

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLERİN ŞİDDETİ İLE
ÜSTBİLİŞLER ARASINDAKİ İLİŞKİDE DÜŞÜNCE
KONTROL STRATEJİLERİNİN DÜZENLEYİCİ ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SELİN OYMAN

101106103

İstanbul, Eylül 2012

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLERİN ŞİDDETİ İLE
ÜSTBİLİŞLER ARASINDAKİ İLİŞKİDE DÜŞÜNCE
KONTROL STRATEJİLERİNİN DÜZENLEYİCİ ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SELİN OYMAN

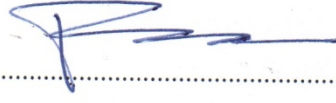
101106103

Danışman Öğretim Üyesi:
Yrd. Doç. Dr. İlke Sine EĞECİ

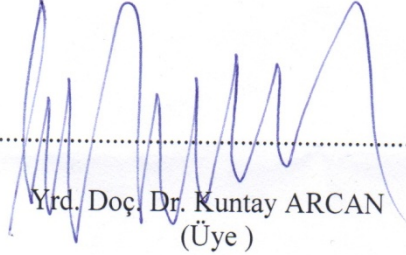
İstanbul, Eylül 2012

T.C. Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

10.10.2012 tarihinde tezinin savunmasını yapan Selin OYMAN'a ait "Üstbilişler ve Düşünce Kontrol Stratejileri ile Obsesif Kompulsif Semptomlar Arasındaki İlişki" başlıklı çalışma, Jürimiz Tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Psikoloji (Klinik Psikoloji) Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak Oy Birliği/Oy Çokluğuyla Kabul Edilmiştir.



Yrd. Doç. Dr. Figen KARADAYI
(Başkan)



Yrd. Doç. Dr. Kuntay ARCAN
(Üye)



Psk. Dr. İlke Sine EĞECİ
(Üye)
(Danışman)

ÖNSÖZ

Danışmanım Yrd. Doç. Dr. İlke Sine EĞECİ'ye tez konumu belirlememdeki değerli fikirleri, süreç boyunca eksik etmediği desteği ve katkıları için içtenlikle teşekkür ediyorum.

Tez savunmamda çalışmama yönelik yaptıkları katkılar için Yrd. Doç. Dr. Figen KARADAYI ve Yrd. Doç. Dr. Kuntay ARCAN'a,

Süreç boyunca fikirlerini benimle paylaşan ve çözümler sunan Elif Tuğçe ÇOLAKOĞLU'na ve Klinik Psikolog Mehmet Fatih ŞİRAZ'a,

Her konuda olduğu gibi tez süresince de destek sağlayan çok sevgili Göksu KOSTAKOĞLU'na; Duygu YILDIZ, Funda YILDIRIM ve Merve BAYRAM'a,

Son olarak, her zaman olduğu gibi yüksek lisans eğitimim boyunca da yanımda olan anneme, babama ve kardeşim Çağlar OYMAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

Bu araştırmanın amacı üstbilişler ile düşünce kontrol stratejilerinin obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti üzerindeki etkisini incelemektir. Çalışma yaşları 18-52 arasında değişen 180 kadın ve 95 erkek olmak üzere toplam 275 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan demografik bilgi formu, Düşünce Kontrol Ölçeği, Üstbiliş Ölçeği 30, Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu ve Kısa Semptom Envanteri kullanılarak veri toplanmıştır. Veri toplama süreci iki aylık bir zaman içinde tamamlanmıştır.

Verilerin toplanması sona erdikten sonra elde edilen verilerin istatistiksel analizleri gerçekleştirilmiştir. Verilere uygulanan hiyerarşik regresyon analizinin sonucunda; obsesif kompulsif belirti şiddeti ile üstbilişler arasındaki ilişkide sosyal kontrol düşünce kontrol stratejisinin düzenleyici etkisinin olduğu bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar bilişsel güven üstbilişi ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasındaki ilişkide düşünce kontrol stratejilerinin kullanım sıklığının da düzenleyici etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Bunlara ek olarak yapılan analizler üstbilişlerin ve düşünce kontrol stratejilerinin kullanım sıklığının obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin şiddeti ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermiştir. Çalışmada düşünce kontrol stratejilerinden endişelenme, kendini cezalandırma ve dikkat dağıtmanın obsesif kompulsif belirtilerde artışa yol açtığı bulunmuştur. Üstbilişsel inançlardan ise endişe hakkında olumlu inançlar, tehlikenin ve düşüncenin kontrol edilemezliği ve düşünceleri kontrol ihtiyacı üstbilişlerinin obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ile pozitif yönde anlamlı olarak ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bulgular literatür ışığında yorumlanmış ve tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Üstbilişler, girici düşünceler, düşünce kontrol stratejileri, obsesif kompulsif belirtiler

ABSTRACT

The purpose of the present study was to examine the moderation effect of the thought control strategies on relationship between obsessive compulsive symptoms and metacognitive beliefs. 180 female and 95 male participants whose ages difference between 18 and 52, responded demographic information questionnaire, Thought Control Questionnaire, Meta-Cognition Questionnaire-30, Padua Inventory-Washington State University Revision. Combining the datas lasted in two months.

After combining datas, hierarchical multiple regression analyses were run to test hypotheses. Results indicated that social control as a thought control strategy has moderation effect on the relationship between obsessive compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. The prevalence of thought control strategies has moderation effect on the relationship between obsessive compulsive symptoms and cognitive confidence. Besides distraction, worry, self-punishment as thought control strategies and positive beliefs about worry, negative beliefs concerning uncontrollability of thoughts and danger, cognitive confidence meta-cognitions have positive effects on obsessive compulsive symptoms.

Results of the study were discussed in relation to cognitive and meta-cognitive theories and findings in related literature.

Key words: Metacognitions, thought control strategies and obsessive compulsive symptoms, intrusions

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	2
1.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanımı.....	2
1.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Görülme Sıklığı.....	3
1.1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Birlikte Görülen Diğer Psikolojik Bozukluklar.....	6
1.1.4. Obsesyon ve Kompulsiyonların Alt Tipleri.....	9
1.1.5. Obsesyon ve Kompulsiyonların İçerikleri.....	11
1.1.6. Obsesif Kompulsif Bozukluğa Açıklama Getiren Kuramlar.....	14

1.1.6.1. Psikanalitik Kuram.....	14
1.1.6.2. Davranışçı Kuram.....	17
1.1.6.3. Bilişsel Kuram.....	17
1.1.6.3.1. Salkovskis'in OKB Modeli.....	18
1.1.6.3.2. Rachman'ın Obsesyonların Bilişsel Kuramı... 20	
1.2. Üstbilişsel Kuram.....	22
1.2.1. Kendini Yürütücü Düzenleyici İşlevler Modeli (S-REF).....	24
1.2.2. Psikolojik Bozukluklar ve Üstbilişler.....	26
1.2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbilişsel Modeli.....	31
1.3. Düşünce Kontrol Stratejileri.....	37
1.3.1. Düşünce Kontrol Stratejilerinin Obsesif Kompulsif Belirtilerle İlişkisi.....	39
1.3.2. Üstbilişsel Model Temelinde Üstbilişler ve Düşünce Kontrol Stratejilerinin OKB ve Diğer Kaygı Bozukluklarıyla Olan İlişkisi.....	42
1.4. Araştırmanın Amacı.....	45
1.5. Araştırmanın Önemi.....	48
2. YÖNTEM.....	50
2.1. Örneklem.....	50
2.2. Veri Toplama Araçları.....	51
2.2.1. Düşünce Kontrol Ölçeği.....	51
2.2.2. Üstbiliş Ölçeği-30.....	52
2.2.3. Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Rezivyonu... 54	
2.2.4. Kısa Semptom Envanteri.....	55
2.2.5. Demografik Bilgi Formu.....	57

2.3. İşlem.....	57
3. BULGULAR.....	58
3.1. Araştırmada Yer Alan Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	58
3.2. Değişkenler Arası Korelasyonlara İlişkin Bulgular.....	59
3.3. Üst-bilişler ile Obsesif Kompulsif Belirtilerin Şiddeti Arasındaki İlişkide Düşünce Kontrol Stratejilerinin Kullanım Düzeyinin Düzenleyici Etkisi.....	61
3.4. Üst-biliş Türleri ile Obsesif Kompulsif Belirtilerin Şiddeti Arasındaki İlişkide Düşünce Kontrol Stratejilerinin Kullanım Sıklığının Düzenleyici Değişken Etkisi.....	65
4. TARTIŞMA.....	70
4.1. Üstbilişler ile Obsesif Kompulsif Belirtilerin Şiddeti Arasındaki İlişkide Düşünce Kontrol Stratejilerinin Kullanım Düzeyinin Düzenleyici Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	70
4.2. Üstbiliş Türleri ile Obsesif Kompulsif Belirtilerin Şiddeti Arasındaki İlişkide Düşünce Kontrol Stratejilerinin Kullanım Sıklığının Düzenleyici Değişken Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	81
5. KAYNAKLAR.....	92
6. EKLER.....	108
7. ÖZGEÇMİŞ.....	120

TABLÖLAR

Tablo 3.1. Araştırmada Yer Alan Değişkenlere Ait Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve Değer Aralıkları.....	59
Tablo 3.2. Değişkenler Arası Korelasyonlar.....	60
Tablo 3.3. OKB Belirtilerinin Şiddeti ve Üstbiliş Şiddeti Arasında Düşünce Kontrol Stratejileri Alt Boyutlarının Düzenleyici Değişken Rolü.....	62
Tablo 3.3. Devam.....	63
Tablo 3.4. Üstbiliş Türleri Arasında Düşünce Kontrol Stratejileri Kullanım Sıklığının Düzenleyici Değişken Rolü.....	67

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbilişsel Modeli.....	32
Şekil 3.1. Üst-Bilişler ile Sosyal Kontrol Stratejisi Arasındaki Etkileşimin Obsesif- Kompulsif Belirti Şiddeti Üzerindeki Etkisi.....	64
Şekil 3.2. Bilişsel Güven Üst-Bilişi ile Düşünce Kontrol Stratejilerinin Kullanım Sıklığı Arasındaki Etkileşimin Obsesif Kompulsif Belirti Şiddeti Üzerindeki Etkisi.....	68

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) kişilerin işlevselliğini olumsuz olarak etkileyen bir anksiyete bozukluğudur (Clark, 2004). Farklı bilişsel modeller obsesif kompulsif belirtilerin ve OKB'nin gelişimine ve sürmesine yönelik çeşitli açıklamalar getirmektedirler (örn., Salkovskis, Shafran, Rachman ve Freeston, 1999; Wells, 2002). Bu bilişsel modellerden biri olan üstbilişsel model kişilerin kendi bilişsel yapıları hakkındaki inanç ve değerlendirmelerinin ve kullandıkları düşünce kontrol stratejilerinin obsesif kompulsif bozukluğunda içinde olduğu birçok psikolojik bozukluğu etkileyen faktörler olduğunu ileri sürmektedir (Wells, 2002).

Bu araştırmada üstbilişler ile düşünce kontrol stratejilerinin obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bölümün bundan sonraki kısımlarında çalışmayla doğrudan veya dolaylı biçimde ilişkili olduğu düşünülen değişkenlere yönelik tanımlara, kuramsal görüşlere ve ilgili çalışmalara yer verilecektir. Bölümün sonunda ise bu araştırmada yanıtlanması amaçlanan sorular sunulacaktır.

1.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

1.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanımı

Günümüzde en yaygın olarak görülen dördüncü bozukluk olarak kabul edilen Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) kişiye sıkıntı veren girici ve yineleyici düşünceler ve kişinin işlevselliğini önemli oranda etkileyen yineleyici davranış veya zihinsel ritüellerle karakterize bir anksiyete bozukluğudur (Barnhill, 2011; Fenske ve Schwenk, 2009).

Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı (DSM-IV-TR) (2001) OKB'yi obsesyon ve kompulsiyonları içeren bir bozukluk olarak tanımlamaktadır. Obsesyonlar kişide belirgin bir sıkıntıya yol açan yineleyici düşünce, dürtü veya imgelerdir. Kompulsiyonlar ise obsesyonlara tepki olarak ortaya çıkan yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemlerdir (DSM-IV-TR, 2001).

Obsesyon olarak tanımlanan düşünce, imge ve dürtüler çeşitli özellikler göstermektedirler. Obsesyonlar günlük yaşamla ilgili endişelerden farklılık gösteren, kontrol edilemeyen, yineleyici, girici düşünce, dürtü veya imgelerdir. Bu düşünce, duygu ve imgeler benliğe yabancıdırlar. Deneyimleyen kişiler tarafından kişiliklerine aykırı, tuhaf, çılgınca, ahlak dışı, tehdit edici, günah, delice, iğrenç, uygunsuz olarak değerlendirilmektedirler (Öztürk, 2004; Rachman, 1997; Starcevic, 2004). Kişilerin yaptıkları bu değerlendirmelere obsesyonların neden olduğu kaygı ve sıkıntı eşlik etmektedir. Obsesyonlara sıklıkla eşlik eden diğer duygular ise utanç, suçluluk, tikslenme ve öfkedir (Salkovskis ve Kirk, 1989; Veale, 2007).

Kompulsiyonlar ise kaygı ve sıkıntıyı hafifletme, obsesyonları telafi etme ve obsesif düşünce, dürtü veya imgelerle ilişkili olarak değerlendirilen zarar verme veya zarar görmeyi önleme amacıyla gerçekleştirilen yineleyen eylemlerdir. Kompulsiyonlar diğer kişiler tarafından gözlemlenebilen açık davranışlar olabileceği gibi gözlemlenemeyen örtük zihinsel aktiviteler de olabilmektedir (Veale, 2007). Kompulsif eylemler gerçekleştiren kişiler obsesyonların yol açtığı sıkıntı ve kaygıyı hafifletmeyi, obsesyonları telafi etmeyi ve obsesyonlarla ilişkilendirdikleri zararı önlemeyi amaçlamaktadırlar. Bu amaca uygun olarak kompulsiyonlar obsesyonların yol açtığı kaygı ve sıkıntıyı hafifletmekte ve kısa süreli bir rahatlama sağlamaktadır. Fakat bu rahatlama ile birlikte kişilerde kompulsif eylemleri gerçekleştirdikleri sürece kendilerinde endişe yaratan olumsuz sonuçları önledikleri inancı oluşmaktadır. Bu da kişilerin kompulsiyonları gerçekleştirmediklerinde kötü sonuçlar ile karşılaşacaklarına inanmalarına yol açmakta ve bu inanç kompulsiyonları gerçekleştirmenin temel nedeni haline gelebilmektedir (Starcevic, 2004).

1.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Görülme Sıklığı

Günümüzde en yaygın dördüncü bozukluk olarak kabul edilen OKB, 1980'li yılların başına kadar seyrek ortaya çıkan bir hastalık olarak görülmüştür (Stein, 2002). Öztürk (2004) bunun nedenini OKB hastalarının belirtilerin hafif olması nedeniyle doktora başvurmaya gerek duymamaları, utandıkları için belirtileri gizlemeleri gibi nedenler yüzünden bozukluğun yaygınlığını belirlemenin güç olması ile açıklamaktadır. Obsesif kompulsif bozukluğun seyrek olarak görülen bir bozukluk olarak kabul edilmesinin bir diğer nedeni ise bozukluğun yaygınlığını belirlemeye

yönelik yapılan erken dönem çalışmaların yapılandırılmış ölçme araçlarından ziyade sadece klinik yargıya dayanmasıdır (örn., Roth ve Luton, 1942; Rudin, 1953; akt., Fontenelle, Mendlowicz ve Versiani, 2006). Bozukluğun yaygınlığını belirlemek amacıyla yapılan ilk çalışmalardan biri olan Roth ve Luton'un (1942) çalışmasında örneklemin % 0.3'ü OKB kriterlerini karşılamaktadır. Brunetti'nin (1977) çalışmasında ise OKB'nin yaygınlığı %1 olarak bulunmuştur (aktaran., Fontenelle ve ark., 2006).

1980'lerde yapılan çalışmalarla OKB'nin görülme sıklığının düşünülenden daha yaygın olduğu ortaya konmuştur. Karno, Golding, Sorenson ve Burnam'ın (1988) gerçekleştirdikleri Epidemiyolojik Alan Çalışması (Epidemiologic Catchment Area) programında OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı %1.9-3.3 olarak bulunmuştur.

Günümüzde de OKB'nin yaygınlık oranını belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmaktadır (örn., Angst ve ark., 2004; Grabe ve ark., 2000). Angst ve arkadaşlarının (2004) gerçekleştirdikleri epidemiyolojik çalışmada bozukluğun yaşam boyu yaygınlık oranı %3.5 bulunmuştur. Kanada'da 3258 yetişkin ile gerçekleştirilen bir diğer çalışma ise OKB'nin yaygınlık oranını % 2.9 olarak göstermektedir (Kolada, Bland ve Newman, 1994).

Yapılan çalışmalar obsesif kompulsif belirtilerin yaygınlık oranının OKB'nin yaygınlık oranından daha yüksek olduğunu göstermektedir (örn., Fullana ve ark., 2010; Grabe, Meyer, Hapke, Rumpf, Freyberger ve Dilling 2000). Fullana ve arkadaşlarının (2010) 2804 katılımcıyla gerçekleştirdikleri çalışmada herhangi bir obsesif kompulsif belirti boyutu (kirlilik/yıkama, zarar/kontrol etme,

simetri/düzenleme, biriktirme, cinsel/dini, somatik obsesyonlar, ahlaki obsesyonlar) için yaşam boyu yaygınlık oranı %13 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada klinik olmayan örnekleme yaygınlık oranı %9.6'dır. Klinik olmayan örneklem ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise OKB'nin yaygınlık oranının %0.5, belirti boyutlarının yaygınlık oranının ise %2 olduğu görülmüştür (Grabe ve ark., 2000).

Obsesif Kompulsif Bozukluk'un başlangıç yaşını belirlemek amacıyla yapılan çalışmalar bozukluğun başlangıç yaşının 18-26 olduğunu göstermektedir (örn., Angst ve ark., 2004; Çilli, Telcioğlu, Aşkın, Kaya, Bodur ve Kucur, 2004; Janowitz, ve ark., 2009). Janowitz ve arkadaşlarının (2009) OKB tanısı almış 252 kişiyle gerçekleştirdikleri çalışmada bozukluğun başlangıç yaşı ortalamasının 20.3 olduğu görülmüştür. Angst ve arkadaşlarının (2004) gerçekleştirdikleri çalışmada OKB'nin başlangıç yaş ortalaması 18'dir. Çilli ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında ise başlangıç yaş ortalaması 25.9 olarak bulunmuştur.

Obsesif Kompulsif Bozukluk'un cinsiyete göre olan farklılığını belirlemeye yönelik çeşitli çalışmalar yapılmıştır (örn., Bogetto, Venturello, Albert, Maina ve Ravizza, 1999; Tükel, Polat, Genç, Bozkurt ve Atlı, 2004). Bu çalışmalar OKB'nin başlangıç yaşının, alt boyutlarının görülme sıklığının, komorbiditesinin cinsiyetlere göre olan farklılığına odaklanmaktadır.

Yapılan çalışmalar OKB'nin başlangıç yaşının erkeklerde kadınlara kıyasla daha erken olduğunu ortaya koymaktadır (örn., Bogetto ve ark., 1999; Çilli ve ark., 2003; Jaisoorya, Reddy, Srinath ve Thennarasu, 2009). Kadınlarda erkeklere kıyasla daha geç ortaya çıkan obsesif kompulsif belirtilere genelde stresli bir yaşam olayı eşlik

etmektedir (Bogetto ve ark., 1999). Kadınlarda kirlilik obsesyonlarının görülme sıklığı daha fazla iken erkeklerde saldırganlık obsesyonları ve cinsel obsesyonlar daha sık olarak görülmektedir (Tükel ve ark., 2004). Gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise erkeklerde kadınlara kıyasla simetri obsesyonları ve dini obsesyonların görülme sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Jaisoorya ve ark., 2009). Çalışmalar OKB'ye eşlik eden bozuklukların cinsiyete göre farklılaştığını ortaya koymaktadır. Bogetto ve arkadaşlarının (1999) çalışması OKB'nin ortaya çıkışında erkeklerde hipomanik epizodun, kadınlarda ise yeme bozukluklarının obsesif kompulsif belirtilerle birlikte görüldüğünü göstermektedir. Başka bir çalışmada OKB belirtilerinin erkeklerde sosyal fobi ile komorbid olduğu bulunmuştur (Tükel ve ark., 2004).

1.1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Birlikte Görülen Diğer Psikolojik Bozukluklar

Yapılan çalışmalar OKB'nin komorbidite oranı yüksek bir bozukluk olduğunu göstermektedir. Özellikle OKB ile depresyonun birbirleriyle ilişkili olma düzeyleri yüksek olarak bulunmaktadır. Birçok hastada depresyonun OKB'yi; bazı hastalarda ise OKB'nin depresyonu izlediği görülmektedir. Ek olarak majör depresif epizod sırasında obsesyon ve kompulsiyonlar belirginleşebilmekte veya şiddetleri azalabilmektedir (Starcevic, 2004). Denys, Tenney, van Megen, de Geus ve Westenberg'ün (2004) OKB tanısı almış 420 kişiyle gerçekleştirdikleri çalışmada OKB ile birlikte en sık ortaya çıkan bozukluğun majör depresif bozukluk olduğu görülmektedir. Çalışmada OKB'nin tek dönemli majör depresyonla birlikte görülme oranı %14.5, yineleyici majör depresyonla görülme oranı ise %6.2'dir.

Gerçekleştirilen bir diğer çalışmada OKB tanısı almış hastaların %34.8'inde majör depresyon komorbiditesinin söz konusu olduğu bulunmuştur (Perugi, Akiskal, Pfanner, Presta, Gemignani, Milanfranchi, 1997). Sonuç olarak yapılan çalışmalar depresyon ile OKB'nin komorbidite oranının yüksek olduğunu destekler niteliktedir.

Obsesif kompulsif bozukluğun bipolar bozukluk ile de komorbid olduğu görülmektedir. Örneğin, 325 OKB hastasıyla gerçekleştirilen bir çalışmada örneklemin %15.7'sinin bipolar bozukluk kriterlerini karşıladığı bulunmuştur (Perugi ve ark., 1997).

OKB'nin kaygı bozukluklarıyla birlikte ortaya çıkma oranı yüksektir. Çalışmalar diğer kaygı bozukluklarına kıyasla sosyal fobi, genellenmiş kaygı bozukluğu ve panik bozukluğun OKB ile komorbidite oranlarının daha yüksek olduğuna işaret etmektedir (örn., Denys ve ark., 2004; Vishwanath, Narayanaswamy, Rajkumar, Cherian, Kandavel ve Math., 2011). Viswanath ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında OKB'nin sosyal fobi ile komorbidite oranı %13, genellenmiş kaygı bozukluğu ile %6.2, panik bozukluk ile %1.8 olarak bulunmuştur. Denys ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında ise OKB'nin sosyal fobiyle birlikte görülme oranının %3.6, agorofobinin eşlik ettiği panik bozukluk ile görülme oranının ise %2.6 olduğu görülmektedir. Breier ve arkadaşları (1986) OKB'nin özgül fobiyle görülme oranının %22, panik bozuklukla görülme oranının %12, yaygın kaygı bozukluğuyla görülme oranının ise %18 olduğunu belirtmektedirler (aktaran Starcevic, 2004).

Whiteside ve Abramowitz (2005) bazı araştırmacıların OKB’de öfke ve hostilitenin önemli bir rolü olduğunu düşünürken klinik gözlemlerin OKB tanısı almış bireylerin nadiren öfke ve hostilite sergilediği yönünde bir fikir verdiğini belirtmektedirler. Shafran ve arkadaşları (1996) OKB tanısı almış kişilerin başkalarına zarar vermeye yönelik düşünelere sahip olduklarından olası bir zarardan sorumlu olmalarına yönelik ciddi korkularının olduğunu ifade etmektedir (aktaran, Whiteside ve Abramowitz, 2005). Saldırganlık ve öfke OKB’de asıl nokta olmasa bile yüksek düzeyde öfkenin bu bozuklukla birlikte ortaya çıktığı ya da OKB’nin belirli boyutlarıyla ya da dışavurumlarıyla (kontrol etme, yıkanma gibi) ilişkili olduğu söylenebilir (Whiteside ve Abramowitz, 2005). Örneğin Walker ve Beech (1969) hostilitenin OKB’deki ritüel davranışların ortaya çıkmasıyla ilişkili olduğunu belirtmektedirler (aktaran, Whiteside ve Abramowitz, 2005). Whiteside ve Abramowitz (2004) klinik düzeyde OKB belirtileri olan üniversite öğrencilerinin olmayanlara kıyasla öfke düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ancak depresyon belirtilerinin kontrol edilmesinin ardından bu anlamlı farkın ortadan kalktığını belirtmişlerdir. Yaptıkları diğer bir çalışmada Whiteside ve Abramowitz (2005) OKB tanısı almış kişilerin öfke düzeylerinin herhangi bir psikiyatrik tanı almamış kişilerin öfke düzeyinden çok az yüksek olduğunu ve her iki grubun öfke düzeylerinin genel popülasyonun ortalamasına oldukça yakın olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu sonuçlar, öfke düzeyinin tanı almış kişilerin yaşadıkları duygusal sorunlardan kaynaklanan genel bir sıkıntıyla ilişkili olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. OKB tanısı almış çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada ise Verhaak ve Haan (2007) OKB şiddetiyle hostilite arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. OKB hastalarında görülen abartılmış sorumluluk ve düşünceye aşırı

önem verme nedeniyle hostilete ile ilişkili düşüncelere (“Biri bana zarar verirse ben de hemen ona zarar veririm.”) olumlu yanıt vermedikleri ileri sürülmüştür.

Uzun süre boyunca Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu’nun (OKKB) kişileri OKB belirtileri geliştirmeye yatkın kıldığı düşünülmüştür. Fakat yapılan çalışmalar bunu destekler nitelikte değildir (örn., Albert, Maina, Forner ve Bogetto, 2004; Pfohl ve Blum, 1991; Wu, Clark ve Watson, 2005). Albert ve arkadaşları (2004) OKB ve OKKB arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada bu iki bozukluk arasında özel bir ilişki bulamamışlardır. OKB hastalarında OKKB görülme sıklığının yüksek olduğu görülmüştür. Fakat aynı çalışmada panik bozukluk ile OKKB eş hastalanma oranı da yüksek olarak bulunmuştur.

Ek olarak yapılan çalışmalar OKB’nin tik bozuklukları, yeme bozuklukları, alkol bağımlılığı gibi birçok bozuklukla da bir arada görülebildiğini göstermektedir (Pigott, 1998). Denys ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında OKB distimi (%2,8), alkol kötüye kullanımı (%1,5), tik bozuklukları (%1,5) Tourette Sendromu (%2,1) ile komorbid bulunmuştur. Aynı çalışmada OKB hastalarında yeme bozuklukları görülme oranının genel popülasyona kıyasla sekiz kat fazla olduğu görülmektedir.

1.1.4. Obsesyon ve Kompulsiyonların Alt Tipleri

Obsesif Kompulsif Bozukluk heterojen bir yapı göstermektedir; bozukluğu olan kişiler farklı türlerde obsesyonlar ve kompulsiyonlar geliştirebilmektedirler (Abramowitz, McKay ve Taylor, 2005). Klinisyenler iletişimi kolaylaştırmak, bozuklukta klinik gidişatı yordamak ve kullanılacak tedaviyi tanımlamak amacıyla

bozukluğun alt tiplerini belirlemeye yönelik çeşitli çalışmalar yapmaktadırlar (McKay ve ark., 2004).

OKB belirtilerini alt tiplerine ayırmaya yönelik yapılan erken dönem çalışmalar incelendiğinde araştırmacıların OKB hastalarını 'yıkayanlar', 'kontrol edenler' gibi başlıca kompulsif davranışlarına göre sınıflandırdıkları görülmektedir (aktaran McKay ve ark., 2004). Hoehn-Saric ve Barksdale (1983) ise farklı bir sınıflama ile OKB hastalarını dürtüsel olan ve dürtüsel olmayan olmak üzere iki sınıfa ayırmışlardır (aktaran, McKay ve ark., 2004).

Sonraki çalışmalarda ise bozukluğu alt tiplerine ayırmak amacıyla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. OKB belirti alt tiplerini belirlemede kullanılan ilk ölçek Maudsley Obsesyonlar Kompulsiyonlar Ölçeği'dir. Hodgson ve Rachman (1977) tarafından geliştirilen ölçeğin temizlik, kontrol etme, kuşku olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır (aktaran McKay ve ark., 2004). OKB'nin şiddetini ve baskın belirti dağılımlarını ortaya koyma amacıyla Sanavio (1988) tarafından geliştirilen Padua Envanteri zihinsel eylemler üzerinde bozulmuş kontrol, kirlenme, kontrol davranışları, davranışlar üzerinde kontrol kaybı hakkında dürtü ve kaygılar olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır (aktaran, Beşiroğlu, Ağargün, Boysan, Eryonucu, Güleç ve Selvi, 2005). Obsesyonlar yerine endişeyi ölçtüğü yönünde eleştirilen Padua Envanter'i bu nedenle Burns, Keortge, Formea ve Sternberger (1996) tarafından revize edilerek Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu (PE-WEÜR) adını almıştır. Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu başkalarına/kendine zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler, başkalarına/kendine zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler, kontrol

etme kompulsiyonları, bulaşma/kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları, giyinme/özbakım kompulsiyonları olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır.

Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen ve yarı yapılandırılmış görüşmeler şeklinde gerçekleştirilen Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ise obsesyonları saldırganlık, kirlilik, cinsel, biriktirme, simetri, dini, somatik ve diğer; kompulsiyonları yıkama, kontrol etme, sayma, sıralama, biriktirme, tekrarlama ve diğer olarak sınıflandırılmıştır (aktaran, Rosario-Campos, ve ark., 2006). Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada kirlenme-temizlik, simetri-düzenleme, biriktirme, şüphe-kontrol etme ve tabu düşünceler-zihinsel ritüeller olmak üzere beş faktöre ulaşılmıştır (Williams, Farris, Turkheimer, Pinto, Ozanick ve Franklin, 2011). Summerfelt, Richter, Antony ve Swinson (1999) ise Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği kullanarak klinik örnekleme gerçekleştirdikleri çalışmada obsesyonlar-kontrol etme, simetri-düzenleme, kirlenme-temizlik ve biriktirme olmak üzere dört alt boyut bulmuşlardır.

1.1.5. Obsesyon ve Kompulsiyonların İçerikleri

Bu bölümde yukarıdaki bölümde sözü edilen obsesyon ve kompulsiyon alttıplerinin içeriklerine yer verilecektir. Yapılan çalışmalar en sık ve ortak olarak görülen obsesyon ve kompulsiyonların kirlilik korkuları ve yıkama ritüelleri, şüphe ve kontrol etme, simetri ihtiyacı, biriktirme ve cinsel, saldırganlık obsesyon ve kompulsiyonları olduğunu ortaya koymaktadır (örn., Pallanti, Grassi, Cantisani, 2011, Summerfeldt ve ark., 1999).

Kirlilik obsesyonları kirli olduğu varsayılan nesne veya kişilerle temasa geçmenin bir sonucu olarak kişinin duyduğu kirlenmiş olma korkusu ile ilgilidir (Starcevic, 2004). Bu korkuya ek olarak kirlilik obsesyonları kir yoluyla zarar görme veya bu yolla başkalarına zarar verme kaygısını da içermektedir (Calamari ve ark., 2004). Bu obsesyonu geliştirmiş kişiler kirlenmiş olduklarına yönelik korku yaratan düşüncelere, kaygı ve sıkıntıya sahiptirler. Bu kaygı ve sıkıntıyı hafifletme veya kir yoluyla zarar görme tehlikesini engelleme amacıyla kişiler kirli olarak algıladıkları nesne ve kişilerle temas kurmaktan kaçınmakta veya yıkama kompülsiyonları geliştirmektedirler (Sookman, Abramowitz, Calamari, Wilhelm ve McKay, 2005).

Sık görülen kompülsiyonlardan biri olan kontrol etme kompülsiyonu şüphe, zarar verme, saldırganlık gibi çeşitli obsesyonlar tarafından harekete geçirilebilmektedir (McKay ve ark., 2004). Bu obsesyonlarla hissedilen belirsizlik ve abartılı sorumluluk duygusu kontrol etme ritüellerine yol açabilmektedir. Kontrol etme kompülsiyonları hissedilen belirsizliği ortadan kaldırma, kişiye karşılaşılabileceği kötü bir sonuçta sorumluluğun kendisinde olmadığı güvencesini verme işlevini görmektedir. Bu bağlamda da obsesyonların neden olduğu kaygı ve sıkıntıyı azaltmaktadır (Starcevic, 2004).

Starcevic (2004) simetri ihtiyacını kişilerin renk, şekil gibi özellikleri göz önüne alarak nesnelere belirli bir örüntüde yeniden düzenlemeye yönelik zihinsel uğraşlar olarak tanımlamaktadır. Nesnelere 'doğru' şekilde düzenlenmediği düşüncesi kişide gerginlik ve sıkıntıya yol açmaktadır. Sergilenen düzenleme kompülsiyonları da bu gerginliği ve sıkıntıyı hafifletme amacı taşımaktadır.

Rasmussen ve Eisen (1992) cinsel obsesyonları bir aile üyesi, arkadaş veya çocuklar hakkındaki istenmeyen cinsel düşüncelerin varlığı, diğer kişilerle birlikteyken cinsel içerikli sözler sarf etme korkusu, eşcinsel ilişkiler kurmaya yönelik düşünceler gibi cinsel temalar olarak tanımlamaktadırlar (aktaran, Grant, Pinto, Mancebo, Eisen ve Rasmussen, 2006). Cinsel obsesyonlara sahip kişilerin bu düşüncelerini paylaşmaktan kaçındıkları yönündeki klinik gözleme rağmen yapılan bir çalışmada OKB hastalarının %24.92'sinin cinsel obsesyon geçmişine sahip oldukları bulunmuştur (Grant ve ark., 2006). Saldırganlık obsesyonları ise kendine veya başkalarına zarar verme düşünceleri veya imgeleri; küfretme, bağırma gibi sözel saldırgan davranışlar sergileme korkusu ile karakterizedir (Starcevic, 2004). Starcevic'e (2004) göre cinsel ve saldırgan obsesyonların altında yatan, kişilerin davranışları üzerinde kontrollerini kaybetme korkularıdır. Cinsel ve saldırgan obsesyonların varlığı kişilerde suçluluk duygularına neden olabilmektedir. Kişiler bu obsesyonları telafi etmek amacıyla kompulsif davranışlar sergilemektedirler.

Biriktirme kompulsiyonları kişilerin herhangi bir değeri olmayan nesnelere toplaması ve biriktirmesi ile ilişkilidir. Biriktirme kompulsiyonlarında kişiler biriktirdikleri objeleri atmayı, başkasına vermeyi başaramamaktadırlar. Biriktirme otomatik bir süreç olarak kabul edilmektedir (Starcevic, 2004). Starcevic ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada kompulsiyonların kişiler için olan işlevlerini araştırmışlardır. Çalışmada biriktirme kompulsiyonu geliştiren kişiler kompulsiyonlarının altında yatan motivasyonu biriktirdikleri nesneye ileride ihtiyaç duyabilecekleri inancı, nesneye bağlanmaları, nesnenin ihtiyaç duydukları güven hissini kendilerine sağlaması ile açıklamışlardır.

1.1.6. Obsesif Kompulsif Bozukluğa Açıklama Getiren Kuramlar

Bu bölümde psikanalitik model, bilişsel davranışçı model ve çeşitli bilişsel modellerin OKB'ye yönelik getirdikleri açıklamalar ele alınmıştır.

1.1.6.1. Psikanalitik Kuram

Obsesif kompulsif bozukluk hakkında ilk bilimsel hipotezleri ortaya atan kişi olan Freud (1913) OKB'nin gelişiminde ödipal dönemin çatışmalarıyla baş edilememesi sonucu duyulan anksiyetenin ve bunun sonucunda anal sadistik döneme gerilenmesinin önemini vurgulamaktadır (aktaran, Topçuoğlu, 2003). Esman (2001) yaptığı derlemede Freud'un (1909) çözülmemiş ödipal çatışmadan dolayı genital öncesi anal-sadistik döneme gerilemeyle açıkladığı obsesyon kavramına değinmektedir (aktaran, Mukhopadhyay, Tarafder, Bilimoria ve Bandyopadhyay, 2010). Anal-sadistik dönem, çocukların 18 aylıkken geçtiği ve anal bölgenin cinsel yönden en duyarlı bölge olduğu dönemdir. Çocukların tuvalet eğitimlerini bu dönemde almaya başlamaları da bir rastlantı değildir. Sarsıcı tuvalet eğitimi, bu dönemde bir saplanmaya ve anal kişiliğe neden olabilmektedir. Tuvalet eğitiminin gerçekleşme biçimiyle ilişkili olarak, anal kişiliğe sahip bireyler aşırı derecede düzenli, inatçı ya da cömert olabilmektedirler (Burger, 2006). Esman (2001) daha sonra Freud'un (1913) libidonun genital öncesi organizasyonunun deneyimsel faktörlerden ziyade yapısal faktörler tarafından belirlendiği varsayımına dikkat çekmiştir. Bu deneyimsel faktörler daha sonra Freud (1966) tarafından anal-sadistik eğilimlerin şiddetinin ve özgün savunma mekanizmaları tercihinin belirleyicileri

olarak ifade edilmiştir (aktaran, Mukhopadhyay, Tarafder, Bilimoria ve Bandyopadhyay, 2010).

Obsesif Kompulsif Bozukluk, geleneksel psikanalitik bakış açısı tarafından temel olarak bir nevrotik bozukluk olarak değerlendirilmektedir. Bu nevrotik bozukluğun bir yandan ego ve süperego arasındaki çatışmadan, diğer yandan idde ortaya çıkan saldırganlık ve cinsellik dürtülerinden kaynaklandığı belirtilmektedir. Normal ve patolojik psikolojik işlevsellik, aynı psişik yapılar (ego, süperego ve id) ve OKB ile ilişkili olduğu varsayılan bu yapılar arasındaki çatışmalar “normal” bireylerde de bulunmaktadır. OKB tanısı almış ve sağlıklı insanların arasındaki fark ise benliğin bu farklı yönlerini bütünleştirme ya da dengeleme kapasitesinden kaynaklanmaktadır. Örneğin; OKB hastalarının kuvvetli bir biçimde bastırılmış saldırganlık dürtüleri varken “normal” bireylerin bu dürtülerle uğraşmak için kullandıkları yolların daha uyumlu olduğu belirtilmektedir (Kempke ve Luyten, 2007).

Geleneksel psikanalitik bakış açısı bu dengesizliğin yüksek düzeyde saldırganlıkla ilişkili süperegodan kaynaklandığını varsaymaktadır. Yüksek düzey saldırganlığın kısmen doğuştan geldiği ve kısmen aşırı bastırılmış öfkenin dışavurumu olduğu değerlendirilirken çok güçlü ve ahlakçı süperegonun kişi için önemli olan talepkar diğer bireylerle özdeşim kurulması sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir (Kempke ve Luyten, 2007).

OKB hastalarının kaçınılan düşmanlık dürtülerine ve cinsel dürtülere yönelik kontrol girişimleri mükemmeliyetçilik, sorumluluk gibi tipik kişilik özelliklerini ortaya

çıkarmaktadır. Bununla beraber, örneğin saldırganlık dürtüleri sık sık bu savunmayı kırabilmektedir (örneğin, birine zarar vermeye neden olma düşünceleri). Ayrıca yalıtma mekanizması, örneğin duyguların düşüncelerden ayrılması, OKB tanısı almış kişilere istenmeyen dürtülerin kontrol edilmesi olanağı vermektedir (Fenichel, 1945; Salzman, 1980; aktaran, Kempke ve Luyten, 2007). OKB hastalarının duyguları unutmak ve görmezden gelmek amacıyla giriştikleri çabalar düşünmeye aşırı bir vurgu yapılmasına ve önem verilmesine yol açmaktadır (Fenichel, 1945; aktaran, Kempke ve Luyten, 2007). Düşünceler ve sözcükler kabul edilemez dürtülerin kontrolünü hedefleyen “büyüsel” bir anlam sağlamaktadır. Bu “büyüsel düşünce” yapma-bozma (undoing) mekanizmasına işaret etmektedir. Yapma-bozma mekanizmasına göre kişi kabul edilemez bir düşünce ya da davranışı nötralize etmek amacıyla düzenli olarak belirli ritüellerde (örneğin, belirgin bir şekilde bir şeye dokunma) bulunur (Fenichel, 1945; aktaran, Kempke ve Luyten, 2007). Diğer taraftan büyüsel düşünce abartılmış suçluluk ve sorumluluk duygularına (örneğin, “Eğer kocamın kaza geçireceğini düşünürsem bu muhtemelen gerçekleşir.”) da yol açabilmektedir (Kempke ve Luyten, 2007).

OKB'ye yönelik daha yeni psikodinamik bakış açısı, nesne ilişkileri kuramlarına odaklanmaktadır. Nesne ilişkileri kuramları, benliğe ve diğerlerine yönelik zihinsel temsillerin ve bilişsel-duygusal şemaların hem içeriğine hem de yapısına odaklanmaktadır. Bu temsiller ve şemalar çocuğun bakımını yapan kişi ve hayatındaki önemli olan diğerleriyle girdikleri erken etkileşimlere dayanmakta, duygulara ve davranışların öncülleri olarak rol oynamaktadırlar. Nesne ilişkileri kuramı OKB'de benliğin ve diğerlerinin karşıt temsillerinin rolüne odaklanmaktadır. Daha belirgin bir ifadeyle, benliğin ve diğerlerinin temsilleri benliğin ve diğerlerinin

olumsuz özelliklerine dayandırılabilir. Bu da, geleneksel psikanalitik bakış açısına göre anal karakter özellikleri olan, katılığa, güçlü bir kontrol ve özerklik ihtiyacına yol açmaktadır. Dolayısıyla, belirtildiği gibi, duygular ve kişilerarası ilişkiler gibi kontrol edilemez durumlardan kaçınılırken zihinsel süreçlerin üzerinde aşırı bir biçimde durulmaktadır (Kempke ve Luyten, 2007).

1.1.6.2. Davranışçı Kuram

Davranışçı kuram obsesyon ve kompulsiyonları öğrenme kuramını temel alarak açıklamaktadır. Buna göre ilk aşamada klasik koşullama yoluyla girici düşünceler, imgeler ve tepkiler kaygı ile ilişkili hale gelmektedir ve girici düşünceleri kaygıda artma izlemektedir. İkinci aşamada edimsel koşullama yoluyla kişilerin kendilerinde kaygı yaratan obsesyonel düşüncelerden kaçınarak obsesyon ile ilişkili kaygıyı azaltmaları söz konusudur. Modele göre kompulsif davranışlar da bu kaygıdan kaçınmak amacıyla gerçekleştirilmektedir. Bu yolla kompulsiyonlar aktif kaçınma yöntemi haline almaktadır (Mowrer, 1939, 1960; aktaran, Shafran, 2005).

Clark (2004) obsesyonları izleyen kaygının kompulsiyonların sergilenmesiyle hafiflemesi döngüsünün kısa süreli olduğuna dikkat çekmektedir. Birçok kişide rahatlama kısa dönemlidir ve obsesyonlar ile kaygının ortaya çıkması ve bunu kompulsiyonların takip etmesi döngüsü tekrarlanır.

1.1.6.3. Bilişsel Kuram

Bu bölümde Salkovskis'in OKB modeli ve Rachman'ın Obsesyonların Kuramı çerçevesinde OKB'ye açıklama getiren bilişsel kuramlara yer verilecektir.

1.1.6.3.1. Salkovskis'in OKB Modeli

Salkovskis (1985) OKB ile ilgili geliştirdiği modelinde abartılmış sorumluluk kavramını temel almaktadır. Modele göre obsesyonları normal kabul edilebilecek girici düşüncelerden ayıran bu düşüncelerin kişiler tarafından nasıl değerlendirildiğidir. OKB'de kişiler girici düşünceleri kendilerine veya diğer kişilere zarar verebilecek bir faktör olarak değerlendirmekte ve olası bir zarardan kendilerini sorumlu tutmaktadırlar. Bu da kişilerde rahatsızlık, kaygı ve telafi edici kompulsif davranışlara neden olmaktadır (aktaran, Shafran, 2005). Artan rahatsızlık, kaygı ve nötralize edici davranışlar ise girici düşüncelerin sıklığını, algılanan tehdidi ve sorumluluk duygusunu arttırarak bir döngüye yol açmaktadır (Salkovskis ve ark., 2000).

Salkovskis ve arkadaşları (1999) kişilerin olumsuz sonuçlara yol açma veya bunları nleme gücüne sahip olduklarına yönelik inançları olarak tanımlanan abartılmış sorumluluğun temelinde geçmiş öğrenme deneyimlerinin yattığını belirtmektedirler. Çocuklukta dllendirilen ve teşvik edilen sorumluluk duygusu, sorumlulukla ilgili öğrenilen kurallar, çocuklukta ebeveynler tarafından sorumluluk verilmediği için sorumluluğa yönelik gelişen duyarlılık, kişinin olumsuz bir sonucun meydana gelmesine katkıda bulunduğu deneyimler kişiyi sorumluluk inançlarına, girici düşüncelere yönelik olumsuz değerlendirmeler ve varsayımlar yapmaya yatkın hale getirmektedir. Deneyimlerle öğrenilen bu varsayımlar kritik bir yaşam olayı tarafından aktive edildiğinde obsesif kompulsif belirtileri tetikleyebilmektedir.

Yapılan çalışmalar abartılmış sorumluluk inancı ile obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (örn., Foa, Amir, Bogert, Molnar ve Przeworski, 2001; Mancini, D'Olimpio ve Cieri, 2004; Salkovskis ve ark., 2000). Örneğin, hipotetik durumların betimlendiği bir çalışmada obsesif kompulsif belirtiler sergileyen kişilerin kontrol grubuna göre betimlenen durumların olumsuz sonuçlarına yönelik daha fazla sorumluluk hissettikleri ve bu sonucu önleyemedikleri için daha çok rahatsızlık duydukları bulunmuştur. Çalışmada OKB grubu için algılanan sorumluluk düzeyi ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasındaki ilişki yüksek bulunmuştur (Foa ve ark., 2001). Salkovskis ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiş, obsesif kompulsif belirtiler ile sorumluluk bilişlerinin birbirleriyle ilişkili oldukları görülmüştür. Mancini ve arkadaşlarının (2004) klinik olmayan örnekleme gerçekleştirdikleri deneysel çalışmada ise katılımcıları seçkisiz olarak gruplara ayırmışlar ve onlardan hafızayla ilgili olan görsel testi tamamlamalarını istemişlerdir. Araştırmacılar sorumluluk duygusunu paravan bir hikaye ile manipüle etmişlerdir. Araştırmada kullanılan paravan hikaye ile katılımcılara araştırma için ödenek alınabilmesi için söz konusu araştırmanın bir hafta içinde bitmesinin ve araştırma sonuçlarının istenildiği gibi çıkmasının gerekli olduğu bilgisi verilmiştir. Bu yüzden katılımcılardan, hafıza testini gerçekleştirirken en iyi 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 bununla bağlantılı olarak olası bir zarardan sorumlu olma inancının vurgulandığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar da modeli destekler niteliktedir.

1.1.6.3.2. Rachman'ın Obsesyonların Bilişsel Kuramı

OKB'ye açıklama getiren modellerden bir diğeri ise Rachman'ın modelidir. Modele göre girici düşünce, imge ve dürtülerin önemine yönelik yapılan felaketleştirici değerlendirmeler obsesyonlara neden olmaktadır. Örneğin, yakın bir arkadaşının küçük kardeşine zarar vermeye yönelik yineleyici imge ve düşünceleri bulunan bir kişi, bu imge ve düşünceleri kendisinin potansiyel bir katil, kötü ve değersiz bir insan olduğu şeklinde yorumlamaktadır (Rachman, 1997). Rachman (1997) girici düşüncelerin önemine yönelik yapılan felaketleştirici yorumların 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 kişisel anlam ve önem yüklemeleridir. Ayrıca herkesin deneyimlediği istenmeyen ve girici düşünceler, imgeler ve dürtüler birçok yönden benzerlik göstermektedir. Aradaki fark ise obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişilerin obsesyonlarının daha sık, daha uzun süreli, daha ısrarlı ve yapışkan ve daha çok sıkıntı verici olmasıdır. Şekil ve içerik açısından bakıldığında ise normal ve anormal obsesyonlar benzerdir (Rachman, 1997).

Kişinin istenmeyen girici düşüncelerinin önemine yönelik felaketleştirici yorumlar yapması muhtemel tehdit edici uyaranların çeşitliliğini ve ciddiyetini arttırmaktadır (Rachman, 1998). Geniş bir uyaran çeşitliliği nötr durumda iken tehdit edici bir hale dönüşmektedir. Daha önce herhangi bir farkı olmayan uyaran daha göze çarpıcı hale

gelmeye başlamaktadır. Örneğin kişi başkalarına zarar vermekle ilgili istenmeyen girici düşüncelerinden kendisinin potansiyel tehlikeli bir insan olduğu anlamını çıkarırsa nötr uyarılar tehdit edici hale gelmeye başlamaktadır. Nötr uyarıların tehdit edici hale gelmesi tehditlerin çeşitliliğini arttırmakta bu da obsesyonların rahatsızlık verme “imkanlarını” arttırmaktadır (Rachman, 1998).

Obsesyonları olan kişiler sıklıkla obsesyonların beklenen olumsuz etkilerini ya da obsesyonlarla ilişkilendirilen rahatsızlık/suçluluk duygularını nötralize etme eğilimindedirler. Obsesyonları ve olumsuz etkilerini telafi etmek ya da düzeltmek için yapılan bu girişimler kısa vadede başarılı olmaktadır (Rachman, 1998).

Nötralizasyonlar, kompulsiyonlara benzemektedir ancak tam olarak aynı değildir. Hem nötralizasyonlar hem de kompulsiyonlar kaygıyı kısa vadede azaltmakta bu yüzden pekişmekte ve güçlenmektedirler. Uzun vadede ise nötralizasyonların kullanılması uyumlu değildir, çünkü korkulan sonuçların meydana gelmesini nötralizasyonların engellediği ve nötralizasyonlar olmadan obsesyonların neden olduğu rahatsızlık hissinin devam edeceği inancının sürmesine yol açmaktadır (Rachman, 1998).

Ardından tehdit edici uyarılardan kaçınma ortaya çıkmakta ve kaçınmalar devam ettikçe de kişinin kesinlikle ve değiştirilemez bir şekilde tehlikeli biri olduğuna yönelik düşüncesi güçlenmektedir. Aynı durum içsel uyarıcılar için de geçerlidir. Yukarıdaki örnekte kişi istenmeyen girici düşüncelerini tehlikeli biri olduğu, kontrolünü kaybedip bir çocuğa zarar verebileceği biçiminde yorumlarsa bir çocuğun olduğu ortamda yaşadığı rahatsızlığa/kaygıya bağlı titreme, terleme gibi belirtileri

kontrolü kaybettiğinin işareti olarak yorumlayabilmektedir. Diğer bir durum ise kişinin kaygı hissetmesinden ortamda bir tehdit olduğu çıkarımını yapmasıdır. Kişi kaygı hissettiğine göre ortamda bir tehlike olması gerektiğini düşünebilmektedir. Bunun yanı sıra kaygının fiziksel belirtileri kontrolü kaybetmenin bir göstergesi olarak algılandığında bu kontrol kaybının sonucunda istenmeyen dürtülerin davranışa döküleceği düşüncesi oluşmaktadır. Yani kişinin kaygısına yönelik felaketleştirici yanlış yorumlamaları ile girici düşüncelerin aynı şekilde yorumlanması birbirini etkileyebilmektedir (Rachman, 1998).

1.2. ÜSTBİLİŞSEL KURAM

Son yıllarda üstbilişsel süreçlere yönelik yapılan çalışmalar psikolojinin birçok alanında önemli yer tutmaktadır. 1960'lı ve 1970'li yıllarda bilişsel psikoloji ve gelişim psikolojisi olmak üzere iki ayrı kaynaktan ortaya çıkan üstbiliş kavramı günümüzde gelişim psikolojisi, bilişsel psikoloji, klinik psikoloji, deneysel psikoloji gibi psikolojinin farklı alanlarında çalışılmaktadır (Schwartz ve Perfect, 2002). Üstbiliş kavramı ilk kez Flavell (1979) tarafından tanımlanmıştır. Bu tanıma göre üstbiliş bilişin değerlendirilmesini, gözlenmesini, veya kontrol edilmesini içeren herhangi bir bilgi veya bilişsel süreçtir. Wells ve Matthews'a (1996) göre ise üstbiliş düşünme hakkında düşünme, neyi bildiğimizi veya bilmediğimizi bilme sürecidir (aktaran, Cucchi ve ark., 2002).

Çok boyutlu bir kavram olarak kabul edilen üstbiliş Flavell'a (1979) göre üstbilişsel bilgi, üstbilişsel deneyimler, amaçlar (görevler) ve stratejilerden oluşmaktadır. Üstbilişsel bilgi bilişsel varlıklar olarak görülen insanlarla ve onların bilişsel

görevleri, amaçları, eylemleri ve deneyimleri ile ilişkili depolanmış bilgilerin bir bölümü olarak tanımlanmaktadır. Kişilerin bilişsel açıdan kendi güçlü yanları ve zayıflıkları hakkındaki bilgileridir. Üstbilişsel deneyimler herhangi bir zihinsel olayla ilgili olan veya ona eşlik eden bilişler veya duygusal deneyimlerdir. Amaçlar bilişsel olayların amacına işaret etmektedir. Stratejiler ise amaçları (görevleri) gerçekleştirmek için kullanılan bilişler ve davranışlardır.

Üstbiliş kavramı için birbirleriyle ilişkili iki düzeyli bir yapı öneren Nelson ve Narens (1990) bu düzeyleri üst-düzey (meta-level) ve nesne düzeyi (object-level) olarak adlandırmışlardır (aktaran, Nelson, Stuart, Howard ve Crowley, 1999). Bu iki düzey arasında iki yönlü bir bilgi akışı vardır. Nesne düzeyinden üst düzeye olan bilgi akışı üstbilişsel gözlem (metacognitive monitoring) olarak adlandırılmaktadır. Üstbilişsel gözlemlerde üst düzeyin nesne düzeyi tarafından bilgilendirilmesi söz konusudur. Bu bilgilendirilmede veri toplamak için kullanılan temel araç kişilerin öznel bildirimleridir. Öznel bildirimlerin üstbilişsel gözlemlerde temel araç olarak kullanılmasının bazı olumsuzlukları vardır. 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. Bu da sisteme giren bilgide eksikliğe ya da yanlış yöne yol açabilmektedir. Üstbilişsel kontrolde ise üst düzeyden nesne düzeyine bilgi akışı gerçekleşmektedir. Bu bilgi akışı bilişleri kontrol etme amaçlıdır ve nesne düzeyindeki süreçte değişime yol açabilmektedir. Üst düzeyin nesne düzeyine gönderdiği bilgi ile yeni bir faaliyet başlamakta veya mevcut faaliyet sonlanmaktadır. Bu iki yönlü bilgi akışı üstbilişi oluşturmaktadır (Nelson ve ark., 1999).

Wells (2000) ise üstbilişin üç temel boyutu olduğunu vurgulamaktadır. Bu boyutlar üstbilişsel bilgi, üstbilişsel deneyimler ve üstbilişsel kontrol stratejileridir. 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 düşünceler gibi 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.

Üstbilişlerin psikolojik bozuklukların gelişmesi ve sürmesinde önemli bir etken olduğunu ileri süren Wells ve Matthews (1994) kendini düzenleyici yürütücü işlevler modelini geliştirmişlerdir (aktaran, Wells, 2002).

1.2.1 Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli (S-REF)

Beck'in bilişsel modelinin psikolojik bozuklukları açıklamada bilişin belirli öğelerini göz önüne alıp; üstbiliş, dikkat, işleme gibi bilişin diğer alanlarını modelin dışında bıraktığını vurgulayan Wells ve Matthews (1994) kendini düzenleyici yürütücü işlevler modelini geliştirmişlerdir. Diğer bilişsel modellerden farklı olarak kendini düzenleyici yürütücü işlevler modeli psikolojik bozuklukların gelişiminde üstbilişlerin; düşünce hakkındaki inançların ve stratejilerinin rolünü vurgulamaktadır (aktaran, Wells, 2002).

Model bilişin birbirleriyle etkileşim halinde olan üç düzeyinin oluşturduğu yapılanmaya odaklanmaktadır. Bu düzeyler: bilinçli olmayan, otomatik ve refleksif alt düzey (lower level); olayların bilinçli değerlendirmelerini ve eylem ve düşüncelerin kontrolünü içeren çevrimiçi işleme düzeyi (online processing level) ve uzun süreli bellekte depolanan benlik bilgisidir (self-knowledge) (Wells, 2000). 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 (Wells, 2000; Wells, 2002).

Wells (2000) bu yapılanma içinde kişilerin düşünceleri ve inançlarına yönelik iki farklı bakış açısına sahip olabildiklerini vurgulamaktadır. 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 algılarının gerçekliğin doğrudan temsilleri olmayabileceğinin farkındadır. Kişinin nesne biçiminden üstbilişsel biçime geçişi fonksiyonel olmayan başa çıkma stratejilerinin aktive olmasının önlenmesine ve olumsuz inançlar ve uyarıların başa çıkmaya olanak sağlamaktadır.

Kendini düzenleyici yürütücü işlevler (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 (Wells ve Matthews, 1996).

Model psikolojik bozuklukların oluşmasında ve sürmesinde kişilerin olumsuz benlik bilgisine sahip olmalarının, uygun olmayan ve yetersiz üstbilişsel kontrol stratejileri kullanmalarının rolünü vurgulanmaktadır (Wells, 2000).

1.2.2.Psikolojik Bozukluklar ve Üstbilişler

Kendini düzenleyici yürütücü işlevler modeli psikolojik bozuklukların oluşumunda ve sürmesinde bilişsel dikkat odaklanması sendromunun (cognitive attentional syndrome) rolüne odaklanmaktadır. Bilişsel dikkat odaklanması sendromu dikkatin benliğe odaklanması, olumsuz benlik inançları, tehdit yaratan olay ve uyarınları gözlemleme, ruminasyon, endişelenme ve uygun olmayan başa çıkma stratejilerinin kullanımını içermektedir (Wells, 2000).

Model kişinin kendisinde sıkıntı yaratan bir durumda dikkatini tehdit yaratan uyarana odaklaması, ruminasyon ve endişelenme gibi ısrarcı düşünce biçimlerini benimsemesi, uygun olmayan başa çıkma stratejilerini seçmesi ve kullanması biçimindeki üstbilişsel inanç ve stratejilerin psikolojik bozuklukların sürmesinden sorumlu olduğunu kabul etmektedir (Wells, 2000). Bilişsel dikkat odaklanması sendromunun (CAS) aktivasyonu kişide kaygı ve sıkıntı yaratan olaya ve uyarıcıya tepki olarak gelişmektedir. 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 (Wells, 2000). Abartılmış benlik odaklı dikkate, ruminasyon ve

endişe gibi döngüsel düşünce örüntülerine, tehdit gözlemlemeye, düşünce baskılama ve kaçınmaya yol açtığı; fonksiyonel olmayan, olumsuz benlik inançlarının düzeltilmesini engellediği; olumsuz duygu ve düşüncelerin sürmesine neden olduğu, duyulan sıkıntıyı kuvvetlendirdiği için bilişsel dikkat odaklanması psikolojik bozuklukların gelişimine etki eden bir faktör olarak kabul edilmektedir (Spada, Georgiou ve Wells, 2010; Wells, 2000).

Cartwright-Hatton ve Wells (1997) geliştirdikleri Üstbiliş Ölçeği ile psikolojik bozuklukların oluşumuna ve sürmesine etki eden üstbilişsel faktörleri beş alt boyutta tanımlamaktadırlar. Birinci boyut endişelenmek hakkında olumlu inançlar boyutudur. Bu boyut kişilerin endişelenmenin problem çözmeye yararlı 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.

İlgili literatür incelendiğinde 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 (örn., Maher-Edwards, Fernie, Murphy, Wells ve Spada, 2011; Matthews, Hillyard ve Campbell, 1999; Papageorgiou ve Wells, 2003; Spada ve Wells, 2005;).

Spada, Georgiou ve Wells'in (2010) üniversite öğrencileriyle gerçekleştirdikleri çalışmada üstbilişsel inançların durumluk kaygı ile olan ilişkisi araştırılmıştır. Katılımcılardan kaygı yaratan bir durum olarak kabul edilen final sınavlarından 3 hafta önce veri toplanmıştır. Çalışmanın bulguları bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı hakkındaki olumsuz inançlar ve düşüncenin ve tehlikenin kontrol edilemezliği ile ilişkili olumsuz inançlar boyutlarının durumluk kaygı ile pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir. Nieto, Delgado, Mateos ve Bueno'nun (2010) genellenmiş kaygı bozukluğu tanısı almış katılımcılar ve tanı almamış katılımcılar ile gerçekleştirdikleri çalışma ile de kaygı bozuklukları ile endişenin ve tehlikenin kontrol edilemezliği ile ilişkili olumsuz inançlar arasında pozitif yönde bir ilişkinin bulunduğu ortaya konmuştur. Sica, Steketee, Ghisi, Chiri ve Franceschini'nin (2007) üniversite öğrencileriyle gerçekleştirdikleri çalışmada da düşüncenin ve tehlikenin kontrol edilemezliği ile ilişkili olumsuz üstbilişsel inançların kaygı ve obsesyon belirtileriyle ilişkili olduğu görülmektedir. 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.

Roussis ve Wells (2006) yaptıkları çalışmada travma sonrası stres belirtileri ile üstbilişsel inançlar arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. 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.

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 güvendedeki eksikliğin kronik yorgunluk sendromunun fiziksel ve zihinsel belirtilerinin şiddetini arttırdığı bulunmuştur. Düşünceleri kontrol ihtiyacı hakkındaki inançların ise zihinsel yorgunluk belirtileri ile ilişkili olduğu görülmüştür (Maher-Edwards ve ark., 2011).

Spada ve Wells (2006) alkol bağımlılığı tanısı alan kişilerle gerçekleştirdikleri yarı yapılandırılmış görüşmelerle kişilerin alkol kullanımlarına yönelik düşünceleri değerlendirmişlerdir. Çalışmada katılımcıların olumsuz duyguları düzenlemede alkolün yararlı olduğuna yönelik olumlu üstbilişlere ve alkol kullanımının kontrol edilemez ve zararlı olduğuna yönelik olumsuz üstbilişlere sahip oldukları görülmüştür. 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 (Spada ve Wells, 2005).

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. 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.

Üstbilişsel model üstbilişler ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Kendini düzenleyici yürütücü işlevler modeli depresyondaki ruminatif düşünce ve endişenin temelinde üstbilişlerin olduğunu ileri sürmektedir (Roelofs, Papageorgiou, Huibers, Peeters ve Arntz, 2007). Depresyon belirtileri geliştiren kişiler kendi düşünce süreçlerini olumsuz olarak değerlendirme eğilimindedirler (Papageorgiou ve Wells, 2001). 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 (Papageorgiou ve Wells, 2001; Papageorgiou ve Wells, 2003).

Üstbilişler ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemek için çeşitli araştırmalar gerçekleştirilmiştir (örn., Roelofs ve ark., 2007; Papageorgiou ve Wells,

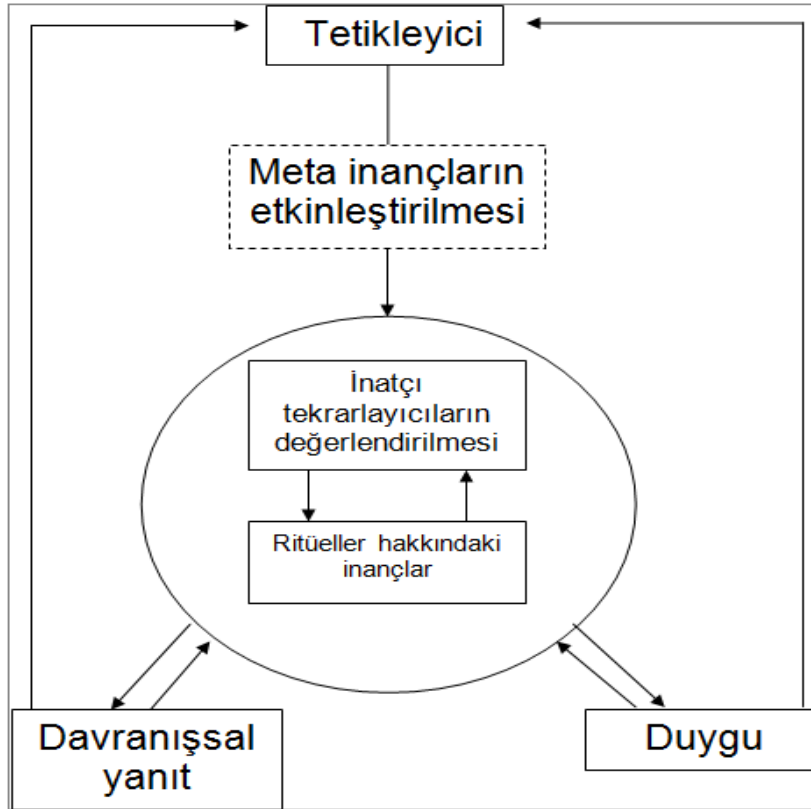
2001; Papageorgiou ve Wells, 2003). Yapılan bu çalışmalar depresyon belirtileri geliştiren kişilerde ruminatif düşünceler hakkındaki üstbilişlerin varlığını ortaya koymaktadır. Olumsuz üstbilişsel inançlar ruminasyonların kontrol edilemezliği ve zararına; olumlu inançlar ise ruminasyonun başa çıkma stratejisi olduğuna yöneliktir (Papageorgiou ve Wells, 2001). Papageorgiou ve Wells (2003) gerçekleştirdikleri çalışma ile olumsuz üstbilişsel inançların ruminasyon ve depresyon belirtilerine aracılık ettiği sonucuna ulaşmışlardır.

İlgili literatür incelendiğinde hostilite ve somatizasyonun bilişler ile olan ilişkisine işaret eden görüşlere rastlanmaktadır (örn., Anderson, 1997; Rief, Hiller ve Margraf, 1998). Biliş ve somatizasyon arasındaki ilişkide bilişlerin somatizasyon belirtilerini sürdürmede önemli bir öge olabileceğinin düşünüldüğü görülmektedir (Rief ve ark., 1998). Kişilerin vücut algılarına yönelik felaketleştirici değerlendirmeleri dikkati vücut belirtilerine odaklamakta ve işlevsiz başa çıkma stratejilerini beraberinde getirmektedir (Synodinov, 2006).

1.2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbilişsel Modeli

Wells ve Matthews (1994) kendini düzenleyici yürütücü işlevler modelinden yola çıkarak obsesif kompulsif belirtiler için üstbilişsel modeli geliştirmişlerdir. Model kişilerin obsesyonel düşüncelere sahip olmanın kendileri için anlamı ve beraberinde getirdiği düşünülen olumsuz sonuçları nedeniyle olumsuz olarak değerlendirildiğini vurgulamaktadır (aktaran, Gwilliam, Wells ve Cartwright-Hatton, 2004).

Modele göre kişilerin girici düşünceleri hakkındaki üstbilişsel inançlarının tetiklenmesi bu düşüncelerin anlamı, önemi ve sonuçları hakkında olumsuz değerlendirmelere neden olmaktadır. Girici düşüncelerin tehlikeli ve tehdit edici olduğuna yönelik olumsuz değerlendirmeler korku, kaygı, suçluluk ve sıkıntı duygularını ve ritüel gerçekleştirme gibi davranışsal tepkileri beraberinde getirmektedir (Purdon ve Clark, 1999). Obsesif kompulsif bozukluğun üstbilişsel modeli Şekil 1.1’de gösterilmektedir.



Şekil 1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbilişsel Modeli (Wells, 1997; aktaran, Şenormancı, Konkan, Güçlü ve Sungur, 2012)

Wells ve Matthews (1994) obsesif kompulsif belirtilere etki eden üstbilişsel inançları ikiye ayırmaktadırlar. 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 (akt., Myers, Fisher ve Wells, 2009).

Düşünce eylem kaynaşması (DEK) belli bir girici düşüncenin dışsal bir olayı doğrudan etkileyebileceğine veya bir eylem hakkında girici düşünceye sahip olmanın o eylemi yapmakla eşdeğer olduğuna yönelik inançları tanımlamak için kullanılmaktadır (Rachman ve Shafran, 1999). Bilişsel bir yanlılık olan 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 hastalandığına yönelik düşüncem o kişinin hastalanma olasılığını artırır." 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 kilisede küfrettiğini düşünmesinin kilisede gerçekten küfretmesi kadar kötü olduğuna yönelik inancı DEF Ahlak'a örnektir (Shafran ve Rachman, 2004).

Düşüncelerin anlamı ve gücü hakkındaki bilişsel yanlılıklardan ikincisi düşünce olay kaynaşmasıdır. Düşünce olay kaynaşması belli bir olay hakkında girici düşünceye

sahip olmanın o olaya neden olabileceği veya düşünceye sahip olmanın o olayın gerçekte meydana gelmiş olduğu anlamına geldiğine yönelik inançlardır (Purdon ve Clark, 1999). 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 düşüncelerinin nesnelere aktarılabilmesi inancıdır (Myers ve ark., 2009).

Purdon ve Clark (1999) düşünce eylem kaynaşması, düşünce olay kaynaşması ve düşünce nesne kaynaşması dışında obsesif kompulsif belirtilere etki eden bir inanç türünü vurgulamaktadırlar. Bu inanç türü girici düşüncelerin ortaya çıkardığı duygu ve sıkıntının sonuçlarına yöneliktir. Kişinin girici düşüncelerin yol açtığı sıkıntı devam ederse delireceğini düşünmesi bu türe örnek olarak verilebilmektedir.

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 (Solem, Myers, Fisher, Voger ve Wells, 2010). Ritüeller hakkında inançlar da kendi içinde ikiye ayrılmaktadır. Bunlardan ilki ritüelleri gerçekleştirme ihtiyacına yönelik bildirimsel inançlardır. Kişinin ritüelleri gerçekleştirmediği sürece rahat edemeyeceğine yönelik inancı bu alt boyuta örnektir. Ritüelleri gerçekleştirmeyle ilgili inançların ikinci boyutunu eylemi gözlemek ve kontrol etmek için gerçekleştirilen plan veya program oluşturmaktadır (Myers, Fisher ve Wells, 2009).

Obsesif Kompulsif Bozukluk'un üstbilişsel modeline göre yukarıda sözü edilen üstbilişsel inançların genelde otomatik, girici bir düşünce tarafından tetiklenmesi ve aktive olması girici düşüncelerin tehlikeli olduğuna yönelik değerlendirmelerin ve beraberinde kaygı, korku, suçlama ve sıkıntı gibi duyguların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bu olumsuz duygular kişiler tarafından girici düşüncelerinin gerçek olduğunu gösteren bir tehlike işareti olarak görülebilmektedirler. Bu da algılanan tehdit ve tehlike ile başa çıkmak için belli davranışsal tepkilerin ve stratejilerin geliştirilmesine yol açmaktadır. Bu davranışsal tepkiler (ritüeller ve nötralize edici davranışlar) içsel bir kriter karşılanana veya durma sinyali ("stop signal") verilene kadar sürmektedir (Purdon ve Clark, 1999).

Wells (1997) geliştirilen davranışsal tepki ve stratejilerin üstbilişsel yanlılıkların yanlış olduğunun görülmesini engellediğini vurgulamaktadır. Buna göre davranışsal tepki ve stratejiler geliştiren kişiler girici düşüncelerin yol açacağını düşündükleri olumsuz sonuçların gerçekleşmemesini kullandıkları strateji ve ritüellere yüklemektedirler. Bu yükleme de OKB'de bir döngüye yol açmaktadır (aktaran, Şenormancı ve ark., 2012).

Obsesyon ve kompulsiyonlar üzerinde üstbilişlerin rolünü belirlemek amacıyla klinik ve klinik olmayan örnekleme birçok çalışma gerçekleştirilmektedir (örn., Cucchi ve ark., 2012; Emmelkamp ve Aardema, 1999; Sica ve ark., 2007).

Gwilliam, Wells ve Cartwright-Hatton (2004) üniversite öğrencileriyle gerçekleştirdikleri çalışmada üstbilişlerin obsesif kompulsif belirtiler ile ilişkili olup olmadığı araştırılmıştır. Çalışmada düşünceleri kontrol ihtiyacı hakkındaki olumsuz

inançlar ve bilişsel güven hakkındaki olumsuz inançlar üstbilişlerinin obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini arttırdığı bulunmuştur. Klinik olmayan örnekleme gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise üniversite öğrencilerindeki obsesif kompulsif belirtiler üzerinde üstbilişsel inançların rolü incelenmiştir. Çalışmanın bulguları OKB belirtilerinin şiddeti ile OKB ile ilişkili inançlar arasındaki anlamlı ilişkiyi ortaya koymaktadır. Bilişsel güven eksikliğine yönelik üstbilişsel inancın obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini yordadığı görülmektedir (Nedeljkovic, Moulding, Kyrios ve Doron, 2009). Yılmaz, Gençöz ve Wells'in (2008) Türkiye'de üniversite öğrencileriyle gerçekleştirdikleri çalışmada da endişe hakkındaki olumlu ve olumsuz inançların ve düşünceleri kontrol ihtiyacı hakkındaki inançların obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini yordadığı görülmektedir.

Klinik örnekleme gerçekleştirilen çalışmalar da üstbilişler ve OKB belirtileri arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Cucchi ve arkadaşları (2012) İtalya'da gerçekleştirdikleri çalışmayı panik bozukluk ve OKB tanısı almış ve herhangi bir tanı almamış kişilerle gerçekleştirmişlerdir. Araştırma sonuçları 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 göstermektedir. Barahmand'ın (2009) genellenmiş kaygı bozukluğu ve OKB hastaları ve tanı almamış kontrol grubuyla gerçekleştirdiği çalışmada ise klinik örneklemin kontrol grubuna kıyasla düşüncenin ve tehlikenin kontrol edilemezliği ile ilişkili olumsuz inançlar ile bilişsel güven puanlarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. OKB hastalarını genellenmiş kaygı bozukluğu ve kontrol grubundan ayıran üstbilişsel inanç boyutu ise bilişsel farkındalık olarak bulunmuştur.

Klinik örnekleme ve klinik olmayan örnekleme gerçekleştirilen çalışmalar üstbilişsel inançların obsesif kompulsif belirtiler ile ilişkili olduğunu gösterir niteliktedir.

1.3. DÜŞÜNCE KONTROL STRATEJİLERİ

Daha önceki bölümde söz edildiği gibi kişilerde sıkıntı yaratan ve istenmeyen girici düşünceler depresyon, genellenmiş kaygı bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk gibi psikolojik bozuklukların gelişimi ve sürmesinde rol oynamaktadır. Araştırmacılar girici düşünce, imge ve dürtülerin birçok kişi tarafından deneyimlendiklerini ve normal olarak kabul edildiklerini vurgulamaktadırlar (örn., Clark, Purdon ve Byers, 2000; Moore ve Abramowitz, 2007). Normal olarak kabul edilen girici düşüncelerin psikolojik bozuklukların gelişimine katkıda bulunmasına sebep olan etken bu düşüncelere verilen anlamdır (Salkovskis, 1985; akt., Shafran, 2005). Buna göre girici düşüncelerin tehlikeli ve tehdit edici olduğuna yönelik değerlendirmeler ve beraberinde gelen olumsuz duygular algılanan tehdit ve tehlike ile başa çıkmak için belli düşünce kontrol stratejilerinin geliştirilmesine yol açmaktadır (Purdon ve Clark, 1999). Girici düşüncelerin tehdit edici olarak değerlendirilmesi böyle düşüncelerin kontrol edilmesi ihtiyacını doğurmaktadır (Rachman, 1998).

Düşünce kontrol stratejileri Wells ve Davies (1994) tarafından belli bir düşünce hakkında düşünmemek için gösterilen çaba olarak tanımlanmaktadır (aktaran, Luciano, Algarabel, Tomas ve Martinez, 2005). Araştırmacılar girici düşüncelere yönelik düşünce kontrol stratejilerini kullanmanın girici düşüncelerin sıklığını,

belirginliğini, kişinin bu düşüncelerle meşguliyetini arttırdığını ileri sürmektedirler. Bu da kişilerin duyduğu rahatsızlık ve sıkıntıyı arttırmaktadır. Bu anlamda klinik obsesyonların gelişiminde girici düşünceleri kontrol etme veya bastırmaya yönelik çabaların etkili olduğu düşünülmektedir (Belloch, Morillo ve Garcia-Soriano, 2009; Ree, 2010).

Wells ve Davies (1994) kullanılan düşünce kontrol stratejilerini beş boyuta ayırmışlardır. Kullanılan birinci strateji dikkatin girici düşünce dışında bir düşünceye yönlendirildiği dikkat dağıtmadır. Girici düşünce yerine kişilerin kendilerini işle meşgul etmeleri dikkat dağıtmaya örnektir. İkinci strateji girici düşünceyi tekrar değerlendirmedir. Bu stratejiye örnek olarak kişilerin düşüncelerinin ne kadar geçerli olduğunu sorgulamaları verilebilir. Üçüncü strateji kişinin girici düşüncesini diğer kişilerle tartışmasını içeren sosyal stratejilerdir. Bu stratejiye örnek olarak kişilerin arkadaşlarına benzer girici düşüncelere sahip olup olmadıklarını sormaları verilebilir. Dördüncü strateji kişinin girici düşünce hakkında endişelenmesidir. Kişilerin bu düşünce yerine daha önemsiz kötü bir şeyi düşünmeleri endişelenme stratejisine örnektir. Beşinci strateji ise girici düşünce nedeniyle kişinin kendisine kızgın olmasını içeren kendini cezalandırmadır. Bu stratejide kişilerin böyle bir girici düşünceye sahip oldukları için bağırma, fiziksel zarar verme gibi yollarla kendilerini cezalandırmaları söz konusudur (aktaran, Belloch ve ark., 2009; Ree, 2010).

Kullanılan düşünce kontrol stratejileri karşılaştırıldığında stratejilerin işlevsel ve adaptif olma düzeyleri birbirlerinden farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalar ile özellikle kendini cezalandırma ve endişelenme stratejilerinin OKB başta olmak üzere

çeşitli psikopatolojiler ile ilişkili olduğu ortaya konmaktadır (örn., Clark ve ark., 2000; Moore ve Abramowitz, 2007; Nieto ve ark., 2010).

1.3.1. Düşünce Kontrol Stratejilerinin Obsesif Kompulsif Belirtilerle İlişkisi

Obsesif kompulsif bozukluk işlevsel olmayan düşünce kontrol stratejilerinin kullanımı ile ilişkili bulunmaktadır (Clark ve Purdon, 1994a; akt., Blechman, 2002). Tolin, Worhunsky, Brady ve Maltby (2007) OKB geliştiren kişilerin düşüncelerine verdikleri aşırı önemin ve düşüncelerini kontrol etme isteklerinin işlevsel olmayan stratejilerin aşırı kullanımıyla sonuçlandığını vurgulamaktadırlar. İşlevsel olmayan düşünce kontrol stratejileri obsesyonların ve obsesyonlar ile ilişkili sıkıntı ve rahatsızlığın artmasına ve bozukluğun sürmesine katkıda bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar OKB’de özellikle kendini cezalandırma ve endişelenme stratejilerinin kullanıldığını gösterir niteliktedir (örn., Amir, Cashman ve Foa, 1997; Fergus ve Wu, 2010; Luciano ve arkadaşları, 2005).

Abramowitz, Whiteside, Kalsy ve Tolin (2003) OKB’de sıklıkla kullanılan düşünce kontrol stratejilerini araştırmışlardır. OKB tanısı almış kişiler, OKB dışında anksiyete bozukluklarından tanı almış kişiler ve herhangi bir tanı almamış kişilerle gerçekleştirilen çalışmada OKB’de endişelenme ve kendini cezalandırma kontrol stratejilerinin daha sık kullanıldığı bulunmuştur. OKB tanısı almış kişilerin en az kullandıkları stratejinin ise dikkat dağıtma olduğu görülmüştür.

Moore ve Abramowitz'in (2007) klinik olmayan örneklem ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında ise obsesif kompulsif belirtilerin kendini cezalandırma düşünce kontrol stratejisi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Luciano ve arkadaşları (2005) gerçekleştirdikleri bir çalışmada İspanya'daki üniversite öğrencilerinden oluşan örneklem üzerinde çeşitli psikolojik bozukluklar ile düşünce kontrol stratejileri arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar obsesif kompulsif belirtiler ile kendini cezalandırma stratejisi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Klinik olmayan örnekleme gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise düşünce kontrol stratejisi olarak endişelenmenin OKB belirtileri ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Fergus ve Wu, 2010). Yorulmaz ve Gençöz'ün (2008) üniversite öğrencileriyle gerçekleştirdikleri çalışmalarında da yüksek OKB belirti grubunun girici düşünceler için endişe etme ve kendini cezalandırma stratejilerini kullandığı bulunmuştur.

Klinik örneklem ile gerçekleştirilen bir diğer çalışmada Belloch, Morillo ve Garcia-Soriano (2009) OKB tanısı almış kişilerin en sık kullandıkları düşünce kontrol stratejilerini araştırmışlardır. Çalışma OKB tanısı almış kişiler, majör depresyon tanısı almış kişiler, OKB dışında kaygı bozukluklarından tanı almış kişiler ve herhangi bir psikolojik bozukluk tanısı almamış kişiler ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonuçları OKB hastalarının düşünce kontrol stratejisi olarak kendini cezalandırma, endişelenme ve yeniden değerlendirme stratejilerini kullanma eğiliminde olduklarını göstermektedir. Çalışmada OKB hastalarını başka bir psikolojik bozukluk tanısı almış kişilerden ve tanı almamış kişilerden ayıran düşünce kontrol stratejisinin ise kendini cezalandırma olduğu bulunmuştur.

Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış olan 55 kişi ve tanı almamış kontrol grubuyla gerçekleştirilen çalışmada girici düşünceleri yönetmede OKB tanısı almış kişilerin kontrol grubuna kıyasla kendini cezalandırma, endişelenme, tekrar değerlendirme, sosyal kontrol stratejilerini daha sık kullandıkları görülmüştür. Kontrol grubu ise dikkat dağıtma stratejisini daha sık kullanmaktadır. OKB tanısı almış kişilerin en çok kullandıkları stratejilerin ise kendini cezalandırma ve endişelenme olduğu bulunmuştur (Amir, Cashman ve Foa, 1997).

Yorulmaz, Gençöz ve Woody'nin (2010) Türkiye ve Kanada'da OKB tanısı almış kişilerle gerçekleştirdikleri çalışmada ise endişelenme ve kendini cezalandırma stratejilerinin kullanımının obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Araştırmacılar obsesif kompulsif belirtiler gösteren kişilerin işlevsel olmayan düşünce kontrol stratejilerini kullanmalarına yönelik çeşitli açıklamalar getirmektedirler. Buna göre OKB belirtileri geliştiren kişiler kendilerinde rahatsızlık yaratan girici düşünceleri bastırma eğilimindedirler. Kişilerin düşünceleri bastırmaya yönelik kullandıkları stratejiler meşguliyeti arttırarak girici düşüncelerin sıklığında artışa neden olmaktadır. Düşünceleri bastırmaya yönelik kullanılan işlevsel olmayan stratejiler ile obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiye yönelik ikinci görüş olumsuz duygu ve bilişleri bastırmadaki başarısızlığın obsesif kompulsif belirtilere yol açtığı yönündedir. Buna göre obsesif kompulsif belirtiler geliştiren kişiler girici düşüncelerini baskılamayı başaramadıklarında bu durumu düşüncelerinin tehlikeli ve kontrol edilemez olduğuna, çıldırmakta olduklarına yönelik kanıt olarak görme eğilimindedirler. Düşünce kontrolündeki başarısızlık rahatsızlığı, sıkıntıyı ve

obsesyonların sıklığını arttırmaktadır (Tolin, Abramowitz, Hamlin, Foa ve Synodi, 2002).

1.3.2. Üstbilişsel Model Temelinde Üstbilişler ve Düşünce Kontrol Stratejilerinin OKB ve Diğer Kaygı Bozukluklarıyla Olan İlişkisi

Kendini düzenleyici yürütücü işlevler modeline (S-REF) göre kaygı bozukluklarıyla ilişki gösteren üstbilişlerin iki boyutu vardır. Birinci boyut kişilerin bilişleri hakkındaki inançlarını içeren üstbilişsel bilgidir. İkinci boyut ise kişilerin bilişsel sistemlerindeki etkinliklerini kontrol etme tepkilerini içeren kontrol stratejileridir. Modele göre işlevsel olmayan düşünce kontrol stratejilerinin kullanımı kişiler için tehdit edici olan uyarıyı tespit eden bilişsel süreçlerde yanlılığa neden olmaktadır. İşlevsel olmayan stratejiler kişinin bilişsel süreçlerini tehdiye kilitlemektedir. Ek olarak inançları düzenleyebilecek, kaygı sonucu oluşan duygusal süreçleri destekleyebilecek yeni bilginin işlenmesini de engellemektedir (Wells, 2000).

Kişilerin girici düşüncelerini kontrol etme çabalarının altında kendi düşünce süreçleri hakkındaki inançları yatmaktadır. Purdon ve Clark'a (1989) göre herkes düşünce süreçleri hakkında inançlara sahiptir. Fakat obsesif belirtiler geliştirmeye eğilimli kişilerde bu üstbilişsel inançlar daha az gerçekçidir, kişi için daha değerlidir, daha katıdır ve değişmesi daha zordur. "Olumsuz düşünceler başta olmak üzere aklıma gelen tüm düşünceleri kontrol etmeliyim" inancı üstbilişsel inançlara örnektir. Bu bağlamda istenmeyen düşüncelerin zihinsel kontrolde bir hatayı gösterdiğine yönelik katı inançlara sahip kişiler bu düşüncelere karşı zihinsel kontrollerini tekrar elde

edebilmek için düşünce kontrol stratejilerine başvurmakta dırlar (aktaran, Purdon ve Clark, 2002).

Model psikolojik bozuklukların gelişiminde belli düşünce kontrol stratejilerinin kullanılmasının ve bu stratejilerin kullanıldığı bağlamın önemli olduğunu vurgulamaktadır. Psikopatolojinin çeşitli ölçümleriyle ilişkisine bakıldığında kendini cezalandırma ve endişelenme stratejilerinin daha yetersiz ve işlevsel olmayan stratejiler olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar üstbilişsel inançların ve düşünce kontrol stratejilerinin çeşitli psikolojik bozukluklarla olan ilişkisini göstermektedir (örn., Roussis ve Wells, 2006; Sica ve ark., 2007; Wilson ve Hall, 2012).

Roussis ve Wells (2006) 171 üniversite öğrencisiyle gerçekleştirdikleri çalışmada travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri üzerinde üstbilişsel inançların ve düşünce kontrol stratejilerinin ilişkisini incelemişlerdir. Araştırmanın sonuçları düşünce kontrol stratejilerinden endişelenmek ve kendini cezalandırmanın TSSB belirtileriyle pozitif yönde, sosyal kontrol ve yeniden değerlendirme ise negatif yönde ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmada üstbilişsel inançlardan düşüncenin ve tehlikenin kontrol edilemezliği ile ilişkili olumsuz inançların TSSB belirtilerinin şiddetinde artışa yol açtığı bulunmuştur. Ek olarak çalışma düşünce kontrol stratejilerinden endişelenmenin endişelenmek hakkında olumlu inançlar üstbilişi ile TSSB belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini göstermektedir.

Wilson ve Hall (2012) obsesif kompulsif belirtiler ile düşünce kontrol stratejileri arasındaki ilişkide üstbilişsel inançların aracı rolünü incelemişlerdir. Klinik olmayan örnekleme gerçekleştirilen çalışmada düşünce kontrol stratejisi olarak

endişelenmenin endişelenmek hakkında olumlu inançlar ve düşüncenin ve tehlikenin kontrol edilemezliği ile ilişkili olumsuz inançların obsesif kompulsif belirtiler ile düşünce kontrol stratejilerinden endişelenmek arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur.

Sica ve arkadaşlarının (2007) İtalya’da klinik olmayan örnekleme gerçekleştirdikleri bir diğer çalışmada ise düşüncenin ve tehlikenin kontrol edilemezliği ile ilişkili inançların kaygı belirtileri ve obsesif kompulsif belirti şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada endişelenmek hakkındaki olumlu inançların kendini cezalandırma ve endişelenmek gibi işlevsel olmayan düşünce kontrol stratejilerini yordadığı görülmüştür.

Klinik olmayan örnekleme gerçekleştirilen başka bir çalışmada işlevsel olmayan inançlar ile düşünce kontrol stratejilerinin obsesif kompulsif belirtiler ile olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma bulguları girici düşünceleri kontrol ihtiyacı gibi çeşitli inançların kendini cezalandırma stratejisi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ek olarak araştırma bulguları kendini cezalandırma düşünce kontrol stratejisi ile obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiye bu işlevsel olmayan inançların aracılık ettiğini ortaya koymaktadır (Moore ve Abramowitz, 2007).

Üstbilişsel kuram kişilerin girici düşüncelerini kontrol etme çabalarının nadiren amacına ulaştığını vurgulamaktadır. Kontrol etme çabalarına rağmen girici düşüncelerin sürmesi kişi tarafından zihinsel kontrolün kaybına kanıt olarak görülmekte ve duyulan sıkıntıyı arttırmaktadır (McLean ve Broomfield, 2007). Sonuç olarak ilgili literatür belli düşünce kontrol stratejilerinin kullanımının ve üstbilişsel inançların çeşitli psikopatolojiler ile olan ilişkisini destekler niteliktedir.

1.4. Araştırmanın Amacı

İlgili literatür incelendiğinde obsesif kompulsif belirtilerin gelişimi ve sürmesine açıklama getiren birçok modelin olduğu görülmektedir. Üstbilişsel kuram obsesyon ve kompulsiyonların gelişimi üzerinde kişilerin kendi düşüncelerine verdikleri anlama odaklanarak diğer modellerden ayrılmaktadır. Üstbilişsel model kişilerin obsesyonele düşüncelere sahip olmaya verdikleri anlamın ve beraberinde gelen olumsuz değerlendirmelerin obsesif kompulsif belirtilerin gelişimine yol açtığını vurgulamaktadır (aktaran, Gwilliam, Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). Yapılan çalışmaların da obsesif kompulsif belirtiler ile üstbilişsel inançlar arasındaki ilişkiyi desteklediği görülmektedir (örn., Cucchi ve ark., 2012; Sica ve ark., 2007).

Birçok psikolojik bozukluk için rahatsızlık yaratan girici düşüncelerin varlığının söz konusu olduğu rapor edilmektedir. Fakat girici düşüncelerin en belirgin olduğu bozukluk obsesif kompulsif bozukluk olarak kabul edilmektedir (Purdon ve Clark, 2004). Obsesif kompulsif bozuklukta kişiler kendilerinde rahatsızlık yaratan bu girici düşünceleri kontrol etmek amacıyla bir takım stratejiler kullanmaktadırlar. Araştırmacılar girici düşüncelere yönelik düşünce kontrol stratejilerinin kullanmanın girici düşüncelerin sıklığını, belirginliğini, kişinin bu düşüncelerle meşguliyetini arttırdığını ileri sürmektedirler (Ree, 2010). Yapılan çalışmalarda özellikle işlevsel olmayan düşünce kontrol stratejileri ile çeşitli psikopatolojiler arasındaki ilişki ortaya konmaktadır (örn., Fergus ve Wu, 2010; Luciano ve ark., 2005).

İlgili literatür gözden geçirildiğinde üstbilişsel inançların ve düşünce kontrol stratejilerinin çeşitli psikolojik bozukluklarla olan ilişkisini inceleyen çalışmaların

yapıldığı görülmektedir (örn., Roussis ve Wells, 2006; Sica ve ark., 2007; Wilson ve Hall, 2012). Fakat Türkiye örneğinde obsesif kompulsif belirtiler üzerinde üstbilişsel inançlar ve düşünce kontrol stratejilerinin etkisini araştıran fazla sayıda araştırmanın olmadığı görülmektedir.

Bu çalışma ile obsesif kompulsif belirtiler üzerinde üstbilişsel inançlar ve düşünce kontrol stratejilerinin etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Aşağıda araştırmanın araştırma soruları yer almaktadır:

1. Psikolojik semptom ölçümleri (depresyon, somatizasyon ve hostilite) kontrol edildikten sonra, obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ile üstbilişler arasındaki ilişkide düşünce kontrol stratejilerinin düzenleyici etkisi var mıdır?

Psikolojik semptom ölçümleri (depresyon, somatizasyon ve hostilite) kontrol edildikten sonra,

- a. Üstbilişler ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasında dikkat dağıtma düşünce kontrol stratejisinin düzenleyici etkisi var mıdır?
- b. Üstbilişler ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasında sosyal kontrol düşünce kontrol stratejisinin düzenleyici etkisi var mıdır?
- c. Üstbilişler ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasında endişelenme düşünce kontrol stratejisinin düzenleyici etkisi var mıdır?
- d. Üstbilişler ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasında kendini cezalandırma düşünce kontrol stratejisinin düzenleyici etkisi var mıdır?

- e. Üst-bilişler ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasında yeniden değerlendirme düşünce kontrol stratejisinin düzenleyici etkisi var mıdır?
2. Psikolojik semptom ölçümleri (depresyon, somatizasyon ve hostilite) kontrol edildikten sonra, obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ile üstbiliş türleri arasındaki ilişkide düşünce kontrol stratejilerinin sıklığının düzenleyici etkisi var mıdır?

Psikolojik semptom ölçümleri (depresyon, somatizasyon ve hostilite) kontrol edildikten sonra,

- a. Endişe hakkında olumlu inançlar üst bilişi ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasında düşünce kontrol stratejileri sıklığının düzenleyici etkisi var mıdır?
- b. Düşünce ve tehlikenin kontrol edilemezliğine dair üst biliş ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasında düşünce kontrol stratejileri sıklığının düzenleyici etkisi var mıdır?
- c. Bilişsel güven üst bilişi ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasında düşünce kontrol stratejileri sıklığının düzenleyici etkisi var mıdır?
- d. Düşünceleri kontrol ihtiyacı üst bilişi ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasında düşünce kontrol stratejileri sıklığının düzenleyici etkisi var mıdır?
- e. Bilişsel farkındalık üst bilişi ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasında düşünce kontrol stratejileri sıklığının düzenleyici etkisi var mıdır?

1.5. Araştırmanın Önemi

Obsesif kompulsif bozukluk günümüzde en yaygın görülen dördüncü psikolojik bozukluk olarak kabul edilmektedir (Stein, 2002). Birçok model obsesif kompulsif belirtilerin oluşumu ve gelişimine açıklama getirmeye çalışmaktadır. İlgili literatür incelendiğinde bu modellerin OKB'nin gelişiminde girici düşüncelerin nasıl değerlendirildiğinin önemli olduğunu vurguladıkları görülmektedir. Bu modellerden biri de OKB belirtileri üzerinde üstbilişlerin; üstbilişsel inançların ve düşünce kontrol stratejilerinin rolünü vurgulayan üstbilişsel modeldir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde obsesif kompulsif belirtilerin üstbilişsel model temel alınarak incelendiği çalışmaların sayısının arttığı fark edilmektedir. Benzer şekilde Türkiye'de yapılan çalışmalar da incelendiğinde araştırmacıların gerçekleştirdikleri çalışmalarda üstbilişler ile çeşitli psikolojik bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceledikleri görülmektedir (örn., Irak ve Tosun, 2008; Yorulmaz ve Gençöz, 2008). Yinede Türkiye örneklemini ile üstbilişsel model temelinde üstbilişler ve düşünce kontrol stratejilerinin obsesif kompulsif belirtilerle olan ilişkisini inceleyen yeterli sayıda araştırmanın olduğunu söylemek güçtür.

Benzer şekilde ilgili literatür incelendiğinde obsesif kompulsif belirtiler ve üstbilişsel inançlar arasındaki ilişkide düşünce kontrol stratejilerinin aracı rolünün incelendiği çalışmalara rastlanmakla birlikte; bu ilişkide düşünce kontrol stratejilerinin düzenleyici etkisine yönelik herhangi bir çalışmaya ulaşılamamaktadır. Mevcut çalışmanın Türkiye örneklemini için OKB belirtileri üzerinde üstbilişlerin ve düşünce kontrol stratejilerinin etkisini göstermesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Üstbilişsel kuram temel alınarak geliştirilen üstbilişsel terapi OKB'nin tedavisinde kullanılmaktadır. Tedavide işlevsel olmayan üstbilişsel inançları yeniden yapılandırmayı amaçlayan üstbilişsel terapinin (Sica ve ark., 2007) OKB'nin tedavisinde etkili olduğu düşünülmektedir (Fisher ve Wells, 2008). Bu anlamda üstbilişler ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiye yönelik çalışmaların OKB'nin üstbilişsel tedavisine yönelik de katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM 2

YÖNTEM

2.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemini Ankara, İzmir ve İstanbul'da yaşayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan toplam 275 kişiden oluşmuştur. Yaşları 18 ila 52 arasında (\bar{x} = 25.86, SS= 5.87) değişen katılımcıların %65.5'i (N=180) kadın, %34.5'i (N=95) erkektir. Bunun yanı sıra, katılımcıların %26.5'i (N= 73) ilkokul, ortaokul ve lise mezunu iken; %41.8'i (N=115) üniversite mezunu ve %31.6'sı (N= 87) yüksek lisans ve doktora mezunudur. Araştırmaya katılan bireylerin %83.6'sı (N= 230) bekar, %16.4'ü (N=45) evlidir. Katılımcıların %5.1'inin (N=14) en uzun süreyle yaşadıkları yer köy veya kasaba iken, %35.3'ünün (N=97) şehir, %59.6'sının (N=164) ise büyükşehirdir. Son olarak, araştırmaya katılan kişilerin %23.3'ü (N=64) bu zamana kadar profesyonel yardım almalarını gerektiren psikolojik bir rahatsızlık yaşadıklarını belirtirken, %76.7'si (N=211) böyle bir rahatsızlık yaşamadıklarını bildirmişlerdir.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak demografik bilgi formu, Düşünce Kontrol Ölçeği, Üstbiliş Ölçeği-30, Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu kullanılmıştır. Kullanılan veri toplama araçları ekler bölümünde sunulmuştur.

2.2.1. Düşünce Kontrol Ölçeği

Araştırmada kişilerin istenmeyen düşünceleri kontrol etmede kullandıkları stratejileri belirlemek amacıyla Wells ve Davies (1994) tarafından geliştirilen Düşünce Kontrol Ölçeği kullanılmıştır (akt., Fehm ve Hoyer, 2004) . Toplam 30 maddeden oluşan ölçek dört basamaklı Likert tipidir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan 120'dir.

Düşünce Kontrol Ölçeği beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar dikkat dağıtma (örn., “Onun yerine aklıma olumlu şeyler getirmeye çalışırım”), sosyal kontrol (örn., “Arkadaşlarıma benzer düşüncelerinin olup olmadığını sorarım.”), endişelenme (“Başka endişelerim üzerine odaklanırım.”), kendini cezalandırma (örn., “Böyle bir şeyi düşündüğüm için kendimi cezalandırırım.”) ve tekrar değerlendirmedir (örn., “Düşüncemi mantık çerçevesinde analiz ederim.”). Ölçeğin alt boyutları 6 maddeden oluşmaktadır. Dikkat dağıtma alt ölçeği 1, 9, 16, 19, 21, 30; sosyal kontrol alt ölçeği 5, 8, 12, 17, 25, 29; endişelenme alt ölçeği 4, 7, 18, 22, 24, 26; kendini cezalandırma alt ölçeği 2, 6, 11, 13, 15, 28; yeniden değerlendirme 3, 10, 14, 20, 23, 27 numaralı maddelerden oluşmaktadır

Düşünce Kontrol Ölçeğinin Cronbach Alfa içtutarlılık katsayısı tüm ölçek için .77; tekrar değerlendirme faktörü için .85, kendini cezalandırma faktörü için .78, endişelenme faktörü için .78, sosyal kontrol faktörü için .84 ve dikkat dağıtma faktörü için .85 olarak bulunmuştur (Ree, 2010).

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Yorulmaz (2007) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yorulmaz (2007) Düşünce Kontrol Ölçeği'nin Cronbach Alfa içtutarlılık katsayısını .90 olarak bulmuştur. Cronbach Alfa sosyal kontrol faktörü için .71, endişe faktörü için .86, dikkat dağıtma faktörü için .77, tekrar değerlendirme faktörü için .76, kendini cezalandırma faktörü için .80'dir.

Yorulmaz ve Gençöz (2008) yaptıkları faktör analizinde ölçeğin orijinal yapısı ile uyumlu olarak sosyal kontrol, endişe etme, dikkatini dağıtma, yeniden değerlendirme, kendini cezalandırma olmak üzere 5 faktörlü bir yapıya ulaşımlardır.

2.2.2. Üstbiliş Ölçeği-30

Üstbiliş Ölçeği (Meta-Cognitions Questionnaire), Cartwright-Hatton ve Wells (1997) 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. 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 (Tosun ve Irak, 2008).

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 .70 ile .85 arasındadır. Ayrıca tüm ölçek için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı .86'dır.

2.2.3. Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu

Obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini belirlemek amacıyla kullanılan ölçek, Sanavio (1988) tarafından geliştirilen 60 maddelik Padua Envanteri'nin, Burns ve arkadaşları (1996) tarafından revize edilmiş formudur. Toplam 39 maddeden oluşmakta olan Padua Envanteri-Washington Eyaleti Üniversitesi Revizyonu (PE-WEÜR) beş basamaklı Likert tipi bir ölçektir ve alınan yüksek puan obsesif kompulsif belirtilerin şiddetine işaret etmektedir.

Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu başkalarına/kendine zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler (örn., . Bıçak, hançer ve diğer sivri uçlu nesnelere gördüğümde rahatsız olur ve endişelenirim), başkalarına/kendine zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler (Bazen savunmasız çocuklara ve hayvanlara zarar vermek için bir dürtü hissedirim), kontrol etme kompulsiyonları (Düzgün

kapatılıp kapatılmadıklarından emin olmak için eve dönüp kapıları, pencereleri ve çekmeceleri kontrol ederim), bulaşma/kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları (Bazen kendimi, sırf kirlenmiş olabileceğim ya da pis olduğum düşüncesiyle yıkanmak ya da temizlenmek zorunda hissediyorum), giyinme/özbakım kompulsiyonları (Giyinirken, soyunurken ve yıkanırken kendimi belirli bir sıra izlemek zorunda hissederim) olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Yorulmaz, Karancı, Dirik, Baştuğ, Kısa ve Burns (2007) tarafından gerçekleştirilmiştir. Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu'nun içtutarlılık katsayısı hem OKB hastalarından oluşan örneklem hem de üniversite öğrencilerinden oluşan örneklem için .94 olarak bulunmuştur. Türkçe'ye uyarlanmış versiyon toplam vartansın % 51.83'ünü açıklamaktadır. Gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda ölçeğin Türkçe formunun faktör yapısının orijinal forma oldukça yakın olduğu gözlenmiştir. Analiz sonucunda elde edilen faktörler kontrol etme kompulsiyonları, bulaşma/kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları, kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel dürtüler, özbakım ritüelleri, kendine/başkalarına zarar vermeye yönelik obsesyonel düşünceler olarak adlandırılmıştır.

2.2.4. Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory), kısa ancak geçerli ve güvenilir bir ölçekle genel bir psikopatoloji değerlendirmesi yapabilmek amacıyla Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiştir. Kısa Semptom Envanteri (KSE), 90 maddeden oluşan Semptom Belirleme Listesi'nin (SCL-90) kısaltılmış formudur ve SCL-90'da

olduğu gibi 9 alt ölçek ve 3 global indeksten meydana gelmektedir (Şahin, Durak Batıgün ve Uğurtaş, 2002).

Hem normal kişilerde hem de psikiyatrik ve medikal hastalığı olan kişilerde ortaya çıkması muhtemel psikolojik belirtileri yakalamak amacıyla kullanılan KSE, 0(Hiç) ve 4 (ok fazla) arasında puanlanan 53 maddeyi kapsamaktadır. Orijinal ölçekte bulunan 9 alt ölçek: “somatizasyon”, “obsesif-kompulsif bozukluk”, “kişiler arası duyarlılık”, “depresyon”, “anksiyete”, “hostilite”, “fobik anksiyete”, “paranoid düşünceler” ve “psikotizm”dir (Şahin ve ark., 2002).

Ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliğine yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Derogatis (1992) yaptığı çalışmada alt ölçekler için iç tutarlılık katsayılarının psikotizm alt leği için .71 ve depresyon alt leği için .85 arasında olduğunu ortaya koymuştur. Test-tekrar test güvenilirlik katsayılarının ise somatizasyon alt leği için $r=.68$ ve fobik anksiyete alt leği için $r=.91$ arasında olduğunu belirtmiŐtir (Şahin ve ark., 2002).

Ölçeğin Türkiye uyarlamasının yapılması amacıyla Türk gençlerinin örneklemini oluşturduğu 3 çalışma yürütülmüştür. Bu alıŐmalar sonucunda geçerlik ve güvenilirliğin önceki araŐtırmalarla benzer olduğu görülmektedir. Ancak 53 maddenin ölçeğin orijinal formundaki gibi 9 faktöre değil 5 faktöre dağıldığı görülmüştür. Bu beş alt ölçek: “anksiyete”, depresyon”, “olumsuz benlik”, “somatizasyon” ve “hostilite” olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin toplam puandan elde edilen iç tutarlılık katsayıları .96 ve .95’tir. Alt ölçeklerden elde edilen katsayılar ise .55 ile .86 arasında değişim göstermektedir (Şahin ve Durak, 1994).

Bu çalışmada KSE'den alınan puanlar patolojik belirtilerin kontrol edilmesi amacıyla kullanılmıştır. Ancak "anksiyete" ve "olumsuz benlik" alt ölçeklerinin maddeleri OKB belirtileri ile ilişkili olduğundan bu alt ölçekler analize katılmamıştır.

2.2.5. Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formunda, katılımcıların cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, yaşadığı yerleşim yeri ve bugüne kadar geçirdiği psikolojik rahatsızlığın varlığına yönelik sorular bulunmaktadır. Eğitim düzeyi ilkokul, ortaokul, lise, üniversite, üniversite sonrası olmak üzere beş düzeyden oluşmaktadır. Yaşanılan yerleşim yeri ise köy, kasaba, şehir ve büyükşehir olmak üzere dört düzeylidir.

2.3. İşlem

Araştırmada kullanılan demografik bilgi formu, Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu, Düşünce Kontrol Ölçeği ve Üstbilis Ölçeği-30 toplam 275 katılımcıya uygulanmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılan katılımcılar ölçekleri internet üzerinden doldurmuşlardır. Ölçeklere ek olarak katılımcılara yapılan araştırmanın amacını, önemini açıklayan, içinde araştırmacının iletişim bilgilerinin yer aldığı Onam Formu verilmiştir.

BÖLÜM 3

BULGULAR

Bu çalışma, üst-bilişler (bağımsız değişken) ile düşünce kontrol stratejilerinin (moderator) obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti (bağımlı değişken) üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda uygulanan istatistiksel analizlerin sonuçlarının rapor edilmesinden önce, araştırmada kullanılan değişkenlere dair tanımlayıcı istatistiki bilgilere ve bu değişkenler arasındaki korelasyonlara yer verilecektir. Ardından, araştırmanın temel amaçlarını test etmek amacıyla uygulanan istatistik analizleri rapor edilecektir.

3.1. Araştırmada Yeralan Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmada kullanılan ölçümlerin ortalamaları, standart sapmaları ve aralık değerleri Tablo 3.1’de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmada Yer Alan Değişkenlere Ait Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve Değer Aralıkları

Ölçümler	N	\bar{x}	SS	Değer Aralığı
Psikolojik Semptom Düzeyi	275	39.37	33.31	0-155
Depresyon	275	13.09	8.69	0-41
Somatizasyon	275	4.90	4.56	0-27
Hostilite	275	7.21	4.96	0-28
OKB Belirti Şiddeti	275	28.05	19.49	0-107
Düşünce Kontrol Stratejileri (DKS) Kullanım Sıklığı	275	60.88	9.37	30-86
DKS-Dikkat Dağıtma	275	15.13	3.74	6-24
DKS-Sosyal Kontrol	275	12.24	3.56	6-24
DKS-Endişelenme	275	9.78	2.94	6-19
DKS-Kendini Cezalandırma	275	9.28	2.39	6-17
DKS-Yeniden Değerlendirme	275	13.71	3.39	6-24
Üst-Biliş Patoloji Düzeyi	275	58.98	12.97	30-100
Olumlu İnançlar	275	10.20	3.65	6-24
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	275	11.35	3.75	6-23
Bilişsel Güven	290	11.37	4.34	6-24
Düşüncenin Kontrol İhtiyacı	275	11.81	4.25	6-24
Bilişsel Farkındalık	275	14.22	3.55	6-24

3.2. Değişkenler Arası Korelasyonlara İlişkin Bulgular

Araştırmada yer alan değişkenlerden normal dağılım gösteren “düşünce kontrol stratejilerinin kullanım sıklığı”, “düşünce kontrol stratejisi olarak dikkat dağıtma” ve “üstbilişler” değişkenlerine dair Pearson Korelasyon katsayıları ve normal dağılım göstermeyen diğer değişkenlere dair Spearman's Rho Korelasyon katsayıları Tablo 3.2’de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. Değişkenler Arası Korelasyonlar

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Depresyon															
2 Somatizasyon	.569**														
3 Hostilite	.648**	.526**													
4 Düşünce Kontrol Stratejileri (DKS)	.197**	.179**	.161**												
5 DKS_Dikkat Dağıtma	-.113	-.054	-.085	^a .681**											
6 DKS_Sosyal Kontrol	-.070	.067	-.018	-.079	-.170**										
7 DKS_Endişelenme	.247**	.269**	.250**	.611**	.179**	.038									
8 DKS_Kendini Cezalandırma	.307**	.250**	.301**	.609**	.289**	-.115	.443**								
9 DKS_Yeniden Değerlendirme	.072	.058	-.027	.493**	.123*	.185**	.118	.002							
10 Üst-Biliş (ÜB)	.486**	.370**	.530**	^a .400**	^a .058	-.056	.323**	.394**	.168**						
11 ÜB_Endişe hakkında Olumlu İnançlar	.179**	.153*	.271**	.206**	-.071	-.083	.285**	.216**	.083	.584**					
12 ÜB_Düşünce ve Tehlikenin Kontrol Edilemezliği	.327**	.200**	.432**	.295**	.058	-.113	.288**	.391**	.036	.755**	.425**				
13 ÜB_Bilişsel Güven	.282**	.373**	.301**	.236**	.071	-.076	.177**	.241**	.097	.601**	.211**	.243**			
14 ÜB_Düşünce Kontrol İhtiyacı	.569**	.372**	.460**	.246**	-.069	.020	.291**	.387**	.030	.684**	.153*	.501**	.329**		
15 ÜB_Bilişsel Farkındalık	.167**	.101	.246**	.291**	.068	-.005	.119**	.147*	.341**	.556**	.326**	.403**	.102	.157*	

* p < .05, **p < .01

^a Spearman's Rho Korelasyon Katsayısı

3.3.Üstbilişler ile Obsesif Kompulsif Belirtilerin Şiddeti Arasındaki İlişkide Düşünce Kontrol Stratejilerinin Kullanım Düzeyinin Düzenleyici Etkisi

Üstbilişler ile OKB belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişkide düşünce kontrol stratejilerinin (örn., DKS-Dikkat Dağıtma, DKS-Sosyal Kontrol, DKS-Endişelenme, DKS-Kendini Cezalandırma ve DKS-Yeniden Değerlendirme) düzenleyicilik etkisini test etmek amacıyla Aiken ve West'in (1991) istatistiksel prosedürü takip edilmiştir. Her bir düşünce kontrol stratejisi için, toplam 5 adet olmak üzere, hiyerarşik regresyon analizleri uygulanmıştır. Bu analizlerde, bireylerin psikolojik semptom ölçümlerinin (depresyon, somatizasyon ve hostilite) kontrol edilmesi amacıyla bu değişkenler ilk basamakta yer almıştır. İkinci basamağa ise, üstbiliş ölçümü ve düşünce kontrol stratejileri ile bu değişkenlerin etkileşimleri girilmiştir. Ayrıca analizler yapılamadan önce, Aiken ve West'in (1991) tanımladığı prosedüre bağlı kalarak, hem bağımsız değişken (üstbiliş) hem de düzenleyici değişkenler (düşünce kontrol stratejileri) ortalanarak (centered), bu değişkenlerin etkileşimleri hesaplanmıştır. Anlamlı bulunan etkileşim etkileri, bağımlı değişken için üstbilişlerin ve düşünce kontrol stratejilerinin düşük (örn., ortalamanın 1 standart sapma altı) ve yüksek (örn., ortalamanın 1 standart sapma üstü) olduğu düzeylere yönelik basit regresyon denklemleri hesaplanmış ve grafikleştirilmiştir (Aiken ve West, 1991).

Tablo 3.3'de gösterildiği gibi, ilk basamakta yer alan semptom ölçümleri tutarlı olarak OKB belirtilerinin şiddetini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamaktadır. Buna göre, beklendiği gibi depresyon, somatizasyon ve hostilite OKB belirtilerinin şiddeti ile pozitif yönde bir ilişkiye sahiptir ve bireylerin bu semptomlarının artışı, OKB belirtilerinde de şiddetlenmeye yol açmaktadır.

Semptom ölçümlerinin kontrol edilmesinin ardından, regresyon analizleri (bkz., Tablo 3.3) üstbilişlerin, OKB belirtilerinin şiddetiyle istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu (dikkat dağıtma analizi için $\beta = .32, p < .001$; sosyal kontrol ve yeniden değerlendirme analizleri için $\beta = .35, p < .001$; endişe stratejisi analizi için $\beta = .29, p < .001$; ve kendini cezalandırma analizi için $\beta = .27, p < .001$) göstermektedir. Buna göre, üstbilişlerin patolojik düzeyde kullanımı, obsesif kompulsif belirtilerin de şiddetini arttırmaktadır. Benzer şekilde; obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti; dikkat dağıtma düşünce kontrol stratejisi ($\beta = .16, p < .01$), endişelenme stratejisi ($\beta = .15, p < .01$) ve kendini cezalandırma stratejisi ($\beta = .20, p < .001$) ile istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkilidir.

Tablo 3.3. OKB Belirtilerinin Şiddeti ve Üstbiliş Şiddeti Arasında Düşünce Kontrol Stratejileri Alt Boyutlarının Düzenleyici Değişken Rolü

Değişkenler	Beta	R	R ² değişim	F
<i>OKB Belirti Şiddeti</i>				
1. Basamak		.55	.31	39.54***
Depresyon	.17*			
Somatizasyon	.7**			
Hostilite	.29***			
2. Basamak		.64	.11	31.81***
Üst-Bilişler	.32***			
DKS_DD	.16**			
Üst-Biliş x DKS_DD	.01			
<i>OKB Belirti Şiddeti</i>				
1. Basamak		.55	.30	39.54***
Depresyon	.17*			
Somatizasyon	.7**			
Hostilite	.29***			
2. Basamak		.64	.10	30.71***
Üst-Bilişler	.35***			
DKS_SK	-.02			
Üst-Biliş x DKS_SK	.14**			

DKS_DD: Düşünce Kontrol Stratejisi olarak Dikkat Dağıtma, DKS_SK: Düşünce Kontrol Stratejisi olarak Sosyal kontrol, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

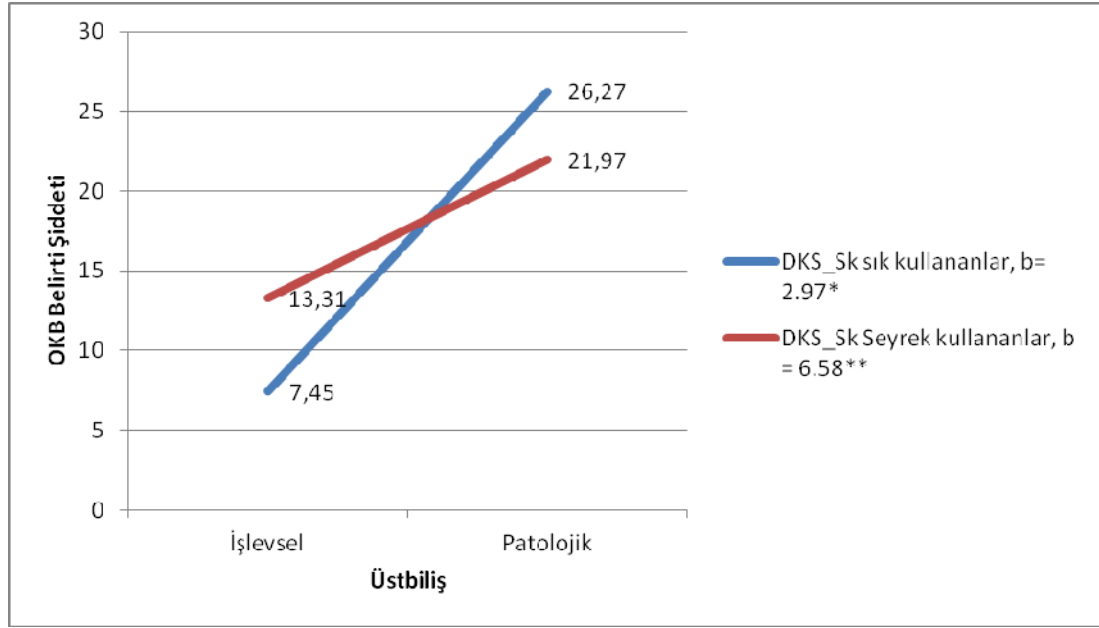
Tablo 3.3. Devam

Değişkenler	Beta	R	R ² değişim	F
<i>OKB Belirti Şiddeti</i>				
1. Basamak		.55	.30	39.54***
Depresyon	.17*			
Somatizasyon	.7**			
Hostilite	.29***			
2. Basamak		.64	.11	31.32***
Üst-Bilişler	.29***			
DKS_END	.15**			
Üst-Biliş x DKS_END	.38			
<i>OKB Belirti Şiddeti</i>				
1. Basamak		.55	.30	39.54***
Depresyon	.17*			
Somatizasyon	.7**			
Hostilite	.29***			
2. Basamak		.65	.12	32.71***
Üst-Bilişler	.27***			
DKS_KC	.20***			
Üst-Biliş x DKS_KC	-.07			
<i>OKB Belirti Şiddeti</i>				
1. Basamak		.55	.30	39.54***
Depresyon	.17*			
Somatizasyon	.7**			
Hostilite	.29***			
2. Basamak		.64	.11	28.60***
Üst-Bilişler	.35***			
DKS_YD	-.01			
Üst-Biliş x DKS_YD	.01			

DKS_END: Düşünce Kontrol Stratejisi olarak Endişelenmek, DKS_KC: Düşünce Kontrol Stratejisi olarak Kendini Cezalandırma; DKS_YD: Düşünce Kontrol Stratejisi olarak Yeniden Değerlendirme
* p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Bu sonuçlara göre, düşünceleri ile baş etmek için dikkatini başka yöne odaklamaya çalışmak, başka konular hakkında endişeleri gündeme almak ve kendini cezalandırmak yoluna sıklıkla başvurmak bireylerin OKB belirtilerinde de artışa yol açmaktadır. Buna karşılık, yeniden değerlendirme ve sosyal kontrol düşünce stratejilerinin OKB belirtilerinin şiddeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde temel etkisi bulunmamaktadır. Ancak, sosyal kontrol stratejisinin üstbilişler ile etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Bu etkileşimin grafikleştirilmesi (plotting) göstermektedir ki (bkz., Şekil 3.1), üst-bilişler ile OKB belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişki, düşünceleri kontrol etmek

amacıyla endişelerini sosyal çevresiyle paylaşan bireyler ve bu endişelerini kimseyle paylaşmayan bireyler arasında farklılaşmaktadır. Temel eğri, sosyal kontrol stratejisini kullanarak sosyal çevreleriyle paylaşan bireyler için de ($t(274) = 2.97, p < .01$), çevreleriyle paylaşmayan bireyler için de ($t(274) = 6.58, p < .001$) anlamlı sonuçlanmıştır.



Şekil 3.1. Üstbilişler ile Sosyal Kontrol Stratejisi Arasındaki Etkileşimin Obsesif-Kompulsif Belirti Şiddeti Üzerindeki Etkisi.
DKS_Sk: Düşünce Kontrol Stratejisi olarak sosyal kontrol
* $p < .01$, ** $p < .001$.

Daha belirgin olarak; istenmeyen düşüncelerini hem çevreleriyle paylaşan kişiler hem de böyle bir paylaşımda bulunmayan kişiler için, patolojik düzeyde üstbilişlere sahip olmak obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini arttırmaktadır. Diğer taraftan, üstbilişleri işlevsel olan bireyler istenmeyen düşünceleriyle tek başlarına baş etmeye çalıştıklarında, bu düşüncelerini çevreleriyle tartışanlara kıyasla daha şiddetli OKB belirtileri sergilemektedirler. Buna karşılık, patolojik düzeyde üstbilişlere sahip bireyler, istenmeyen düşüncelerini sosyal çevreleriyle paylaştıklarında, bu

düşüncelerle tek başlarına baş edenlere göre daha şiddetli obsesif kompulsif belirtiler göstermektedirler. Özetle; en şiddetli OKB belirtileri, üstbilişleri patolojik düzeyde olup düşüncelerini sosyal çevreleriyle tartışanlarda görülürken; en hafif obsesif kompulsif belirtiler, üst-bilişleri işlevsel olup düşüncelerini çevreleriyle paylaşmayanlarda oluşmaktadır.

3.4. Üstbiliş Türleri ile Obsesif Kompulsif Belirtilerin Şiddeti Arasındaki İlişkide Düşünce Kontrol Stratejilerinin Kullanım Sıklığının Düzenleyici Değişken Etkisi

Üstbiliş türleri (örn., endişe hakkında olumlu inançlar, düşünce ve tehlikenin kontrol edilemezliği, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık) ile OKB belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişkide düşünce kontrol stratejilerinin kullanım sıklığının düzenleyici değişken etkisini test etmek amacıyla Aiken ve West'in (1991) istatistiksel prosedürü takip edilmiştir. Her bir düşünce kontrol stratejisi için, toplam 5 adet olmak üzere, hiyerarşik regresyon analizleri uygulanmıştır. Bu analizlerde bireylerin semptom ölçümlerinin (depresyon, somatizasyon ve hostilite) etkilerini kontrol etmek amacıyla bu değişkenler ilk basamakta yer almıştır. İkinci basamağa ise, üstbiliş türlerine ait ölçümler, düşünce kontrol stratejisi kullanım sıklığı ve bu değişkenlerin etkileşimleri girilmiştir. Ayrıca analizler yapılamadan önce, Aiken ve West'in (1991) tanımladığı prosedüre bağlı kalarak, hem bağımsız değişken (üstbiliş türleri) hem de düzenleyici değişkenler (düşünce kontrol stratejileri kullanım sıklığı) ortalanarak (centered), bu değişkenlerin etkileşimleri hesaplanmıştır. Anlamli bulunan etkileşim etkileri, bağımlı değişken için üstbilişlerin ve düşünce kontrol stratejilerinin düşük (örn., ortalamanın 1 standart sapma altı) ve yüksek (örn.,

ortalamanın 1 standart sapma üstü) olduğu düzeylere yönelik basit regresyon denklemleri hesaplanmış ve grafikleştirilmiştir (Aiken ve West, 1991).

Tablo 3.4'te gösterildiği gibi, ilk basamakta yer alan semptom ölçümleri tutarlı olarak OKB belirtilerinin şiddetini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamaktadır. Buna göre, beklendiği gibi depresyon, somatizasyon ve hostilite OKB belirtilerinin şiddeti ile pozitif yönde bir ilişkiye sahiptir ve bireylerin bu semptomlarının artışı, OKB belirtilerinde de şiddetlenmeye yol açmaktadır.

Semptom ölçümlerinin kontrol edilmesinin ardından, regresyon analizleri (bknz Tablo 3.4) düşünce kontrol stratejilerinin kullanım sıklığının, OKB belirtilerinin şiddetini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığına (endişe hakkında olumlu inançlar ve tehlikenin ve düşüncenin kontrol edilemezliği analizleri için $\beta = .25, p < .001$; bilişsel güven ve bilişsel farkındalık analizleri için $\beta = .27, p < .001$; ve düşüncelerin kontrol ihtiyacı analizi için $\beta = .26, p < .001$) işaret etmektedir. Bu sonuçlara göre, düşünce kontrol stratejilerinin kullanım sıklığı arttıkça, OKB belirtilerinin de şiddeti artmaktadır.

Benzer şekilde, endişe hakkında olumlu inançlar ($\beta = .19, p < .001$) ve düşüncenin ve tehlikenin kontrol edilemezliğine dair inançlar ($\beta = .14, p < .01$) ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı ($\beta = .16, p < .05$) obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkiye sahiptir. Bu sonuçlar, bireylerin endişe hakkında olumlu inançlara sahip olmasının, düşüncelerini ve tehlikeyi kontrol edemeyeceklerine dair güçlü bir inanç benimsemesinin ve düşüncelerini kontrol etme ihtiyacı hissetmesinin OKB belirtilerinin şiddetini arttırdığına işaret etmektedir.

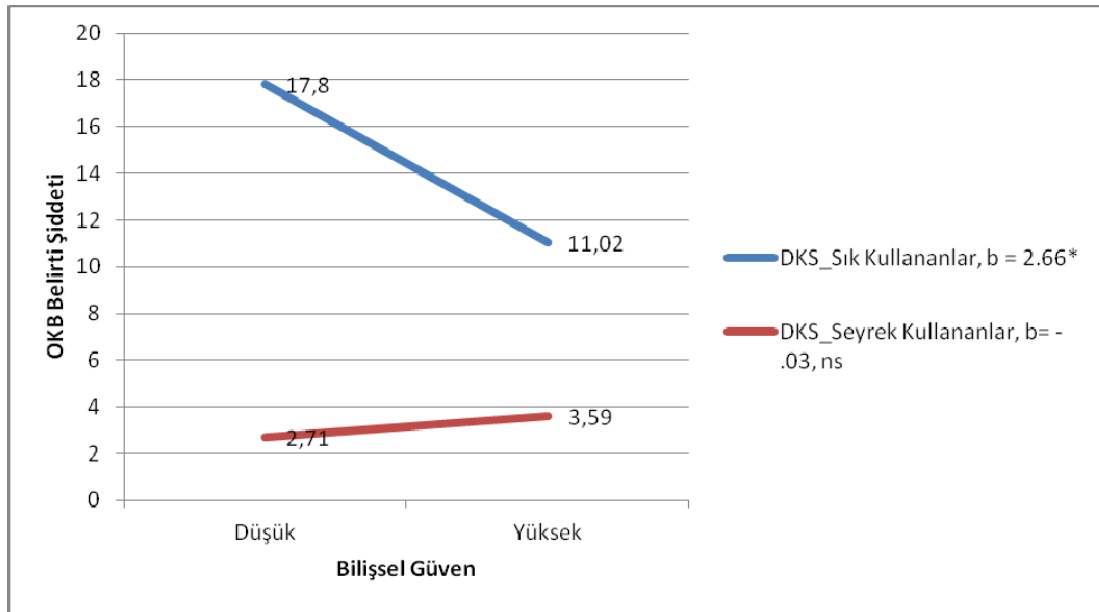
Tablo 3.4. Üstbiliş Türleri Arasında Düşünce Kontrol Stratejileri Kullanım Sıklığının Düzenleyici Değişken Rolü

Değişkenler	Beta	R	R²değişim	F
<i>OKB Belirti Şiddeti</i>				
1. Basamak		.55	.30	39.54***
Depresyon	.17*			
Somatizasyon	.17**			
Hostilite	.29***			
2. Basamak		.64	.11	31.85***
Oİ	.19***			
DKS	.25***			
OİxDKS	.03			
<i>OKB Belirti Şiddeti</i>				
1. Basamak		.55	.30	39.54***
Depresyon	.17*			
Somatizasyon	.17**			
Hostilite	.29***			
2. Basamak		.63	.10	29.45***
DTK	.14**			
DKS	.25***			
DTKxDKS	.006			
<i>OKB Belirti Şiddeti</i>				
1. Basamak		.55	.30	39.54***
Depresyon	.17*			
Somatizasyon	.17**			
Hostilite	.29***			
2. Basamak		.63	.10	29.57***
BG	.07			
DKS	.27***			
BG x DKS	.10*			
<i>OKB Belirti Şiddeti</i>				
1. Basamak		.55	.30	39.54***
Depresyon	.17*			
Somatizasyon	.17**			
Hostilite	.29***			
2. Basamak		.63	.10	29.97***
DKİ	.16*			
DKS	.26***			
DKİxDKS	.05			
<i>OKB Belirti Şiddeti</i>				
1. Basamak		.55	.30	39.54***
Depresyon	.17*			
Somatizasyon	.17**			
Hostilite	.29***			
2. Basamak		.63	.10	28.98***
BF	.09			
DKS	.27***			
BF	.07			

BG: Bilişsel Güven üstbilişi; DKS: Düşünce Kontrol Stratejisi kullanım sıklığı; Oİ: Endişe hakkında olumlu inanç üstbilişi; DTK: Düşüncenin kontrol edilemezliği ve tehlike üstbilişi; DKİ: Düşünce Kontrol İhtiyacı üst-bilişi; BF: Bilişsel farkındalık üst-bilişi.

p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Buna karşılık; bilişsel farkındalığın ve bilişsel güvenin OKB belirtilerinin şiddeti üzerinde temel etkilerine dair bulguya rastlanmazken; bilişsel güven üstbilişinin düşünce kontrol stratejileri ile etkileşimi, OKB belirtilerinin şiddetini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamaktadır. Bu etkileşimin grafikleştirilmesi (plotting), bilişsel güven ile OKB belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişkide, düşünce kontrol stratejilerinin kullanım sıklığının düzenleyicilik etkisini ortaya koymaktadır (bknz., Şekil 3.2). Temel eğri testlerine göre, düşünce kontrol stratejilerini sık kullandığını rapor eden bireyler için ($t(274) = 2.66, p < .01$) etkileşim eğrisi istatistiksel olarak anlamlılık gösterirken; düşünce kontrol stratejilerini seyrek kullanan bireyler için herhangi bir anlamlılık arz etmemektedir ($t(274) = -.03, p = ns$).



Şekil 3.2. Bilişsel Güven Üst-Bilişi ile Düşünce Kontrol Stratejilerinin Kullanım Sıklığı arasındaki etkileşimin Obsesif-Kompulsif Belirti Şiddeti üzerindeki Etkisi.

DKS: Düşünce Kontrol Stratejisi.

* $p < .01$

Şekil 3.2’de görüldüğü gibi, düşünce kontrol stratejilerini seyrek kullanan bireylerin, bilişsel süreçlerine güven duyup duymamaları obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti açısından farklılık yaratmazken; bu stratejileri sık kullanan bireylerde, bilişsel güven düzeyi azaldıkça obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti artmakta; hatta en yüksek seviyeye ulaşmaktadır. Diğer taraftan, en hafif OKB belirtileri; bilişsel süreçlerine güvenmeyen ve düşünce kontrol stratejilerini seyrek kullanan bireylerde gözlemlenmiştir.

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

Bu çalışma üst-bilişler ve düşünce kontrol stratejileri ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleme amacıyla yürütülmüştür. Bu bölümde elde edilen bulguların ilgili literatür ışığında yorumlanmasına ve tartışılmasına yer verilecektir.

4.1. Üstbilişler ile Obsesif Kompulsif Belirtilerin Şiddeti Arasındaki İlişkide Düşünce Kontrol Stratejilerinin Kullanım Düzeyinin Düzenleyici Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada yanıtlanması amaçlanan ilk soru “Psikolojik semptom ölçümleri (depresyon, somatizasyon ve hostilite) kontrol edildikten sonra, obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ile üstbilişler arasındaki ilişkide düşünce kontrol stratejilerinin düzenleyici etkisi var mıdır?” şeklinde ifade edilmiştir. Depresyon, somatizasyon ve hostiliteyi kontrol etme amacıyla yapılan analizler bu semptom ölçümlerinin OKB belirti şiddeti ile pozitif yönde ilişkili göstermiştir. İlgili literatür incelendiğinde yapılan çalışmaların OKB ile depresyon arasındaki ilişkiyi desteklediği görülmektedir (örn., Denys ve ark., 2004; Perugi ve ark., 1997). Starcevic (2004)

depresyonda görülen ruminasyon ile obsesyonlar arasındaki benzerliğe dikkat çekmekte ve çoğu hastada depresyonun OKB'yi takip ediyor gibi görüldüğünü belirtmektedirler. Obsesif kompulsif bozukluğa eşlik eden umutsuzluk ve savunmasızlık duygularının, belirtilerin yol açtığı moral bozukluğunun ve olumsuz duygularının OKB ile depresyon arasındaki ilişkide etkisinin olduğu düşünülmektedir. Söz konusu çalışmadan elde edilen bulgular hostilitenin de obsesif kompulsif belirti şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermektedir. İlgili literatür incelendiğinde araştırmacıların OKB ve hostilite arasındaki ilişkiye yönelik birbiriyle uyumsuz sonuçlar elde ettikleri görülmektedir. Bazı araştırmacılar (örn., Whiteside ve Abramowitz, 2004; Whiteside ve Abramowitz, 2005) hostilite ile OKB arasında mevcut bir ilişkinin varlığına dikkat çekerken bazı araştırmacılar ise (örn., Verhaak ve Haan, 2007) yaptıkları çalışmada anlamlı bir ilişkinin bulunmadığını belirtmektedirler. Araştırmacılar hostilitenin OKB'de asıl nokta olmasa bile yüksek düzeyde öfkenin bu bozuklukla birlikte ortaya çıktığı ya da OKB'nin belirli boyutlarıyla ya da dışavurumlarıyla (kontrol etme, yıkanma gibi) ilişkili olduğu düşüncesindedirler (Whiteside ve Abramowitz, 2005). Bu anlamda obsesif kompulsif bozuklukta öfke ve hostilite düzeyindeki yüksekliğin belirtilerin getirdiği sıkıntı ve rahatsızlığın bir sonucu olduğunu ve bu duyguların çeşitli kompulsif eylemlerle sergilendiğini düşünmek olası gibi görünmektedir.

Araştırma bulguları üstbilişler ile obsesif kompulsif belirti şiddetinin ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bulgular düşünce kontrol stratejilerinden ise dikkat dağıtma, endişelenme ve kendini cezalandırmanın yoğun olarak kullanılmasının obsesif kompulsif belirtilerin şiddetinde artışa yol açtığını göstermiştir. Ancak,

düşünce kontrol stratejilerinden sadece sosyal kontrolün üstbilişler ile OKB belirtilerinin şiddeti arasında düzenleyici rolünün olduğu bulunmuştur.

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 (Spada ve ark., 2010; Wells, 2000). Bu çalışmada da patolojik üstbilişsel faaliyetlerin yüksek olmasının obsesif kompulsif belirti şiddetini arttırdığı görülmektedir. Buna göre 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 (örn., Cucchi ve ark., 2012; Emmelkamp ve Aardema, 1999; Sica ve ark., 2007;).

Araştırmada yapılan analiz doğrultusunda dikkat dağıtma düşünce kontrol stratejisinin yoğun olarak kullanımının obsesif kompulsif belirtilerin şiddetinin

artmasına yol açtığı bulunmuştur. İlgili literatür gözden geçirildiğinde zihne olumlu imgeleri çağırma ve güzel şeyler düşünmeyi içeren dikkat dağıtmanın işlevsel bir düşünce kontrol stratejisi olarak kabul edildiği görülmektedir (McKay ve Greisberg, 2002; Najmir, Riemann ve Wegner, 2009). Konu ile ilgili yapılan çeşitli çalışmalar (örn., Najmir ve ark., 2009; Salkovskis, Thorpe, Wahl, Wroe ve Forrester, 2003) dikkat dağıtmanın girici düşüncelerin yol açtığı sıkıntı ve kaygıyı azaltma işlevi gördüğünü ortaya koymaktadır. Bazı çalışmalarda da bu strateji ile obsesif kompulsif belirtiler arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur (örn., McKay ve Greisberg, 2002; Rassin ve Diepstraten, 2003). Bu anlamda dikkat dağıtma stratejisinin işlevsel bir strateji olduğu vurgulanmaktadır (Larsen ve ark., 2006; McKay ve Greisberg, 2002).

Konuyla ilgili yapılan araştırmalar ışığında dikkat dağıtma stratejisinin obsesif kompulsif belirtilerin şiddetinde artış ile ilişkili olduğu bulgusunun, ilk bakışta yukarıda sözü edilen araştırma bulguları ile uyuşmadığı söylenebilir. Ancak dikkat dağıtmanın, OKB belirtilerinin şiddeti ile olan ilişkisine yönelik yapılan çalışmalar detaylı incelendiğinde, söz konusu çalışmalarda katılımcılara girici düşüncelere maruz kaldıklarında belli bir dikkat dağıtma tekniğini kullanmaları (20'den geriye sayma, arkadaşlarıyla birlikte geçirdikleri güzel bir hafta sonunu düşünme gibi) yönünde yönerge verildiği görülmektedir. Dolayısıyla sözü edilen çalışmalarda dikkat dağıtma tekniğinin anlık veya kısa vadeli etkilerinin incelendiği ve bu bağlamda semptomlarda rahatlama sağlamış olabileceği düşünülebilir. Ancak bu araştırmada, semptomlara yönelik herhangi bir dikkat dağıtma tekniği uygulanmamış; aksine, bireylerin genel olarak dikkat dağıtma tekniğini kullanma sıklıkları üzerine bilgi vermeleri istenmiştir. Dolayısıyla, bu tekniği sık kullanmak,

yarattığı anlık rahatlama nedeniyle bireyleri tekrar kullanıma yöneltirken; uzun vadede OKB belirtilerinin şiddetlenmesine yol açıyor olabilir. Nitekim, Najmir ve arkadaşları (2009) ise dikkat dağıtma stratejisinin sıkıntıyı azaltmada kısa vadede başarılı olduğunu; ama dikkat dağıtıcı nesne belirginliğini kaybettiğinde etkisinin kalmadığını ileri sürmektedirler. Benzer şekilde, Wenzlaff ve Wegner (2000) de odaklanmamış dikkat dağıtmanın girici düşünceler üzerinde ters bir etkisinin olabileceğini ileri sürmektedirler. Wenzlaff ve Wegner'e (2000) göre kişiler girici düşünceleri kontrol edebilmek için genelde kolay ulaşabildikleri bir dikkat dağıtma tekniğini kullanırlar. Ancak bu dikkat dağıtma tekniğinin sürekli bir dikkat, odaklanma gerektirmesi girici düşüncelerin bir süre uzaklaşmasına olanak sağlasa da aslında uzun vadede devam etmesine neden olmaktadır.

Bu bilgiler ve mevcut araştırma bulgusu bağlamında mevcut çalışmada belli bir dikkat dağıtma tekniğinin kullanımının etkisinden ziyade, uzun vadede bu tür stratejilerin kullanım sıklığının etkileri incelendiğinden; literatürde belirtildiği gibi kısa vadede belli bir rahatlama sağlasa bile uzun vadede belirtileri arttırdığından söz edilebilir.

Araştırmanın birinci sorusunu yanıtlamak amacıyla gerçekleştirilen analizler sonucunda, düşünce kontrol stratejisi olarak endişelenme ve kendini cezalandırmayı sık kullanmanın, obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini arttırdığı bulunmuştur.

Bilişsel kuram, girici düşüncelerin tehlikeli ve tehdit edici olduğuna yönelik değerlendirmelerin ve beraberinde gelen olumsuz duyguların algılanan tehdit ve tehlike ile başa çıkmak için belli düşünce kontrol stratejilerinin geliştirilmesine yol

açtığını vurgulamaktadır (Purdon ve Clark, 1999). Üstbilişsel model de kişilerin girici düşünceleriyle baş edebilmek için geliştirdikleri işlevsel olmayan belli düşünce kontrol stratejilerinin kullanımının bazı psikolojik bozuklukların belirtilerinde artışa yol açtığını ileri sürmektedir (Wells, 2000). Konuyla ilgili literatür incelendiğinde farklı endişelere odaklanmayı ve daha önemsiz kötü düşünceleri akla getirmeyi içeren endişelenme ve kendini cezalandırma düşünce kontrol stratejilerinin işlevsel olmayan stratejiler olarak kabul edildiği görülmektedir (Tolin ve ark., 2007). 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 uyarıya 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 (Wells, 2000). Benzer biçimde Purdon ve Clark (2002) da işlevsel olmayan düşünce kontrol stratejilerinin girici düşünce ile meşguliyeti artırarak sıkıntı yaratan düşüncelerin sıklığını arttırdığını vurgulamaktadırlar.

İşlevsel olmayan düşünce kontrol stratejilerine yönelik yapılan çalışmalar klinik olan ve olmayan örneklem için düşünce kontrol stratejisi olarak endişelenme (örn., Belloch ve ark., 2006; Fergus ve Wu, 2010) ve kendini cezalandırmanın (örn., Amir ve arkadaşları, 1997; McKay ve Greisberg, 2002; Rassin ve Diepstraten, 2003; Yorulmaz ve Işık, 2011) kullanımının OKB başta olmak üzere çeşitli psikopatolojileri yordadığını ortaya koymaktadır. Ek olarak mevcut çalışmalar (örn.,

Amir ve arkadaşları, 1997; Belloch ve arkadaşları, 2009) incelendiğinde kendini cezalandırma kontrol stratejisinin OKB tanısı almış kişileri kontrol gruplarından ayıran tek strateji olarak kabul edildiği görülmektedir. Bu bilgiler çerçevesinde söz konusu çalışmadan elde edilen endişelenme ve kendini cezalandırma kontrol stratejilerinin kullanımının obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini yordadığı yönündeki bulgunun literatür ile uyumlu olduğundan ve bu stratejilerin bireyin rahatsızlık doğuran düşüncelere yönelik meşguliyetini arttırarak, obsesif kompulsif belirtilerin de şiddetlenmesine neden olduğundan söz edilebilir.

Araştırmada üstbilişler ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasında düşünce kontrol stratejilerinin düzenleyici etkisini araştırmak amacıyla yapılan analizler, sosyal kontrol stratejisinin üstbilişler ile etkileşiminin obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti üzerinde düzenleyici bir role sahip olduğunu göstermektedir. Sonuçlara göre, sosyal kontrol stratejisini sık kullanan bireyler için de seyrek kullanan bireyler için de patolojik düzeyde üstbilişlere sahip olmak, obsesif kompulsif belirtilerin daha şiddetli olması ile ilişkilidir. Söz konusu bulgu, obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti üzerinde sosyal kontrol stratejisinin kullanım sıklığından ziyade üstbilişlerin patolojik düzeyde kullanımının önemli role sahip olduğunu göstermektedir. Buna göre obsesif kompulsif belirtilerin şiddetlenmesinde, dolayısıyla da bu belirtilerin devam ettirilmesinde, üstbilişlerin bir hassasiyet (vulnerability) faktörü olarak işlev gördüğü düşünülebilir. Üstbilişsel kuram, OKB başta olmak üzere çeşitli bozuklukların gelişiminde ve sürmesinde üstbilişsel inançların rolünü vurgulamaktadır (Wells ve Matthews, 1994). OKB'nin üstbilişsel modeline göre; girici düşüncelere sahip bireyler, üstbiliş mekanizmalarına bağlı olarak, bu düşüncelere sahip olmaya olumsuz bir anlam yüklemekte ve girici düşüncelerini

tehlikeli olarak değerlendirmektedir (aktaran, Gwilliam ve ark., 2004). Bu değerlendirme de beraberinde, kişinin dikkatini tehdit yaratan girici düşünceye odaklanmasını, dolayısıyla da bu düşünceleri yatıştırmak adına uygun olmayan başa çıkma stratejilerini seçmesini ve kullanmasını getirmektedir (Wells, 2000). Bu çerçevede ele alındığında, katılımcıların düşünce yapılarına yönelik patolojik üstbilişsel inançlarının bir sonucu olarak, kendilerine rahatsızlık veren girici düşüncelere sahip olmanın kendisini tehdit olarak değerlendirdikleri ve bu tehdidi yatıştırmak adına kullandıkları sosyal kontrol mekanizmalarının OKB belirtilerinin şiddetinde artışa yol açtığı söylenebilir. Nitekim, literatürde yer alan bilgiler, düşünce kontrol stratejilerinin kısa-vadeli bir rahatlama yaratmasına karşılık, semptomların tamamen ortadan kalkmasını sağlamadığından, uzun-vadede obsesif kompulsif belirtilerin sürdürülmesine neden olduğuna işaret etmektedir (Purdon ve Clark, 2002). Bu bağlamda, kullanım sıklığından bağımsız olarak, üstbilişlerin patolojik düzeyde işlev görmesinin OKB belirtilerinin şiddetini arttırdığı, dolayısıyla da bireylerin semptomlarının devam ettirilmesinde hassasiyet yarattığı düşünülebilir.

Aynı analizden elde edilen bir diğer sonuç ise, üstbilişleri işlevsel olan bireylerin sosyal kontrol stratejilerini devreye soktuklarında, bu stratejiyi daha seyrek kullananlara göre daha hafif obsesif kompulsif belirtilere sahip oldukları, hatta tüm analiz içerisinde en hafif OKB belirtilerine sahip olduklarını göstermektedir. Yani işlevsel düzeyde üstbilişlere sahip bireyler, istenmeyen düşüncelerini çevreleriyle paylaşmayarak, bu düşünceleriyle kendi çabalarıyla baş etmeye çalıştıklarında, OKB belirtileri artarken; kendilerine rahatsızlık veren düşüncelerini çevreleriyle paylaştıklarında daha hafif belirtilere sahip olmaktadır. İlgili literatür gözden geçirildiğinde, çeşitli araştırmacıların obsesif kompulsif belirtileri başkalarıyla

paylaşmanın ve yardım aramanın belirtiler üzerindeki önemini vurguladıkları görülmektedir. Örneğin; Newth ve Rachman (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. Benzer şekilde; Belloch, Valle, Morillo, Carrio ve Caber (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. 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 yaşamalarını sağladığı düşünülebilir. Sonuç olarak da bu kişilerin obsesif kompulsif belirtilerinin, düşüncelerini başkalarıyla paylaşmayan kişilere kıyasla daha az şiddetli olduğunu varsaymak olası görünmektedir.

Buna karşılık, analiz sonucunda elde edilen bir diğer bulgu, üstbilişleri patolojik düzeyde olan bireyler için, sosyal kontrol stratejisini sık kullanmanın, seyrek kullanıma kıyasla daha şiddetli obsesif kompulsif belirtilere yol açtığını göstermektedir. Hatta, analiz içerisinde en şiddetli belirtilerin, patolojik düzeyde

işlev gören üstbilişleriyle baş etmede sosyal kontrol mekanizmasını devreye sokmayan bireylerde olduğu görülmektedir. İlk bakışta, olumsuz düşünceleri kontrol etmede sosyal kontrol stratejisinin koruyucu olduğu düşünülen yapısı ile çelişkili görünen bu sonuç; patolojik üstbilişlerin hassaslık faktörü olarak işlev görebileceği yorumu ile birlikte değerlendirildiğinde açıklık kazanmaktadır. 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 (McLean ve Broomfield, 2007). Dolayısıyla, katı ve değişmesi zor bir yapı sergilediğinde, zihinsel kontrol kaybı hissederek kişinin semptomlarını sürdürmesine sevk eden üstbilişler, daha esnek bir yapı sergilediğinde aynı kontrol stratejisi mantıksal açıklamalar için ortam doğurarak, obsesif kompulsif belirtilerin şiddetlenmesinin önünü kesmektedir. Bu bilgilerle tutarlı olarak, genel olarak OKB tanısı almış 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 (Newth, Rachman, 2001). Nitekim Belloch ve arkadaşları (2009) da, OKB tanısı almış kişilerde yardım arama davranışını inceledikleri çalışmada, tanı almış bireylerin hayatlarında belirtilerle ilişkili olumsuz sonuçlarla karşılaşana kadar bu belirtileri saklı tutmaya çalıştıklarını ortaya koymuşlardır. Düşüncenin anlamı hakkındaki korkular belirtileri paylaşmayı

etkileyen temel nedenlerden biri olarak kabul edilmektedir (Newth ve Rachman, 2001). Tüm bu bilgiler ışığında; üstbilişleri patolojik düzeyde işlev gören bireylerin, OKB belirtilerinin olumsuz sonuçlarıyla karşılaştıkları noktada çevreleriyle paylaşımında bulunmaya ihtiyaç duydukları; ancak katı ve değiştirilmesi zor bir yapı kazandığı için, sosyal kontrol mekanizmasına rağmen değişim yaratmadığını fark etmenin, zihinsel işlevlerinde kontrol kaybı hissinin oluşmasına yol açarak, OKB belirtilerinin şiddetlenmesine yol açtığı düşünülebilir. Bunun aksine, üst-bilişler katı ve değiştirilmesi zor yapıya ulaşmadığında, diğer deyişle, daha esnek bir özellik gösterdiğinde, çevreden alınan geribildirimler rahatsızlık veren düşüncelerde yumuşamayı sağlıyor olabilir. Özetle, üstbilişlerin patolojik olması bir risk ve hassasiyet faktörü olarak işlev görürken; daha esnek yapıda üstbilişlere sahip olunması durumunda sosyal çevre koruyucu bir rol üstlenmektedir.

Çalışmada incelenmesi amaçlanan bir diğer ilişki ise üstbilişler ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasında yeniden değerlendirme düşünce kontrol stratejisinin düzenleyici etkisine yöneliktir. Bu amaçla yapılan analizler yeniden değerlendirme stratejisinin, ne tek başına ne de üstbilişler ile etkileşiminin obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını ortaya koymaktadır.

Psikopatolojinin gelişimi üzerinde yeniden değerlendirme kontrol stratejisinin kullanımı ile ilgili literatür incelendiğinde birbirinden farklılık gösteren araştırma bulgularına rastlanmaktadır. Larsen ve arkadaşları (2006) düşünceyi rasyonel olarak analiz etmeyi içeren yeniden değerlendirmenin kullanımının obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ile pozitif yönde ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bazı çalışmalar (örn., Amir ve arkadaşları, 1997; Belloch ve arkadaşları, 2009) da obsesif kompulsif

bozukluk tanısı almış kişilerin en sık kullandıkları düşünce kontrol stratejilerinden birinin yeniden değerlendirme olduğunu göstermektedir. Larsen ve arkadaşları (2006) söz konusu bulguyu, diğer düşünce kontrol stratejileri gibi yeniden değerlendirmenin de girici düşünceyle olan meşguliyeti arttırması ile açıklamaktadırlar. Rassin ve Diepstraten'in (2003) çalışmasında ise yeniden değerlendirme stratejisinin OKB belirtileri ile negatif yönde ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Araştırmacılar bilişsel terapide bilişsel yapılandırmanın kritik bir özellik olması nedeni ile yeniden değerlendirme ile belirti şiddeti arasındaki bu negatif ilişkinin şaşırtıcı olmadığını vurgulamaktadırlar.

4.2. Üstbiliş Türleri ile Obsesif Kompulsif Belirtilerin Şiddeti Arasındaki İlişkide Düşünce Kontrol Stratejilerinin Kullanım Sıklığının Düzenleyici Değişken Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmanın ikinci ana sorusu “Psikolojik semptom ölçümleri (depresyon, somatizasyon ve hostilite) kontrol edildikten sonra, obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ile üstbiliş türleri arasındaki ilişkide düşünce kontrol becerilerinin düzenleyici etkisi var mıdır?” biçiminde ifade edilmektedir. Yapılan analizler, hem endişe hakkında olumlu inançlara sahip olma, düşüncenin ve tehlikenin kontrol edilemezliği ve düşünce kontrol ihtiyacı üstbilişleri düzeyinin, hem de düşünce kontrol stratejilerinin kullanım sıklığının obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ile pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermekte; bu değişkenlerde artış oldukça, OKB belirtilerinin de arttığını ortaya koymaktadır. Ek olarak çalışmada bilişsel güven üstbilişinin düşünce kullanım stratejilerinin sıklığı ile etkileşiminin obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti üzerinde bir etkisinin bulunduğu görülmektedir. Buna karşılık

yapılan analizler ile obsesif kompulsif belirti şiddeti üzerinde bilişsel farkındalığın temel ve düzenleyici etkilerinin olmadığı bulunmuştur.

İlgili literatür incelendiğinde üstbilişsel kuramın girici düşünceleri kontrol etmeye yönelik düşünce kontrol stratejilerinin kullanımının girici düşüncelerin sıklığında ve girici düşünceler nedeniyle duyulan rahatsızlıkta artışa neden olduğunu vurguladığı görülmektedir (Belloch ve ark., 2009). Bu bağlamda çalışmada elde edilen bulgunun literatür ile tutarlı olduğundan söz edilebilir. Katılımcıların düşünce kontrol stratejilerini kullanmalarının girici düşüncelerde farklılığa yol açmamasının, girici düşüncelerle olan meşguliyeti arttırmasının ve kişinin girici düşünceler hakkında yeni ve işlevsel bilgi edinmesini engellemesinin obsesif kompulsif belirtileri arttırdığını düşünmek olası gibi görünmektedir.

Üstbilişsel model, bireyde sıkıntı yaratan bir durum oluşması halinde kişinin, dikkatini tehdit yaratan uyarana odaklaması, ruminasyon ve endişelenme gibi ısrarcı düşünce biçimlerini benimsemesi, uygun olmayan başa çıkma stratejilerini seçmesi ve kullanması biçiminde kendisini gösteren üstbilişsel inanç ve stratejilerin psikolojik bozuklukların sürmesinden sorumlu olduğunu kabul etmektedir (Wells, 2000). Üstbilişlerin alt boyutlarından biri olan endişe hakkında olumlu inançlar, endişelenmenin problem çözmede ve istenmeyen durumlardan kaçınmada yararlı olduğuna yönelik inançları kapsamaktadır (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). İlgili literatür incelendiğinde Wells'in (1994) geliştirdiği genellenmiş kaygı bozukluğunun üstbilişsel modelinde endişe hakkındaki olumlu ve olumsuz inançların modelin temelini oluşturduğu görülmektedir (aktaran, Wells, 2000). Modele göre 'ya ise' sorusu biçimindeki girici düşünce (örn., "Ya bu görevde başarılı olamazsam?") başa

çıkma stratejisi olarak endişelenmenin faydalı olduğu hakkındaki olumlu üstbilişsel inançları aktive etmektedir. Olumlu inançlar üstbilişi tehditle başa çıkmada endişelenme stratejisinin yineleyici olarak seçimine yol açmakta ve yüksek kaygı belirtileriyle sonuçlanmaktadır (Wells, 1999). Model farklı bozukluklar açısından da bu üstbilişin rolüne vurgu yapmakta ve endişe hakkındaki olumlu inançlar üstbilişinin genellenmiş kaygı bozukluğu, alkol kullanımı ve depresyon gibi psikolojik bozuklukların şiddetini arttırdığına işaret etmektedir (örn., Papageorgiou ve Wells 2003; Spada ve Wells, 2005). Öte yandan bu model, üstbilişsel inançların OKB ile olan ilişkisini de incelemektedir (Wells ve Papageorgiou, 1998). Bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde birbiriyle uyumlu olmayan sonuçlara rastlanmaktadır. Bazı çalışmalar bu üstbiliş ile OKB belirtileri arasında ilişki olmadığını ileri sürerken (örn., Cucchi ve ark., 2012; Tosun ve Irak, 2008); bazı çalışmalar (örn., Wells ve Papageorgiou, 1998; Wilson ve Hall, 2012; Yılmaz ve ark., 2008) ise endişe hakkındaki olumlu inançların obsesif kompulsif semptomların gelişimine katkıda bulunduğunu ortaya koymaktadır. Wells ve Papageorgiou'nun (1998) çalışması endişe hakkındaki olumlu inançların kontrol etme kompulsiyonu ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Wells ve Papageorgiou (1998) söz konusu ilişkiyi, hem bu üstbilişin hem de kontrol etme kompulsiyonun gelecekteki tehlikelerden kaçınmaya yol açmasına; dolayısıyla OKB belirtilerinin devam etmesine neden olmasıyla açıklamaktadır. Üstbilişsel model ile tutarlı olarak OKB'de endişelenme hakkında olumlu inançlara sahip bireylerin girici düşüncelerle ve olası tehditlerle başa çıkmada endişelenmeyi bir başa çıkma stratejisi olarak değerlendirmelerinin; endişelendikleri sürece kendileri için tehdit oluşturan girici düşüncelerin gerçekleşmeyeceği inancına sahip olmalarının söz konusu olduğu düşünülebilir. Bu inancın beraberinde getirdiği endişeyi kontrol stratejisi olarak kullanma eylemi

kişinin tehdit edici bulduğu sonucun aslında gerçekleşmeyeceğini görmesini engelleyebilmekte ve obsesyonların devam etmesine yol açabilmektedir.

Çalışmadan elde edilen düşüncenin ve tehlikenin kontrol edilemezliği üstbilişinin obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olduğu bulgusu üstbilişsel kuram ile uyumlu bulunmaktadır. OKB'nin üstbilişsel modeline göre, üstbilişsel inançlar girici düşüncelerin varlığıyla aktif hale gelmektedir. Üstbilişsel inançların aktif hale gelmesi girici düşüncelerin değerlendiriliş biçimini etkilemektedir (Gwilliam ve ark., 2004; Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). Çalışmadan elde edilen bulgu bu model temelinde değerlendirildiğinde, kişilerin düşüncenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğu üstbilişlerinin etkisiyle, sahip oldukları girici düşüncelerin tehdit edici olduğuna inanma eğilimi gösterdikleri düşünülebilir. Bu eğilim ise dikkatlerini yoğun olarak girici düşüncelerine odaklamaları, işlevsel olmayan düşünce kontrol stratejilerini daha sık kullanmalarıyla sonuçlanmaktadır. Sonuç olarak, modele göre, rahatsızlık veren girici düşüncelere yönelik devreye giren üstbilişsel süreçler, aynı düşüncelerin devam etmesine neden olarak bir kısır döngü başlatmaktadır.

Düşünce ve tehlikenin kontrol edilemezliği üstbilişi OKB belirtileri ile en çok ilişki gösteren inançlardan biri olarak kabul edilmektedir (Cucchi ve ark., 2012). Yapılan çalışmalar da düşünce ve tehlikenin kontrol edilemezliği üstbilişinin obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini arttırdığını göstermektedir (örn., Irak ve Tosun, 2008; Moritz, Peters, Laroı ve Lincoln, 2010; Sica ve ark., 2007). İlgili literatür ışığında düşüncenin ve tehlikenin kontrol edilemezliği üstbilişinin obsesif kompulsif belirtilerin şiddetinde artışa yol açmasının üstbilişsel kuram ve yapılan çalışmalarla tutarlı olduğu görülmektedir.

Araştırma sorusu doğrultusunda yapılan analizler sonucunda düşünceleri kontrol etme ihtiyacının obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Yani kişilerin düşüncelerini kontrol etme ihtiyacı hissetmesi OKB belirtilerinin şiddetini arttırmaktadır. Üstbilişsel kuramı konu alan literatür incelendiğinde, OKB'nin gelişiminde düşünceleri kontrol ihtiyacına yönelik inançların rolünün vurgulandığı görülmektedir. Batıl inanç, cezalandırılma ve sorumlu olmayı içeren düşünceleri kontrol etme ihtiyacının (Tosun ve Irak, 2008) üstbilişsel kuram için obsesif kompulsif belirtiler ile ilişkili temel üstbilişsel inanç olduğu düşünülmektedir. Kurama göre bu inanç, kişileri tekrarlayıcı ve inatçı düşünce tarzları ile meşgul olmaya yatkınlaştırmakta, kişinin dikkat süreçlerini tehdiye (OKB için girici düşüncelere) odaklamakta ve kişinin bu tehdiyeden uzaklaşmak adına işlevsel olmayan stratejileri kullanmasına neden olmaktadır (Sica ve ark., 2007). Modelin öne sürdüğü önermeler yapılan çalışmalarla da desteklenmektedir (örn., Moritz ve ark., 2010; Myers ve Wells, 2005; Solem, Haland, Vogel, Hansen ve Wells, 2009). Irak ve Tosun (2008) hem obsesif hem kompulsif belirti boyutlarını yordayan tek üstbilişsel inancın düşünceleri kontrol ihtiyacı olduğuna dikkat çekmektedirler. Benzer şekilde, Moritz ve arkadaşları (2010) da bu inancın OKB tanısı almış katılımcıları herhangi bir tanı almamış katılımcılardan ayırmakta olduğunu bulmuşlardır. Bu bulgular, düşünceleri kontrol etme ihtiyacının, obsesif kompulsif bozukluğun oluşumunda ve/veya sürdürülmesinde önemli bir role sahip olduğunu göstermektedir. Obsesif kompulsif bozukluk ile düşünceleri kontrol ihtiyacı arasındaki bu ilişkiye açıklama getiren Moulding ve Kyrios (2007) OKB'de kontrol isteği ile algılanan kontrol arasındaki uyumsuzluğa dikkat çekmişlerdir. Buna göre kişilerin kendilerinde algıladıkları kontrol seviyesinin arzuladıkları kontrol seviyesine ulaşamaması beraberinde korku,

kaygı gibi olumsuz duyguları ve kontrolü geri kazanma çabasını getirmektedir. Kontrolü geri kazanma çabası ise OKB için kompulsiyonlarla olan meşguliyetin artması ve daha şiddetli obsesif kompulsif belirtiler ile sonuçlanmaktadır. Nitekim, bu çalışmada da, kişilerin girici düşünceleri ortaya çıktığında bunları kontrol etmesi gerektiğine yönelik üstbilişsel inançlarının obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Araştırmada üstbiliş türleri ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasında düşünce kontrol stratejilerinin kullanım sıklığının düzenleyici etkisini araştırmak amacıyla yapılan analizler, bilişsel güven üstbilişinin düşünce kontrol stratejilerinin kullanım sıklığı ile olan etkileşiminin obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti üzerinde düzenleyici bir role sahip olduğunu göstermektedir. Buna göre düşünce kontrol stratejilerini sık kullanan bireylerde, bilişsel güven düzeyi azaldıkça obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti artmakta; hatta en yüksek seviyeye ulaşmaktadır. Bununla birlikte, en hafif OKB belirtileri; bilişsel süreçlerine güvenmeyen ve düşünce kontrol stratejilerini seyrek kullanan bireylerde gözlemlenmiştir.

Bilişsel güven, kişinin hafıza ve dikkat yeteneklerini kapsayan bir kavram olarak tanımlanmakta ve bilişsel süreçlerine güven duyup duymamaya işaret etmektedir (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997). Bu alanda yapılan çalışmalar, bu üstbilişin OKB belirtilerinin şiddetini yordadığını ortaya koymaktadır (örn., Nedeljkovic ve ark., 2009; Tuna, Tekcan ve Topçuoğlu, 2005). Bu ilişkiyi bağlamında Sica ve arkadaşları (2007), bilişsel süreçlerine güvenmeyen bireylerin rahatsız edici düşüncelerini aktive edebilecek durumlardan kaçınan bir tutum içine girerek, işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerini kullanmaya yöneldiklerini ifade etmişlerdir.

Düşünce kontrol stratejilerinin kullanım sıklığının, aynı zamanda düşünceleri kontrol etme ihtiyacına da işaret ettiği düşünülebilir. Daha belirgin olarak, düşünce kontrol stratejilerini sık kullanmanın, birey tarafından sıklıkla böyle bir yola başvurmaya ihtiyaç duyulması anlamına geldiği düşünülebilir. Benzer şekilde, seyrek kullanımın ise, böyle bir ihtiyacın daha az oluştuğuna ya da bu ihtiyacı hayata geçirmek açısından daha kontrollü davranılabildiğine işaret ettiği düşünülebilir. Bu bağlamda, düşüncelerini kontrol etme ihtiyacı hissetmeyen ya da bu ihtiyacı kontrol altında tutabilen bireyler, bilişsel süreçlerine güven duyup duymamalarından bağımsız olarak OKB belirtilerinin şiddetlenmesinin de önüne geçiyor, diğer bir deyişle bu belirtilerin artmasından kendilerini koruyor olabilirler. Nitekim, hem bilişsel süreçlerine güven duyan hem de bu güvene sahip olmayan bireylerin OKB belirti şiddeti puanları (bknz., Şekil 3.2) oldukça düşüktür.

Diğer taraftan; bu çalışmada, düşünce kontrol stratejilerini sık kullanan bireylerin bilişsel süreçlerine güvenmemeleri durumunda en şiddetli OKB belirtileri sergiledikleri sonucuna ulaşılmıştır. İlgili literatür incelendiğinde, bilişsel güven üstbilişinin özellikle kontrol etme kompulsiyonu çerçevesinde ele alındığı görülmektedir. Buna göre, bu OKB belirtisi ile bilişsel güven üstbilişi arasında bir döngünün söz konusu olduğunu düşünen Hout ve Kindt (2003), bilişsel süreçlere olan güvensizliğin önceki kontrol etme davranışını hatırlamaya yönelik güvensizliği de beraberinde getirdiğini belirtmektedirler. Bir önceki kontrolün kesinliğinden emin olamama ise kontrol etme davranışına neden olmakta ve bir döngünün oluşmasına yol açmaktadır. Dolayısıyla, bilişsel güven üstbilişi hafıza hakkındaki inançlar üzerinde etki kurarak, kompulsiyonların devam ettirilmesine neden olmaktadır (örn., Hout ve Kindt, 2003). Her ne kadar bu araştırmada OKB belirtileri obsesyonlar ve

kompulsiyonlar açısından ayrı ayrı incelenmemiş olsa da, bireylerin belirti şiddetleri obsesyonların ve/veya kompulsiyonlarının artmasına işaret etmektedir. Bu bağlamda, elde edilen sonuçların literatür ile paralellik gösterdiği söylenebilir. Diğer taraftan, bilişsel süreçlerin sadece kontrol etme davranışı ile sınırlı kalmayıp, obsesyonları yatıştırmak adına uygulanan ve zihinsel işlem yapılmasını gerektiren her tür kompulsiyon için de geçerli olabileceği varsayılabılır. Daha belirgin olarak, kontrol etme kompulsiyonu, gerekli kontrolü yapıp yapmamaktan emin olamamaya neden olurken; temizlik veya özbakım kompulsiyonlarının da yine zihinsel işlemlere güven duymayı gerektirecek özellikleri içinde barındırdığı (örneğin; doğru sırayla giyinmek, temizlik ritüellerini belli sayıda tekrarlamak gibi) söylenebilir. Dolayısıyla, hafıza süreçlerine yeteri kadar güvenilmediği takdirde, ister kontrol etme kompulsiyonuna, ister temizlik veya özbakım kompulsiyonlarına sahip olunsun, rahatsızlık yaratan düşüncüyü hafifletmek adına doğru sıralamanın takip edildiğinden veya gerekli sayıya ulaşıldığından emin olamamaya neden olarak, kişiyi, aynı döngüyü yeniden başlatma eğilimi sergilemeye götürebilir. Sonuç olarak da, OKB belirtilerinde sonlanma veya hafiflemeden ziyade artışa yol açacağı düşünülebilir.

Çalışmada yapılan analizler sonucunda obsesif kompulsif belirti şiddeti üzerinde bilişsel farkındalık üstbilişinin temel ve düzenleyici etkilerinin olmadığı bulunmuştur. İlgili literatür incelendiğinde kişinin düşünce süreçlerine odaklanma eğilimini içeren bilişsel farkındalığın OKB belirtileri ile olan ilişkisine yönelik birbirinden farklı görüşlerin varlığı dikkat çekmektedir. Örneğin, Sica ve arkadaşları (2007) kişinin kendi düşünce ve düşünce süreçlerini gözlemlemesinin ve incelemesinin zarar verici olmadığını vurgulamışlardır. Onlara göre bu üstbilişsel inanç girici düşüncelere karşı kabul geliştirme ve işlevsel başa çıkma yöntemlerinin

kullanımına olanak sağlama gibi işlevler sağlamaktadır. Bu görüşten farklı olarak Cohen ve Calamari (2004) kişinin düşüncelerinin aşırı farkında olmasını içeren bilişsel farkındalığın girici düşüncelere yönelik olumsuz değerlendirmeleri arttırdığını ve ‘normal’ obsesyonları ‘anormal’ obsesyonlara dönüştürdüğünü ileri sürmüşlerdir. Yaptıkları çalışmada da bilişsel farkındalık üstbilişinin obsesif kompulsif belirtileri yordadığını bulmuşlardır. Benzer biçimde başka çalışmalar da bilişsel farkındalığın obsesif kompulsif hastaları diğer kaygı bozukluklarına yönelik tanı almış hastalardan ayıran tek üstbilişsel inanç olduğunu vurgulamışlardır (örn., Barahmand, 2009; Goldman ve ark., 2008; Janeck, Calamari, Riemann ve Heffelfinger, 2003). Janeck ve arkadaşları (2003) bilişsel farkındalığın obsesif kompulsif belirtiler üzerindeki etkisini bu üstbilişin, girici düşüncelerin olumsuz olarak değerlendirilme olasılığında ve düşüncelere verilen aşırı önemde artışa yol açmasıyla açıklamışlardır.

Yapılan çalışmada bilişsel farkındalık ile belirtiler arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmamasının düşüncelere yönelik dikkatin kişilere girici düşüncelerin doğası hakkında farkındalık kazandırması ile ilişkili olduğunu ileri sürmek olası görünmektedir. Buna göre girici düşüncelere sahip kişilerin bilişsel farkındalıklarının girici düşünceleri bastırma çabası yerine bu düşünceleri kabul etmeyi beraberinde getirdiği düşünülebilir.

Sonuç olarak, bu araştırma üstbilişler ve obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasındaki ilişkide düşünce kontrol stratejilerinin düzenleyici etkisini incelemek amacıyla yürütülmüştür. Araştırmadan elde edilen sonuçlar obsesif kompulsif belirti şiddeti ile üstbilişler arasındaki ilişkide sosyal kontrol düşünce kontrol stratejisinin;

bilişsel güven üstbilişi ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasındaki ilişkide ise düşünce kontrol stratejilerinin kullanım sıklığının düzenleyici etkisini ortaya koymuştur. Ek olarak üstbilişlerin ve düşünce kontrol stratejilerinin kullanım sıklığının; düşünce kontrol stratejilerinden endişelenme, kendini cezalandırma ve dikkat dağıtmanın; üstbilişsel inançlardan ise endişe hakkında olumlu inançlar, tehlikenin ve düşüncenin kontrol edilemezliği ve düşünceleri kontrol ihtiyacı üstbilişlerinin obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ile pozitif yönde anlamlı olarak ilişkili olduğu bulunmuştur.

4.3. Sonuç ve Sınırlılıklar

Gerçekleştirilen çalışmanın sınırlılıklarından ilki örnekleme ilişkindir. Araştırmanın örneklemini Ankara, İzmir ve İstanbul'da yaşayan; üniversite ve üniversite sonrası eğitim düzeyine sahip kişiler oluşturmaktadır. Bu anlamda araştırmanın örnekleminin Türkiye evrenini temsil etmede kısıtlı olduğundan söz edilebilir. Çalışma klinik olmayan örneklem ile gerçekleştirilmiştir. İleride yapılacak olan çalışmalarda herhangi bir psikolojik tanı almamış katılımcıların yanı sıra OKB tanısı almış katılımcıların da çalışmaya dahil edilmesinin ve iki grubun karşılaştırılmasının üstbilişler, düşünce kontrol stratejileri ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada üstbilişler ve düşünce kontrol stratejilerinin obsesif kompulsif belirtiler üzerindeki etkisi incelenmiştir. Söz konusu değişkenlerin obsesif kompulsif belirtiler alt boyutları üzerindeki etkisini incelemeye yönelik veri analizi yapılmamıştır.

Obsesif kompulsif belirtilerin her alt boyutu için üstbilişsel inançlar ve düşünce kontrol stratejilerinin temel ve etkileşim etkisinin çalışılmasının söz konusu ilişkiyi anlamaya yönelik yeni veriler sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın literatür ile uyumlu olmayan bulguları kullanılan yöntem açısından karşılaştırıldığında farklı veri toplama araçlarının kullanıldığı görülebilmektedir. Söz konusu çalışmada katılımcılardan belli ölçekler aracılığıyla veri toplanmıştır. İleride yapılandırılmış görüşme ve deneysel desenlerle gerçekleştirilen farklı çalışmalar literatüre katkıda bulunacaktır.

BÖLÜM 5

KAYNAKLAR

Abramowitz, J. S., McKay, D., & Taylor, S. (2005). Potentials and limitations of cognitive treatments for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 140-147.

Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsy, S. A., & Tolin, D. F. (2003). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: A replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 529-540.

Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park: Sage.

Albert, U., Maina, G., Forner, F., & Bogetto, F. (2004). DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 325-332.

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2005). *DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

- Amir, N., Cashman, L., & Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 775-777.
- Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D., & Rössler, W. (2004). Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: Prevalence, comorbidity, and course. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 254, 156-164.
- Barahmand, U. (2009). Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 69, 240-243.
- Barnhill, J. (2011). Obsessive-compulsive disorder or not: Differential diagnosis of repetitive behaviors among individuals with intellectual and developmental disorders. S. Selek (Ed.) *Different views of anxiety disorders* (37-68). InTech.
- Belloch, A., Morillo, C., & Garcia-Soriano, G. (2006). Obsession subtypes: Relationships with obsessive-compulsive symptoms, dysfunctional beliefs and thought control strategies. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 65-78
- Belloch, A., Morillo, C., & Garcia-Soriano, G. (2009). Strategies to control unwanted intrusive thoughts which are relevant and specific in obsessive-compulsive disorder? *Cogn Ther Res*, 33, 75-89.
- Belloch, A., Valle, G., Morillo, C., Carrio, C., & Caberdo, E. (2009). To seek advice or not to seek advice about the problem: The help-seeking dilemma for obsessive compulsive disorder. *Soc Psychiatry, Epidemiol*, 44, 257-264.

- Beşiroğlu, L., Ağargün, M. Y., Boysan, M., Eryonucu, B., Güleç, M., Selvi, Y. (2005). Obsesif kompulsif belirtilerin değeriendirilmesi: Padua Envanteri'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenirligi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16, 179-189.
- Blechman, L. T. (2002). Ironic processes in the mental control of obsessive thinking in obsessive-compulsive disorder. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Fordham University.
- Bogetto, F., Venturello, S., Albert, U., Maina, G., & Ravizza, L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 14, 434-441.
- Bouman, T. K., & Meijer, K. (1999). A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 96-101.
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Burns, G. L., Keortge, S. G., Formea, G. M., & Sternberger, L. G. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 163-173.
- Calamari, J. E., Wiegartz, P. S., Riemann, B. C., Cohen, R. J., Greer, A., Jacobi, D. M., Rössler, W. (2004). Obsessive-compulsive disorder subtypes: an attempted replication and extension of a symptom – based taxonomy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 647- 670.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.

- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: The Guilford Press.
- Clark, D.A., Purdon, C., & Byers, E. S. (2000). Appraisal and control of sexual and non-sexual intrusive thoughts in university students. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 439- 455.
- Cohen, R. J., & Calamari, J. E. (2004). Thought-focused attention and obsessive-compulsive symptoms: An evaluation of cognitive self-consciousness in a nonclinical sample. *Cognitive Theory and Research*, 28, 457-471.
- Cucchi, M., Bottelli, V., Cavadini, D., Ricci, L., Conca, V., Ronchi, P., & Smeraldi, E. (2012). An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 546-553.
- Çilli, A. S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S., & Kucur, R. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 367-374.
- Denys, D., Tenney, N., van Megen, H. J., de Geus, F., & Westenberg, H. G. (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 80, 155-162.
- Emmelkamp, P. M. G., & Aardema, A. (1999). Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 139-145.
- Fehm, L., Hoyer, J. (2004). Measuring thought control strategies: The thought control questionnaire and a look beyond. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 105-117.

- Fenske, J. N., & Schwenk, T. L. (2009). Obsessive-compulsive disorder: Diagnosis and management. *American Family Physician*, 80, 239-245.
- Fergus, T. A., & Wu, K. D. (2010). Is worry a thought control strategy relevant to obsessive-compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 269-274.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117-132.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Foa, E. B., Amir, N., Bogert, K. V. A., Molnar, C., & Przeworski, A. (2001). Inflated perception of responsibility for harm in obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders*, 15, 259-275.
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., & Versiani, M. (2006). The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30, 327-337.
- Fullana, M. A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Alonso, J. (2010). Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*, 124, 291-299.
- Goldman, B. L., Martin, E. D., Calamari, J. E., Woodarb, J. L., Chik, H. M., Messina, M. G., Wiegartz, P. S. (2008). Implicit learning, thought-focused attention and obsessive compulsive disorder: A replication and extension. *Behavioural Research and Therapy*, 46, 48-61.

- Grabe, H. J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Freyberger, H. J., Dilling, H., & John, U. (2000). 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*, 250, 262-268.
- Grant, J. E., Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2006). Sexual obsessions and clinical correlates in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 325-329.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 137-144.
- Hout, M., & Kindt, M. (2003). Phenomenological validity of an OCD-memory model and the remember/know distinction. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 369-378.
- Irak, M., Tosun, A. (2008). Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1316-1325.
- Jaisooriya, T. S., Reddy, Y. C., Srinath, S., & Thennarasu, K. (2009). Sex differences in Indian patients with obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 70-75.
- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C., & Heffelfinger, S. K. (2003). Too much thinking about thinking?: Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders*, 17, 181- 195.
- Janowitz, D., Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Ettelt, S., Buhtz, F., Hochrein, A., Wagner, M. (2009). Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. *Depression and Anxiety*, 26, 1012-1017.

- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1998). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Kempke, S., & Luyten, P. (2007). Psychodynamic and cognitive behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: Is it time to work through our ambivalence? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71, 291-311.
- Kolada, J. L., Bland, R. C., & Newman, S. C. (1994). Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton: Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scand Suppl*, 376, 24-35.
- Larsen, K. E., Schwartz, S. A., Whiteside, S. P., Khandker, M., Moore, K. M., & Abramowitz, S. P. (2006). Thought control strategies used by parents reporting postpartum obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 435-445.
- Luciano, J. V., Algarabel, S., Tomas, J. M., & Martinez, J. L. (2005). Development and validation of the thought control ability questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 38, 997-1008.
- Maher-Edwards, L., Fernie, B. A., Murphy, G., Wells, A., Spada, M. M. (2011). Metacognitions and negative emotions as predictors of symptom severity in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 311-317.
- Mancini, F. M., D'Olimpio, F., & Cieri, L. (2004). Manipulation of responsibility in non-clinical subjects: Does expectation of failure exacerbate obsessive-compulsive behaviors? *Behaviour Research and Therapy*, 42, 449-457.
- Matthews, G., Hillyard, E. J., & Campbell, S. E. (1999). Metacognition and maladaptive coping as components of test anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 111-125.

- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms, *Clinical Psychology Review*, 24, 283-313.
- McKay, D., & Greisberg, S. (2002). Specificity of measures of thought control. *The Journal of Psychology*, 136, 149-160.
- McLean, A., & Broomfield, N. M. (2007). How does thought suppression impact upon beliefs about uncontrollability of worry? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2938-2949.
- Moore, E. L., & Abramowitz, J. S. (2007). The cognitive mediation of thought-control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1949-1955.
- Moritz, S., Peters, M. J. V., Laroi, F., & Lincoln, T. M. (2010). Metacognitive beliefs in obsessive-compulsive patients: A comparison with healthy and schizophrenia participants. *Cognitive Neuropsychiatry*, 15, 531-548.
- Moulding, R., & Kyrios, M. (2007). Desire for control, sense of control and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy & Research*, 31, 759-772.
- Mukhopadhyay, P., Tarafder, S., Bilimoria, D. D., & Bandyopadhyay, G. (2010). Instinctual impulses in obsessive compulsive disorder: A neuropsychological and psychoanalytic interface. *Asian Journal of Psychiatry*, 3, 177-185.
- Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A. (2009). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 436-442.

- Myers, S. G., Wells, A. (2005). Obsessive compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 806-817.
- Najmir, S., Riemann, B. C., & Wegner, D. M. (2009). Managing unwanted intrusive thoughts in obsessive compulsive disorder: Relative effectiveness of suppression, focused distraction, and acceptance. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 494-503.
- Nedeljkovic, M., Moulding, R., Kyrios, M., & Doron, G. (2009). The relationship of cognitive confidence to OCD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 463-468.
- Nelson, T. O., Stuart, R. B., Howard, C., & Crowley, M. (1999). Metacognition and clinical psychology: A preliminary framework for research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 73-79.
- Newth, S., & Rachman, S. (2001). The concealment of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 457-464.
- Nieto, M. A. P., Delgado, M. M. R., Mateos, L. L., & Bueno, N. (2010). Cognitive control and anxiety disorders: Metacognitive beliefs and strategies of control thought in GAD and OCD. *Clinica y Salud*, 21, 159-166.
- Öztürk, M. O. (2004). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Pallanti, S., Grassi, G., & Cantisani, A. (2011). The treatment of obsessive-compulsive disorder and the approaches to treatment resistance. S. Selek (Ed.) *Different views of anxiety disorders* (233-250). InTech.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261-273.

- Perugi, G., Akiskal, H., Pfanner, C., Presta, S., Gemignani, A., Milanfranchi, A., ...
Cassano, G. B. (1997). The clinical impact of bipolar and unipolar affective
comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective
Disorders*, 46, 15-23.
- Pfohl, B., & Blum, N. (1991). Obsessive-compulsive personality disorder: a review
of available data and recommendations for DSM-IV. *Journal of Personality
Disorders*, 20, 695-717.
- Pigott, T. A. (1998). Obsessive-compulsive disorder: Symptom overview and
epidemiology. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, 4-32.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical
Psychology and Psychotherapy*, 6, 102-110.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (2004). The need to control thoughts. R. O. Frost, G.
Steketee (Ed.) *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory,
assessment, and treatment* (29-44). Oxford: Pergamon.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and
Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour
Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rachman, S., & Shafran, R. (1999). Cognitive distortions: Thought-action fusion.
Clinical Psychology and Psychotherapy, 6, 80-85.
- Rassin, E., & Diepstraten, P. (2003). How to suppress obsessive thoughts. *Behaviour
Research and Therapy*, 41, 97-103.
- Ree, M. J. (2010). The Thought Control Questionnaire in an inpatient psychiatric
setting: Psychometric properties and predictive capacity. *Behaviour Change*,
27, 212-226.

- Rosario-Campos, M. C., Miguel, E. C., Quatrano, S., Chacon, P., Ferrao, Y., Findley, D., Leckman, J. F. (2006). The dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): An instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry*, 11, 495-504.
- Roussis, P., & Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences*, 40, 111-122.
- Salkovskis, P. M., Kirk, J. (1989). Obsessional disorders. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Ed.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Salkovskis, S. P., Shafran, R., Rachman, S., & Freeston, M. H. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1055-1072.
- Salkovskis, P. M., Thorpe, S. J., Wahl, K., Wroe, A. L., & Forrester, B. (2003). Neutralizing increases discomfort associated with obsessional patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 709-715.
- Salkovskis, S. P., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Schwartz, B. L., & Perfect, T. J. (2002). Introduction: Toward an applied metacognition. B.L. Schwartz, T. J. Perfect (Ed.) *Applied metacognition* (1-15). Cambridge: Cambridge University Press.
- Shafran, R. (2005). Cognitive-behavioral models of OCD. J. S. Abramowitz, A. C. Housts (Ed.) *Concepts and controversies in obsessive – compulsive disorder* (229-252). USA: Springer.

- Shafran, R., & Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: A review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 87-107.
- Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L.R., & Franceschini, S. (2007). 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*, 14, 258-268.
- Solem, S., Haland, A. T., Vogel, P. A., Hansen, B., & Wells, A. (2009). Change in metacognitions predicts outcome in obsessive, compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 301-307.
- Solem, S., Myers, S. G., Fisher, P. L., Voger, P. A., & Wells, A. (2010). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 79-86.
- Sookman, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Wilhelm, S., & McKay, D. (2005). Subtypes of obsessive-compulsive disorder: Implications for specialized cognitive behavior therapy. *Behavior Therapy*, 36, 393-400.
- Spada, M. M., Georgiou, G. A., & Wells, A. (2010). The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 64-71.
- Spada, M. M., & Wells, A. (2005). Metacognitions, emotion and alcohol use. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 150-155.
- Spada, M. M., & Wells, A. (2006). Metacognitions about alcohol use in problem drinkers. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 138-143.
- Starcevic, V. (2004). *Anxiety disorders in adults: A clinical guide*. USA: Oxford University Press.

- Starcevic, V., Berle, D., Brakoulias, V., Sammut, P., Moses, K., Milicevic, D., ... Hannan, A. (2012). Interpersonal reassurance seeking in obsessive-compulsive disorder and its relationship with checking compulsions. *Psychiatry Research*, baskıda.
- Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 360, 397-405.
- Summerfeldt, L., Richter, M. A., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1999). Symptom structure in obsessive – compulsive disorder: A confirmatory factor – analytic study. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 297-311.
- Şahin, N. H., Durak, Batıgün, A., & Uğurtaş, S. (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13, 125-135.
- Şenormancı, Ö., Konkan, R., Güçlü, O. Y., & Sungur, M. Z. (2012). Obsesif kompulsif bozukluğun metakognitif modeli. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4, 335-349.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Hamlin, C., Foa, E. B., & Synodi, D.S. (2002). Attributions for thought suppression failure in obsessive- compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 505-517.
- Tolin, D. F., Worhunsky, P., Brady, R. E., & Maltby, N. (2007). The relationship between obsessive beliefs and thought-control strategies in a clinical sample. *Cogn Ther Res*, 31, 307-318.
- Topçuoğlu, V. (2003). Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klinik Psikiyatri*, 6, 46-50.
- Tosun, A., & Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenilirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19, 67-80.

- Tuna, Ş., Tekcan, A. İ., & Topçuoğlu, V. (2005). Memory and metamemory in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 15-27.
- Tükel, R., Polat, A., Genç, A., Bozkurt, O. & Atli, H. (2004). Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 362-366.
- Veale, D. (2007). Psychopathology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatry*, 6, 225- 228.
- Verhaak, L. M., de Haan, E. (2007). Cognitions in children with OCD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 353-361.
- Viswanath, B., Narayanaswamy, J. C., Rajkumar, R. P., Cherian, A. V., Kandavel, T., Math, S. B.,...Reddy, J. (2011). Impact of depressive and anxiety disorder comorbidity on the clinical expression of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 775-782.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. UK: John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2002). GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clin Psychol*, 9, 95-100.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385-396.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Reviews*, 51, 59-91.

- Whiteside, S. P., & Abramowitz, J. S. (2004). Obsessive-compulsive symptoms and the expression of anger. *Cognitive Therapy & Research*, 28, 259-268.
- Whiteside, S. P., & Abramowitz, J. S. (2005). The expression of anger and its relationship to symptoms and cognitions in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*, 21, 106-111.
- Williams, M. T., Farris, S. G., Turkheimer, E., Pinto, A., Ozanick, K., Franklin, M. E., Liebowitz, M., Simpson, & Foa, E. D. (2011). The myth of the pure obsessional type in obsessive-compulsive disorder. *Depression & Anxiety*, 28, 495-500.
- Wilson, C., & Hall, M. (2012). Thought control strategies in adolescents: Links with OCD symptoms and metecognitive beliefs. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 438-451.
- Wu, K. D., Clark, L. A., & Watson, D. (2006). Relations between obsessive-compulsive disorder and personality: beyond Axis I-Axis II comorbidity. *Anxiety Disorders*, 20, 695-717.
- Yılmaz, A. E., Gençöz, T., & Wells, A. (2008). Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Metacognitions Questionnaire and metecognitive predictors of worry and obsessive- compulsive symptoms in a Turkish sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 424-439.
- Yorulmaz, O. (2007). *A comprehensive model for obsessive-compulsive disorder symptoms: A cross-cultural investigation of cognitive and other vulnerability factors*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi.
- Yorulmaz, O., & Gençöz, T. (2008). Obsesif-kompulsif semptomların değerlendirilmesinde kullanılan İstem Dışı Düşünceleri Yorumlama Envanteri, Obsesif İnanışlar Ölçeği ve Düşünceleri Kontrol Ölçeği'nin Türk örnekleminde incelenmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 11, 1-13.

Yorulmaz, O., Gençöz, T., & Woody, S. (2010). Vulnerability factors in OCD symptoms: Cross-cultural comparisons between Turkish and Canadian samples. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 110-121.

Yorulmaz, O., & Işık, B. (2011). Cultural context, obsessive compulsive disorder symptoms, and cognitions: A preliminary study of three Turkish samples living in different countries. *International Journal of Psychology*, 2011, 46, 136-143.

Yorulmaz, O., Karancı, A. N., Dirik, G., Baştuğ, B., Kısa, C., Göka, E., Burns, G. L. (2007). Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu: Türkçe psikometrik özellikleri. *Türk Psikoloji Yazıları*, 10, 75-85.

EKLER

Ek 1. Araştırmada Kullanılan Demografik Bilgi Formu

Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı tez çalışması kapsamında Yrd. Doç. Dr. Sine Eğeci'nin danışmanlığında yürütülen bu çalışma obsesyon ve kompulsiyonların doğasını anlamaya yöneliktir.

Verilen ölçekteki sorular için doğru ya da yanlış cevap söz konusu değildir. Önemli olan size en uygun seçeneği işaretlemenizdir. Ölçeklerdeki soruların hiçbirini atlamadan cevaplamanız araştırmadan elde edilecek sonuçlar için önemlidir. Vereceğiniz bilgiler sadece bu araştırma kapsamında kullanılacak ve tümüyle gizli tutulacaktır. Cevaplar toplu olarak değerlendirileceği için ankete isminizi yazmanız istenmemektedir.

Çalışma ile ilgili sorularınız için aşağıdaki iletişim adresini kullanabilirsiniz. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Selin OYMAN
Maltepe Üniversitesi
Klinik Psikoloji Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi
oyman.s@gmail.com

1. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

2. Yaşınız:

3. Eğitim düzeyiniz:

() İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite devam ediyor ()

Üniversite

() Üniversite sonrası

4. En uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi:

() Köy () Kasaba () Şehir () Büyükşehir

5. Medeni durumunuz:

() Evli () Bekar

6. Çocuğunuz var mı?

()Evet ()Hayır

7. Bugüne kadar profesyonel yardım almanızı gerektiren psikolojik bir rahatsızlık yaşadınız mı?

()Evet ()Hayır

Yanıtınız 'evet' ise lütfen belirtiniz:.....

8. Bugüne kadar herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?

()Evet ()Hayır

Yanıtınız 'evet' ise lütfen belirtiniz:.....

9. Geçmişte psikiyatrik bir ilaç kullandınız mı?

()Evet ()Hayır

Yanıtınız 'evet' ise lütfen belirtiniz:.....

10. Şu anda psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz?

()Evet ()Hayır

Yanıtınız 'evet' ise lütfen belirtiniz:.....

Ek. 2. Düşünce Kontrol Anketi

Birçok insanın aklına zaman zaman kontrol edilmesi zor olan nahoş ve/veya istenmeyen düşünceler (sözel ve/veya görsel olarak) gelebilir. Bu ankette, *genel olarak* bu tür düşünceleri kontrol etmek üzere kullanılan teknikleri ele almaktayız.

Aşağıda, bu tür düşünceleri kontrol etmek için kullanılan bir dizi yöntem bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve her bir tekniği ne sıklıkla kullandığınızı uygun rakamı *yuvarlak içine alarak* belirtiniz. Ankette doğru veya yanlış cevap yoktur. Cevaplarken her bir madde üzerinde çok fazla zaman harcamayınız.

Aklıma nahoş ve/veya istenmeyen bir düşünce geldiğinde:

		Asla	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse Her Zaman
1	Onun yerine aklıma olumlu şeyler getirmeye çalışırım	1	2	3	4
2	Kendime bu kadar aptal olma derim	1	2	3	4
3	İstenmeyen düşünceye odaklanırım	1	2	3	4
4	O düşünce yerine, daha önemsiz bir kötü şeyi düşünmeye çalışırım	1	2	3	4
5	Bu düşüncemden hiç kimseye bahsetmem	1	2	3	4
6	Böyle bir şeyi düşündüğüm için kendimi cezalandırırım	1	2	3	4
7	Başka endişelerim üzerine odaklanırım	1	2	3	4
8	Düşüncemi kendime saklarım	1	2	3	4
9	Onun yerine, kendimi işle meşgul ederim	1	2	3	4
10	Düşüncenin ne kadar geçerli olduğunu sorgularım	1	2	3	4
11	Böyle bir düşünce aklıma geldiği için kendime kızarım	1	2	3	4
12	Düşünceyi tartışmaktan kaçınırım	1	2	3	4
13	Böyle bir düşünce aklıma geldiği için kendime bağırırım	1	2	3	4
14	Düşüncemi mantık çerçevesinde analiz ederim	1	2	3	4
15	Düşünceyi durdurmak için kendimi çimdikler veya kendime vururum	1	2	3	4
16	Onun yerine hoş şeyler düşünürüm	1	2	3	4
17	Arkadaşlarımla bu düşüncelerle nasıl baş ettiğini öğrenirim	1	2	3	4
18	Onun yerine daha önemsiz, ufak tefek şeyleri dert edinirim	1	2	3	4
19	Hoşlandığım birşeyler yaparım	1	2	3	4
20	Düşünceyi yeniden yorumlamaya çalışırım	1	2	3	4
21	Başka birşey düşünürüm	1	2	3	4
22	Daha küçük sorunlarım hakkında daha çok düşünürüm	1	2	3	4

23	Düşünceye başka bir başka bir açıdan yaklaşırım	1	2	3	4
24	Onun yerine geçmişteki endişelerimi düşünürüm	1	2	3	4
25	Arkadaşlarıma, benzer düşünceleri olup olmadığını sorarım	1	2	3	4
26	Farklı olumsuz bir düşünceye odaklanırım	1	2	3	4
27	Bu düşüncenin aklıma gelme sebeplerini sorgularım	1	2	3	4
28	Kendime, bu düşünceye odaklanırsam kötü birşey olacak derim	1	2	3	4
29	Düşünceyle ilgili bir arkadaşım ile konuşurum	1	2	3	4
30	Kendimi meşgul ederim	1	2	3	4

Ek. 3. Üstbilis Ölçeği-30

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını içermektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1:kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3: kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

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

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

Ek 4. Padu Envanteri Wasington Eyalet Üniversitesi Revizyonu

Asağıdaki ifadeler, günlük hayatta herkesin karşılasabileceği düşünce ve davranışlar ile ilgilidir. Her bir ifade için, bu tür düşünce ve davranışların sizde yaratacağı rahatsızlık düzeyini göz önüne alarak size en uygun olan cevabı seçiniz. Cevaplarınızı asağıdaki gibi derecelendiriniz:

0 = Hiç 1 = Biraz 2 = Oldukça 3 = Çok 4 = Çok Fazla

		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Çok Fazla
1	Paraya dokunduğum zaman ellerimin kirlendiğini hissedirim					
2	Vücut sıvıları (ter, tükürük, idrar gibi) ile en ufak bir temasın bile giysilerimi kirleteceğini ve bir şekilde bana zarar vereceğini düşünürüm					
3	Bir nesneye yabancıların ya da bazı kimselerin dokunduğunu biliyorsam, ona dokunmakta zorlanırım					
4	Çöplere veya kirli seylere dokunmakta zorlanırım					
5	Kirlenmekten ya da hastalanmaktan korktuğum için umumi tuvaletleri kullanmakta kaçınırım.					
6	Hastalıklardan veya kirlenmekten korktuğum için umumi telefonları kullanmaktan kaçınırım					
7	Ellerimi gerektiğinden daha sık ve daha uzun süre yıkarım					
8	Bazen kendimi, sırf kirlenmiş olabileceğim ya da pis olduğum düşüncesiyle yıkanmak ya da temizlenmek zorunda hissediyorum					
9	Mikrop bulasmıs veya kirli olduğunu düşündüğüm bir seye dokunursam hemen yıkanmam veya temizlenmem gerekir					
10	Bir hayvan bana degerse kendimi kirli hissedirim ve hemen yıkanmam yada elbiselerimi degistirmem gerekir					
11	Giyinirken, soyunurken ve yıkanırken kendimi belirli bir sıra izlemek zorunda hissedirim					

12	Uyumadan önce bazı seyleri belli bir sırayla yapmak zorundayım					
13	Yatmadan önce, kıyafetlerimi özel bir şekilde asmalı ya da katlamalıyım					
14	Doğru dürüst yapıldığını düşünemem için yaptıklarımı bir kaç kez tekrarlamam gerekir					
15	Bazı seyleri gereğinden daha sık kontrol etme eğilimindeyim					
16	Gaz ve su musluklarını, elektrik düğmelerini kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim					
17	Düzgün kapatılıp kapatılmadıklarından emin olmak için eve dönüp kapıları, pencereleri ve çekmeceleri kontrol ederim					
18	Doğru doldurduğumdan emin olmak için formları, evrakları, ve çekleri ayrıntılı olarak tekrar tekrar kontrol ederim					
19	Kibrit, sigara vb'nin iyice söndürüldüğünü görmek için sürekli geri dönerim					
20	Elime para aldığım zaman birkaç kez tekrar sayarım					
21	Mektupları postalamadan önce bir çok kez dikkatlice kontrol ederim					
22	Aslında yaptığımı bildiğim halde, bazen yapmış olduğumdan emin olamam					
23	Okurken, önemli bir şeyi kaçırdığımdan dolayı geri dönmem, ve aynı pasajı iki veya üç kez okumam gerektiği izlenimine kapılırım					
24	Dalgınlığının ve yaptığım küçük hataların felakete sonuçlanacağını hayal ederim					
25	Bilmeden birini incittiğim konusunda çok fazla düşünürüm veya endişelenirim					
26	Bir felaket olduğunu duyduğum zaman onun bir şekilde benim hatam olduğunu düşünürüm					
27	Bazen sebepsiz yere kendime zarar verdiğime veya bir hastalığım olduğuna dair fazlaca Endişelenirim					
28	Bıçak, hançer ve diğer sivri uçlu					

	nesneleri gördüğümde rahatsız olur ve endiselenirim					
29	Bir intihar veya cinayet vakası duyduğumda, uzun süre üzülür ve bu konuda düşünmekten kendimi alamam					
30	Mikroplar ve hastalıklar konusunda gereksiz endiseler yaratırım					
31	Bir köprüden veya çok yüksek bir pencereden aşağı baktığımda kendimi boşluğa atmak için bir dürtü Hissederim					
32	Yaklaşmakta olan bir tren gördüğümde, bazen kendimi trenin altına atabileceğimi düşünürüm					
33	Bazı belirli anlarda umuma açık yerlerde kıyafetlerimi yırtmak için asırı bir istek duyarım					
34	Araba kullanırken, bazen arabayı birinin veya bir şeyin üzerine sürme dürtüsü duyarım					
35	Silah görmek beni heyecanlandırır ve siddet içeren düşünceleri aklıma getirir					
36	Bazen hiçbir neden yokken bir şeyleri kırma ve zarar verme ihtiyacı hissederim					
37	Bazen isime yaramasa da, baskalarına ait olan şeyleri çalma dürtüsü hissederim					
38	Bazen süpermarketten bir şey çalmak için karşı konulmaz bir istek duyarım					
39	Bazen savunmasız çocuklara ve hayvanlara zarar vermek için bir dürtü hissederim					

Ek. 5 Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR OLDUĞUNU yandaki bölmede, uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikrinizi değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

- Hiç yok Biraz var Orta derecede var
 Epeyce var Çok fazla var

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

		Hiç	Biraz	Orta	Epeyce	Çok fazla
1.	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2.	Baygınlık, baş dönmesi					
3.	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4.	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5.	Olayları hatırlamada güçlük.					
6.	Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7.	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8.	Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu					
9.	Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10.	İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi					
11.	İştahta bozukluklar					
12.	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13.	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14.	Başka insanlarla beraberken bile yalnız hissetmek					
15.	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek					

16.	Yalnızlık hissetmek					
17.	Hüzünlü, kederli hissetmek					
18.	Hiçbir şeye ilgi duymamak					
19.	Ağlamaklı hissetmek					
20.	Kolayca incinebilme, kırılmak					
21.	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak					
22.	Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23.	Mide bozukluğu, bulantı					
24.	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25.	Uykuya dalmada güçlük					
26.	Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek					
27.	Karar vermede güçlükler olduğuna dair fazlaca endişelenirim					
28.	Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak					
29.	Nefes darlığı, nefessiz kalmak					
30.	Sıcak soğuk basmaları					
31.	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak					
32.	Kafanızın bomboş kalması					
33.	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34.	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği					
35.	Gelecekle ilgili umutsuzluk duygusu					
36.	Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak					
37.	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38.	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek					
39.	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					

40.	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41.	Bir şeyleri kırma dökme isteği					
42.	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43.	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44.	Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45.	Dehşet ve panik nöbetleri					
46.	Sık sık tartışmaya girmek					
47.	Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek					
48.	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek					
49.	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek					
50.	Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları					
51.	Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52.	Suçluluk duyguları					
53.	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

ÖZGEÇMİŞ

Selin OYMAN, 02.08.1986 tarihinde İzmir’de doğmuştur. Lisans eğitimini Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü’nde 2008 yılında tamamlamıştır. 2010 yılında Hacettepe Üniversitesi Sosyal Psikoloji Bilim Dalı’nda yüksek lisansını tamamlamıştır. Halen Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Programı’nda yüksek lisansını yapmaktadır.

2009-2010 tarihinde Özel Huzur Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi’nde psikolog olarak çalışmıştır. Halen Adalet Bakanlığı Balıkesir Denetimli Serbestlik Müdürlüğü’nde psikolog olarak görev yapmaktadır.