındağ A, Arısoy Ö, Beşiroğlu L. Obsesif kompulsif bozuklukta klinik özellikler çok merkezli bir ulusal veri çalışması Sözel Bildiri 49. UPK 24-28 Eylül 2013 İzmir
151. Okasha A, Saad A, Khalil AH ve ark. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: a transcultural study. *Compr Psychiatry* 1994; 35(3):191-197.
152. Belloch A, Morillo C, Soriano G.G. The influence of obsessional subtypes, testing the autogenous/reactive model of obsessions. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2007; 7(1): 5-20
153. Karamustafalıoğlu O, Karamustafalıoğlu N. Obsesif kompulsif bozukluk ve komorbid durumlar . *Psikiyatri Dünyası* 2001; 5: 62-67
154. Millet B, Kochman F, Gallarda T. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *J Affect Disord.* 2004; 79(1-3): 241-246.
155. Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, Cioffi V, Giacco D, De Santis V et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2010; 34:323-330.
156. Alonso P, Menchón JM, Segalàs C, Jaurrieta N, Jiménez-Murcia S, Cardoner N, et al. Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2008; 49:305-312.
157. Clark, D. A. ve Purdon, C. L. ,The assessment of unwanted intrusive thoughts: a review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy* 1995; 33(8), 967- 976.
158. Emmelkamp P. M. G, Aardema A. Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy.*1999; 6:139-145
159. McLean A, Broomfield N. M. How does thought supression impact upon beliefs about uncontrollability of worry? *Behaviour Research and Therapy.* 2007; 45: 2938-2949.
160. Barahmand U. Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Research.* 2009; 69: 240-243.
161. Newth, S, Rachman S. The concealment of obsessions. *Behaviour Research and Therapy.* 2001; 39: 457-464.



162. Belloch A, Valle G, Morillo C, Carrio C, Caberdo E. To seek advice or not to seek advice about the problem: The help-seeking dilemma for obsessive compulsive disorder. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 2009; 44: 257-264.
163. Beşiroğlu L, Cilli AS, Aşkın R. The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 99-108.
164. Coyne J.K. ve. Gotlib I.H.. *Studying the Role of Cognition in Depression: Well- Trodden Paths and Cul-de-Sacs"*, *Cognitive Therapy and Research*, Miami, 1986; 17(6): 695-705.

