

**T. C.**

**MALTEPE ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ BİREYLER İLE**

**SAĞLIKLI BİREYLERİN BELLEK SÜREÇLERİNİN BELLEK**

**YANILGILARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SİBEL KILINÇ**

**081106106**

**İstanbul, Ekim 2010**

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

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ BİREYLER İLE**  
**SAĞLIKLI BİREYLERİN BELLEK SÜREÇLERİNİN BELLEK**  
**YANILGILARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SİBEL KILINÇ**

**081106106**

**Danışman Öğretim Üyesi:**

**Doç. Dr. İlyas GÖZ**

**İstanbul, Ekim 2010**

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgilerine, çalışma yöntemine ve disiplinine hayran olduğum, yüksek lisans tezimi yürütmeyi kabul eden, birlikte çalışmaktan onur duyduğum, hocam Doç. Dr. İlyas GÖZ'e çok teşekkür ederim.

Tez hazırlama sürecinde yardımlarını esirgemeyen, kendisini tanıdığım ve kısa bir süre de olsa çalışma fırsatı bulduğum için kendimi şanslı hissettiğim, değerli hocam Prof. Dr. Ali İ. TEKCAN'a teşekkür ederim.

Hayatım boyunca hep yanımda olan anneme, babama; tez döneminde sabırla bana yardımcı olan ablama, SPSS'in bütün versiyonlarını arayıp bulan kardeşime; ayrıca tez yazım sürecinde pozitif motivasyon sağlayan teyzem Hicaz Bozkurt'a ve kuzenim Gamze Bozkurt'a teşekkür ederim.

Onları tanıdığım için çok mutlu olduğum ve bana tez hazırlama sürecinde desteklerini esirgemeyen iş arkadaşlarım: Zeynep, Gülbin, Elif, Gülcemal ve Hatice ablaya teşekkür ederim.

Son olarak bana her zaman destek olan nişanlım Ali KARAHAN'a çok teşekkür ederim.

Bu tezi benim için manevi olarak çok büyük değeri olan sevgili hocam Yard. Doç. Dr. Serap AKGÜN'e ithaf ediyorum.

## ÖZET

Bu araştırmada OKB tanısı alan katılımcılar ile sağlıklı katılımcılar, bellek yanılmalarının temelindeki bellek süreçleri açısından karşılaştırılmıştır. Söz konusu karşılaştırma, OKB literatüründe çok az araştırılmış olan bellek yanılırları açısından yapılmıştır. Ayrıca, OKB literatüründe karşılaşılmamış olan bir paradigma, DRM paradigması kullanılmıştır. OKB literatüründe kullanılmış olan örneklemelerin genellikle küçük (30 civarında) olması göz önüne alınarak, mevcut araştırma daha büyük bir örneklem kullanılarak yapılmıştır (60 kişi). DRM paradigmasına uygun olarak katılımcılara birbiriyle ilişkili (*yatak, gece, yastık* gibi) kelimelerden oluşan ama liste kelimelerinin hepsinin kuvvetle bağlantılı olduğu hedef (kritik) kelimeyi (*uyku*) içermeyen altı liste verilmiş ve bu listelere ait hatırlama, tanıma-güven ölçeği, ve üst bellek performansı belirlenmiştir. Katılımcıların listede yer almayan hedef kelimeyi de listede varmış gibi hatırlamaları, bellek yanılması olarak kabul edilmiştir. OKB tanılı katılımcıların hem hatırlama hem de yanılma düzeyi sağlıklı katılımcıların performansından düşük, ama örüntü olarak sağlıklı katılımcıların performansına paralel olmuştur. Yani iki grubun hatırlama performansı arasında nitel değil nicel bir fark ortaya çıkmıştır. Katılımcıların tanıma testindeki güven düzeyleri de ölçülmüştür: OKB tanılı katılımcıların hedef kelimelere gösterdikleri güven düzeyi de sağlıklı katılımcıların güven düzeyinden düşük çıkmıştır. Ancak liste kelimelerine gösterilen güven açısından iki grup arasında fark çıkmamıştır. Nihayet, OKB tanılı katılımcıların üst bellek performansı da sağlıklı katılımcıların performansından zayıf çıkmıştır. İki grup arasındaki örüntü benzerliği göz önüne alınarak, OKB tanılı katılımcıların bellek süreçlerinin sağlıklı katılımcıların bellek süreçlerinden farklı olmadığı sonucuna varılmıştır. İki grup arasında gözlenen nicelik farkı, literatür bulguları göz önüne alınarak, OKB tanılı katılımcıların anlamsal organizasyon yeteneğinin ve üst bellek performansının zayıf olmasına bağlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Obsesif kompulsif bozukluk, bellek yanılırlığı, DRM paradigması.

## ABSTRACT

The present research compared the group with obsessive-compulsive disorder to healthy control group regarding to memory processes underlying false memory. In order to realize the comparison in question DRM (Deese-Roediger-McDermott) paradigm was used. Furthermore, by taking into consideration small samples in the OCD literature (30 on average), a relatively large sample was used in the present research (60 participants). According to DRM paradigm participants were given some word lists including words related to each other semantically (*e.g. bed, night, cushion*) and excluding the target (lure) word (*sleep*) to which all the list words are strictly related in meaning. The free recall, confidence level in recognition test, and meta-memory performance were measured. It is decided false memory in the case that participants mistakenly recalled the target word (sleep) as one of the list words. It was found that the group with OCD was weaker than healthy control group in the recall level of both list words and target (lure) words, but there was no difference between the two groups regarding to recall pattern. That is there was not a qualitative difference between the groups but a quantitative difference. The two groups were also compared regarding to confidence levels in recognition test: The group with OCD had lower confidence than healthy group in target words. On the other hand the confidence level on the list words was not different between the two groups. Lastly, the experimental group had a higher level of confidence than control group in meta-memory performance. Depending on the current data it was concluded that there was no difference between the two groups in processes underlying false memory, and the quantitative difference observed between the groups was attributed to the difference between the two groups regarding to the organizational deficit of the verbal materials semantically.

**Key Words:** Obsessive compulsive disorder, false memory, DRM paradigm.

## İÇİNDEKİLER

|  |           |
|--|-----------|
| ÖNSÖZ.....                                   | ii        |
| ÖZET.....                                    | iii       |
| ABSTRACT.....                                | iv        |
| İÇİNDEKİLER.....                             | v         |
| KISALTMALAR LİSTESİ .....                    | vii       |
| TABLolar LİSTESİ.....                        | viii      |
| <b>1.GİRİŞ .....</b>                         | <b>1</b>  |
| <b>1.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk .....</b>  | <b>2</b>  |
| 1.1.1 Okb'nin Tanı Ölçütleri .....           | 4         |
| 1.1.2 Okb'nin Tarihçesi .....                | 6         |
| 1.1.3 Okb'nin Epidemiyolojisi .....          | 7         |
| 1.1.4 Okb'nin Etiyolojisi .....              | 9         |
| 1.1.4.1 Psikanalitik Yaklaşım .....          | 9         |
| 1.1.4.2 Bilişsel Davranışçı Yaklaşım .....   | 10        |
| 1.1.4.3 Biyolojik Yaklaşım .....             | 11        |
| 1.1.4.3.1 Beyin Görüntüleme Çalışmaları..... | 11        |
| 1.1.4.3.2 Genetik Çalışmalar.....            | 11        |
| 1.1.5 Okb'de Komorbidite.....                | 13        |
| 1.1.6 Okb'nin Alt Türleri.....               | 14        |
| <b>1.2 Okb'de Bellek Bozuklukları.....</b>   | <b>17</b> |
| <b>1.3 Okb'de Bellek Yanılgısı.....</b>      | <b>20</b> |
| <b>1.4 Okb'de Üst Bellek.....</b>            | <b>25</b> |
| <b>1.5 Araştırmanın Amacı.....</b>           | <b>28</b> |
| <b>1.6 Araştırmanın Önemi.....</b>           | <b>30</b> |

|   |            |
|---|------------|
| <b>2. YÖNTEM.....</b>   | <b>33</b>  |
| <b>2.1 Örneklem.....</b>  | <b>35</b>  |
| <b>2.2 Veri Toplama Araçları.....</b>   | <b>40</b>  |
| 2.2.1 Kişisel Bilgi Formu.....  | 40         |
| 2.2.2 Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalık Öyküsü Değerlendirme Formu.....   | 41         |
| 2.2.3 DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) .....                                    | 41         |
| 2.2.4 Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOKDÖ) .....   | 42         |
| 2.2.5 Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği Semptom Kontrol Listesi (Y-BOKDÖ Semptom Kontrol Listesi) .. | 43         |
| 2.2.6 Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL).....  | 43         |
| 2.2.7 Beck Depresyon Envanteri (BDE).....   | 44         |
| 2.2.8 Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ) .....  | 44         |
| 2.2.9 Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri (SDKE) / Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri (SSKE).....                     | 45         |
| 2.2.10 Çalışma Listeleri Ses Kaydı.....   | 46         |
| 2.2.11 Tanıma Testi.....  | 47         |
| 2.2.12 Üst Bellek Performansı .....   | 48         |
| <b>2.3 İşlem.....</b>   | <b>49</b>  |
| <b>3.BULGULAR.....</b>  | <b>53</b>  |
| <b>4. TARTIŞMA.....</b>   | <b>60</b>  |
| <b>5. KAYNAKLAR .....</b>   | <b>69</b>  |
| <b>6. EKLER .....</b>   | <b>79</b>  |
| <b>7. ÖZGEÇMİŞ.....</b>   | <b>114</b> |

## KISALTMALAR LİSTESİ

|                |   |
|----------------|---|
| <b>APA</b>     | : American Psychological Association                              |
| <b>BDE</b>     | : Beck Depresyon Envanteri  |
| <b>DRM</b>     | : Deese-Roediger-McDermott  |
| <b>FMRI</b>    | : Functional Magnetic Resonance Imaging                           |
| <b>HDDÖ</b>    | : Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği                         |
| <b>MOKSL</b>   | : Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi                         |
| <b>ICD-10</b>  | : International Classification of Disease                         |
| <b>OKB</b>     | : Obsesif Kompulsif Bozukluk                                      |
| <b>PET</b>     | : Positron Emission Tomography                                    |
| <b>SCID I</b>  | : DSM IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme |
| <b>SDKE</b>    | : Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri                            |
| <b>SSKE</b>    | : Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri                             |
| <b>DSÖ</b>     | : Dünya Sağlık Örgütü   |
| <b>Y-BOKDÖ</b> | : Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği           |



## TABLULAR LİSTESİ

|   |    |
|---|----|
| <b>Tablo 1.1</b> DSM-IV-TR'ye (2007) Göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Kriterleri.....   | 4  |
| <b>Tablo 2. 1.</b> Örneklemeye İlişkin Temel Demografik Özellikler.....   | 35 |
| <b>Tablo 2. 2</b> OKB Tanılı Katılımcıların DSM-IV'e Göre Aldıkları Ek Tanı Dağılımları.....  | 57 |
| <b>Tablo 2. 3</b> OKB Tanılı Katılımcıların En Belirgin Obsesyon ve Kompulsiyonlarına Göre Dağılımları.....   | 38 |
| <b>Tablo 2. 4</b> OKB Tanılı Katılımcıların Hastalık Başlangıç Yaşına Göre Dağılımları.....   | 39 |
| <b>Tablo 2. 5</b> OKB Tanılı Katılımcıların Tedaviye Başvuru Zamanlarına Göre Dağılımları.....  | 39 |
| <b>Tablo 2. 6</b> OKB Tanılı, Daha Önce Tedaviye Başvuran Hastaların Tedavi Sürelerine (YIL) Göre Dağılımları.....  | 40 |
| <b>Tablo 3.1.</b> OKB Tanılı Katılımcılar ve Sağlıklı Katılımcıların <i>Liste Kelimelerini Hatırlama</i> Performanslarının Bağımsız Gruplar t Testiyle Karşılaştırılması.....         | 53 |
| <b>Tablo 3.2.</b> OKB Tanılı Katılımcılar ve Sağlıklı Katılımcıların <i>Hedef Kelimeleri Hatırlama (Yanılma)</i> Performanslarının Bağımsız Gruplar t Testiyle Karşılaştırılması..... | 53 |
| <b>Tablo 3.3.</b> OKB Tanılı Katılımcılar ve Sağlıklı Katılımcıların <i>Liste Kelimelerine Güven Derecesi</i> Performanslarının Bağımsız Gruplar t Testiyle Karşılaştırılması.....    | 54 |

|                   |   |    |
|-------------------|---|----|
| <b>Tablo 3.4</b>  | OKB Tanılı Katılımcılar ve Sağlıklı Katılımcıların <i>Hedef Kelimelerine Güven Derecesi</i> Performanslarının Bağımsız Gruplar t Testiyle Karşılaştırılması.....      | 54 |
| <b>Tablo 3.5</b>  | OKB Tanılı Katılımcılar ve Sağlıklı Katılımcıların <i>Üst Bellek</i> Performanslarının Bağımsız Gruplar t Testiyle Karşılaştırılması.....                             | 55 |
| <b>Tablo 3.6</b>  | OKB Tanılı Katılımcıların, OKB Alt Tanı Türlerine Göre <i>Hedef Kelimleri Hatırlama (yanılgı)</i> Performanslarının Kuruskal Wallis Testi Sonucu...                   | 55 |
| <b>Tablo 3.7</b>  | OKB Tanılı Katılımcılar ve Sağlıklı Katılımcıların <i>Hedef Kelimleri Hatırlama (yanılgı)</i> Performansları ile BDÖ'den Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyon..... | 56 |
| <b>Tablo 3.8</b>  | OKB Tanılı Katılımcılar ve Sağlıklı Katılımcıların <i>Liste Kelimelerini Hatırlama</i> Performansları ile BDÖ'den Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyon..           | 57 |
| <b>Tablo 3.9</b>  | OKB Tanılı Katılımcılar ve Sağlıklı Katılımcıların <i>Liste Kelimelerine Güven Derecesi</i> Performansları ile BDÖ'den Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyon.....   | 57 |
| <b>Tablo 3.10</b> | OKB Tanılı Katılımcıların <i>Liste Kelimelerini Hatırlama</i> Performansları ile Y-BOKDÖ'den Aldıkları puan arasındaki Korelasyon.....                                | 58 |
| <b>Tablo 3.11</b> | OKB Tanılı Katılımcıların <i>Hedef Kelimleri Hatırlama (yanılgı)</i> Performansları ile Y-BOKDÖ'den Aldıkları Puan Arasındaki Korelasyon.....                         | 58 |
| <b>Tablo 3.12</b> | OKB Tanılı Katılımcıların <i>Liste Kelimelerine Güven Derecesi</i> Performansları ile Y-BOKDÖ'den Aldıkları Puan Arasındaki Korelasyon.....                           | 59 |

# 1. BÖLÜM

## GİRİŞ

Obsesyonlar, DSM-IV'te belirgin kaygı ve zorlanmaya neden olan tekrarlayıcı, sık olarak yaşanan ve zorla gelen düşünce, dürtü ya da imgeler olarak tanımlanır. Kompulsiyonlar ise obsesyonlara yanıt olarak gelişen, kaygıyı azaltmayı veya önlemeyi amaçlayan, tekrarlanan ve kişinin kendini yapmaktan alıkoyamadığı davranışlar veya zihinsel süreçler olarak tanımlanmaktadır (APA, 2000).

Uzun yıllar boyunca klasik psikanaliz açısından obsesif kompulsif bozukluk (OKB), beyinle ilişkili organik kusurların karışmadığı bir nevroz olarak tarif edilmiştir. Klasik psikanaliz açısından OKB, anal dönemdeki bir saplantıyla ilişkilendirilmiştir. Freud, OKB'nin psikanalizle tam olarak açıklanabileceğini belirtmiş olsa da yazılarında çok defa bu bozukluğun organik bir problemden kaynaklanıyor olabileceğine dair şüphesini belirtmiştir (aktaran Budak, 1997).

Çeşitli nöropsikolojik testlerin uygulandığı davranışsal çalışmalar, OKB hastalarında anterior singulat girus ve orbitofrontal korteks ile ilişkilendirilen motor yanıtın yürütülmesi ve inhibisyonu süreçlerinde bozukluk olduğunu göstermiştir (Ayçiçeği, Harris ve Erkmen, 2003; Bannon, Gonsalvez, Croft ve Boyce, 2002; Purcell, Maruff, Kyrios ve Pantelis, 1998). Ancak, yürütücü işlevler, dikkat ve çalışma belleği gibi süreçlerde bozukluk olup olmadığı tartışmalıdır (Abbruzzese, Bellodi, Ferri ve Scarone, 1995; Beech, Ciesielski ve Gordon, 1983; Purcell, Maruff, Kyrios ve Pantelis, 1998).

OKB hastalarında daha çok görsel-mekânsal bellekte bozukluk bildirilmekle birlikte (Savage ve ark., 1999; Deckersbach, Otto, Savage, Baer ve Jenike, 2000), sözel bellek bozukluğu bulan çalışmalar da vardır (Deckersbach ve ark., 2000; Zitterl ve ark. 2001). Bu çalışmalarda bellek bozukluğunun OKB'deki "kontrol etme" belirtileri ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür.

Sher, Frost ve Otto (1983) kompulsif kontrollerin daha önce yapılan eylemlere yönelik *zayıf bellek* sonucu oluşan zorunlu kontrol etme davranışı olduğunu öne sürmüşlerdir. Bir diğer yaklaşım ise kompulsif kontrolün, olayların nasıl gerçekleştiğinin *zihinde canlandırılması* ile ilgili bellekte bir başarısızlık olduğu yönündedir. Örneğin, ütünün fişten çekildiği ana ilişkin görüntünün zihinde canlandırılmaması böyle bir başarısızlıktır. Üçüncü yaklaşımda ise kompulsiyonun *güven düzeyindeki azalmaya* bağlı olduğu düşüncesi temeldedir. Tüm bu yaklaşımlar OKB'nin bir güvensizlik ya da güvensizliğe katkıda bulunan bellek yanılması süreçleriyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (aktaran Carrie ve Graf, 2009). Özellikle OKB'nin temelindeki süreçlerin anlaşılabilmesi için bellek yanılıklarına ve üst bellek süreçlerine yönelik araştırmalar yenidir ve çok sınırlıdır (örneğin, Klumpp, Amir, ve Garfinkel, 2009). Bu tezin konusu literatürde çok az araştırılmış olan OKB tanılı kişilerde bellek yanılıkları ve üst bellek süreçlerinin incelenmesidir.

### **1.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk**

OKB obsesyon ve kompulsiyonlarla kendini gösteren bir kaygı bozukluğudur. Kimi zaman irade gücüne bağlı olmadan gelip, bastırılmayan bir iç sıkıntısına yol açan, zihni başka düşüncelere ya da eylemlere çevirerek giderilmek istenen, ısrarla tekrar tekrar kendini gösteren düşünceler, dürtüler ve hayaller genel olarak "obsesyon" olarak tanımlanır. Öte yandan, kişinin obsesyona bir tepki olarak ve

endişesini hafifletmek amacıyla tekrar tekrar yapmaktan kendini alıkoyamadığı, davranışlar veya zihinsel hareketler kompulsiyon olarak tanımlanmaktadır (APA, 2000). Çok az sayıda hasta sadece kompulsiyon ya da sadece obsesyon gösterirken, hastaların çoğunluğunda obsesyonlar ve kompulsiyonlar birlikte görülmektedir (Iseroff ve Weizman, 2006).

Obsesyon olarak tanımlanan düşünceler, dürtüler veya düşlemler kişilerin gerçek yaşam sorunları ile ilişkili değildir. Kişi kendi zihninin ürünü olarak gördüğü bu düşünce, dürtü ve düşlemlere önem vermemeye, baskılamaya veya başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır. Kompulsiyon olarak tanımlanan davranışlar ve zihinsel eylemler ise, obsesyonların doğurduğu sıkıntıdan kurtulmaya ya da korunmaya yöneliktir. Kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur ve kişinin olağan günlük işlerini, meslekî işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar (APA, 2000).

Çoğu insanın yaşamında zaman zaman, istenmeden ve benliğe yabancı olarak yaşadığı bir takım düşünce, imge ya da dürtüleri ve kendini yapmaktan alıkoyamadığı bir takım davranışları olabilir (Salkovskis ve Harrison, 1984). Bu düşünceler OKB tanılı hastalara göre daha kısa süreli, benliğe daha az yabancı, zihinden kolay atılan, belirgin sıkıntı oluşturmada ve önemli etkisizleştirme çabası gerektirmeden yaşanır (Insel, 1990). Obsesif kompulsif bozukluk tanısının konulabilmesi için sözü edilen bu düşünce ve davranışların sürekli, tekrarlayıcı olması ve kişinin günlük hayatını, sosyal yaşamını, akademik ve meslekî işlevselliğini etkileyecek düzeyde aşırı olması gereklidir (Hollander, Stein ve Kwon, 1998).

### 1.1.1 OKB'nin Tanı Ölçütleri

Tablo 1. 1 DSM-IV-TR'ye (2007) Göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Kriterleri

| A. Obsesyonlar veya kompulsiyonlar vardır:   |   |
|--|---|
| Obsesyonlar  | Kompulsiyonlar  |
| Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.   | Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. El yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).                                     |
| Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.  | Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir. |
| Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.   |   |
| Kişi, obsesyon düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).  |   |
| <b>B.</b> Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder (Not: Bu çocuklarda geçerli değildir).  |   |
| <b>C.</b> Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da iliksilerini önemli ölçüde bozar. |   |
| <b>D.</b> Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (Örn, bir Yeme Bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; Trikotillamaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma)   |   |
| <b>E.</b> Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbî bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.  |   |

OKB yapılandırılmış sınıflandırmalara Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-III) ile girmiştir. DSM-III-R'da (1987) ise günlük yaşamı

kesintiye uğratan en az bir saat süren obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte bulunması olarak tanımlanmıştır.

OKB, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yayımladığı Hastalıkların Uluslararası Sınıflamasının (International Classification of Disease, ICD-10) ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırmasında F-42 kodu ile yer almıştır. ICD-10'a göre OKB tanısı koyabilmek için belirtilerin en az iki hafta süre ile bulunması, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olması ve obsesyonel belirtilerin aşağıdaki nitelikleri de taşıyor olması gerekmektedir:

1. Bunlar kişilerin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanır. Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır. Kişinin artık karşı koyamadığı başka düşünce ve hareketler de bulunabilir.
2. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır.
3. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

ICD-10'da OKB'nin başlıca beş tipi tanımlanmıştır:

- a. F42.0: Obsesyonel düşünceler veya kurmaların (ruminasyonların) baskın olduğu tip.
- b. F42.1: Kompulsif hareketlerin baskın olduğu tip.
- c. F42.2: Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte bulunduğu tip.
- d. F42.8: Başka obsesif ve kompulsif bozukluklar.
- e. F42.9: OKB, belirlenmemiş tip (Kaplan ve Sadock, 2004).

### 1.1.2 OKB'nin Tarihçesi

OKB tarihsel süreçte pek çok tanımsal değişim geçirmiştir. Onyedinci yüzyılda, Sheakespeare'in Lady Macbeth adlı eserinde, suçluluktan kurtulmak için el yıkama ritüelleri sergileyen bir karaktere rastlanmaktadır (aktaran Akgün, 1989).

İlk önceleri bu bozukluk dinsel tanımlarla karşımıza çıkmıştır. Genellikle cinsellik ile ilgili obsesif düşüncelere sahip kişilerin şeytan tarafından yönetildiğine ve hastalıktan kurtulmanın tek yolunun şeytan çıkartma olduğuna inanılırdı. Zaman içerisinde OKB'nin dinsel tanımı tıbbî bir tanıma dönüşmüştür. 1759'da Samuel Johnson depresyon, melankoli ve obsesif semptomları birleştirip bunları suçluluk duygusu ve batıl inançlara bağlayarak ilk OKB tanımını vermiştir (aktaran Rauch ve Jenike, 1993).

1838'de Jean Ettiene Dominique Esquirol OKB'yi psikiyatrik literatürde ilk defa tanımlamış ve depresyon ve melankoli sonucunda ortaya çıktığını savunmuştur. Obsesyon terimini ise ilk kez 1866'da Morel kullanmıştır (aktaran Gabbard, 2005).

Ondokuzuncu yüzyıl Fransız klinisyenler bu bozukluğu şüphe ve güvensizlik dolayısıyla karar verememe ya da bir algıya güvenememe olarak açıklamışlardır. Alman klinisyenler ise bozukluğu daha bilişsel olarak ele almış ve patolojiyi, nörolojik yapıların bilişsel temsilleri olan mantıksız düşüncelere dayandırmışlardır (Insel, 1990).

OKB semptomları yüzyıllardır incelense de 20. yüzyılın başına kadar bozukluk tam olarak adlandırılmamıştır. 20. yüzyılın başlarında ise Fransız ruh hekimi Pierre Janet fobileri, obsesyon ve kompulsiyonları bir başlık altında toplamış ve buna 'psikastenî' adını vermiştir. Freud, birkaç vaka örnekleme ile Obsesif Kompulsif



Nevroz olarak adlandırdığı bozukluğa dikkat çekmiştir (aktaran Rauch ve Jenike, 1993).

Son yıllarda çalışmalar, OKB'nin nörolojik temellerini araştırmaya yönelmiştir. Nörobiyolojik yaklaşım, MRI ve PET tekniklerini kullanarak beyinde bazal ganglia, frontal korteks ve limbik yapıları OKB ile ilişkili disfonksiyon bölgeleri olarak saptamıştır (Rauch, Cora ve Greenberg, 2002). OKB, yapılandırılmış sınıflandırmalara 1980'de yayımlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-III) ile girmiştir.

### **1.1.3 OKB'nin Epidemiyolojisi**

OKB'nin daha önceden görece olarak nadir bir bozukluk olduğu düşünülse de, son çalışmalar bu bozukluğun daha hafif türlerinin genel popülasyonun %1-3'ünü etkileyebileceğini düşündürmektedir (Iseroff ve Weizman, 2006).

Epidemiyolojik çalışmalar OKB'nin yaşam boyu sıklığını %2.5 (Karno, Golding, Sorenson ve Burnam, 1988; Karno ve Goldoning, 1991) 6 aylık verilerden elde edilen sıklığının ise %1,3 ile %2.0 arasında olduğunu göstermiştir. Kültürlerarası çalışmalardan elde edilen verilere göre OKB dünya genelinde hemen hemen eşit yaygınlığa sahip gibi görünmektedir (Hersan ve Reitman, 2008).

Erişkin kişiler arasında kadınlarda daha sık ortaya çıktığı bildirilmekle birlikte (Erol, Kılıç, Ulusoy, Keçeci ve Şimşek, 1998; Karno ve ark., 1988), iki cinsiyet arasında fark olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Degonda ve ark., 1993; Nestadt ve ark., 1994; Stein, Forde, Anderson ve Walker, 1997). Cinsiyete göre OKB'nin farklılaşmasına dair araştırmalar OKB tanısı alan kadınların tüm OKB tanılıların %55-60'ını oluşturduklarını göstermiştir (Karno ve Golding, 1991;

Rasmussen ve Tsuang, 1986). Ergenlik ve genç erişkinlik dönemi (ortalama 20 yaş) bozukluğun en sık başladığı yaş grubunu oluşturmaktadır (Bayraktar, 1997).

Erkeklerde OKB'nin başlangıç yaşı ortalama 13–15 iken, kadınlarda hastalığın başlangıç yaşı ortalama 20-24'tür (Iseroff ve Weizman, 2006).

OKB'nin yaygınlığı ile medeni durum arasındaki ilişkiye bakıldığında ise boşanmış ya da dul kadınlarda hastalık, evli ya da hiç evlenmemiş kişilere göre daha yaygındır (Penzel, 2000). Erkeklerde ise medeni durum ile OKB'nin yaygınlığı arasında bir farklılaşma bulunmamıştır (Castle, Deale ve Marks, 1995; Noshirvani, Kasvikis ve Marks, 1991).

Çocukluk döneminde OKB'nin seyrek olduğunu bildiren çalışmaların aksine (Flint, 1994; Whitaker ve ark., 1990), son zamanlardaki çalışmalar çocukluk dönemi başlangıçlı OKB oranının sanılandan çok daha fazla olduğu yönündedir (Irak ve Flament, 2007).

Olguların %72'sinde kronik, %28'inde akut başlangıç söz konusudur. Hastaların %25–65'inde hastalık doğum, gebelik ya da aile üyelerinden birinin ölümü gibi stresli yaşam olayları ortaya çıkarıcı rol oynarlar (Lensi ve ark., 1996).

Ülkemizde ise Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasının sonuçları 12 aylık bir sürede sağlık ocaklarına başvuran hastalar arasında toplam obsesif kompulsif bozukluk oranının %0.5 olduğunu, kadınlarda bu bozukluğun erkeklere oranla 3 kat fazla görüldüğünü göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 1998). Başka bir araştırmanın sonucuna göre ise Türkiye'de OKB'nin başlangıç yaşı 25.9 olarak belirlenirken, yaygınlığı %3 olarak bulunmuştur. Ayrıca ülkemizde erkeklerde bu bozukluğun görülme sıklığı %2.7, kadınlarda ise %3.3 olarak belirlenmiştir (Çilli ve ark., 2004).

## 1.1.4 OKB'nin Etiyolojisi

### 1.1.4.1 Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik kurama göre çözümlenmemiş ödipal çatışmalardan köken alan kaygı, OKB'nin dinamiğinde önemli rol oynamaktadır. Kişide daha önce gelişmiş olan anal saplanma, kaygı karşısında bireyin daha güvenli olduğu bu döneme gerilemesine neden olmaktadır. Kurama göre bu tür bozukluğu olan kişilerde kaygı ile baş etmek üzere yalıtma, yap-boz, karşıt tepki kurma ve yer değiştirme gibi savunma düzenekleri sıklıkla kullanılmaktadır (Bayraktar, 1997).

Freud obsesif-kompulsif davranışları şöyle tanımlamıştır:

“Hastanın zihni, gerçekte kendisini hiç ilgilendirmeyen düşüncelerle doludur ve kendisine yabancı gelen dürtüler hissetmektedir; arada bir karşı duramadığı eylemlere geçmek zorunda kalır. Zihnine takılan bu düşünceler -obsesyonlar- hasta için hiçbir anlam taşımadığı gibi, çoğu kez kendisine de saçma gelir. Bu düşünceler aslında hiçbir zaman eyleme dönüşmezse de, hastanın, bu düşünceleri anımsatan durumlardan sürekli kaçmasına neden olurlar. Hastanın kendi istemi dışında yaptığı davranışlar, günlük yaşamın olağan etkinlikleri olan yıkanma gibi eylemlerin abartılmış ve törensel biçimlerinden öteye gitmez; ne var ki, obsesif eylem veya kompulsiyon denilen bu zararsız davranışlar kişinin istemi dışında yapılırlar” (aktaran Geçtan, 2000).

Freud (1913) obsesif kompulsif hastanın, ödipal dönemin çatışmaları ile baş edemediği, kaygı duyduğu ve daha önceki bir psikoseksüel gelişim dönemine yani anal sadistik döneme gerilediği düşüncesindedir (aktaran Topçuoğlu, 2003). Gerileme, zorlanma durumlarında ruhsal gelişimin vardığı noktadan geri dönerek

anal tarzın eşlik ettiği şiddetli ambivalans duygusal aşamaya dönülmesidir (Etchegoyen, 2005).

#### **1.1.4.2 Bilişsel Davranışçı Yaklaşım**

Bilişsel davranışçı yaklaşım OKB’de ‘‘istenmeden gelen düşünceler’’in önemini vurgulamakta ancak bunu, OKB’nin nedeni olarak göstermemektedir. Çünkü normal bireylerde de istenmeden gelen düşüncelerin varlığı söz konusudur. Ancak OKB hastalarının, istenmeden gelen bu düşüncelere olumsuz anlamlar yükleyerek, yanlış yorumladıkları varsayılmaktadır. Bu durum da kişide kaygıya yol açarak, kompulsif davranışlara ve dolayısıyla da uyumsuz şemalara neden olmaktadır (Kempke ve Luyten, 2007). Başka bir deyişle, aslında sonradan hastalık belirtisi olarak görülen obsesyonlar, kişinin zihninde zaman zaman varlığını sürdüren, niteliksel olarak daha az şiddetli olan düşüncelerin devamı olarak değerlendirilmektedir. Öğrenme kuramcılarına göre, obsesyonlar koşullanmış uyaranlardır. Göreceli olarak yansız bir uyaran, kaygı ya da rahatsızlık oluşturucu olaylarla eşleşerek, yanıt veren koşullama süreci ile korku veya kaygı ile beraberlik kazanır. Böylece, önceden yansız olan nesnelere ve düşünceler, kaygı veya rahatsızlık oluşturabilen koşullanmış uyaranlar haline gelirler (Kaplan ve Sadock, 2004).

Kompulsiyonlar, obsesyonlardan farklı şekilde meydana gelirler. Kişi, obsesyonel düşünceye bağlı kaygının belirli bir eylemi yerine getirme ile azaldığını fark eder. Böylelikle kompulsiyonlar ve ritüalistik davranışlar şeklindeki aktif kaçınma stratejileri kaygıyı kontrol etmek için gelişir. Kaygıyı azaltmadaki etkinlikleri nedeniyle, kademeli olarak kaçınma stratejileri öğrenilmiş kompulsif davranış kalıpları olarak sabitleşir (Kaplan ve Sadock, 2004). Klinik

kompulsiyonların da normal ritüel davranışların devamında geliştiği düşünülmektedir (Muris, Meesters ve Rompelberg, 2007).

### **1.1.4.3 Biyolojik Yaklaşım**

#### **1.1.4.3.1 Beyin Görüntüleme Çalışmaları**

Gittikçe artan sayıda çalışma OKB'yi beyin fonksiyonlarıyla ilişkili bilişsel bir bozukluk olarak tanımlamaktadır (Penades, Catalan, Andres, Salamero ve Gasto, 2005; Kwon ve ark.; Whiteside, Port ve Abromowitz, 2004). Önceleri daha çok psikolojik etiyojolojiye sahip bir hastalık olduğu düşünülen obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi ile ilgili araştırmalar son yıllarda giderek artmış ve önemli bulgular ortaya konmuştur (Eşel, 2000).

Positron Emission Tomography (PET), Functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI) gibi çeşitli işlevsel beyin görüntüleme çalışmalarında OKB tanılı hastaların frontal loblarında, bazal gangliyonlarda ve anterior singulat kortekste artmış aktivite (örneğin, metabolizma ve kan akımı) bulunmuştur (Kaplan ve Sadock, 2004). Bazı araştırmalarda bu bölgelerin özellikle frontal-subkortikal döngülerle ilişkisine dikkat çekilmektedir (Örneğin, Saxena, Brody, Schwartz ve Baxter, 1998).

#### **1.1.4.3.2 Genetik Çalışmalar**

OKB'nin genetiği ile ilgili çalışmalar son elli yılda yoğunlaşmış olmasına karşın, OKB hakkında elde edilen veriler bu hastalığın kalıtımının önemli genetik bileşeni olduğu varsayımı ile uyumludur (Kaplan ve Sadock, 2004); ancak elde edilen veriler halen OKB'nin genetiğini açıklamak için yeterli değildir. Özellikle moleküler genetik, OKB'den sorumlu gen ve DNA'nın moleküler seviyesini araştırmayı temel alan çalışmalara halen devam etmektedir (Swinson, Antony, Rachman ve Richter, 1998).

İkiz ve aile çalışmaları yöntemleri OKB'nin genetiğini araştırmada kullanılan iki temel yöntemdir. OKB tanısı alan çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarının yaklaşık olarak %25–30'unda OKB öyküsü bildirilmektedir. Bu oranlar genel popülasyonda gözlenen değerlerden daha yüksektir. Belirlenen OKB hastalarının birinci dereceden akrabalarında, OKB görülme oranı (%10,3–%11,7), kontrol grubunun birinci dereceden akrabalarında OKB görülme oranından (%1,9–%2,7) anlamlı düzeyde daha yüksektir (Swinson ve ark., 1998).

İkiz çalışmaları da genetik faktörlerin OKB'nin ortaya çıkışında önemli rolü olduğunu göstermektedir. 1936–1990 yılları arasında yapılan 14 çalışmadan elde edilen 80 tek yumurta ve 29 çift yumurta ikizine ait verilerden; OKB'nin tek yumurta ikizleri için birlikte hastalanma (konkordans) oranının %67,5, çift yumurta ikizleri içinse %31 olduğu bulunmuştur. Tahmini kalıtsallık obsesyon için %26, kompulsiyon için %26 olarak bulunmuştur (Swinson, Antony, Rachman ve Richter, 1998). Tek yumurta ikizlerinde OKB konkordansı (%63–87), çift yumurta ikizlerine göre daha yüksektir (Hyman ve Pedrick, 2003).

Aile ve ikiz çalışmalarından elde edilen pozitif sonuçlar ve özellikle de hastalıklara yatkınlığı oluşturan olası monogenetik veya mendeliyan mekanizmaların doğasını araştıran segregasyon analizlerinde üzerinde durulan tek gen bölgesi modeli OKB riskini arttırabilecek birçok aday gen üzerinde araştırma yapılmasına yol açmıştır. Nörotransmitter metabolizmasına ilişkin genler ve nörogelişimsel mekanizmalar ile ilişkili genler asosiyasyon çalışmaları ile incelenmiştir (Demet, 2005; Vardar, 2000).

### 1.1.5 OKB’de Komorbidite

Yaşam boyu sıklık çalışmalarında hastaların %15’inden daha azının saf OKB tanısını aldığı anlaşılmaktadır (Crino ve Andrews, 1996). Klinik çalışmalarda, OKB hastalarının %50–75’inin en az bir ek hastalık tanısı aldıkları saptanmıştır (Antony ve ark., 1998).

OKB’nin şiddeti komorbidite üzerinde belirgin bir etki gösterebilir. Daha ağır olan hastalar daha fazla sayıda psikiyatrik tanı ölçütlerini karşılarlar. Buna karşın, ayaktan tedavi gören ya da toplumdan örneklem alınarak incelenenlerde birden fazla tanı alma ihtimali daha düşüktür (Karamustafaoğlu ve Karamustafaoğlu, 2000).

OKB’de komorbid durumların varlığı tedaviye verilen yanıtı ve hastalığın seyrini etkiler. Obsesif ve kompulsif belirtilere ek olarak kaygı belirtileri, otonom belirtiler, somatik yakınmalar, depresif duygudurum belirtileri ve hipomanik hatta manik belirtiler görülebilir. Çalışmaların büyük bir bölümünde %50 oranında I. Eksen bozukluğunun ve %40 oranında II. Eksen bozukluğunun OKB’ye eşlik ettiği görülmüştür. Major depresyon obsesif kompulsif bozukluğa eşlik eden I. Eksen tanılarından en sık görülenidir. Obsesif kompulsif bozuklukta depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %66, mevcut epizodda görülebilme olasılığı ise %33 bulunmuştur. Depresyon %85 oranında obsesif kompulsif bozuklukta sonra başlarken, %15 oranında eş zamanlı başlamaktadır. OKB ile depresyon arasındaki yaygın örtüşme çeşitli varsayımları birlikte getirirse de, OKB ve depresyonun birbirinden bağımsız özellikleri ortaya konulmuştur (Karamustafaoğlu ve Karamustafaoğlu, 2000).

Türkiye’de Uğuz, Aşkın, ve Çilli (2006) tarafından yapılan araştırmanın sonuçlarına göre araştırmaya katılan OKB hastalarının %64’ünde en az bir Eksen I bozukluğu, %50’sinde ise en az bir Eksen II bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Yine

Türkiye’de OKB tanısı alan 60 kişiyle yürütülen bir başka çalışmada, hastaların %80 gibi büyük bir oranında en az bir yaşam boyu komorbid kaygı bozukluğu olduğu bildirilmiştir. OKB hastalarında en sık görülen kaygı bozuklukları ise; özgül fobi (%48.3), yaygın kaygı bozukluğu (%33.3), panik bozukluk (%28.3) ve sosyal fobi (%26.7) olarak belirlenmiştir (Tamam, Saygılı ve Ünal, 2003).

### 1.1.6 OKB’nin Alt Türleri

OKB hastalarının fenotipik olarak çeşitli görünümünün gruplaştığı alt tipler tanımlanmaya çalışılmıştır. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y– BOKÖ) Belirti Kontrol Listesi’ne dayandırılarak yapılan çalışmalarda birbiri ile ilişkili belirti kümeleri araştırılmıştır. Faktör analizlerine dayanan çalışmalarda ilişkili belirtilerin kümelendiği 3 ile 5 arasında faktör yapısı ortaya çıkmaktadır. Yapılan bu çalışmalar sonucunda, 1. simetri obsesyonları ve sayma, tekrarlama, sıralama kompulsiyonları. 2. biriktirme obsesyon ve kompulsiyonları. 3. kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları. 4. saldırganlık obsesyonları ve kontrol kompulsiyonları. 5. cinsel/dini obsesyonlar ve ilişkili obsesyonlar, OKB’nin olası alt grupları olarak tanımlanmıştır (Cols, Nakatani, Micali ve Heyman, 2005).

OKB hastalarında sık görülen obsesyon çeşitleri aşağıda listelenmiştir:

*Kirlenme obsesyonları:* İdrar, dışkı, tükürük, gibi vücut atık veya salgılarından kaygılanmak veya iğrenmek; kir ve mikroplardan kaygılanmak, radyasyon gibi çevresel faktörlerden aşırı kaygı duymak; temizlik maddelerinden aşırı kaygı duymak; hayvanlardan aşırı derecede tiksirmek; başkalarına hastalık etkeni bulaştırmak ile ilgili kaygılarla alakalıdır (Koroğlu, 2007).

*Kuşku obsesyonları:* Kirlenme obsesyonundan sonra en sık karşılaşılan obsesyon kuşku, güvensizlik obsesyonudur. Kuşku obsesyonu, kişinin bir işi yapıp



yapmadığı ya da yaptığı işin tam ayarında olup olmadığına dair duyduğu güvensizlik ile ilişkilidir. Ocak, ütü, doğalgaz gibi şeyleri açık unutup unutmama; hata yapıp yapmama; birine zarar verip vermeme gibi kuşkularla ilgilidir. Kişiler obsesyonel olarak bir şeyi unutmuş olduklarından veya hatalı şeyler yaptıklarından kuşkulanırlar (Kaplan ve Sadock, 2004).

*Saldırganlık obsesyonları:* Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme, çalacağından korkma gibi düşüncelerle ilgilidir. Çocuğunu yüksek yerden itme, ucu sivri aletleri gördüğünde kontrolünü kaybedip kendine veya başkalarına zarar vereceği gibi düşünceler örnek olarak verilebilir. OKB hastalarında bu obsesyonların yaygınlığı %10– 20 arasındadır (Abramowitz, McKay ve Taylor, 2008).

*Cinsel obsesyonlar:* Obsesyonlar sadece hastaya ayıp gelen, çocuklar, incest ilişki, eşcinsellik, başkalarına karşı cinsel davranışlar, saldırganlık gibi eylemlerin tekrarlayıcı düşünceleridir. Sadece zorlayıcı obsesyonel düşüncelerden oluşmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2004).

*Dini obsesyonlar:* Din ile ilgili kavramların doğru ya da yanlışlığını aşırı değerlendirme, dini değerlere küfür ya hakaret etmekten korkma şeklinde tanımlanabilir. Dini obsesyonların görülme sıklığı toplumlar arasında farklılaşma göstermektedir. Bu obsesyonların sıklığını araştıran bazı çalışmalardan elde edilen verilere göre, dini obsesyonun görülme sıklığı Müslüman nüfusun fazla olduğu Mısır'da %70, Suudi Arabistan'da %50, Bahreyn'de %40; Yahudi nüfusun fazla olduğu İsrail'de %40; Hristiyan nüfusun fazla olduğu İngiltere'de %0-5, Hollanda'da %11; Budist nüfusun fazla olduğu Singapur'da %7, Hindistan'da ise %11 olarak bildirilmiştir (Peter ve ark., 2010).

*Simetri, düzen obsesyonları:* Kişinin her şeyi yerli yerinde düzgün ve sırasında olması gerektiğini düşünme ve hissetmesiyle ilgili obsesyonlardır. Kâğıt ve kitapların aynı hizada olması, eşyaların yerinde bulunması ve el yazısının mükemmel olması gerektiği gibi düşünceler olabildiği gibi; bazen doğüstü düşünceler de bulunabilir. Daha çok bu tür obsesyonlara kontrol, sayma, sıralama ve düzenleme gibi kompulsiyonlar eşlik eder (Köroğlu, 2007).

OKB hastalarında en sık karşılaşılan kompulsiyon türleri aşağıda tanımlanmıştır:

*Temizlik kompulsiyonları:* Kişinin aşırı veya törensel el yıkaması, aşırı şekilde diş fırçalama, giyinme ya da banyoda aşırı zaman kaybetme, ev eşyaları veya diğer cansız nesnelere aşırı temizliği ile ilgilenmesidir. Görülme sıklığı %45–52 arasında değişmektedir (Köroğlu, 2007).

*Kontrol kompulsiyonları:* Bu kompulsiyonlar, kontrol obsesyonları olan kişinin kapı, ocak, su gibi şeyleri defalarca kontrol etmesi ve bazen de çevresindekilere sürekli sorular sorarak onay alması şeklinde olabilir. OKB hastalarında görülme oranı %28–45 arasında değişmektedir (Foa ve Kozak, 1995).

*Sayma kompulsiyonları:* Nesnelere sayma ile ilgilidir (kitaplardaki kitapları, yerdeki taşları sayma ya da belirli bir iş yaparken sayı sayma gibi). OKB’de tekrar etme kompulsiyonlarının görülme oranı %11.1, sayma kompulsiyonlarının görülme oranı ise %8’dir (Foa ve Kozak, 1995).

*Sıralama veya simetri kompulsiyonları:* Saatler harcayarak masa üzerindeki kalem ve kâğıtları, kitaplardaki kitapları düzenleme gibi davranışlarla ilintilidir. OKB hastalarında sıralama kompulsiyonu görülme oranı %5.9 iken simetri kompulsiyonu görülme oranı %13.5 olarak bulunmuştur (Foa ve Kozak, 1995).

*Biriktirme kompulsiyonları:* Kompulsif biriktirme, yaşam alanının dağılmasına ve biriktirme yüzünden ciddi sıkıntı veya bozulmaya ek olarak, aşırı toplama ve toplanan nesnelere atamama ile nitelenen bir sorundur. Kompulsif toplama OKB'nin görece sık bir belirtisidir. OKB hastalarının %15 ile %40'ı biriktirme ve toplama kompulsiyonuna sahip olsa da (Frost ve Hartl, 1996); bu belirtiler bireylerin ancak %5'inde iş görememezlik yaratacak düzeyde olmaktadır (Hanna, Yuwiler ve Coates, 1995; Mataix-Cols ve ark., 1995).

## **1.2 OKB'de Bellek Bozuklukları**

Bellek süreçlerinin ağırlıklı olarak depresyon, dikkat süreçlerinin de ağırlıklı olarak endişe bozukluklarında önem taşıdığı genellemesine, en önemli istisna OKB'de görülmektedir, zira bellek süreçleri OKB'de, özellikle de kontrol etme kompulsiyonunun baskın olduğu durumlarda son derece merkezi bir öneme sahiptir (Irak, 2009).

OKB tanılı hastaların bellek performansının zayıf olduğuna dair araştırmaların temelini oluşturan olgu, OKB tanılı hastaların kapıyı kilitleme, ocağı kapatma gibi belirli kontrol etme eylemlerini yapıp yapmadıklarını hatırlayamamalarıdır (Olley, Malhi ve Sachdev, 2007). Bu nedenle özellikle bu konudaki ilk araştırmalar OKB tanısı almış kişiler ile farklı grupları değişik bellek görevleri süresince karşılaştırmıştır. Bir bölüm araştırma da analog grup olarak klinik tanı almamış ancak sık kontrol etme davranışı gösteren katılımcılar ile gerçekleştirilmiştir. Sürekli kontrol etme davranışı gibi bir kompulsiyon OKB'de bir bellek probleminin varlığını düşündürmektedir. Bu türden bir davranış, bireyin bellekle ilgili kodlama ya da hatırlama sorununa işaret ediyor olabilir (Irak ve Tekcan, 2009).

“OKB tanılı kişilerin bellek performansı, sağlıklı grubun performansından zayıf mıdır?” diye sorulduğunda bu konuda yapılmış olan belli başlı araştırmaların bulguları arasında tutarlılık olmadığı görülmektedir. Diğer bir deyişle, OKB’deki bellek performansının incelendiği çalışmaların sonuçları arasında farklılıklar bulunmaktadır (Irak, 2009).

Tanı almış katılımcılar ile yapılan çalışmalar, genellikle farklı görevlerde de olsa, bir bellek zayıflığına dikkat çekmiştir. OKB’de sözel belleğin etkilenip etkilenmediği sorusunun yanıtı, sözel olmayan belleğe göre daha karışıktır (Irak ve Tekcan, 2009). Sher, Mann ve Frost (1984) yüksek seviyede kontrol kompulsiyonu bulunan kişilerin sözel bilgiye ilişkin belleklerinde bozulma olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde Sher, Frost, Kushner, Crews ve Alexander (1989), hem klinik hem de klinik olmayan kontrol kompulsiyonu olan kişilerin Wechsler Bellek Ölçeği’nden normal katılımcılara göre düşük puan aldıklarını bulmuştur. Diğer bazı araştırmalar, OKB hastalarında anlamsal (semantic) belleğin bozuk olduğuna işaret eden bulgular elde etmişlerdir (örneğin, Deckersbach, Otto, Savage, Bear ve Jenike, 2000; Rubinstein, Peynircioğlu, Chambless ve Pigott, 1993; Savage et al. 2000). Öte yandan, başka bazı araştırmalar, bu bulgulara karşıt bulgular elde etmişlerdir (MacDonald, Anthony, MacLeod ve Richter, 1997). OKB’nin temel sorunu olan yapılmış davranışları hatırlamak konusunu incelemek için OKB tanısı almış katılımcıların belirli hareket ve davranışları hatırlamada kontrol katılımcılarına göre daha başarısız olup olmadıklarını inceleyen bazı araştırmalar da OKB hastalarının karşılaştırma grubundan farklı olmadığını ortaya koymuştur (Irak ve Tekcan, 2009). Tekcan ve arkadaşlarına (2007) göre bulgulardaki bu uyumsuzluğun çeşitli nedenleri olabilir. (Örneğin, farklı türde materyal kullanılması (kelimeler, resimler,

görüntüler); hedef grubun farklı olması (OKB tanılı gruplar ile 'klinik altı' tanı almayan grupların karşılaştırılması) veya diğer yöntemsel faktörler).

Sözel olmayan bellek görevlerinin verildiği araştırmalara ait veriler de tutarlı değildir: Bazı bulgulara göre OKB tanılı hastalar organizasyon stratejilerinin bozulmuş olması nedeniyle görsel, mekansal bilginin anlık (immediate) ve gecikmeli (delayed) hatırlanması görevlerinde düşük performans gösteriyor görünmektedirler (örneğin, Olley ve ark., 2007). Ama başka bazı araştırmalara göre ise, sözel olmayan materyal kullanılan bellek görevlerinde, örneğin testin görsel parçalarını kopyalarken, OKB tanısı alan katılımcılar, sağlıklı katılımcılarla benzer performans göstermiştir (örneğin, Mortinot ve ark., 1990; Penades, Catalan, Andres, Salamero ve Gasto, 2005). Ayrıca birçok çalışma, kopyalama sırasında OKB tanılı katılımcıların organizasyon stratejilerinde bozulma olduğunu bildirmektedir (Deckersbach ve ark. 2000; Penades ve ark., 2005; Savage ve ark., 1999).

Kontrol kompulsiyonu ile bellek problemleri arasındaki bağlantıya ilişkin deneysel kanıtlar da tutarlı değildir. OKB tanılı kişileri, sağlıklı katılımcılarla karşılaştıran bazı çalışmalar, sözel materyali hatırlama ve tanıma şeklindeki olay belleği (episodik bellek) görevinde herhangi bir fark bulmamışlardır (örneğin, Foa, Amir, Gershuny, Molnar, ve Kozak, 1997; McDonald, ve ark., 1997). Öte yandan, OKB tanılı kişilerin sağlıklı gruba göre daha kötü bellek performansı sergilediklerini gösteren çalışmalar da vardır (Savage, ve ark., 2000; Tallis, Pratt, ve Jamani, 1999; Zitterl et al., 2001).

Woods, Vevea, Chambless ve Bayen (2002) yaptıkları metaanaliz çalışmasında, kontrol kompulsiyonu olan kişilerin sözel materyali serbest hatırlama

ve ipuçlu hatırlama görevlerinde zayıf performans gösterdikleri; ancak tanıma görevinde sağlıklı katılımcılarla benzer performans gösterdikleri sonucuna varmışlardır. Ayrıca araştırmacılar, bellek performansının ölçüldüğü çalışmalardaki uyumsuzluğu, küçük örneklemeler kullanılmış olmasının, gruplar arasındaki farklılaşmayı göstermede yetersiz kalmasıyla açıklamışlardır.

Genel olarak çalışmalar OKB’de görsel bellek sorunları olduğunu düşündürmektedir. Savage ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında hatırlama ve tanıma performansı arasında ortaya çıkan farklı sonuçlar OKB’de görsel belleğe ilişkin olarak sorunun kodlama ya da depolama aşamasında değil, hatırlama (geri getirme) olduğunu düşündürmektedir. Özellikle görsel bellek performansının olumsuz etkilenmesi, OKB’de kortikostriatal sistemin rol oynadığı görüşü ile uyumludur (Irak ve Tekcan, 2009).

### **1.3 OKB’de Bellek Yanılgısı**

Bellek yanılgısı, gerçekte olmamış olayları olmuş gibi ya da olanları olduğundan farklı (çarpıtılmış) şekilde hatırlama olgusudur. Bu konudaki sistematik ilk çalışmanın, Bartlett’in 1932 yılında yayımlamış olduğu *Remembering* adlı kitap olduğu kabul edilmektedir (Parkin, 1987). Bartlett “hayaletlerin savaşı (“war of ghosts)” araştırmasında, katılımcılara iki adam hakkında bir hikâyeye sunmuş, daha sonra farklı zaman aralıklarında hikâyeyi hatırlamalarını istemiştir. Katılımcıların ‘ihmal’, ‘normalleştirme’ ve ‘rasyonelleştirme’yi kullanarak akıllarında kalanları kendi şemalarına (önceki bilgilerine) uygun hale getirdiklerini, hikâyede geçen alışılmadık terimlerin yerine alışık oldukları terimleri kullandıklarını bulmuştur (örneğin “fok avı” yerine “balık avı” terimini kullanmışlardır). Bartlett bu

bulgularına dayanarak, kişilerin kendi deneyimlerini ve bu deneyimlerine ait anılarını, saklama süresi boyunca yeniden yapılandırdıkları sonucuna varmıştır. Yani bellek, anıları sadece tutan ve saklayan pasif bir sistem değil, *aktif* bir sistemdir.

Bazı araştırmalara göre orijinal anı, dış faktörlerden, yani olay sonrasındaki deneyimlerden etkilenir ve belleğin yanlışlığına neden olur: Bir soygunda “çekiç”le karşılaşan birisinin sonradan “tornavida” hatırlaması buna örnektir (Hayman ve Loftus, 1998). Dış faktörün yanında bellek yanlışlığının oluşmasında bazı bireysel farklılıklar da vardır. Örneğin yüksek yaratıcı imgelem gibi, bireysel farklılıklar da bellek yanlışlığı ile pozitif olarak ilişkilidir (Hayman ve Billings, 1998).

Bellek yanlışlığına olan ilgi, bu olgunun araştırılabilmesi için yeni yöntemlerin aranmasına yol açmıştır (McDermott ve Watson, 2001). Bunlardan birisi olan Deese-Roediger-McDermott (DRM) Paradigması, Deese (1959) tarafından başlatılmış; ancak o dönemde fazla ilgi görmemiştir. Aynı paradigma 1995 yılında Roediger ve McDermott tarafından tekrar kullanılmış ve büyük ilgi görmüştür. Deese, 1959 yılında bellek yanlışlığını incelemek amacıyla katılımcılara, birbiriyle anlamca ilişkili bir kelime listesi vermiştir (örn., *yatak, yorgan, battaniye, uyanmak, esneme, yastık* gibi); ancak bu kelimelerin hepsinin kendisiyle kuvvetli bir şekilde ilişkili olduğu kritik kelime (*uyku*) listede yoktur. Tanıma ve/veya hatırlama testinde, katılımcılar kritik kelimeyi, yaklaşık listenin ortasındaki kelimeler kadar, listede varmış gibi hatırlamışlardır (Roediger ve McDermott, 2000). Ayrıca katılımcılar, listede olmayan kritik tuzak kelimeyi görmüş olduklarından büyük ölçüde emindirler (Roediger ve McDermott, 1995) ve bu anılarının *Bilme* (aşına olma) şeklinde değil, *Hatırlama* (detaylarıyla birlikte hatırlama) şeklinde olduğunda ısrar etmektedirler (Bredart,

2000; Roediger ve McDermott, 1995); literatürde bu iki farklı hatırlama türü Hatırlama / Bilme (*Remember / Know*) paradigması olarak bilinmektedir.

DRM paradigmasıyla elde edilen sonuçlar arasında belki de en dikkat çekici olanı şudur: Katılımcılara araştırma başlamadan önce bellek yanılığının nasıl meydana geldiği, liste kelimelerinden ve bunlara ait kritik tuzak kelimedenden örnekler verilerek gösterilmiştir; buna rağmen, bellek yanılığı azalmakla birlikte, tamamen ortadan kalkmamıştır (Gallo, Roberts ve Seamon, 1997).

DRM paradigması kullanılarak bellek yanılığı, şizofreni (Moritz, Woodward, Cuttler, Whitman ve Watson, 2004) ve alzheimer (Balota, Cortese, Duchek, Adams, Roediger, McDermott ve ark., 1999) hastaları gibi çeşitli klinik popülasyonlarda da araştırılmıştır.

Yukarıda kısaca bahsedilen ve DRM paradigmasıyla gözlenen bellek yanılığının nasıl meydana geldiğini açıklamak için birçok kuram ortaya atılmıştır. Bunların bir grubu 'Aktivasyon Kuramları' adıyla bilinmektedir. Örneğin, dolaylı aktivasyon kuramlarına göre liste kelimelerinden birisi *siyah* ise, listenin sunumu esnasında katılımcı listede olmayan ama *siyah* kelimesiyle anlamca bağlantılı olan *beyaz* kelimesini de dolaylı olarak aktive etmektedir. Hatırlama testi esnasında katılımcı *beyaz* kelimesini de hatırlayabilir, çünkü kodlama aşamasında *beyaz* da (listede olmadığı hâlde) aktive olmuştur (Arndt ve Hirshman, 1998; Ayers ve Reder, 1998).

DRM paradigmasıyla gözlenen bellek yanılığının nasıl meydana geldiğini açıklayan kuramlar arasında en fazla test edilmiş olanlardan ikisi Belirsiz İz Kuramı (Fuzzy Trace Theory) ile Kaynak İzleme (Source Monitoring)'dir.



Belirsiz İz Kuramı ilk olarak Brainerd ve Kingma (1984) tarafından ortaya atılmıştır. Bu kuram, bir uyarımla karşılaşıldığında, bellekte birisi uyarımın *fiziksel* özellikleri (verbatim) diğeri ise *anlamsal* özellikleri (gist) için olmak üzere iki farklı kodlama yapıldığını savunur. Bu iki farklı kodlama birbirinden bağımsız, ama paralel olarak yapılmaktadır. Söz konusu kodlamalar dayanıklılık açısından farklıdır; fiziksel kodlama, anlamsal kodlamadan daha zayıftır ve bu nedenle çabuk dağılır, kaybedilir; yani anlamsal kodlama fiziksel kodlamadan dayanıklıdır. Dolayısıyla hatırlama anında bellek daha çok anlamsal kodlamaya dayanır. İşte bellek yanılığının nedeni budur. Kritik tuzak kelime liste kelimeleriyle anlamsal olarak bağlantılı olduğu için hatırlanmaktadır. Sonuç olarak güçlü anlamsal kodlama ve zayıf fiziksel kodlama izleri bellek yanılığına neden olmaktadır (Brainerd ve Reyna, 2005).

Bellek yanılığını açıklamak üzere öne sürülen açıklamalardan bir diğeri olan kaynak izleme kuramı anılarımızın, bilgimizin veya tutumlarımızın kaynağını ön plana çıkarır (Johson, Hashtroudi ve Lindsay, 1993). Buna göre, bellek yanılığının yani anının yanlış hatırlanmasının nedeni, anının *kaynağının* yanlış hatırlanmasıdır. Kaynak İzleme, anının yapılanmasını sağlayan sürecin bir parçasıdır. Çünkü bir şeyi hatırladığımız zaman ilk olarak anıyı hatırladıktan sonra (“Brokeback Mountain”i duymuştum) bu anının nereden geldiğini belirlemek için bir karara varma sürecine geçeriz (“Bir makalede görmüş olmalıyım”) (Goldstein, 2008). Kaynak izleme kuramı, Gerçeği İzleme Modeli’nin, Brainerd tarafından (Brainerd, 2005) genişletilmesiyle oluşturulmuştur. Gerçeği İzleme Modeli, gerçek ile hayali belleğin ayırt edilmesi süreciyle ilgilidir. İnsanlar bu süreç aracılığıyla gerçek ve hayali anıları arasında ve anıların içsel ve dışsal kaynakları hakkında ayırma varabilirler (örneğin, “ocağı kapattım mı, yoksa ocağı kapatmayı sadece düşündüm mü?”)

(Hoffman, Garcia-Palacios, Thomas ve Schmidt, 2001). İçsel kaynaklar, hayaller, rüyalar ve halüsinasyonlar olabilirken; dışsal kaynaklar, resimler, yazılı metinler, sözler ve benzeri olabilir. İnsanlar bazen kaynak izleme sürecinin farkında olmalarına rağmen, çoğunlukla bunu süratli ve çok fazla çaba göstermeksizin yaptıkları için farkında olmazlar (Brainerd ve Reyna, 2005).

Kaynak izleme kuramına göre bellek yanılgıları, kişilerin içsel olarak ürettikleri bilgiyi, yanlışlıkla dışsal uyarıcı olarak yorumlamaları ile oluşmaktadır. Örneğin, DRM paradigmasında sunulan listedeki kelimelerin her birisi (*yatak, yastık, rüya ...*), aynı kelimeyi (*uyku*) düşündürmektedir. Kaynak izleme eksikliğinin bir sonucu olarak, geri getirme sürecinde kişi kendi düşündüğü bir kelimeyi (*uyku*) kendisine okunan kelime listesinde sunulmuş gibi hatırlamaktadır. DRM listesinin sunulması esnasında liste kelimeleri çalışılırken, kritik tuzak kelime kendiliğinden aktive olmakta, bu içsel-zihinsel aktivasyon sonraki hatırlama ve tanıma testinde bir dış uyaran (liste kelimeleri) gibi işlem görmektedir (Rodiger ve McDermott, 1995).

OKB'deki bellek sorunuyla ilgili araştırmalar büyük ölçüde bir eylemi ya da düşünceyi sürekli tekrar etmenin hatırlamaya olan etkisine yoğunlaşmıştır: Bir eylemi veya bir düşünceyi birçok defalar tekrar etmenin kendisi, herhangi bir bellek bozukluğu olmaksızın, anının canlılığını azaltmıştır (Ball, Bear ve Otto, 1996; Radomsky, Gilchrist ve Dussault, 2006). Ayrıca, tekrarlanan kontroller anıya olan *güvende* azalmaya neden olmuş, anının *doğruluğunda* azalmaya neden olmamıştır (Boschen ve Vuksanovic, 2007). Söz konusu doğruluğun, bellek kayıtlarına olan güvensizliği gidermek için sıkı ölçütler kullanılmasından kaynaklanıyor olabileceği ileri sürülmektedir (Hout ve Kindt, 2003; Constance, Foa, Franklin ve Methews,

1995). Böyle bir yaklaşım, OKB tanılı katılımcılarda bir bellek sorunundan çok bir güven sorunu olduğunu ima etmektedir.

OKB’de bellek yanılığını araştıran çok az sayıdaki araştırmalardan birisi de Klupp, Amir ve Garfinkel’e aittir (2009) yapmıştır. Söz konusu araştırma ‘bilme / hatırlama’ (Remember / Know) paradigmasını kullanarak, OKB tanılı katılımcıların sağlıklı katılımcılara göre daha fazla bellek yanılığı gösterdikleri sonucuna varmıştır. Ayrıca araştırmada, yıkama semptomları olan OKB tanılı katılımcılar, kaygılı ve kaygısız kontrol grubuna göre daha fazla bellek yanılığı göstermişlerdir. Bu da OKB’nin alt türleri arasında bellek yanılığı oluşumu bakımından niteliksel farklılaşmalar olduğunu düşündürmektedir.

#### **1.4 OKB’de Üst Bellek**

Üst-biliş (meta-cognition) konusunda bilişsel psikoloji kapsamında yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda, üst-biliş bir biliş türü olarak belleği içermektedir. Üst bellek, hatırlamakta güçlük çektiğimiz bir şeyi daha sonra hatırlayıp hatırlayamayacağımızı tahmin etmemizdir. Üst bellek, belleğimizin içeriğini bir dereceye kadar yansıtabilme yeteneğimizi göstermektedir (Parkin, 1997).

Bellek bozukluğu görüşünün aksine, bazı araştırma sonuçlarına göre OKB tanılı hastaların bellekleri zayıf değildir; belleklerine olan güvenleri zayıf olduğu için patolojik şüpheyi sürdürmektedirler (Örneğin, Karadağ, Kalkan, Özdel, Ateşçi ve Amuk, 2005; Van den Hout ve Kindt, 2003).

Üst bellek, kişinin bellekle ilgili olayların doğası, içeriği ve süreci ile ilgili bilgimizi göstermektedir (Nelson ve Narens, 1990). Üst bilişsel faktörlerin

psikopatolojideki rolüne yönelik araştırmalar, özellikle de kaygı bozuklukları (örneğin, Wells, 2000) ve depresyon (örneğin, Slife ve Weaver, 1992) konusunda son dönemlerde artmıştır.

Üst belleği işaret eden güven yargılarını (hatırlanan materyalin doğruluğuna olan güveni) konu alan bazı araştırmalar, kontrol kompulsiyonu olan bireylerin, normal bireylere göre belleklerine daha az güvendiklerini göstermiştir (MacDonald ve ark., 1997). OKB’de en temel sorunun üst bellek bozukluğu olduğunu öne süren çalışmalar da vardır (Tuna, Tekcan ve Topçuoğlu, 2005). Sonuçlar birbiriyle oldukça tutarlıdır. Örneğin, McNally ve Kohlbeck (1993), kontrol kompulsiyonu olan hastaların, kontrol kompulsiyonu olmayan katılımcılar ve sağlıklı katılımcılara göre hatırlama performanslarından daha az emin olduklarını göstermiştir. Tolin ve arkadaşları (2001) ana semptomu kontrol olan OKB hastalarının, ana semptomu kontrol olmayan OKB hastalarına göre uzun süreli bellek performanslarına daha az güvendiklerini bulmuştur. MacDonald, Anthony, MacLeod ve Richter’in (1997) yaptığı benzer bir çalışma ise, kontrol kompulsiyonu olan OKB hastalarının, kontrol kompulsiyonu olmayan OKB hastalarına göre hem doğru cevaplarından hem de yanlış cevaplarından daha az emin olduklarını bulmuştur. Van den Hout ve Kindt (2003), sağlıklı bireylerden oluşan iki gruptan birisine ocak, bilgisayar gibi nesnelere tekrarlı olarak kontrol etme görevi vermişler; diğerine ise böyle bir görev vermemiştir. Tekrarlı kontrol görevi yapan araştırma grubunun bellek güveni, son kontrole ilişkin detayları hatırlamada, karşılaştırma grubundan düşük çıkmıştır. Bu bulgu, OKB tanılı kişilerin sorununun bellek bozukluğu olmaktan ziyade, yaptıkları aşırı kontrolün belleklerine duydukları güveni azaltmış olabileceği görüşünü desteklemektedir. Aynı sonuç klinik örneklemlerden de elde edilmiştir. OKB tanısı

alan katılımcılar ve sağlıklı katılımcılar, tekrarlı kontrol görevi sonunda bellek güveni, zihinde canlandırma ve detaylar hakkında düşük performans sergilemişlerdir.

Buraya kadar özetlenen literatürden anlaşılacağı gibi, OKB tanısı alan kişilerin bellek (kayıt) sorunu olup olmadığı konusundaki bulgular tutarlı değildir ve OKB tanısı alan kişilerin belleklerine güvenmediklerini düşündüren bulgular ağırlıktadır.

Yukarıda özetlenmiş olan literatür bulgularını göz önüne alan Tekcan, Topçuoğlu ve Kaya'ya (2007) göre klinik gözlemler OKB tanısı alan hastaların belleklerine güvenmediklerini göstermektedir. Bu güvensizlik gerçek bir bellek bozukluğundan kaynaklanıyor olabileceği gibi, farklı bir mekanizmayla da ilişkili olabilir.

“OKB tanısı alan kişilerin bellek güvensizliğinin nedeni bir kodlama (kayıt) kusuru mudur? Yoksa OKB tanısı alan kişilerde kayıt normal olduğu (yani bellek sorunu olmadığı) hâlde başka nedenlerden kaynaklanan bir güvensizlik ve bu güvensizliğin neden olduğu bir yanlgı mı söz konusudur?”

Yukarıda özetlenen literatürde de bu meselenin araştırılmasında kullanılmış olan teknikler, ‘kodlama kusuru’ ve ‘güvensizlik’ olasılıklarının ikisini birlikte araştırmaya elverişli değildir. Bu tez çalışmasının konusu, OKB tanısı alan kişilerin yanlgısının temelindeki bu iki olası etkinin rolünü, literatürde kullanılmamış olan yeni bir teknik kullanarak test etmektir.

Söz konusu teknik, sağlıklı katılımcılarda bellek yanlgısını araştırmak için yaygın şekilde kullanılan ve yukarıda kısaca açıklanmış olan DRM paradigmasıdır. DRM paradigması söz konusu yanlgının kaynağı hakkında, yani bu yanlgının nedeninin ‘kayıt kusuru’ mu yoksa ‘güven sorunu’ mu olduğu konusunda bilgi edinmeye elverişli görünmektedir; çünkü DRM paradigması hem bellek kaydı

hakkında, hem yanlışlı düzeyi hakkında hem de üst bellek hakkında bilgi edinme olanağı sağlamaktadır. Liste maddelerinin hatırlanma düzeyini ölçerek *bellek kaydı*, listede olmayan kritik (tuzak) kelimenin (lure) yanlışlıkla hatırlanma düzeyini ölçerek *yanılgı oranı* ve tanıma testinde uygulanan güven ölçeğiyle *üst bellek* hakkında bilgi verebilmektedir. Dolayısıyla, kayıt düzeyiyle yanlışlı oranının ve üst bellek performansının birlikte nasıl değıştiklerini görme olanağı sunmaktadır. Böyle bir olanak, özellikle bellek (kayıt) düzeyi ile güven düzeyi arasındaki ilişkiyi görme fırsatı verecek; ayrıca, bu iki faktörün üst-bellek ile nasıl etkileştğini gösterebilecektir. Literatürde OKB tanısı alan kişilerin bellek sorunu üzerine yapılan araştırmalarda bu olası faktörler çoğunlukla birbirinden bağımsız araştırılmış, bu nedenle aralarındaki etkileşimi görme fırsatı elde edilememiştir.

### **1.5 Araştırmanın Amacı**

Araştırmanın amacı, OKB tanısı alan kişilerde gözlenen bellek yanlışlısının temelindeki bellek süreçlerinin, sağlıklı popülasyonun bellek yanlışlılarını yöneten süreçlerle aynı olup olmadığını araştırmaktır. Bu amaçla, bellek literatüründe normal popülasyonun bellek yanlışlılarını araştırmak için yaygın şekilde kullanılmakta olan DRM paradigması, ilk defa OKB tanılı katılımcılarda uygulanacaktır. Böylece, ortaya çıkan yanlışlı örüntüsüne bakılarak OKB tanısı alan kişilerin yanlışlısını yöneten bellek süreçlerinin, normal popülasyonda yanlışlıya neden olan süreçlerle aynı olup olmadığı araştırılacaktır. Bu amaca uygun olarak, sağlıklı katılımcılarda bellek yanlışlısına neden olduğu daha önce gösterilmiş olan materyal, OKB tanısı alan kişilere de uygulanacaktır.

Bu amaç doğrultusunda temel hipotez şu doğrultuda belirlenmiştir:

“OKB tanısı alan kişilerin bellek süreçlerinin, bellek yanılgıları yönünden, sağlıklı katılımcılara göre farklı olması beklenmektedir”.

Araştırmada buna ek olarak aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır:

1. OKB tanısı alan kişiler ile sağlıklı katılımcılar bellek kaydı performansı yönünden farklılaşır mı?
2. OKB tanısı alan kişiler ile sağlıklı katılımcılar, yanlış (listede olmayan kritik kelimeyi bildirme) oranı yönünden farklılaşır mı?
3. OKB tanısı alan kişilerde bellek yanılgısı, OKB alt türlerine göre farklılaşır mı?
4. OKB tanılı katılımcılar ile sağlıklı katılımcılar liste kelimelerine güven derecesi yönünden farklılaşır mı?
5. OKB'nin şiddeti ile bellek yanılgısı arasında ilişki var mıdır?
6. OKB'nin şiddeti ile bellek kaydı performansı arasında ilişki var mıdır?
7. OKB'li katılımcılarda depresyon düzeyi ile bellek yanılgısı arasında ilişki var mıdır?
8. OKB tanısı alan katılımcılarda depresyon düzeyi ile bellek performansı arasında ilişki var mıdır?
9. OKB tanısı alan katılımcıların gösterdiği bellek yanılgısı düzeyi, alt tanı türlerine göre değişip değişmediği de araştırılacaktır.

Bu çerçevede örneğin, eğer OKB tanısı alan katılımcılar liste maddelerini daha az hatırlarsa, bunun bir kayıt (bellek) sorunu olduğu kabul edilecek ve buna bağlı olarak yanılğı (listede olmayan kritik kelimeyi bildirme) oranının da karşılaştırma grubununkinden düşük olması beklenecektir. Öte yandan, liste kelimelerini hatırlama düzeyi karşılaştırma grubununkiyle aynı olursa, bu defa yanılğı oranının da aynı olması beklenecektir. Buna rağmen, yani araştırma grubunun hatırlama düzeyi karşılaştırma grubunun hatırlama düzeyi ile aynı olduğu hâlde, yanılğı oranı daha yüksek çıkarsa, OKB tanısı alan kişilerin yanılğısının temelindeki nedenin bellek (kayıt) sorunu değil, güvensizlik sorunu olduğu sonucuna varılacaktır. Sonuç olarak, araştırma grubunun hem hatırlama hem de yanılğı oranlarının karşılaştırma grubundan düşük olması hâlinde ise OKB tanısı alan kişilerin yanılğısının daha farklı bir nedene dayandığı sonucuna varılacaktır. Son iki olasılığın gerçekleşmesi, araştırma grubu ve karşılaştırma grubunun bellek yanılğılarını yöneten süreçlerin farklı olduğu anlamına gelecektir.

## 1.6 Araştırmanın Önemi

OKB, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre en sık görülen dördüncü psikiyatrik hastalıktır; ciddi maddi ve işlevsel kayıplara neden olmaktadır. Kompulsyonların (tekrarlanan davranışların) bir bellek sorunu olduğu yaklaşımı, OKB tanılı hastalarda giderek daha fazla sayıda bellek araştırması yapılmasına yol açmıştır.

Ne var ki OKB'de bellek ile ilgili çalışmaların çoğu bellek *doğruluğuna* odaklanmış (Örneğin, Ceschi, Linden ve Dunker, 2003; Radomsky ve Rachman, 1999), bellek *yanılğısı* yeterince çalışılmamıştır. Oysa kontrol kompulsyonunun bir



bellek yanılması olduğu düşünölmektedir; çünkü hasta yapmış olduğu bir eylemi yaptığını hatırlayamamakta, onu yapmadığını düşünmektedir. Klumpp ve arkadaşlarına (2009) göre yanlış hatırlamanın OKB semptomlarında hangi işlevi üstlendiğinin bilinmesi, OKB ile ilişkili bilişsel bozukluklar hakkında bilgi sağlayabilir. Bu açıdan, bellek yanılması kullanmak tipik hatırlama görevlerinden daha hassas veriler elde etmemizi sağlayabilir. Nitekim araştırmacılar sağlıklı popölasyonla yapılan bellek araştırmalarında sıklıkla kullanılan ve giriş bölümünde açıklanmış olan *Hatırlama / Bilme* (Remember / Know) paradigmasını kullanarak OKB tanılı hastalarda güven problemini araştırmışlardır. Ama sağlıklı popölasyonda bellek yanılmalarını araştırmak için en çok kullanılan DRM paradigmasını, OKB tanısı alan kişilerin oluşturduğu örnekleme uygulayan bir araştırmaya literatürde rastlanmamıştır. Bu çalışma bunu araştırmaktadır. “OKB tanısı alan kişilerin bellek yanılması temelindeki süreçler ile sağlıklı örneklemin bellek yanılması yöneten süreçler aynı mıdır, farklı mıdır?” sorusunun cevabı, DRM paradigması ilk defa kullanılarak araştırılmaktadır.

Araştırmanın bir başka önemi şudur: Woods, Vevea, Chambless and Bayen (2002) yaptıkları metaanaliz çalışmasında, kontrol kompulsiyonu olan kişilerin sözel materyali serbest hatırlama ve ipuçlu hatırlama görevlerinde zayıf performans gösterdikleri, ancak tanıma görevinde normal oldukları sonucuna varmışlardır. Araştırmacılar ayrıca, bellek performansının ölçüldüğü çalışmalardaki uyumsuzluğu, *küçük örneklemler* kullanılarak yapılan çalışmaların, gruplar arasındaki farklılaşmayı göstermede yetersiz kalmasıyla açıklamışlardır. Söz konusu meta-analize dâhil edilmiş araştırmalarda kullanılmış olan ortalama katılımcı sayısı 30 civarındadır.

Mevcut araştırma, Woods ve arkadaşlarının (2002) bu eleştirisini göz önüne alarak 60 katılımcı ile yürütülmüştür.

## 2. BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 2.1 Örneklem

Bu araştırmanın örneklemini Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran ve OKB tanısı alan 60 hasta ve sağlıklı 60 kişi oluşturmaktadır. Katılımcılar gönüllülük esasına göre araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırma grubunda 60 kişi, karşılaştırma grubunda 60 kişi olmak üzere toplam 120 kişi araştırmaya katılmıştır. Araştırma grubu hastanenin psikiyatri polikliniğinden yönlendirilmiştir. Karşılaştırma grubu ise hastane çalışanları ve hasta yakınlarından oluşturulmuştur. Hem OKB araştırma grubu hem karşılaştırma grubu araştırmaya gönüllü olarak katılmışlardır.

Araştırma grubunun seçiminde, katılımcıların en az ilkokul mezunu olması, nörolojik hastalık ve kafa travması öyküsünün bulunmaması, işitme bozukluğu olmaması, hızlı ezberleme teknikleri, kolay öğrenme vb. ile ilgili herhangi bir eğitim almamış olması, gebe ve doğum sonrası 12 aylık dönem içinde olmaması, DSM IV'e göre OKB tanısı almış olması kriterleri göz önünde bulundurulmuştur. Ayrıca, OKB tanısı alan hastaların ek tanılarının olması dışlanma kriteri olarak alınmamıştır. Ek tanısı olan OKB tanılı katılımcılar da araştırmaya dahil edilmiştir.

Karşılaştırma grubunun seçiminde, katılımcıların en az ilkokul mezunu olması, nörolojik hastalık ve kafa travması öyküsünün bulunmaması, işitme bozukluğu olmaması, hızlı ezberleme teknikleri, kolay öğrenme vb. ile ilgili herhangi bir eğitim almamış olması, gebe ve doğum sonrası 12 aylık dönem içinde olmaması, hayatının herhangi bir döneminde psikiyatrik tedavi görmemiş ya da tedaviyi gerektirecek bir

dönem geçirmemiş olması, hayatının herhangi bir döneminde bilişsel yetileri etkileyecek ilaç kullanmamış ve halen kullanmıyor olması, DSM-IV'e göre herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almamış olması kriterleri göz önünde bulundurulmuştur.

Gebelik ve gebelik sonrası bilişsel performansı araştıran çalışmalardan elde edilen sonuçlar fiziksel, hormonal ve duygusal değişikliklerin bu noktada kadının yaşamında değişiklikler yaptığı hormonal değişikliklerin belleği etkilediği yönündedir. Poser ve arkadaşlarının (1986) 67 gebe kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların okuma güçlüğü, konfüzyon, oryantasyon bozukluğu ve unutkanlık sergilediklerini bulgulanmıştır (aktaran Parkin, 2007). Bunun dışında doğum sonrası 12 aylık dönemin sonuna kadar aşamalı olarak azalan plazma oksitosin seviyesinin de bellek bozukluğuna neden olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Brindle ve ark., 1991; Silber ve ark., 1990; Sharp ve ark. 1993 aktaran Parkin, 2007).

Literatürdeki bu kanıtlara bakılarak gebe ve doğum sonrası 12 aylık dönem içinde olan kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

**Tablo 2. 1 Örneklem İlişkin Temel Demografik Özellikler**

| Yaş                   | HASTA GRUBU |      |          |       |          | SAĞLIKLI GRUP |          |      |          |      | TOPLAM   |      |
|-----------------------|-------------|------|----------|-------|----------|---------------|----------|------|----------|------|----------|------|
|                       | n           | min. | max.     | ort.  | ss.      | n             | min.     | max. | ort.     | ss.  | n        | p    |
|                       | 60          | 17   | 67       | 34,23 | 11,56    | 60            | 18       | 54   | 30,73    | 9,34 | 120      | 0,71 |
| <b>Cinsiyet</b>       | <b>n</b>    |      | <b>%</b> |       | <b>n</b> |               | <b>%</b> |      | <b>n</b> |      | <b>%</b> |      |
| Kadın                 | 49          |      | 81,7     |       | 38       |               | 63,3     |      | 87       |      | 72,5     |      |
| Erkek                 | 11          |      | 18,3     |       | 22       |               | 36,7     |      | 33       |      | 27,5     |      |
| <b>Medeni Durum</b>   | <b>n</b>    |      | <b>%</b> |       | <b>n</b> |               | <b>%</b> |      | <b>n</b> |      | <b>%</b> |      |
| Evli                  | 35          |      | 58,3     |       | 29       |               | 51,7     |      | 66       |      | 55       |      |
| Bekar                 | 25          |      | 41,7     |       | 31       |               | 48,3     |      | 54       |      | 45       |      |
| <b>Eğitim Düzeyi</b>  | <b>n</b>    |      | <b>%</b> |       | <b>n</b> |               | <b>%</b> |      | <b>n</b> |      | <b>%</b> |      |
| ilköğretim            | 37          |      | 61,7     |       | 17       |               | 28,3     |      | 54       |      | 45       |      |
| Lise                  | 16          |      | 26,6     |       | 21       |               | 35       |      | 37       |      | 30,8     |      |
| önlisans ve üstü      | 7           |      | 11,7     |       | 22       |               | 36,7     |      | 29       |      | 24,2     |      |
| <b>Çalışma Durumu</b> | <b>n</b>    |      | <b>%</b> |       | <b>n</b> |               | <b>%</b> |      | <b>n</b> |      | <b>%</b> |      |
| Çalışmıyor            | 49          |      | 81,7     |       | 12       |               | 20       |      | 61       |      | 50,8     |      |
| Çalışıyor             | 11          |      | 18,3     |       | 48       |               | 80       |      | 59       |      | 49,2     |      |

\* p<0,05

Araştırmaya katılan toplam kişi sayısı 120'dir. Katılımcıların yaşları 17-67 arasında değişmektedir. Örneklem yaş ortalaması 32'dir. Araştırma grubundaki katılımcıların yaşları 17-67 arasında değişirken, karşılaştırma grubundaki katılımcıların yaşları 18-54 arasında değişmektedir. Araştırma grubunun yaş ortalaması 34, karşılaştırma grubunun yaş ortalaması ise 30'dur. İki grubun yaş ortalamaları arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan toplam erkek sayısı 33, kadın sayısı ise 87 dir. Araştırma grubundaki katılımcıların %18'i erkek, %82'i ise kadındır. Karşılaştırma grubundaki katılımcıların %37'si erkek, %63'ü ise kadındır. Araştırma grubunda kadın katılımcı sayısı anlamlı düzeyde yüksektir ( $p<0,05$ ).

Katılımcıların % 45'i bekâr, %55'i evlidir. Araştırma grubundaki katılımcıların % 42'i bekâr, %58'i evli iken karşılaştırma grubundaki katılımcıların %48'i bekâr, %52'si evlidir. İki grup arasında medeni durum yönünden anlamlı bir farklılaşma yoktur ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların %45'ini ilköğretim, %31'unu lise, %24'ünü ise ön lisans ve üstü mezunları oluşturmaktadır. Hasta grubun %62'si ilköğretim, %26'sı lise, %12'si ise ön lisans ve üstü mezunlarından oluşurken; sağlıklı grubun %28'i ilköğretim, %35'i lise, %37'si ise ön lisans ve üstü mezunlarından oluşmaktadır. İki grup arasında eğitim düzeyi yönünden anlamlı bir farklılaşma vardır ( $p<0,05$ ). Karşılaştırma grubunun eğitim düzeyi hasta gruba göre daha yüksektir.

Katılımcıların %50,8'i çalışanlardan, %49,2'si ise çalışmayan kişilerden oluşmaktadır. Araştırma grubunun %82'si çalışmayan, %18'i çalışan kişilerden oluşurken; karşılaştırma grubunun %20'si çalışmayan, %80'i ise çalışan kişilerden oluşmaktadır. İki grup arasında çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılaşma vardır ( $p<0,05$ ). Katılımcılarla ilgili demografik özelliklerin ayrıntıları Tablo 2.1.'dedir.

**Tablo 2. 2 OKB Tanılı Katılımcıların DSM-IV'e Göre Aldıkları Ek Tanı Dağılımları**

| <b>DSM-IV TANILARI</b>                     | <b>N</b>  | <b>%</b>    |
|--|-----------|-------------|
| Siklotimik Bozukluk                        | 1         | 1,7         |
| Majör Depresif Bozukluk                    | 20        | 33,3        |
| Distimik Bozukluk                          | 1         | 1,7         |
| Sanrısız Bozukluk                          | 1         | 1,7         |
| Kısa Psikotik Bozukluk                     | 3         | 5,0         |
| Agorafobi ile Birlikte Anksiyete Bozukluğu | 1         | 1,7         |
| Özgül Fobi                                 | 1         | 1,7         |
| Yaygın Anksiyete Bozukluğu                 | 9         | 15,0        |
| Somatizasyon Bozukluğu                     | 5         | 8,3         |
| Hipokondriasis                             | 1         | 1,7         |
| Belirlenmemiş Uyum Bozukluğu               | 1         | 1,7         |
| <b>TOPLAM</b>                              | <b>44</b> | <b>73,3</b> |

Araştırma grubundaki katılımcıların 44'ü OKB dışında en az bir ek tanıya sahipken, 16 katılımcının DSM-IV'e göre OKB dışında başka bir tanısı yoktur. Katılımcılarda en fazla görülen ek tanı %33,3 oranıyla Majör Depresif Bozukluktur. Bunu ikinci sırada %15,0 oranıyla Yaygın Anksiyete Bozukluğu, üçüncü sırada %8,3 oranıyla Somatizasyon Bozukluğu, dördüncü sırada %5,0 oranıyla Kısa Psikotik Bozukluk ve beşinci sırada %1,7 oranlarıyla, Siklotimik Bozukluk, Distimik

Bozukluk, Sanrısız Bozukluk, Agorafobi ile Birlikte Anksiyete Bozukluğu, Özgül Fobi, Hipokondriazis ve Belirlenmemiş Uyum Bozukluğu izlemektedir (Tablo 2. 2).

**Tablo 2. 3 OKB Tanılı Katılımcıların En Belirgin Obsesyon ve Kompulsiyonlarına Göre Dağılımları**

| <b>OBSESYON VE KOMPULSİYONLAR</b> | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------|----------|----------|
| Saldırganlık                      | 3        | 5,0      |
| Kirlenme/Temizlik                 | 34       | 56,7     |
| Cinsellik                         | 1        | 1,7      |
| Dini                              | 6        | 10,0     |
| Kontrol                           | 8        | 13,3     |
| Sayma                             | 1        | 1,7      |
| Sıralama/Düzenleme                | 7        | 11,7     |

OKB tanılı katılımcılarda en fazla görülen obsesyon ve kompulsiyonlar sırasıyla %56,7 oranında Kirlenme/Temizlik, %13,3 oranında Kontrol, %11,7 oranında Sıralama/Düzenleme, %10,0 oranında Dini, %5,0 oranında Saldırganlık ve %1,7 oranlarıyla Sayma ve Cinsellik obsesyonlarıdır (Tablo 2. 3).



**Tablo 2. 4 OKB Tanılı Katılımcıların Hastalık Başlangıç Yaşına Göre Dağılımları**

| <b>YAŞ ARALIKLARI</b> | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-----------------------|----------|----------|
| 18 yaş ve öncesi      | 20       | 33,3     |
| 19 – 25               | 19       | 31,7     |
| 26 – 30               | 3        | 5,0      |
| 31 – 35               | 7        | 11,7     |
| 36 – 40               | 10       | 16,6     |
| 41 – 50               | 1        | 1,7      |

OKB başlangıç yaşı en erken 8, en geç ise 44'tür. 18 yaşından önce, hastalığın en sık başlangıç yaşı (n=4) 15'tir.

Hastalığın başlangıç yaşı, en sık %33,3 oranıyla 18 yaş ve öncesiye en az sıklıkta % 1,7 oranı ile 41-50 yaş aralığındadır (Tablo 2. 4).

**Tablo 2. 5 OKB Tanılı Katılımcıların Tedaviye Başvuru Zamanlarına Göre Dağılımları**

| <b>TEDAVİYE BAŞVURU ZAMANI</b> | <b>n</b>  | <b>%</b>  |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| İlk Defa Başvuran              | <b>24</b> | <b>40</b> |
| Daha Önce Başvuran             | <b>36</b> | <b>60</b> |

OKB tanılı katılımcıların %40'ı tedaviye ilk defa başvuran, %60'ı ise daha önce tedaviye başlamış olan kişilerden oluşmaktadır (Tablo 2. 5).

**Tablo 2. 6 OKB Tanılı, Daha Önce Tedaviye Başvuran Hastaların Tedavi Sürelerine (YIL) Göre Dağılımları**

| <b>TEDAVİ SÜRESİ</b> | <b>n</b> | <b>%</b> |
|----------------------|----------|----------|
| 1 - 5                | 27       | 75,0     |
| 6 -10                | 3        | 8,3      |
| 11 - 15              | 4        | 11,1     |
| 16 - 20              | 2        | 5,6      |

OKB tanılı katılımcılar en sık %75 oranla, 5 yıldır tedavi gören kişilerden oluşmaktadır (Tablo 2.6).

## **2.2 Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplamak amacıyla katılımcılara Kişisel Bilgi Formu, Obsesif Kompulsif Hastalık Öyküsü Değerlendirme Formu, DSM IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID I), Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği Kontrol Listesi, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Spielberger Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri, Kelime Listeleri Ses Kaydı, Tanıma testi ve Güven ölçeği uygulanmıştır.

### **2.2.1 Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından oluşturulan kişisel bilgi formu kullanılarak, katılımcılara ait temel demografik bilgiler elde edilmiştir. Bu formda katılımcının iletişim bilgileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim bilgileri, medeni durumunu belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. Kişisel bilgi formu Ek 1'dedir.

### **2.2.2 Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalık Öyküsü Değerlendirme Formu**

OKB tanılı hastaların hastalık öyküleri kişisel bilgi formu doldurulduktan sonra uygulama öncesinde katılımcılardan sözlü cevap alınarak araştırmacı tarafından kaydedilmiştir. Formda OKB başlangıç yaşı, hastalığın süresi, kişinin tedaviye başlangıç yaşı, tedavi süresi, tedavi türü, kişinin tedaviye devam durumu hakkında bilgi edinilmesini sağlayacak sorular bulunmaktadır. Obsesif Bozukluk Hastalık Öyküsü Değerlendirme Formu Ek 2'dedir.

### **2.2.3 DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)**

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) DSM-IV Eksen I tanılarının konulması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme formudur. 1997 yılında DSM III-R tanı ölçütlerine uyarlanan testin DSM IV tanı ölçütlerine göre yeniden gözden geçirilmesi ile Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulmuştur. Bir sosyodemografik veri kılavuzu ile başlamakta ve duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol ve madde ile ilgili bozukluklar, kaygı bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozuklukları olmak üzere yedi tanı grubunu kapsamaktadır. Klinik çalışmalarda tanıyı doğrulamak için standart görüşme olarak kullanılmaktadır. Ölçeğin puanlaması tanı ölçütlerinin varıldığı eşik şiddetini belirlemesine göre belirlenir. DSM-IV içinde yer alan bozuklukların kapsadıkları eşik şiddet ve belirti sayıları her bozukluk için Uygulama Kitapçığı'nda belirtilen yapınız/çıkınız yönergeleri çerçevesinde ele alınır ve tanı değerlendirmesi buna göre yapılır. Türkçe formunun güvenilirliğine bakıldığında, görüşmecilerin tüm tanılar için uyuma yüzdeleri %98,1 ve Kappa sayısı 0,86 olarak bulunmuştur. Tanı kategorileri için

Kappa sayıları 0,52 – 1.00 arasında değişmektedir ve istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir. Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil, Aydemir, Yıldız, Danacı ve Köroğlu (1999) tarafından yapılmıştır.

#### **2.2.4 Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOKDÖ)**

Obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiştir. Görüşmeci tarafından uygulanır. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır. Ama toplam puanın saptanması için yalnızca ilk 10 madde (madde1b ve 6b dışında) kullanılır. Maddelerden ilk 5'i obsesyonların şiddetini değerlendirmek için, 6-10 aralığındaki maddeler ise kompulsiyonların şiddetini değerlendirmek için kullanılır. On birinci madde ise hastanın iç görüşünü değerlendirmektedir. On ikinci madde kişilerin kaçınma davranışlarını, 13'üncü madde kişilerdeki kararsızlık düzeyini, 14'üncü madde sorumluluk duygusunu, 15'inci madde kişilerin hareketlerindeki yavaşlama düzeyini, 16'ıncı madde kişilerin belleklerine olan güvenlerini değerlendirmektedir. 17-19 maddeler ise uygulayıcı tarafından hastalığın şiddeti, iyileşme düzeyi ve testte verilen bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmeye yöneliktir. Her sorunun puanı 0–4 arasında değişmektedir. Türkçe için kesme puanı belirlenmemiştir, ölçek obsesyon ve kompulsiyon şiddetini belirleyen alt ölçeklerden elde edilen toplam puanlar kullanılarak karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılabilir. Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı birinci görüşme için 0,81, ikinci görüşme için 0,81 olarak bulunmuştur. Madde toplam korelasyon katsayıları ise birinci görüşmede 0,36-0,69 arasında, ikinci görüşmede ise 0,20-0,81 arasında değişmektedir. Değerlendirmeciler arası güvenilirlik katsayısı tüm ölçekte  $r=0,96$ , obsesyon alt ölçeği için  $r=0,94$ ,

kompulsiyon alt ölçeği için ise  $r=0,97$  olarak hesaplanmıştır. Türkçe formunun geçerliğini belirlemek amacıyla Leyton Kendini Değerlendirme Obsesif Kompulsif Ölçeği kullanılmıştır ve aralarındaki korelasyon  $r=0,54$  olarak elde edilmiştir. Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik güvenirlik çalışması Karamustafalıoğlu, Üçışık, Ulusoy ve Erkmen (1993) tarafından yapılmıştır. Y-BOKDÖ EK 3' te verilmiştir.

### **2.2.5 Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği Semptom Kontrol Listesi (Y-BOKDÖ Semptom Kontrol Listesi)**

Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği Semptom Kontrol Listesi, hastada var olan obsesif kompulsif semptomların türlerini saptamak amacıyla kullanılmaktadır. Listenin oluşabilmesi için hastanın o an var olan semptomlarını tanımlaması istenir. Kontrol listesi görüşmecinin hedef semptomları obsesyonlar ve kompulsiyonlar şeklinde gruplamasına yardımcı olmaktadır. Listenin Türkçe'ye uyarlama çalışması Karamustafalıoğlu, Üçışık, Ulusoy ve Erkmen (1993) tarafından yapılmıştır. Y-BOKDÖ Semptom Kontrol Listesi Ek 4'de verilmiştir.

### **2.2.6 Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)**

Kişilerin obsesif kompulsif belirtilerinin türünü ve yaygınlığını ölçmek üzere geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Hodgson ve Rachman (1977) tarafından geliştirilmiştir. Orijinal formu 30 maddeden oluşmaktadır ve form 'doğru-yanlış' şeklinde cevaplandırılacak ifadeleri içermektedir. Ölçek toplam 4 alt ölçek ve 37 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekler kontrol etme alt ölçeği 2, 6, 8, 14, 15, 20, 22, 26 ve 28. maddeleri; temizlik alt ölçeği 1, 4, 5, 9, 13, 17, 19, 21, 24, 26 ve 27. maddeleri; yavaşlık alt ölçeği 2, 4, 8, 16, 23 ve 29. maddeleri ve kuşku alt ölçeği 3, 7, 10, 11, 12, 18 ve 30. maddeleri içerir. Doğru yanıtı 1 puan, yanlış yanıtı 0 puandır. Toplam her maddenin puanı toplanarak elde edilir. En yüksek puan 37'dir.

Ölçeğin Türkçe formuna ruminasyon alt ölçeği eklenmiştir ve 2, 8, 31-37. maddelerden oluşmaktadır. Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı tüm ölçekler için 0,86, alt ölçeklere göre 0,61-0,65 arasında bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliğinde tüm ölçek için  $r=0,88$ , alt ölçekler için  $r=0,59-0,84$  arasında elde edilmiştir. Yapı geçerliği için faktör analizi uygulanmış ve dört faktör yerine üç faktör elde edilmiştir. Birinci faktörde temizlik-titizlik, ikinci faktörde obsesif düşünce ve üçüncü faktörde yavaşlık ve kontrol etme yer almaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun alt ölçekleri buna göre belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Erol ve Savaşır (1988) tarafından yapılmıştır. OKSL Ek 5'te verilmiştir.

### **2.2.7 Beck Depresyon Envanteri (BDE)**

Depresyonun duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel belirtilerini ölçmeye yönelik olarak 21 maddeden oluşan Beck (1961) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanı 17 olarak belirtilmiştir. Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur, yarıya bölme güvenilirliğinde,  $r=0,74$  olarak belirlenmiştir. Türkçe formunun geçerlik yönteminde, BDE ile birlikte MMPI ve depresyon alt ölçeği uygulanmıştır ve aralarındaki korelasyon  $r=0,50$  olarak elde edilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır.

### **2.2.8 Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ)**

Ölçek, Hamilton (1960) tarafından geliştirilmiştir. Hastada depresyonun düzeyini ölçer. Klinisyen tarafından uygulanır. Uygulayıcının psikopatoloji bilmesi gerekmektedir. Ölçek 17 sorudan oluşmaktadır. 0-4 arasında puanlar almak söz

konusudur. Testten en yüksek 51 puan alınır. 14 puan ve üzeri depresyona işaret etmektedir. Türkçe formunun güvenilirliği çalışmasında test-tekrar test korelasyonu 0,85 olarak belirlenmiştir. İç tutarlık çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,75, Spearman-Brown güvenirlik katsayısı 0,76 olarak bulunmuştur. Derecelendiriciler arası güvenirlik katsayıları 0,87 ile 0,98 değerleri arasında bulgulanmıştır. Türkçe formunun geçerliğinin belirlenebilmesi için BDE ile korelasyon katsayısı 0,48 olarak bulgulanmıştır. Ölçeğe uygulanan temel bileşenler analizine göre altı faktör belirlenmiştir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır. HDDÖ Ek 7’de verilmiştir.

### **2.2.9 Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri (SDKE) / Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri (SSKE)**

Orijinali Spielberger ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiştir. ve Türkçeye uyarlama güvenirlik ve geçerlik çalışmaları Öner (1978) tarafından yapılan Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri 20’şer maddeden oluşan iki ayrı ölçektir. SDKÖ ve SSKÖ, 1 saat, 20 gün ve 104 gün arayla, 197 üniversite öğrencisine uygulanmıştır. Güvenilirliğin belirlenmesi için yapılan analizde, Test-tekrar test değişmezlik katsayıları, Peorson Momentler Çarpımı korelasyonu ile hesaplanarak SSKÖ için 0,73 ile 0,86, SDKÖ için 0,16-0,54 arasında bulunmuştur. Kuder Richardson güvenirliği SDKÖ için 0,83 ile 0,92, SSKÖ için 0,86 ve 0,92 arasında bulunmuştur. Geçerliğin belirlenmesi için yapılan analizde, SSKÖ ile IPAT Kaygı Ölçeği, Taylor Açık Kaygı Ölçeği ve Duygu Sıfat Listesi uygulanarak ölçekler arası korelasyonlar hesaplanmıştır. SSKÖ ile diğer kaygı ölçekleri arasındaki korelasyon katsatıları hasta grubu için 0,77 ile 0,84 arasında değişirken, sağlıklı grupta 0,52 ile 0,80 arasında değişme göstermiştir. SDKÖ, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. SSKÖ ise bireyin içinde bulunduğu

durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler. Hem SDKÖ hem de SSKÖ'de doğrudan (düz) ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. SDKÖ'de 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20) tersine çevrilmiş ifade varken, SSKÖ'de 7 tane (21, 26, 27, 30, 33 ve 39.) tersine çevrilmiş ifade vardır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte (1982) tarafından yapılmıştır. SDKE Ek 8'de, SSKE Ek 9'da verilmiştir.

### **2.2.10 Çalışma Listeleri Ses Kaydı**

Bu çalışmada uygulanan hatırlama ve tanıma testlerinin materyali olarak Göz'ün (2005) kullanmış olduğu altı yaygın kelime listesi kullanılmıştır. Göz (2005) söz konusu listeleri *Yazılı Türkçe'nin Kelime Sıklığı Sözlüğü*'nden (Göz, 2003) seçtiği 'yaygın' kelimelerden oluşturmuştur. Literatürde bir milyon kelimedede 100 ve daha fazla sıklıkta kullanılan kelimeler 'yaygın', 10 ve daha az sıklıkta kullanılan kelimeler ise 'nadir' olarak nitelendirilmektedir (Roediger ve McDermott, 1995). 'Yaygın' kelimeler kullanılarak katılımcıların anlamını bilmedikleri kelimelerle karşılaşmaları olasılığı önlenmiştir. Kelime listeleri, Roediger ve McDermott'un (1995) yönteminde olduğu gibi 6 hedef kelimenin (*para, yemek, araba, devlet, okul, zaman*) her birisi ile ilişkili 11'er kelimelik çalışma listelerinden oluşturulmuştur. Altı hedef kelimenin her birisinin kullanım sıklığı, kendilerine ait liste



kelimelerinden daha yüksektir. Ayrıca, altı çalışma listesinde yer alan kelimelerin kullanım sıklığı, listenin ilk kelimesinden son kelimesine doğru gittikçe azalmıştır; yani sıklığı en yüksek kelime listenin en başında, en düşük olanı ise listenin en sonunda yer almıştır. Söz konusu altı kelime listesi araştırmacı tarafından birer saniye aralıklarla seslendirilmiş ve ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Ses kayıtları oluşturulurken kelimeler anlaşılır, monoton bir ses tonuyla ve aynı hızda ve aralıkta, Türkçe telaffuza özen gösterilerek okunmuştur. Kayıt işlemi tamamlandıktan sonra söz konusu kayıtların anlaşılır olup olmadığı bağımsız kişilere dinletilerek denetlenmiştir.

Katılımcılara liste kelimeleri dinletilmeden önce açıklama yapılmış ve açıklamayı tam olarak anladıklarından emin olunduktan sonra EK 12'de verilen forma açıklandığı şekilde akıllarında kalan kelimeleri yazmaları istenmiştir. Ardından katılımcılara her bir liste kelimeleri tek tek dinletilmiş, her listenin dinletilme işlemi bittikten sonra katılımcının yazma işlemini bitirmesi beklenmiştir. Yazma işleminin tamamlanmasının ardından yeterli süre tamamlandıktan sonra diğer listeye geçilmiştir. Altı kelime listesine ait ses kayıtları katılımcılara bu şekilde dinletilmiştir. Çalışma listeleri Ek 10'da verilmiştir.

### **2.2.11 Tanıma Testi**

Bu testte kullanılan kelimeler Göz'ün (2005) tanıma testinde kullandığı tanıma testiyle aynıdır. Söz konusu test şu 54 kelimedenden oluşmuştur:

Her bir çalışma listesinin bağlı olduğu ve listede sunulmamış olan 6 kritik *hedef* kelime,

Her bir çalışma listesinden farklı sıralarda olmak üzere ikişer *çalışılmış* kelime (toplam 12 kelime),

Her bir çalışma listesinden farklı sıralarda olmak üzere ikişer çalışılmış kelimenin *anlamsal benzeri* (toplam 12 kelime),

Her bir çalışma listesinden farklı sıralarda olmak üzere ikişer çalışılmış kelimenin *fiziksel benzeri* (toplam 12 kelime),

Altı çalışma listesindeki kelimelerin tamamıyla anlamca ve fiziksel olarak *ilişkisiz* ikişer kelime (toplam 12 kelime),

Toplam 54 kelime seçkisiz şekilde kura yöntemiyle sıralanarak tanıma testi oluşturulmuştur.

Söz konusu 54 kelimenin her birisinin yanına dört dereceli birer güven ölçeği konulmuştur. Bu güven ölçeğinde 1 = “duymadığıma eminim”, 2 = “muhtemelen duymadım”, 3 = “muhtemelen duydum”, 4 = “duyduğuma eminim”, anlamına gelmiştir.

Tanıma testi katılımcıların “hatırlama” görevini tamamlamalarının ardından uygulanmaktadır. Tanıma testinin uygulanması, katılımcının kendisine verilen testteki kelimelerin az önce dinlemiş olduğu kelimelerden olup olmadığına ne derece emin olduğunu işaretlemesi işlemi kapsamaktadır. Tanıma testine başlanmadan önce katılımcıya test yönergesi araştırmacı tarafından okunur. Ardından katılımcı yönergede belirtildiği şekilde bireysel olarak tanıma testini doldurur. Tanıma testi Ek 11’de verilmiştir.

### **2.2.12 Üst Bellek Performansı**

Tanıma testinin bitiminde “Sizce bu testte genel olarak yüzde kaç doğru tahminde buldunuz?” sorusu sorularak kişilerin tanıma performansları hakkındaki tahminleri (üst bellek performansları) belirlenmiştir.

Katılımcılardan alınan yanıtlar, kişinin gerçek tanıma performansı ile kendi performansına olan güveni arasındaki ilişkinin derecesinin belirlenebilmesi için kullanılmıştır.

### **2.3 İşlem**

Bu araştırmaya ait uygulamalar Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikoloji test odasında araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Test odası 3 x 5 metre boyutlarında ve ses yalıtımlıdır. Katılımcı, yaklaşık bir metre mesafede araştırmacı ile karşılıklı oturmuştur. Ses düzeneği, katılımcının kelime listelerini en iyi şekilde duymasını sağlayacak şekilde yerleştirilmiş ve uygulamadan önce bağımsız kişilerce test edilmiştir.

Uygulamalar bireysel olarak yapılmıştır. Uygulama süreleri araştırma grubunda ve karşılaştırma grubunda farklı olmuştur. Araştırma grubunda uygulama her bir katılımcı için (yaş, eğitim gibi faktörlere bağlı olarak) 2 saat ile 2.5 saat arasında, kontrol grubunda ise 1.5 saat ile 2 saat arasında sürmüştür.

Araştırmada yer alacak katılımcıların belirlenmesi amacıyla ilk olarak bireylere, bilgilendirilme ve onay formu okutulmuştur. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişilerin imzalı onayları alınmış ve araştırmaya dahil edilmişlerdir. Karşılaştırma grubu için bilgilendirme ve onay formu Ek 13’de, araştırma grubu için bilgilendirme ve onay formu Ek 14’te verilmiştir.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişilere ilk olarak SCID I uygulanmıştır. Ardından hasta ile görüşme yapılarak uygulayıcı tarafından Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği ve Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği Semptom Kontrol

Listesi doldurulmuştur. Karşılaştırma grubuna bu ölçeklerden sadece Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.

Daha sonra bellek testi aşamasına geçilmiş ve katılımcıya, daha önce bir kâğıda yazılmış olan aşağıdaki yönerge sesli olarak okunmuştur:

“Biraz sonra size ayrı ayrı 6 farklı kelime listesi dinleteceğim. Sizden istediğim her bir kelime listesini dikkatle dinlemeniz ve mümkün olduğunca çok kelimeyi aklınızda tutmanızdır. Kelime listesinin okunması bittikten sonra en son duyduğunuz birkaç kelimeyi ilk önce yazın; daha sonra aklınızda kalan diğer liste kelimelerini önünüzdeki kâğıda istediğiniz sırayla yazın. Kelime listesini dinlerken ve aklınızda kalanları yazarken soru sormamanız gerekiyor, bu yüzden, eğer sormak istediğiniz bir soru olursa lütfen kelime listesi okunmaya başlamadan önce sorun. Aklınızda kalan kelimeleri yazarken sadece duyduğunuzdan emin olduğunuz kelimeleri yazın. Bu şekilde toplam altı kelime listesi çalışacağız. Her yeni listeye geçerken ben size yeni bir listenin başlayacağını haber vereceğim. Sorunuz varsa şimdi sorun. Sorunuz yoksa ve dinlemeye hazırsanız başlıyoruz.”

Sorusu olan katılımcıların soruları cevaplandıktan sonra her bir listeye ait ses kayıtları sırasıyla dinletilmiştir. 6 farklı kelime listesi sıra etkisini ortadan kaldırmak amacıyla karşıt yönde dengeleme yöntemi kullanılarak her katılımcıya farklı sıralarda dinletilmiştir. Her bir listenin okunması bittikten sonra katılımcının yazması için yaklaşık üç dakika beklenmiştir. Yazma işlemi için kullanılan form Ek 12’de verilmiştir. Yazma işlemi bittikten sonra ve diğer listeye geçilmeden önce, katılımcıdan sesli olarak 100’den başlayarak yedişer yedişer geriye doğru sayması istenmiş ve toplam altı liste bu şekilde dinletildikten ve hatırlanan liste kelimeleri yazıldıktan sonra katılımcının bir defa daha 100’den geriye yedişer yedişer sesli

olarak sayması istenmiştir. Çelici bir görev olan sayma işleminin amacı bir önceki listenin unutulmasını sağlayarak liste kelimelerinin karışmasını önlemek olduğu için, katılımcının kaçta kaç kadar sayabildiği önemli olmaksızın, üç dakikalık sürenin sonunda tanıma testi aşamasına geçilmiştir. Daha sonra katılımcı kişisel bilgi formunu doldurmuştur. Kişisel bilgi formunun doldurulması için gerekli sürenin de eklenmesiyle, hatırlama testi ile tanıma testinin arasında yaklaşık 15 dakikalık bir zaman geçmiş oldu. Daha sonra tanıma testinin uygulanmasına geçilmiştir.

Tanıma testinin uygulanmasına geçmeden önce araştırmacı, şu tanıma testi yönergesini elindeki yazılı metinden sesli olarak okumuştur:

“Bu formda yazan kelimelerin bazıları dinlediğiniz altı listedeki eski kelimelerdir; bazıları ise o altı listenin hiçbirisinde duymadığınız yeni kelimelerdir. Yapmanızı istediğim şey şudur: Her bir kelimeyi dikkatle inceledikten sonra, bu kelimenin listelerde duyduğunuz kelimelerden birisi olup olmadığına karar vereceksiniz. Ayrıca, bu kararınızdan ne kadar emin olduğunuzu, o kelimenin yanındaki ölçek üzerinde işaretleyeceksiniz. Eğer bu kelimeyi duymadığınıza eminseniz 1’i, duymadığınızı düşünüyor ama bundan tam emin değilseniz 2’yi, duyduğunuzu düşünüyor ama bundan tam emin değilseniz 3’ü, duyduğunuzdan eminseniz 4’ü işaretleyiniz. Ölçekleri bu şekilde sırayla doldurun ve lütfen boş bırakmayın; yani hepsini doldurun”.

Tanıma testinin doldurulması tamamlandıktan sonra, üst bellek performansını değerlendirmek amacıyla katılımcılara: “Sizce bu tanıma testindeki kelimelerin yüzde kaçını doğru olarak tahmin ettiniz?” sorusu sorulmuş ve katılımcının tahmini kaydedilmiştir.

Bu soru sorulduktan sonra araştırmacının gözetiminde katılımcı tarafından sırasıyla Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Beck Depresyon Ölçeği, Maudsley Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği doldurulmuştur.

### 3. BÖLÜM

#### BULGULAR

**Tablo 3.1 OKB Tanılı Katılımcılar ve Sağlıklı Katılımcıların Liste Kelimelerini Hatırlama Performanslarının Bağımsız Gruplar t Testiyle Karşılaştırılması**

| Alınabilecek En Yüksek Ortalama Puan | OKB Tanılı Katılımcılar |      | Sağlıklı Katılımcılar |      | df  | t    | p      |
|--------------------------------------|-------------------------|------|-----------------------|------|-----|------|--------|
|                                      | Ort.                    | SS   | Ort.                  | SS   |     |      |        |
| 66                                   | 32.52                   | 9.63 | 37.22                 | 7.26 | 118 | 3.02 | *0.003 |

\* p< 0,05

Sağlıklı katılımcıların liste kelimelerini hatırlama performansı puanları (ort.=37,22, ss=7,26), OKB tanılı katılımcıların liste kelimelerini hatırlama performansı puanlarından (ort.=32,52, ss=9,63) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $t_{(118)}=3,02$ ,  $p<0,05$ ).

**Tablo 3.2 OKB Tanılı Katılımcılar ve Sağlıklı Katılımcıların Hedef Kelimeleri Hatırlama (Yanılğı) Performanslarının Bağımsız Gruplar t Testiyle Karşılaştırılması**

| Alınabilecek En Yüksek Ortalama Puan | OKB Tanılı Katılımcılar |      | Sağlıklı Katılımcılar |      | df  | t    | p    |
|--------------------------------------|-------------------------|------|-----------------------|------|-----|------|------|
|                                      | Ort.                    | SS   | Ort.                  | SS   |     |      |      |
| 6                                    | 0.98                    | 1.05 | 1.42                  | 1.34 | 118 | 1.97 | 0.05 |

OKB tanılı katılımcıların hedef kelimeleri hatırlama (yanılğı) performansı puanları (ort.=0,98, ss=1,05) ile sağlıklı katılımcıların hedef kelimeleri hatırlama

(yanılgı) performansı puanları (ort.=1,42, ss=1,34) arasında marjinal düzeyde bir farklılaşma bulunmuştur (p=0,05).

**Tablo 3.3 OKB Tanılı Katılımcılar ve Sağlıklı Katılımcıların Liste Kelimelerine Güven Derecesi Performanslarının Bağımsız Gruplar t Testiyle Karşılaştırılması**

| Alınabilecek En Yüksek Ortalama Puan | OKB Tanılı Katılımcılar |      | Sağlıklı Katılımcılar |      | df  | t    | p    |
|--------------------------------------|-------------------------|------|-----------------------|------|-----|------|------|
|                                      | Ort.                    | SS   | Ort.                  | SS   |     |      |      |
| 4                                    | 3,09                    | 0,59 | 3,27                  | 0,46 | 118 | 1.88 | 0.06 |

OKB tanılı katılımcıların liste kelimelerine güven derecesi performansı puanları (ort.=3,09, ss=0,59) ile sağlıklı katılımcıların liste kelimelerine güven derecesi performansı puanları (ort.=3,27, ss=0,46) arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır (p>0,05).

**Tablo 3.4 OKB Tanılı Katılımcılar ve Sağlıklı Katılımcıların Hedef Kelimelere Güven Derecesi Performanslarının Bağımsız Gruplar t Testiyle Karşılaştırılması**

| Alınabilecek En Yüksek Ortalama Puan | OKB Tanılı Katılımcılar |      | Sağlıklı Katılımcılar |      | df  | t    | p     |
|--------------------------------------|-------------------------|------|-----------------------|------|-----|------|-------|
|                                      | Ort                     | SS   | Ort .                 | SS   |     |      |       |
| 4                                    | 1,92                    | 0,43 | 2,66                  | 0,46 | 118 | 9,06 | *0,00 |

\* p< 0,05

OKB tanılı katılımcıların hedef kelimelere güven derecesi performansı puanları (ort.=1,92, ss=0,43), sağlıklı katılımcıların hedef kelimelere güven derecesi performansı puanlarından (ort.=2,66, ss=0,46) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $t_{(118)}=9,06$ , p<0,05).



**Tablo 3.5 OKB Tanılı Katılımcılar ve Sağlıklı Katılımcıların Üst Bellek Performanslarının Bağımsız Gruplar t Testiyle Karşılaştırılması**

| OKB Grubu |       | Kontrol Grubu |       | df  | t    | p     |
|-----------|-------|---------------|-------|-----|------|-------|
| Ort.      | SS    | Ort.          | SS    |     |      |       |
| 56.05     | 28.30 | 70.50         | 16.76 | 118 | 3.40 | *0.00 |

\* p< 0,05

Katılımcıların en son ölçülen performansı olan “Tanıma testindeki seçeneklerin % kaçını doğru olarak bildiğinizi tahmin ediyorsunuz?” üst bellek sorusuna verdikleri cevaplarda da, sağlıklı katılımcıların üst bellek performansı puanları (ort.=56,05, ss=28,30), OKB tanısı alan katılımcıların üst bellek performansı puanlarından (ort.=70,50, ss=16,76) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $t_{(118)}=3,40$ ,  $p<0,05$ ).

**Tablo 3.6 OKB Tanılı Katılımcıların, OKB Alt Tanı Türlerine Göre Hedef Kelimeleri Hatırlama (yanılgı) Performanslarının Kuruskal Wallis Testi Sonucu**

| OKB alt tanı türleri | n  | Sıra Ort. | SS   | X <sup>2</sup> | df | p    |
|----------------------|----|-----------|------|----------------|----|------|
| Temizlik             | 34 | 31,51     | 1,16 |                |    |      |
| Kontrol              | 8  | 26,38     | 0,5  |                |    |      |
| Diğerleri            | 18 | 30,42     | 0,9  |                |    |      |
| Toplam               | 60 |           | 1,09 | 0,65           | 2  | 0,73 |

OKB tanılı katılımcılar, OKB alt türlerine göre yanılgı düzeyi yönünden anlamlı bir farklılaşma göstermemiştir [ $X^2(2)=0,64$ ,  $p>0,05$ ]. Alt tanı gruplarının sıra

ortalamaları dikkate alındığında, en fazla yanlış temizlik kompulsiyonu alt tanısına sahip hastalarda görülmektedir.

**Tablo 3.7 OKB Tanılı Katılımcılar ve Sağlıklı Katılımcıların Hedef Kelimeleri Hatırlama (yanılgı) Performansları ile BDÖ'den Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyon**

| OKB tanılı katılımcılar |      |      | Sağlıklı katılımcılar |      |      |
|-------------------------|------|------|-----------------------|------|------|
| n                       | r    | p    | n                     | r    | p    |
| 60                      | 0,06 | 0,64 | 60                    | 0,17 | 0,18 |

OKB tanılı katılımcıların BDÖ'den aldıkları puanlar ile yani depresyon düzeyleri ile hedef kelimeleri hatırlama (yanılgı) performansları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir; ancak bu ilişki anlamlı düzeyde değildir ( $r=0,06$ ,  $p>0,05$ ). Benzer şekilde sağlıklı katılımcıların BDÖ'den aldıkları puanlar ile yani depresyon düzeyleri ile hedef kelimeleri hatırlama (yanılgı) performansları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir; ancak bu ilişki anlamlı düzeyde değildir ( $r=0,17$ ,  $p>0,05$ ). Buna göre depresyon düzeyinin artması hem OKB tanılı grupta hem de sağlıklı grupta hedef kelimeleri hatırlama (yanılgı) düzeyini anlamlı derecede etkilememiştir.

**Tablo 3.8 OKB Tanılı Katılımcılar ve Sağlıklı Katılımcıların Liste Kelimelerini Hatırlama Performansları ile BDÖ'den Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyon**

| OKB Tanılı Katılımcılar |       |       | Sağlıklı Katılımcılar |       |        |
|-------------------------|-------|-------|-----------------------|-------|--------|
| n                       | r     | p     | n                     | r     | p      |
| 60                      | -0,36 | *0,00 | 60                    | -0,28 | * 0,02 |

\* p<0,05

OKB tanılı katılımcıların BDÖ'den aldıkları puanlar yani depresyon düzeyleri ile liste kelimelerini hatırlama performansları arasında negatif yönde, anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (r=-0,36, p<0,05). Benzer şekilde sağlıklı katılımcılarda da depresyon düzeyi ile liste kelimelerini hatırlama düzeyi arasında negatif yönde, anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (r=-0,28, p<0,05). Buna göre depresyon düzeyi arttıkça hem OKB tanılı katılımcılarda hem de sağlıklı katılımcılarda liste kelimelerini hatırlama performansı düşmüştür.

**Tablo 3.9 OKB tanılı katılımcılar ve Sağlıklı katılımcıların Liste Kelimelerine Güven Derecesi Performansları ile BDÖ'den Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyon**

| OKB tanılı katılımcılar |       |      | Sağlıklı katılımcılar |       |      |
|-------------------------|-------|------|-----------------------|-------|------|
| n                       | r     | p    | n                     | r     | p    |
| 6                       | -0,24 | 0,06 | 60                    | -0,13 | 0,31 |

OKB tanılı katılımcıların BDÖ'den aldıkları puanlar ile yani depresyon düzeyleri ile liste kelimelerine güven derecesi performansları arasında negatif yönde

bir ilişki olduğu görülmektedir; ancak bu ilişki anlamlı düzeyde değildir ( $r=-0,24$ ,  $p>0,05$ ). Benzer şekilde sağlıklı katılımcıların BDÖ'den aldıkları puanlar ile yani depresyon düzeyleri ile liste kelimelerine güven derecesi performansları arasında negatif derecede bir ilişki olduğu görülmektedir ancak bu ilişki anlamlı düzeyde değildir ( $r=-0,13$ ,  $p>0,05$ ). Buna göre depresyon düzeyinin artması hem OKB tanılı grupta hem de sağlıklı grupta liste kelimelerine güven derecesini anlamlı derecede etkilememiştir.

**Tablo 3.10 OKB Tanılı Katılımcıların *Liste Kelimelerini Hatırlama* Performansları ile Y-BOKDÖ'dan Aldıkları puan arasındaki Korelasyon**

| OKB tanılı katılımcılar |       |      |
|-------------------------|-------|------|
| n                       | r     | p    |
| 60                      | -0,20 | 0,12 |

OKB tanılı katılımcıların liste kelimelerini hatırlama performansları ile Y-BOKDÖ'dan aldıkları puan yani OKB şiddeti arasında negatif yönde bir ilişki vardır; ancak bu ilişki anlamlı düzeyde değildir ( $r=-0,20$ ,  $p>0,05$ ). Buna göre OKB'nin şiddeti ile liste kelimelerini hatırlama performansı arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

**Tablo 3.11 OKB Tanılı Katılımcıların *Hedef Kelimeleri Hatırlama (yanılgı)* Performansları ile Y-BOKDÖ'dan Aldıkları Puan Arasındaki Korelasyon**

| OKB tanılı katılımcılar |      |     |
|-------------------------|------|-----|
| n                       | r    | p   |
| 60                      | 0,13 | 0,9 |

OKB tanımlı katılımcıların hedef kelimeleri hatırlama (yanılgı) performansları ile Y-BOKDÖ'dan aldıkları puan yani OKB şiddeti arasında pozitif yönde bir ilişki vardır; ancak bu ilişki anlamlı düzeyde değildir ( $r=0,13$ ,  $p>0,05$ ). Buna göre OKB'nin şiddeti ile hedef kelimeleri hatırlama (yanılgı) performansı arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

**Tablo 3.12 OKB tanımlı katılımcıların *Liste Kelimelerine Güven Derecesi* Performansları ile Y-BOKDÖ'dan Aldıkları Puan Arasındaki Korelasyon**

| OKB tanımlı katılımcılar |      |      |
|--------------------------|------|------|
| n                        | r    | p    |
| 60                       | -0,4 | 0,76 |

OKB tanımlı katılımcıların liste kelimelerine güven derecesi performansları ile Y-BOKDÖ'den aldıkları puanlar yani OKB şiddeti arasında negatif yönde bir ilişki vardır; ancak bu ilişki anlamlı düzeyde değildir ( $r=-0,4$ ,  $p>0,05$ ). Buna göre OKB'nin şiddeti ile liste kelimelerine güven derecesi performansı arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

## 4. BÖLÜM

### TARTIŞMA

Hatırlanacağı gibi “Amaç” bölümünde araştırmanın amacı, “OKB hastalarında gözlenen yanılığın temelindeki bellek süreçlerinin sağlıklı popülasyonun bellek yanılıklarını yöneten süreçlerle aynı olup olmadığını araştırmaktır” ifadesi kullanılmıştı ve bu konuda bilgi edinmek için, literatürde sağlıklı popülasyonun bellek yanılıklarını araştırmak için yaygın şekilde kullanılmakta olan DRM paradigması kullanılmıştır. Söz konusu paradigma aynı zamanda hem bellek kaydı hem yanılığın performansı ve hem de üst bellek performansı hakkında bilgi edinmeye elverişli bir paradigmadır. Bu nedenle söz konusu paradigma ile OKB tanılı hastalarından ve sağlıklı popülasyondan elde edilecek olan örüntüler karşılaştırılarak, her iki örneklemin bellek yanılıklarını yöneten süreçlerin aynı olup olmadığı hususunda bilgi edinilmesi amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda uygulanmış olan söz konusu paradigma, araştırmanın amacı açısından önemli görülen başlıca bulgular açısından, şöyle bir bellek ve bellek yanılığının örüntüsü ortaya koymuştur:

Liste kelimelerinin *hatırlanma düzeyi* açısından araştırma grubu, karşılaştırma grubunun gerisinde kalmıştır; yani sağlıklı örneklem OKB tanısı alan örneklemden daha fazla liste kelimesi hatırlamıştır. Amaç bölümünde de belirtildiği gibi, serbest hatırlama tekniğiyle ölçülmüş olan bu hatırlama performansı, belleğin kayıt yeteneğini ölçmektedir; dolayısıyla bu noktada hemen belirtmek gerekir ki böyle bir bulgu, OKB tanısı alan hastaların bellek kaydının, sağlıklı örneklemin bellek kaydından daha zayıf olduğu anlamına gelmektedir.

Liste kelimelerinin kendisiyle kuvvetli bir ilişki içinde olduğu ama listede yer almayan hedef kelimelerinin hatırlama düzeyinin, aynı zamanda yanlış düzeyinin bir göstergesi olduğu bir defa daha hatırlanmalıdır. İşte bu ölçütle *yanlış düzeyinin* her iki gruptaki sonuçlarına bakıldığı zaman, araştırma grubunun yanlış düzeyi, karşılaştırma grubunun yanlış düzeyinden daha düşüktür.

Kısacası, OKB hastalarından oluşan katılımcıların bellek performansı ve yanlış oranları, sağlıklı kontrol grubunun bellek performansı ile yanlış oranlarından düşük çıkmıştır. Bir başka ifadeyle, OKB tanısı alan hastalar hem daha az hatırlamış hem de daha az yanlışlardır. Aynı fark, hedef kelimelere duyulan güven derecesi açısından da ortaya çıkmıştır; araştırma grubu, yanlışlıkla hatırladığı hedef kelimeleri listede gördüğüne daha az güvenmiştir. Sonuç olarak, tanıma testinde karşısına çıkan kelimelerin % kaçını doğru teşhis ettiğine dair yapılan tahminde de araştırma grubu karşılaştırma grubunun gerisinde kalmıştır. İki grup arasında fark çıkmayan tek performans, çalışılmış liste kelimelerine duydukları güven derecesi olmuştur.

Böyle bir bulgular tablosunun, araştırma grubu ile karşılaştırma grubunun yanlış süreçleri arasında fark olmadığı anlamına geldiği söylenebilir. Çünkü bu sonuçlara göre DRM paradigmasıyla karşılaştırma grubundan elde edilen bulgular, araştırma grubundan da elde edilmiştir; bir farkla ki araştırma grubunun performansı daha düşük çıkmıştır. Ama araştırma grubunun hem liste kelimelerini hatırlama hem de hedef kelimeleri hatırlama (yanlış) performansının bu şekilde daha düşük olması, araştırma grubu ile karşılaştırma grubunun bellek süreçlerinin farklı olduğu anlama gelmez, çünkü performansın düzeyi düşüktür ama örüntüsü (pattern) aynıdır: Her iki grup da anlamca birbiriyle yakından ilişkili bir grup kelime ile bu kelimelerin kendileriyle kuvvetli bir anlamsal bağlantısı olan ve listede sunulmamış olan bir

başka kelime (hedef - tuzak - lure) arasında anlamsal bağlantı kurmuş, hatırlama esnasında ise o kelime de listede sunulmuş gibi hatırlanmıştır. Aralarındaki fark, sadece performans farkıdır. Bu yüzden bu hatırlama performansının OKB tanılı grupta daha düşük olması, başka faktörlerin etkisiyle açıklanmalıdır ve zaten literatürde bu yönde bulgu ve görüşler vardır.

Literatürdeki söz konusu araştırmalardan ilkinde göre, OKB tanılı grubun anlamsal (semantic) organizasyon yeteneği düşük olduğu için bellek performansı da düşmektedir.

Örneğin, Deckersbach ve arkadaşları (2000) hem sözel hem de sözel olmayan bellek performansını değerlendirdikleri araştırmalarında, OKB tanılı grubun performansının, normal kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Araştırmacılar bu zayıflığın nedeni olarak OKB tanılı grubun anlamsal (semantic) organizasyon yeteneğinin zayıf olmasını göstermişlerdir. Örneğin katılımcılar kendilerine verilen bir kelime listesinde dağınık durumda bulunan *elma, portakal, üzüm* gibi kelimeleri, hatırlama esnasında gruplayarak birlikte hatırlayamamışlardır; oysa bu anlamsal organizasyon özelliği klasik bir bulgudur ve belleğin temel bir kodlama ve hatırlama stratejisidir (Jenkins ve Russel, 1952). Uyarımın etkili şekilde organize edilememesi bellekten geri getirmeyi zorlaştırıyor ve nihayet bu geri getirme zayıflığı kontrol (checking) kompulsiyonuna yol açıyor olabilir. Cabrera, McNally ve Savage, (2001) daha farklı bulgular elde ettikleri hâlde, Deckersbach ve arkadaşları'nın (2000) yaptıkları bu yoruma yakın bir yorum yapmışlardır. Söz konusu araştırmada OKB tanılı katılımcıların sözcük öğrenmede başarısız olduğu bulunmuştur ve bunun nedeni olarak sözcükler arasındaki anlamsal (semantic) ilişkinin keşfedilememesi gösterilmiştir. Ancak aynı araştırmada OKB tanısı alan



kişilerin güven düzeyi ile normal kontrol grubunun güven düzeyi arasında fark bulunmamıştır. Yani, semantik organizasyon zayıflığının neden olduğu düşük performans, bir güven kusuru doğurmamış görünmektedir.

Yukarıdaki iki araştırmada olduğu gibi OKB tanısı alan katılımcıların sözel materyalden anlam çıkarmada ve anlamsal organizasyon yapmada zayıf olduklarını savunan araştırmalardan birisi de Exner ve arkadaşlarıdır (2009). Söz konusu araştırma ayrıca, OKB tanılıların semantik bellek içeriğine hızlı ulaşamadıkları sonucuna varmıştır.

Yani yukarıdaki araştırmalar, OKB tanılı alan katılımcıların bellek performansı ile yanılğı oranının zayıf olmasında etkili olabileceği düşünülen bir faktör üzerinde (anlamsal organizasyon kusuru konusunda) uyumlu görünmektedirler. Bu şekilde mevcut araştırmanın bulgularını, süreçlerdeki farklılığa başvurmadan açıklamaya katkıda bulunabilecek başka faktörler öne süren araştırmalardan söz etmek uygun olacaktır. Süreç farklılığına başvurmaksızın, OKB tanılı katılımcıların performans zayıflığını açıklamada başvurulan bu faktörlerden birisi, OKB tanısı alan kişilerin kendi belleği hakkındaki olumsuz kanaatidir. Üst bellek adı verilen bu durumun, OKB tanısı alan kişilerin performansını performansını düşürdüğü öne sürülmüştür. Örneğin, Tuna, Tekcan ve Topçuoğlu (2005) yaptıkları araştırmada OKB tanısı alan katılımcıların hem hatırlama hem de tanıma performanslarının sağlıklı katılımcıların performansından düşük olduğunu bulmuşlardır. Ama aynı araştırmacılar ayrıca bulmuşlardır ki, OKB tanılı grubun Bilme Hissi (*Feeling of Knowing; FOK*) puanı da sağlıklı katılımcıların puanından düşüktür. Yani OKB tanılı katılımcılar hatırlayamadıkları kelimeleri, kendilerine verilecek olan tanıma testinde tanıyabileceklerine dair kontrol grubundan daha zayıf

bir güven göstermiştir. Üstelik, OKB'nin şiddeti arttıkça FOK puanının düştüğü bulgusuna dayanarak, OKB'nin bir üst bellek sorunu olabileceğine işaret etmiştir. Söz konusu araştırma bulgularına göre OKB tanılı grupta hem bellek kusuru hem de üst bellek kusuru vardır ve OKB tanısı alan kişilerin bellek performansının ve güveninin düşük olmasının nedeni, üst bellek sorunudur; yani kendi belleği hakkındaki olumsuz (güvensiz ) kanaatidir.

Aynı yöndeki bir başka bulgu Klumpp, Amir, Sarah ve Garfinkel'e (2009) aittir. OKB tanılı grupta bellek yanılgılarını çalışan çok az sayıdaki araştırmalardan birisi olan Klumpp ve arkadaşları (2009), katılımcılara önce kısa bir senaryo okutmuşlar sonra bir tanıma testi vermişlerdir. Tanıma testindeki kelimelerden bazıları hikâyedeki bazı kelimelerle eş anlamlıdır ama senaryoda yoktur. İşte katılımcıların bu kelimeleri senaryoda gördüklerini söylemeleri, bellek yanılgısı olarak kabul edilmiştir. Araştırmacılar Hatırlama / Bilme (*Remember / Know*) paradigması kullanmışlardır (Remember: "Gördüğümü canlı şekilde hatırlıyorum"; Know: "Gördüğümü biliyorum ama buna ait anılarım yok" anlamına gelmektedir). OKB tanılı katılımcılar, kontrol grubuna kıyasla daha çok "Know" tepkisi vermişlerdir. "Know" tepkisinin literatürde bir güvensizlik, emin olamama göstergesi olarak kabul edildiğini göz önüne alırsak, bir defa daha OKB tanısı alan grubun üst bellek sorunu olduğunu görebiliriz.

OKB tanısı alan katılımcıların performansının düşük olmasının nedeni olarak hem semantik organizasyon yeteneğinin zayıflığını hem de üst belleğin zayıflığını ön plana çıkaran araştırma bulguları, mevcut araştırmanın bulgularıyla uyumludur.

Önce mevcut araştırmada kullanılan DRM paradigmasıyla semantik organizasyon kusuru arasındaki ilişki ele alınacak olursa: Bu araştırmada kullanılmış

olan DRM paradigmasında yanılıya neden olan faktör, liste kelimelerine uygulanan kuvvetli anlamsal organizasyondur. Bir başka ifadeyle, liste kelimeleri arasında kuvvetli anlamsal ilişki kurulabildiği içindir ki, hepsi birlikte listede olmayan hedef kelimeye bağlanabildi. Yani böyle bir anlamsal organizasyon kurulamazsa, DRM paradigmasında yanılı olgusu gözlenemez. İşte yukarıdaki araştırmaların (Cabrera ve arkadaşları, 2001; Deckersbach ve arkadaşları, 2000; Exner ve arkadaşları, 2009) işaret ettikleri anlamsal organizasyon yeteneğinin OKB tanısı alan grupta zayıf olduğu göz önüne alınırsa, DRM paradigmasının uygulandığı OKB tanısı alan kişilerin daha az hatırlayıp daha az yanılıları anlaşılır hâle gelir. Bir başka ifadeyle, mevcut bulgulara anlamsal organizasyon kusuru açısından bakıldığı zaman, mevcut bulgular OKB tanılı - normal kontrol farkının bir nicelik farkı olduğunu düşündürür, bir süreç farkı değil: Çünkü OKB tanılı grubun sadece hatırlama veya sadece yanılı performansı değil, her ikisi *birlikte* sağlıklı kontrol grubunun performansından düşüktür.

İkinci olarak, OKB tanılı grupta üst bellek sorunu olduğunu bulan araştırma bulguları (Klumpp, Amir, Sarah ve Garfinkel, 2009; Tuna, Tekcan ve Topçuoğlu, 2005) mevcut araştırmanın üst bellek performansına dair bulgusuyla uyumludur. Çünkü üst bellek performansını değerlendiren “Tanıma testindeki kelimelerin % kaçını doğru cevapladığınızı tahmin ediyorsunuz?” sorusuna ait mevcut bulgular, OKB tanılıların kendi belleklerine daha az güven duyduklarını düşündürmektedir.

O hâlde, OKB tanılı grubun yanılı örüntüsünün sağlıklı kontrol grubununkiyle aynı çıkması bulgusu, her iki grupta bellek yanılısını yöneten süreçlerin aynı olduğunun göstergesi olarak kabul edilebilir. Bu ortak bellek ve yanılı örüntüsüne rağmen OKB tanılı grubun hatırlama ve yanılı performansının

daha düşük olmasının nedenini ise, söz konusu grubun anlamsal organizasyon yeteneği ile üst bellek performansının düşük olmasına bağlamak, hem literatürle hem de mevcut bulgularla uyumlu görünmektedir.

Beyin görüntüleme çalışmaları, OKB'nin farklı alt tanı türlerinin her biri için beyinde özelleşmiş bir nöral ağ olduğu yönündedir (Rauch, Dougherty, Shin, Alpert Manzo, Leahy ve ark., 1998) bu farklılaşma OKB'de ki bilgi işleme süreçlerinde farklılaşma olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle, bu çalışmada, OKB alt tanı türlerine göre bellek yanılması göstermede OKB tanılı katılımcıların farklılaşp farklılaşmadıkları da araştırılmıştır. Literatürde alt tanı türlerine göre bellek performansının karşılaştırıldığı çalışmalar (Nedeljovic, Kyrios, Moulding, Doron, Wainwright, Pantelis ve ark., 2009) olmasına karşın, bellek yanılması alt tanı türlerine göre karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada alt tanı türlerine göre OKB tanısı alan katılımcıların bellek yanılması yönünden farklılaşmadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu bizi OKB'nin temelindeki bilgi işleme sürecinin her alt tanı için aynı işlediği sonucuna götürebilir. Ancak, bundan sonraki çalışmalarda her alt tanı türü için daha fazla örneklem kullanılarak, bellek süreçlerinin benzer olup olmadığı hakkında daha sağlıklı bilgi edinilebilir.

Depresyonun bellek performansı üzerindeki olumsuz etkisi literatürde tipik bir bulgudur. OKB'deki bellek süreçlerinin incelenmesinde depresyonun karıştırıcı bir değişken olarak etkisi her zaman göz önünde bulundurulmalıdır (Irak ve Tekcan, 2009). Bu çalışmada OKB tanılı katılımcılarda, depresyon düzeyi ile bellek yanılması arasındaki ilişki araştırılmış ve anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır. Ancak OKB'li katılımcılarda bellek performansı ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki

bulunmuştur. Literatürde OKB tanılı katılımcılarda bellek yanılması ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Literatürde OKB grubunun bilişsel performansında görülen anlamlı düşüklüğün, OKB belirtilerinin şiddeti ile ilişkili bulunmaması dikkat çekicidir (Irak ve Tekcan). Bu çalışmada da OKB şiddeti ile bellek performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ayrıca literatürde OKB şiddeti ile bellek yanılması araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın bulgularına göre OKB'nin şiddeti ile bellek yanılması arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Bu çalışmanın en önemli sınırlılığı OKB tanısı alan katılımcıların çoğunun OKB dışında ek en az başka bir tanıya sahip olmalarıdır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda saf OKB tanılı katılımcılara ulaşılabilmesi önemlidir. Diğer bir sınırlılık ise sağlıklı katılımcılar ve OKB tanılı katılımcıların yaş ve eğitim durumuna göre eşlenmemiş olmalarıdır.

Mevcut bulgu örüntüsü başka şekil(ler)de açıklanamaz mı? Bu elbette mümkündür. Örneğin OKB tanılı grubun hem hatırlama hem de yanılması performansının düşük olması, bu grubun belleğine güven zayıflığı nedeniyle sıkı ölçütler kullanmasına bağlanabilir. Yani OKB tanılı grup, bellek kayıtlarına olan güvensizliği gidermek için sıkı ölçütler kullanıyor olabilirler (Hout ve Kindt, 2003; Constance, Foa, Franklin ve Methews, 1995). Veya "Aşırı temkinli" bir kişilik özelliğine de bağlanabilir. Hatta yukarıdaki açıklamayı dışlamaksızın, bu gibi kişilik özelliklerinin de katkısı olabilir ve bu hususlar araştırılabilir; tıpkı Moritz ve arkadaşları'nın (2006) söz konusu ettikleri kişilik özellikleri gibi: Araştırmacılara göre OKB tanısı alan kişilerin kendi bellek performansına olan güveninin düşük

olmasının temelinde bazı kişilik özellikleri olabilir; ‘mükemmelci’ kişilik özelliği ve ‘abartılı sorumluluk’ duygusu gibi.

## KAYNAKLAR

- Abbruzzese, M., Bellodi, L., Ferri, S., & Scarone, S. (1995). Frontal lobe dysfunction in schizophrenia and obsessive compulsive disorder a Neuropsychological study. *Brain and Cognition*, 27, 202-212.
- Abramowitz, J. S., McKay, D., & Taylor, S. (2008). *Clinical handbook of obsessive compulsive disorder and related problems*. USA: The Hopkins University Press.
- Akgün, N. (1989). *Obsesyonel nevroz saplantı zorlantı bozukluğu*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Akdemir, A., Örsel, S., Dağ, İ., Türkçapar, H., İşcan, N., & H. Özbay (1996). Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)' nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 4(4), 251-259.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). *Ruhsal Bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı*. (E. Köroğlu. Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arndt, J., & Hırshman, E. (1998). True and false recognition in MINERVA 2: explanations from a global matching perspective. *Journal of Memory and Language*, 39, 371-391.
- Ayçiçeği, A., Dinn, W. M., Harris, C. L., & Erkmen, H. (2003). Neuropsychological function in obsessive compulsive disorder effects of comorbid conditions on task performance. *European Psychiatry*, 18, 241-248.
- Ayers, M. S., & Reder, L. M. (1998). A kuramcal review of misinformantion effect: predictions from an activation based memory model. *Psychonomic Bulletin and review*, 5, 1-21.
- Ball, S. G., Baer L., Otto, M. W. (1996). Symptom subtypes of obsessive compulsive disorder in behavioral treatment studies: a quantitative review. *Behavioural Research Therapy*, 34, 47-51.
- Balota, D. A., Cortese, M. J., Duchek, J. M., Adams, D., Roediger, H. L., McDermott ve ark. (1999). Veridical and False Memories in Healthy Older Adults and in Dementia of the Alzheimer's Type. *Cognitive Neuropsychology*, 16 (3/4/5), 361-384.

- Bannon, S., Gonsalvez, C. J., Croft, R. J., & Boyce, P. M. (2002). Response inhibition deficits in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 110, 165-74.
- Bayraktar, E. (1997). Obsesif Kompulsif bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 25-32.
- Beech, H. R., Ciesielski, K. T., & Gordon, P. K. (1983). Further observations of evoked potentials in obsessional patients. *The British Journal of Psychiatry*, 142, 605-609.
- Boschen, M. J., & Vuksanovic, D. (2007). Deteriorating memory confidence, responsibility perceptions and repeated checking: comparisons in OCD and control samples. *Behavioural Research Therapy*, 45, 2098–2109..
- Brainerd, C. J., & Kingma, J. (1984). Do children have to remember to reason? A fuzzy-trace theory of transitivity development. *Developmental Review*, 4, 311-377.
- Brainerd, C. J. & Reyna, V. F. (2005). *The science of false memory*. Oxford University Press: New York
- Bredart, S. (2000). When false memories do not occur: No thinking of the lure or remembering that it was not heard? *Memory*, 8(2), 123-128.
- Carrie, C., & Graf P., (2009). Checking in on the memory deficit and meta memory deficit theories of compulsive checking. *Clinical Psychology Review*, 29, 393-409.
- Castle, D. J., Deale, A., & Marks, I. M. (1995). Gender differences in obsessive compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29 (1), 114-117.
- Cabrera, A.R., McNally, R.J., & Savage, C., 2001. Missing the forest for the trees? Deficient memory for linguisticist in obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine* 31, 1089–1094.
- Ceschi, G., Linden, M., & Dunker, D. (2003). Further exploration memory bias in compulsive washers. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 737–748.
- Constance, J. I., Foa EB, Franklin ME, & Mathews A. (1995) Memory for actual and imagined events in OC checkers. *Behavioural Research Therapy*, 33, 665–671.
- Crino, R. D., & Andrews, G. (1996) Obsessive compulsive disorder and axis I comorbidity. *J Anxiety Disorders*, 10, 37-46.
- Çilli A.S., Telcioğlu M., Askın R., Kaya N., Bodur S., & Kucur R. (2004). Twelve month prevalence of obsessive compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 367-374.



- Deckersbach, T., Otto, M. W., Savage, C.R., Baer, L., & Jenike, M. A. (2000). The relationship between semantic organization and memory in obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 101-117.
- Demet, M. M. (2005). Obsesif Kompulsif bozuklukta genetik çalışmalar. *Klinik psikofarmakoloji bülteni*, 15, 45-52.
- Exner, C., Kohl, A., Zauding M., Langs, G., Lincoln T. M. & Rief, W. (2009). Metacognition and episodic memory in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 624-631.
- Eğrilmez, A., Gülseren, L., & Kültür, S. (1997). Phenomenology of obsessions in Turkish series of OCD patients. *Psychopathology*, 30, 106-110.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., & Şimşek, Z. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. Ankara: Eksen Tanıtım Ltd. Şti.
- Eşel, E. (2000). Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 3, 46-55.
- Erol, N., Savaşır, I. (1977). Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi. 24. *Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı*, 107-114.
- Etchegoyen R. H. (2005). *Fundamentals of psychoanalytic technique*, Britain: Karnac Books.
- Flint, A. J. (1994). Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *American Journal of psychiatry*, 151, 640-649.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1995). DSM-IV field trail: Obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 90-96.
- Foa, E. B., Amir, N., Gershuny, B., Molnar, C., & Kozak, M. J. (1997). Implicit and explicit memory in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 119-129.
- Frost, R. O., & Hartl, T. L. (1996). A cognitive behavioral model of compulsive hoarding. Behavioral model of compulsive hoarding. *Behavioral Research and Therapy*, 34, 341-350.
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. New York: American Psychiatric Publish.
- Gallo, D. A., Roberts, M. J., & Seamon, J. G. (1997). Remembering words not presented in lists: can we avoid creating false memories? *Psychonomic Bulletin & Review*, 4, 271-276.

- Geçtan E. (2000). *Psikanaliz ve Sonrası*. İstanbul:Remzi Kitabevi.
- Goldstein E. B. (2008). *Cognitive Psychology: connecting mind, research, and everyday experience*. United States of America: Thomson Wadsworth.
- Göz, İ. (2003). *Yazılı Türkçenin Kelime Sıklığı Sözlüğü*, Türk Dil Kurumu Yayınları: Ankara.
- Göz, İ. (2005). Word frequency in false memories. *Psychological Reports*, 96, 1095-1112.
- Hanna, G. L., Yuwiler, A., & Coates, J. K. (1995). Whole blood serotonin and disruptive behaviors in juvenile obsessive compulsive disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 28-35.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, (7), 3-13.
- Hersen, M., & Reitman, D. (2008). *Handbook of psychological assessment, case, conceptualization and treatment children and adolescents*. United States: John Wiley and Sons.
- Hoffman, H. G., Garcia-Palacios, A., Thomas, A. K., & Schmidt, A. (2001). Virtual reality monitoring: phenomenal characteristics of real, virtual, and false memories. *Cyberpsychology & Behavior*, 4(5), 565-572.
- Hollander, E., Stein, D. J., & Kwon J. H. (1998). Psychosocial function and economic costs of obsessive compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 3(1), 48-58.
- Hout, M. A. & Kindt M. (2003). Phenomenological validity of an OCD memory model and the remember know distinction. *Behavioural Research Therapy*, 41, 369-378.
- Hyman B. M., & Pedrick C. (2003). *Obsessive compulsive disorder*. USA: Twenty First Century Books.
- Hyman, I. E. & Billings, F. J. (1998). Individual differences and the creation of false childhood memories. *Memory*, 6(1), 1-20.
- Hyman, I. E. & Loftus, E. F. (1998). Errors in autobiographical memory. *Clinical Psychology Review*, 18(8), 933-947.
- Insel, T. R. (1990). Phenomenology of obsessive compulsive disorder. *J Clinical Psychiatry*, 51(2), 4-8.
- Irak M., Flament M. F. (2007). Çocukluk dönemi başlangıçlı obsesif-kompulsif bozukluğun nöropsikolojik profili. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 1-9.

- Irak, M. (2009). (Ed.). *Psikopatolojilerde bilgi işleme süreçleri*. Ankara:HYB
- Iseroff, R. G., Weizman, A. (Ed.). (2006). *Obsessive compulsive disorder and comorbidity*. New York : Nova Since Publishers.
- Jenkins, J. J., & Russell, W. A. (1952). Associative clustering during recall. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47, 818-821.9.
- Johnson, M. K., Hashtroudi, S. & Lindsay, D. S. (1993). Source monitoring. *Psychological Bulletin*, 114(1), 3-28.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2004). *Concise textbook of clinical psychiatry*. (E. Abay. Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Karamustafalıoğlu, O., Üçışık, A. M., Ulusoy, M., & Erkmen, H. (1993). Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 29. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı*, 86.
- Karadağ, F., Kalkan O. N., Özdel, O., Ateşçi F. C., & Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of turkish patients: a phenomenological picture. *Depression and Anxiety*, 23, 145–152.
- Karamustafalıoğlu, O., & Karamustafalıoğlu, N. (2000). Obsesif kompulsif bozukluk ve depresyon. *Klinik psikofarmakoloji bülteni*, 10, 26-31.
- Karno, M., Golding, J .M., Sorenson, S B., & Burnam, A. (1988). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities. *Archives of general psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Karno, M., & Golding, J. M. (1991). *Obsessive compulsive disorder*. New York: Free Press.
- Kempke S., & Luyten F. (2007). Psychodynamic and cognitive behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder:is it time to work our ambivalence? *Bulltein of the Menniger Clinic*, 71(4), 291-308.
- Klumpp, H., Amir, N., & Garfinkel, S. N. (2009). False memory and obsessive compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, 26, 396-402.
- Köroğlu, E. (2007). *Psikiyatride kullanılan klinik değerlendirme ölçekleri*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Kwon, J. S., Kim, J. J., Lee, D. W., Lee, J. S. Lee, D. S., Kim, M. S., ve ark. (2003). Neural correlates of clinical symptoms and cognitive dsyfunctions in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 122, 37-47.

- Lensi, P., Cassano, G., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J., & Akiskal, H. S., (1996). Obsessive compulsive disorder. Familial developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender related differences. *British Journal of Psychiatry*, 169(1), 101-107.
- MacDonald, P. A., Anthony, M. M., MacLeod, C. M., & Richter, M. A. (1997). Memory and confidence in memory judgments among individuals with obsessive compulsive disorder and non-clinical controls. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 497–505.
- Mataix-Cols, D., Nakatani, E., Micali, N., & Heyman, I. (1995). The structure of obsessive compulsive symptoms in pediatric OCD. *J Am Acad Child Adolescence Psychiatry*, 34, 28-35.
- Mataix-Cols D., Rosario-Campos M. C., & Leckman J. E. (2005). A multidimensional model of obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 228-238.
- McDeermott, K. B. & Watson, J. M. (2001). The rise and fall of false recall: The impact of presentation duration. *Journal of Memory and Language*, 45(1), 160-175.
- Moritz, S., Woodward, T. S., Cuttler, C., Whitman, J. C. & Watson, J. M. (2004). False Memories in Schizophrenia. *Neuropsychology*, 18(2), 276-283.
- Mortinot, J. L., Allilaire, J. F., Mazoyer, B. M., Hantouche, D., Huret, J. D., Leguat - Demare, F. ve ark. (1990). Obsessive compulsive disorder: a clinical neuropsychological and positron emission tomography study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 233-242.
- Muris, P., & Meesters, C., & Rompelberg, L. (2007). Attention control in middle childhood: relations to psychopathological symptoms and threat perception distortions. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 997–1010.
- Nedeljkovic, M., Kyrios, M., Richard, M., Doron, G., Wainwright, K., Pantelis, C. ve ark. (2009). Differences in neuropsychological performance between subtypes of obsessive compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 216-226.
- Nelson, T. O., & Narens, L. (1990). *Metamemory: a theoretical framework and new findings*. San Diego: Academic Press.
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O. J., Liang K., LaBuda M., ve ark. (2000). A family study of obsessive compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 358-363.
- Noshirvani, H. F., Kasvikis, Y., & Marks, I. M. (1991). Gender divergent etiological factors in obsessive compulsive disorder. *Br J Psychiatry*, 158, 260-263.

- Olley, A., Malhi, G., & Sachdev, P. (2007). Memory and executive functioning in obsessive compulsive disorder: a selective review. *J Affect Disord*, 104, 15-23.
- Öner, N. (1978). Türkçeye uyarlanmış bir kaygı envanterinin geçerlik çalışması: Bir araştırma özeti. *Psikoloji Dergisi*, 1, 12-17.
- Öztürk, O. (2004). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Özkürkçügil, A., Aydemir, Ö., Yıldız, M., Esen, D. A., & Köroğlu E. (1999). DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, (12), 233-236.
- Öner, N., Le Compte, A. (1982). *Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Parkin, A. J. (1997). *Memory and amnesia an introduction*. USA: Blackwell Publishers.
- Penades, R., Catalan, R., Andres, S., Salamero, M., & Gasto, C. (2005). Executive function and nonverbal memory in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 133(1), 81-90.
- Penzel, F. (2000). *Obsessive-compulsive disorders: a complete guide to getting well and staying well and staying well*. England: Oxford University Press.
- Peter, J., Verhagen, J., Lopez, John, J., Cox, L., Moussaoui, D., ve ark. (2010). *Religion and psychiatry beyond boundaries*. USA: Wiley Blackwell.
- Purcell, R., Maruff, P., Kyrios, M., & Pantelis, C. (1998). Cognitive deficits in obsessive compulsive disorder on tests of frontal-striatal function. *Biological Psychiatry*, 43, 348-357.
- Radomsky, A. S., & Rachman S. (1999). Memory bias in obsessive-compulsive disorder. *Behavioural Research Therapy*, 37, 605-618.
- Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical and family history in DSM III obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143(3), 317-322.
- Rauch, S. L., Dougherty, D. D., Shin, L. M., Alpert, N. M., Manzo, P., Leahy, L., Fischman, A. J., Jenike, M. A., Baer, L. (1998). Neural correlates of factor-analyzed OCD symptom dimensions: a PET study. *CNS Spectrums*, 3(7), 37-43.
- Rauch, S. L., Jenike, M. A. (1993). Neurobiological models of obsessive compulsive disorder. *Psychosomatics* 34(1), 20-32.

- Rauch, S. L., Cora, L. G., & Greenberg, B. D. (2002). *Pathogenesis of obsessive compulsive disorder textbook of anxiety disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Roediger, H. L. & McDeermott, K. B. (1995). Creating false memories: Remembering words not presented in lists. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 21(4), 803-814.
- Roediger, H. L. & McDeermott, K. B. (2000). Tricks of memory. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4), 123-127
- Rubenstein, C. S., Peynircioğlu, Z. F., Chambless, D. L., & Pigott, T. (1993). Memory in sub-clinical obsessive compulsive checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 759–765.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Klinik psikiyatri el kitabı*. (A. Bozkurt, Çev.). Güneş Tıp Kitabevi.
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions-a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22(5), 549-522.
- Savage, C. R., Baer, L., Keuthen, N. J., Brown, H. D., Rauch, S. L., & Jenike, M. A. (1999). Organizational strategies mediate nonverbal memory impairment in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 45, 905-916.
- Savage, C. R., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Rauch, S. L., Baer, L., Reid, T., ve ark. (2000). Strategic processing and episodic memory impairment in obsessive compulsive disorder. *Neuropsychology*, 14, 1–11.
- Saxena, S., Brody A. L., Schwartz J. M., Baxter, L. R. (1998). Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*, 173, 26-37.
- Sher, K. J., Mann, B., & Frost, R. O. (1984). Cognitive dysfunction in compulsive checkers: Further explorations. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 493–502.
- Sher, K. J., Frost, R. O., Kushner, M., Crews, T., & Alexander, J. (1989). Memory deficits in compulsive checkers: Replication and extension in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 65–69.
- Slife, B. D., & Weaver, C. A. (1992). Depression, cognitive skill, and metacognitive skill in problem solving. *Cognition and Emotion*, 6, 1–22.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Stein, M. B., Forde, D. R., Anderson, G., & Walker, J. R. (1997). Obsessive compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *Am J Psychiatry*, 4, 1120-1126.
- Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (1998). *Türkiye ruh sağlığı profili*. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Swinson, R. P., Antony, M. M., Rachman S., & Richter M. A. (1998). *Obsessive compulsive disorder theory, research and treatment*. New York: Guilford Press.
- Tallis, F., Pratt, P., & Jamani, N. (1999). Obsessive compulsive disorder, checking and nonverbal memory: a neuropsychological investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 161-166.
- Tamam L., Saygılı, M., & Ünal M., (2003). Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer kaygı bozukluklarının komorbiditesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(2), 69-80.
- Tekcan, A. İ., Topçuoğlu, V., & Kaya, B. (2007). Memory and metamemory for semantic information in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2164-2172.
- Tezcan, E. & Millet, B. (1997). Phenomenology of obsessive compulsive disorders. Forms and characteristics of obsessions and compulsions in East Turkey. *Encephalei*, 23, 342-350.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., Amir, N., Street, G. P., & Foa, E. B. (2001). Memory and memory confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 913-927.
- Topçuoğlu V. (2003). Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klinik Psikiyatri*, 6, 46-50.
- Tuna, S., Tekcan, A. I., & Topçuoğlu, V. (2005). Memory and metamemory in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 15-27.
- Uğuz, F., Aşkın, R., Çilli A. S., (2006). Obsesif kompulsif bozukluğun eksen I ve eksen II bozuklukları ile birlikteliği. *Türkiye'de Psikiyatri*, 8(1), 1-5.
- Van den Hout, M., & Kindt, M. (2003). Repeated checking causes memory distrust. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 301-316.
- Vardar, E. (2000). Obsesif kompulsif bozukluğun genetiği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10, 153-159.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition*. UK: Wiley.

- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J. L., Kalikow, K., Walsh, B. T., ve ark. (1990). Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Archives of General Psychiatry*, 47, 487-496.
- Whiteside, S. P., Port, J. D., & Abramowitz, J. S. (2004). A meata-analysis of functional neuroimaging in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 132, 69-79.
- Woods C. M., Vevea J. L., Chambless D. L., & Bayen, U. J. (2002). Are compulsive checkers impaired in memory? A meta analitic review, *Clinical Psychology*, 9, 353 – 366.
- Zitteral, W., Urban, C., Linzmayer, L., Aigner, M., Demal, U., Semler, B., ve ark. (2001). Memory deficts in patients with DSM-IV obsessive compulsive disorder. *Psychopathology*, 34, 113-117.



EK-1

## KİŞİSEL BİLGİ FORMU

KATILIMCI NUMARASI:

TARİH:

TELEFON NUMARASI:

ADI:

SOYADI:

YAŞI:

CİNSİYETİ:

MEDENİ DURUMU:

EN SON BİTİRİLEN OKUL:

ÇALIŞMA DURUMU:

EK-2

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALIK ÖYKÜSÜ  
DEĞERLENDİRME FORMU**

HASTALIK BAŞLANGIÇ YAŞI:

HASTALIK SÜRESİ:

TEDAVİ BAŞLANGIÇ YAŞI:

TEDAVİ SÜRESİ:

TEDAVİYE DEVAM DURUMU:

TEDAVİ TÜRÜ:

### **Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOKDÖ)**

#### **1. Obsesif Düşüncelerle Geçen Zaman**

0: Yok

1: Hafif, günde 1 saatten az veya seyrek.

2: Orta, günde 1 – 3 saat veya sık.

3: Ciddi, günde 3 – 8 saat veya çok sık.

4: İleri boyutlarda, günde 8 saatten fazla veya yaklaşık sürekli.

#### **2. Obsesif Düşüncelerden Etkilenme**

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki uğraşlar çok hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok.

2: Orta, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olmakla birlikte hâlâ basa çıkılabilir durumda.

3: Ciddi, sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış.

4: İleri derecede, iş göremez durumda.

#### **3. Obsesif Düşüncelere Karşı Duyulan Rahatsızlık Hissi**

0: Hiç

1: Hafif, fazla rahatsızlık vermeyen.

2: Orta derecede, rahatsız edici, fakat bas edilebilir.

3: Ciddi, çok fazla rahatsız edici.

4: İleri derecede, yaklaşık sürekli ve kısıtlayıcı rahatsızlık.

#### **4. Obsesif Düşüncelere Direnç Gösterme**

0: Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Çaba göstermeden tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır, fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.

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

#### **5. Obsesif Düşünceleri Kontrol Etme Derecesi**

0: Tam olarak kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor, genellikle biraz çaba ve dikkatini toplayarak obsesyonları durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Obsesyonları bazen durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor.

3: Az miktarda kontrol edebiliyor. Obsesyonları durdurmada veya aklından çıkarmada nadiren başarılı oluyor. Dikkatini sadece zorlukla başka konulara yönltebiliyor.

4: Kontrol edemiyor, tamamıyla istemsiz olarak obsesyonlar mevcuttur. Bir an bile

aklından çıkaramamaktadır.

## **6. Kompulsif Davranışlar için Harcanan Zaman**

0: Hiç

1: Hafif, günde 1 saatten az veya seyrek.

2: Orta, günde 1 – 3 saat veya sık sık kompulsif davranışlar.

3: Ciddi, günde 3 – 8 saat veya çok sık Kompulsif davranışlar.

4: İleri derecede, günde 8 saatten fazla veya neredeyse sürekli olarak kompulsif Davranışlar (sayılamayacak kadar fazla).

## **7. Kompulsif Davranışların Yasamı Etkilemesi**

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki uğraşlar çok hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok.

2: Orta,, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olmakla birlikte hâlâ basa çıkılabilir durumda.

3: Ciddi, sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış.

4: İleri derecede, iş göremez durumda.

## **8. Kompulsif Davranışlara Karşı Duyulan Rahatsızlık**

0: Hiç.

1: Hafif. Kompulsif davranışın engellenmesi halinde veya Kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi esnasında hafif kaygı.

2: Orta derecede. Kompulsiyonları engellendiğinde sıkıntı duyduğunu, fakat bas edilebilir düzeyde olduğunu veya kompulsiyonun gerçekleştirilmesi sırasında kaygının artabildiğini fakat basa çıkabildiğini bildirmektedir.

3: Ciddi, kompulsiyonların engellenmesi halinde veya kompulsif davranışlar sırasında, kaygı belirgin şekilde artmaktadır.

4: İleri derecede, Kompulsif davranışa en ufak bir müdahale halinde veya kompulsiyon sırasında iş göremez duruma sokan kaygı.

## **9. Kompulsif Davranışlara Karşı Direnme**

0: Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Çaba göstermeden tüm kompulsiyonlara teslim olmuş durumdadır, fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.

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

## **10. Kompulsif Davranışları Kontrol Etme Derecesi**

0: Tam olarak kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. davranışın yapılması için bir miktar baskı hissediyor, fakat genellikle kontrol edebiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için büyük baskı hissediyor, zorlukla kontrol edebiliyor.

3: Az miktarda kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için çok büyük baskı hissediyor, tamamlamak zorunda kalıyor, sadece güçlükle geciktirebiliyor.

4: Kontrol edemiyor, tamamıyla istemsiz olarak kompulsiyonları gerçekleştirmektedir, bir an için bile geciktirememektedir.

### **11. Hastanın Obsesyon ve Kompulsiyonlarına Hakkında içgörürü**

0: Mükemmel içgöçü, tümüyle mantıklı.

1: İyi bir içgöçü. Düşünce ve davranışlarının saçmalığını ve aşırılığını Kabul etmekle birlikte kaygı dışında dikkate alınacak bir şey olmadığı konusunda tatmin olmuş değil (örn. uzun süre şüpheleri vardır).

2: Orta derecede bir içgöçü. isteksizce de olsa düşünce ve davranışlarının saçmalığını veya aşırılığını kabul etmekle birlikte kararsızdır. Gerçekçi olmayan korkuları olabilir, fakat değişmeyen inançları yoktur.

3: Zayıf içgöçü. Düşünce ve davranışlarının mantıksız veya aşırı olmadığına inanmaktadır.

4: İçgörürü kaybolmuş, hayal dünyasında. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğuna tam olarak inanmış durumdadır, karşı kanıtlara karşı tepkisizdir.

### **12. Kaçınma**

0: Görünür bir kaçınma yok.

1: Hafif, en alt düzeyde kaçınma davranışı var.

2: Orta, görülen, açık bir kaçınması var.

3: Ciddi, çok fazla kaçınma davranışı var.

4: İleri derecede, aşırı boyutlarda kaçınma, semptomları başlatabilecek olan hemen her şeyi yapmaktan kaçınmaktadır.

### **13. Kararsızlık Derecesi**

0: Yok.

1: Hafif, bazı küçük şeyler hakkında karar verme güçlüğü.

2: Orta, başkalarının ikinci bir kez düşünmeyecekleri şeyler hakkında bile karar verirken güçlük çektiğini belirtmektedir.

3: Ciddi, önemli olmayan konularda bile sürekli yarar/zarar değerlendirmesi yapmaktadır.

4: İleri derecede, karar verme yetişi kaybolmuş, iş göremez durumdadır.

### **14. Aşırı Sorumluluk Hissi**

0: Yok.

1: Hafif, sadece sorulduğunda bahsedilen hafif sorumluluk artışı.

2: Orta, hastanın kendiliğinden bahsettiği, açıkça görünen düşünceler; hasta kendi kontrol edebileceği olayların dışında kalanlar için aşırı sorumluluk hissetmektedir.

3: Ciddi, bu tür duygular yaygındır ve önde gelmektedir; kesinlikle kendi kontrolü dışında kalan olaylardan bile kendini sorumlu hissetmektedir. Kendini anlamsız, hatta sabam bir şekilde suçlamaktadır.

4: İleri, delilik derecesinde sorumluluk (örn. Kompulsiyonlarını gerçekleştiremediği için, binlerce kilometre ötede olan bir depresyondan kendini suçlu hissetmek)

### **15. Hareketlerde Belirgin Yavaşlama ve Rahatsızlık Hissi**

0: Yok.

1: Hafif, bazen baslarken bitirirken gecikme.

- 2: Orta, sıklıkla olağan işlerin uzun sürmesi, ancak genellikle tamamlanması. Sıklıkla geç olması.
- 3: Ciddi, olağan görevlerin başlamasında ve bitirilmesinde yaygın ve belirgin zorlanma. Genellikle geç olması.
- 4: İleri derecede, işlerin tümünde yardım görmeden, olağan işlemlere başlayamama ve tamamlayamama.

### **16. Patolojik Kuşku**

0: Hiç.

- 1: Hafif, sadece sorulduğu zaman bahsedilen hafif patolojik kuşku. Verilen örnekler normal sınırlar içinde olabilir.
- 2: Orta, hasta bu düşünceleri kendisi belirtir, hastanın bazı davranışlarında açık olarak vardır; hasta patolojik kuşkudan rahatsızdır. Performansını bir miktar etkilemekle birlikte bas edilebilir boyutlardadır.
- 3: Ciddi, algıları hakkında kuşkuları belirgindir; patolojik kuşku sıklıkla performansını etkilemektedir.
- 4: İleri derecede, algıları hakkındaki kuşkuları sürekli; patolojik kuşkuları hemen her tür faaliyetini belirgin olarak etkilemektedir. İş göremez durumdadır (örneğin hasta "Gördüklerime aklım güvenmiyor" diye belirtir).

### **17. Global Ciddiyet**

0: Hastalık yok.

- 1: Hafif, şüpheli, gelip geçici hastalık. İşlevsel bozukluk yok.
- 2: Hafif belirtiler, işlevsel bozukluk az.
- 3: Orta derecede semptomlar, Çabayla işlevsel olabiliyor.
- 4: Orta – ciddi derecede semptomlar, işlevsellik kısıtlanmış.
- 5: Ciddi semptomlar, büyük oranda yardımla işlevsel olabiliyor.
- 6: İleri boyutlarda ciddi semptomlar, iş göremez durumda.

### **18. Genel Düzelmeye**

0: Çok daha kötü.

- 1: Daha kötüye.
- 2: Biraz daha kötü.
- 3: Değişiklik yok.
- 4: Bir miktar iyileşme var.
- 5: Daha iyi.
- 6: Çok daha iyi.

### **19. Güvenilirlik**

- 0: Mükemmel. Elde edilen bilgilerin şüphelenmek için neden yok.
- 1: İyi. Güvenilirliği kötü yönde etkileyebilecek faktör(ler) var.
- 2: Orta. Güvenilirliği kesin olarak azaltan faktör(ler) var.
- 3: Zayıf. Güvenirlik çok az.

**Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ**

| <b>Saldırganlık Obsesyonları</b>  | <b>Şimdi</b> | <b>Geçmişte</b> |
|---|--------------|-----------------|
| Kendine zarar vereceğinden korkma   | .....        | .....           |
| Başkalarına zarar vereceğinden korkma   | .....        | .....           |
| Şiddet içeren veya korkutucu imgeler  | .....        | .....           |
| Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu   | .....        | .....           |
| Utanılacak bir şey yapmaktan korkma   | .....        | .....           |
| İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma   | .....        | .....           |
| Çalacağından korkma   | .....        | .....           |
| Dikkatsizlik nedeniyle birilerine zarar verme korkusu<br>(örn. çarpma/kaçırma, motorlu araç kazası) | .....        | .....           |
| Olan kötü olaylardan kendinin sorumlu olacağı korkusu<br>(örn. yangın/hırsızlık)                    | .....        | .....           |
| Diğer.....  | .....        | .....           |
| <b>Kirlenme Obsesyonları</b>  |              |                 |
| Vücut atık veya salgılarından (örn. idrar, dışkı, tükürük)<br>kaygılanmak veya iğrenmek             | .....        | .....           |
| Kir veya mikroplardan kaygılanmak   | .....        | .....           |
| Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak<br>(örn.asbestoz, radyasyon, toksik atıklar)                 | .....        | .....           |
| Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygı duyulmak<br>(örn. Temizlik malzemeleri, çözücüler)          | .....        | .....           |
| Kontaminasyon nedeniyle hastalanma kaygısı  | .....        | .....           |
| Hayvanlardan aşırı derecede korkma  | .....        | .....           |
| Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olma   | .....        | .....           |
| Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı  | .....        | .....           |
| Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden<br>kaygılanmak, sonuçları düşünmemek                | .....        | .....           |
| Diğer.....  | .....        | .....           |
| <b>Cinsel Obsesyonlar</b>   |              |                 |
| Yasaklanmış veya sapıklık derecesinde cinsel<br>düşünce, görüntü veya dürtüler                      | .....        | .....           |
| Çocuklar veya incest ilişki ile ilgili  | .....        | .....           |
| Homoseksüel ilişki ile ilgili   | .....        | .....           |
| Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırganlık)  | .....        | .....           |
| Diğer.....  | .....        | .....           |

| <b>Biriktirme / Saklama Obsesyonları</b>  | <b>Şimdi</b> | <b>Geçmişte</b> |
|---|--------------|-----------------|
| .....   | .....        | .....           |
| <b>Dini Obsesyonlar</b>   |              |                 |
| Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili   | .....        | .....           |
| Doğru / Yanlış kavramları ile aşırı ilgi  | .....        | .....           |
| Diğer.....  | .....        | .....           |
| <b>Eşyaların Simetrikliği ve Düzeni ile ilgili Obsesyonlar</b>  |              |                 |
| Doğüstü düşünce ile birlikte (örn. eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceği) | .....        | .....           |
| Doğüstü düşünceler olmadan  | .....        | .....           |
| <b>Diğer Obsesyonlar</b>  |              |                 |
| Bilme ve hatırlama ihtiyacı   | .....        | .....           |
| Belirli şeyleri söyleme korkusu   | .....        | .....           |
| Doğru şeyleri söyleyememe korkusu   | .....        | .....           |
| Bir şeyler kaybetme korkusu   | .....        | .....           |
| İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler  | .....        | .....           |
| Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma   | .....        | .....           |
| Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma   | .....        | .....           |
| Uğurlu veya uğursuz sayılar   | .....        | .....           |
| Özel anlamı olan renkler  | .....        | .....           |
| Batıl itikatlar   | .....        | .....           |
| <b>Somatik Obsesyonlar</b>  |              |                 |
| Hastalık ile ilgili   | .....        | .....           |
| Vücudun bir parçası veya görünümü ile aşırı ilgilenme (örn. dismorfobi)                               | .....        | .....           |
| Diğer.....  | .....        | .....           |
| <b>KOMPULSİYONLAR</b>   |              |                 |
| <b>Temizleme veya Yıkama Kompulsiyonları</b>  |              |                 |
| Aşırı veya törensel el yıkama   | .....        | .....           |
| Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyinme ile aşırı ilgilenme                        | .....        | .....           |
| Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelere temizliği ile ilgili                                       | .....        | .....           |



Kirlenici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler

Diğer.....

**Kontrol Etme Kompulsiyonları**

**Şimdi**

**Geçmişte**

Kilit, ocak, alet vb. lerinin kontrolü .....

Başkalarına zarar vermediğini, vermeyeceğini kontrol etmek .....

Kendine zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek .....

Korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etmek .....

Hata yapıp yapmadığını kontrol etmek .....

Somatik obsesyonlara bağlı kontroller .....

Diğer.....

**Tekrarlayıcı Törenselle Davranışlar**

Tekrar okuma veya yazma .....

Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi (örn. kapıdan girme çıkma, sandalyeye oturma kalkma) .....

Diğer.....

**Sayma Kompulsiyonları**

.....

**Sıralama / Düzenleme Kompulsiyonları**

.....

**Biriktirme / Toplama Kompulsiyonları**

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

| <b>Diğer Kompulsiyonlar</b>                                   | <b>Şimdi</b> | <b>Geçmişte</b> |
|---|--------------|-----------------|
| Zihinsel törenler (kontrol veya sayma dışında)                | .....        | .....           |
| Aşırı liste hazırlama   | .....        | .....           |
| Söyleme, sorma, veya itiraf etme gereksinimi                  |              |                 |
| Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi                       | .....        | .....           |
| Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları          |              |                 |
| Kendine.....; başkalarına.....; zarar gelmemesi .....         | .....        | .....           |
| veya kötü olaylara.....karşı önlem alma (kontrol etme değil). |              |                 |
| Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları                 | .....        | .....           |
| Batıl davranışlar   | .....        | .....           |
| Trikotillomani  | .....        | .....           |

EK- 5

## MAUDSLEY OBSESİF-KOMPULSİF SORU LİSTESİ

Aşağıda yazılmış olan cümlelerden sizde görülenleri 'EVET' görülmeyenleri 'HAYIR' olarak işaretleyiniz.

1-Bir hastalık bulaşır korkusu ile herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.

HAYIR EVET

2-Çoğunlukla hoş gitmeyen şeyler düşünür,onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.

HAYIR EVET

3-Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm.

HAYIR EVET

4-İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.

HAYIR EVET

5-Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.

HAYIR EVET

6- Normalden fazla bir şekilde doğalgazı, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.

HAYIR EVET

7-Değişmez kurallarım vardır.

HAYIR EVET

8-Aklıma gelen hoş olmayan düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.

HAYIR EVET

9-Kaza ile birisiyle çarpışırsam rahatsız olurum.

HAYIR EVET

10-Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.

HAYIR EVET

11-Çocukken annem de babam da beni fazla zorlamazlardı.

HAYIR EVET

12-Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için isimde geri kaldığım oluyor.

HAYIR EVET

13-Çok fazla sabun kullanırım.

HAYIR EVET

14-Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.

HAYIR EVET

15-Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.

HAYIR EVET

16-Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.

HAYIR EVET

17-Temizliğe aşırı düşkünüm.

HAYIR EVET

18-Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.

HAYIR EVET

19-Pis tuvaletlere giremem.

HAYIR EVET

20-Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.

HAYIR EVET

21-Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.

HAYIR EVET

22-Bazı şeyleri birden fazla kez kontrol ederim.

HAYIR EVET

23-Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.

HAYIR EVET

24-Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissedirim.

HAYIR EVET

25-Alıştığım bir işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım.

HAYIR EVET

26-Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.

HAYIR EVET

27-Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım

HAYIR EVET

28-Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.

HAYIR EVET

29-Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.

HAYIR EVET

30-Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.

HAYIR EVET

31-Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.

HAYIR EVET

32-En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.

HAYIR EVET

33-Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.

HAYIR EVET

34-Çoğunlukla kendime bir şeyleri dert edinirim.

HAYIR EVET

35-Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip ise girişmeden önce durup düşünürüm.

HAYIR EVET

36-Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.

HAYIR EVET

37-Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.

HAYIR EVET

## BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

### AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BU GÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

- 1) 0-Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.  
1-Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
2-Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
3-O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2) 0-Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.  
1-Gelecek hakkında karamsarım.  
2-Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
3-Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3) 0-Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.  
1-Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.  
2-Geçmişte baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.  
3-Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4) 0-Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
1-Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.  
2-Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
3-Her şeyden sıkılıyorum.
- 5) 0-Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.  
1-Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
2-Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
3-Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6) 0-Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.  
1-Cezalandırılabilirim hissediyorum.  
2-Cezalandırılmayı bekliyorum.  
3-Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7) 0-Kendimden memnunum.  
1-Kendi kendimden pek memnun değilim.  
2-Kendime çok kızıyorum.  
3-Kendimden nefret ediyorum.

- 8) 0-Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
1-Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.  
2-Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.  
3-Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9) 0-Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
1-Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.  
2-Kendimi öldürmek isterdim.  
3-Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10) 0-Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.  
1-Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.  
2-Çoğu zaman ağlıyorum.  
3-Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11) 0-Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.  
1-Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.  
2-Şimdi hep sinirliyim.  
3-Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12) 0-Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.  
1-Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.  
2-Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.  
3-Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13) 0-Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.  
1-Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
2-Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.  
3-Artık hiç karar veremiyorum.
- 14) 0-Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.  
1-Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.  
2-Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.  
3-Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15) 0-Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.  
1-Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.  
2-Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.  
3-Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16) 0-Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.  
1-Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.  
2-Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.  
3-Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.



- 17) 0-Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.  
1-Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.  
2-Yaptığım her şey beni yoruyor.  
3-Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18) 0-İştahım her zamanki gibi.  
1-İştahım her zamanki kadar iyi değil.  
2-İştahım çok azaldı.  
3-Artık hiç iştahım yok.
- 19) 0-Son zamanlarda kilo vermedim.  
1-İki kilodan fazla kilo verdim.  
2-Dört kilodan fazla kilo verdim.  
3-Altı kilodan fazla kilo verdim.
- 20) 0-Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.  
1-Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.  
2-Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.  
3-Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21) 0-Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.  
1-Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.  
2-Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.  
3-Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-7

## HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-D)

### 1) Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0. Yok.

1. Yalnızca soruları cevaplariken anlaşılıyor.
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.

### 2) Suçluluk duyguları

0. Yok.

1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

### 3) İntihar

0. Yok.

1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir).

### 4) Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor.

1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

### 5) Geceyarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
2. Geceyarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın).

### 6) Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonradan tekrar uykuya dalıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

## 7) Çalışma ve aktiviteler

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).

3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.

## 8) Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

0. Düşünceleri ve konuşması normal.

1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.

2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.

3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor.

4. Tam stuporda.

## 9) Ajitasyon

0. Yok.

1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.

2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

## 10) Psisik kaygı

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Subjektif gerilim ve irritabilite.

2. Küçük seylere üzülüyor.

3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.

4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

## 11) Somatik kaygı Kaygıya eşlik eden fizyolojik sorunlar:

0. Yok *Gastrointestinal*: Ağız kuruması, yellenme,

1. Hafif sindirim bozukluğu, kramp, gegirme

2. İlımlı *Kardiyovasküler*: Palpitasyon, bas ağrısı

3. Şiddetli *Solunumla ilgili*: Hiperventilasyon, iç çekme,

4. Çok Şiddetli sık idrara çıkma

## 12) Somatik semptomlar (gastrointestinal)

0. Yok.

1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.

2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

**13) Somatik semptomlar (genel)**

0. Yok.

1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlanma. Enerji kaybı, kolayca yorulma.

2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

**14) Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)**

0. Yok.

1. Hafif.

2. Şiddetli.

3. Anlaşılamadı.

**15) Hipokondriyaklık**

0. Yok.

1. Kuruntulu

2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.

3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.

4. Hipokondriyaklık delüzyonları.

**16) Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)**

A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0. Kilo kaybı yok.

1. Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama.

2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

0. Haftada 0.5 kgr'dan daha az zayıflama.

1. Haftada 0.5 kgr'dan daha fazla zayıflama.

**17) Durumu hakkında görüşü**

0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.

1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.

2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

**DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ****YÖNERGE:**

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

|     |  | <b>HİÇ</b> | <b>BİRAZ</b> | <b>ÇOK</b> | <b>TAMAMİY<br/>LE</b> |
|-----|--|------------|--------------|------------|-----------------------|
| 1.  | Şu anda sakinim                                | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 2.  | Kendimi emniyette hissediyorum                 | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 3.  | Su anda sinirlerim gergin                      | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 4.  | Pişmanlık duygusu içindeyim                    | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 5.  | Şu anda huzur içindeyim                        | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 6.  | Şu anda hiç keyfim yok                         | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 7.  | Başıma geleceklerden endişe ediyorum           | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 8.  | Kendimi dinlenmiş hissediyorum                 | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 9   | Şu anda kaygılıyım                             | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 10. | Kendimi rahat hissediyorum                     | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 11. | Kendime güvenim var                            | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 12. | Şu anda asabım bozuk                           | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 13. | Çok sinirliyim                                 | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 14. | Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum  | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 15. | Kendimi rahatlamış hissediyorum                | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 16. | Şu anda halimden memnunum                      | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 17. | Şu anda endişeliyim                            | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 18. | Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 19. | Şu anda sevinçliyim                            | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |
| 20. | Şu anda keyfim yerinde.                        | (1)        | (2)          | (3)        | (4)                   |

## SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

### YÖNERGE:

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

|     |   | Hemen hemen<br>hiçbir zaman | Bazen | Çok zaman | Hemen her<br>zaman |
|-----|---|-----------------------------|-------|-----------|--------------------|
| 21. | Genellikle keyfim yerindedir                                | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 22. | Genellikle çabuk yorulurum                                  | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 23. | Genellikle kolay ağlarım                                    | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 24. | Başkaları kadar mutlu olmak isterim                         | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 25. | Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım            | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 26. | Kendimi dinlenmiş hissediyorum                              | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 27. | Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım            | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 28. | Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim      | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 29. | Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim                       | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 30. | Genellikle mutluyum   | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 31. | Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim                      | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 32. | Genellikle kendime güvenim yoktur                           | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 33. | Genellikle kendimi emniyette hissederim                     | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 34. | Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım        | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 35. | Genellikle kendimi hüzünlü hissederim                       | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 36. | Genellikle hayatımdan memnunum                              | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 37. | Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder                    | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 38. | Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 39. | Aklı başında ve kararlı bir insanım                         | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |
| 40. | Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor  | (1)                         | (2)   | (3)       | (4)                |

### ÇALIŞMA LİSTELERİ

| PARA      | YEMEK    | ARABA     | DEVLET        | OKUL     | ZAMAN   |
|-----------|----------|-----------|---------------|----------|---------|
| Banka     | İçmek    | Trafik    | Yönetim       | Öğrenmek | Süre    |
| Gelir     | Masa     | Otomobil  | Hükümet       | Program  | Saat    |
| Milyon    | Mutfak   | Cadde     | Yasa          | Kültür   | Dönem   |
| Lira      | Et       | Hız       | Birey         | Öğrenci  | Tarih   |
| Fiyat     | Ekmek    | Kaza      | Vatandaş      | Kağıt    | Gelecek |
| Kredi     | Besin    | Servis    | Bakanlık      | Öğretmen | Hafta   |
| Vergi     | Yiyecek  | Sürücü    | Memur         | Bilim    | Yüzyıl  |
| Alışveriş | Pişirmek | Yolculuk  | Cumhuriyet    | Ders     | Süreç   |
| Gider     | Lokanta  | Motor     | Meclis        | Müdür    | Vakit   |
| Döviz     | Sebze    | Kilometre | Başbakan      | Sınıf    | Çağ     |
| Maaş      | Mide     | Yarış     | Cumhurbaşkanı | Mezun    | Sene    |

**Kaynak:** Göz, İ. (2005). Word frequency in false memories. *Psychological Reports*, 96, 1095-1112.

EK-11

**MİLLET** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**EĞİTİM** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**RÜYA** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**ÜCRET** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**PARA** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**MEVSİM** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**AĞABEY** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim



**EL** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**VERİ** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**DEVLET** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**GIDA** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**TERS** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**EKMEK** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**SANAT** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**TRAFİK** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**ŞOFÖR** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**MADDE** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**KANUN** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**KAĞIT** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**OKUL** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**BEYAZ** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**FİYAT** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**GEREKLİ** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**YARIM** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**KUŞ** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**ARABA** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**VATANDAŞ** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

|                       |                        |                      |                     |
|-----------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| <b>KEDİ</b>           | ..... ..... .....      |                      |                     |
| 1                     | 2                      | 3                    | 4                   |
| duymadığıma<br>eminim | mehtemelen<br>duymadım | muhtemelen<br>duydum | duyduğuma<br>eminim |

|                       |                        |                      |                     |
|-----------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| <b>KAŞIK</b>          | ..... ..... .....      |                      |                     |
| 1                     | 2                      | 3                    | 4                   |
| duymadığıma<br>eminim | mehtemelen<br>duymadım | muhtemelen<br>duydum | duyduğuma<br>eminim |

|                       |                        |                      |                     |
|-----------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| <b>KAZA</b>           | ..... ..... .....      |                      |                     |
| 1                     | 2                      | 3                    | 4                   |
| duymadığıma<br>eminim | mehtemelen<br>duymadım | muhtemelen<br>duydum | duyduğuma<br>eminim |

|                       |                        |                      |                     |
|-----------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| <b>YÖNETİM</b>        | ..... ..... .....      |                      |                     |
| 1                     | 2                      | 3                    | 4                   |
| duymadığıma<br>eminim | mehtemelen<br>duymadım | muhtemelen<br>duydum | duyduğuma<br>eminim |

|                       |                        |                      |                     |
|-----------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| <b>BANKA</b>          | ..... ..... .....      |                      |                     |
| 1                     | 2                      | 3                    | 4                   |
| duymadığıma<br>eminim | mehtemelen<br>duymadım | muhtemelen<br>duydum | duyduğuma<br>eminim |

|                       |                        |                      |                     |
|-----------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| <b>KESİN</b>          | ..... ..... .....      |                      |                     |
| 1                     | 2                      | 3                    | 4                   |
| duymadığıma<br>eminim | mehtemelen<br>duymadım | muhtemelen<br>duydum | duyduğuma<br>eminim |

|                       |                        |                      |                     |
|-----------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| <b>ARAÇ</b>           | ..... ..... .....      |                      |                     |
| 1                     | 2                      | 3                    | 4                   |
| duymadığıma<br>eminim | mehtemelen<br>duymadım | muhtemelen<br>duydum | duyduğuma<br>eminim |

**GOL** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**AYRICA** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**FAİZ** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**ÖĞRENMEK** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**BİRER** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**GELECEK** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**HASTA** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**SINIR** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**SÜRE** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**PEYGAMBER** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**FUTBOL** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**YAŞAM** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**RÜZGAR** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**BOYUN** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**ZAMAN** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**KOLAY** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**DAKİKA** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**LİSE** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**İÇMEK** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

**YEMEK** |.....|.....|.....|  
1 2 3 4  
duymadığıma mehtemelen muhtemelen duyduğuma  
eminim duymadım duydum eminim

EK-12

AD SOYAD:

TARİH:

| <b>1. LİSTE</b> | <b>2. LİSTE</b> |
|-----------------|-----------------|
|                 |                 |
| <b>3. LİSTE</b> | <b>4. LİSTE</b> |
|                 |                 |
| <b>5. LİSTE</b> | <b>6. LİSTE</b> |
|                 |                 |



EK-13

## BİLGİ VE ONAY FORMU

Bir klinik çalışmaya katılmak için davet edilmiş bulunmaktasınız. Aşağıdaki bilgileri okuduktan sonra çalışmaya katılmak isterseniz bu formu imzalayınız. Formu imzalamanız çalışmanın kapsamı hakkında bilgilendirildiğinizi ve kararı serbestçe verdiğinizi belirtmektedir. Formda anlamadığınız ifadeler varsa Psikolog Sibel KILINÇ'a sorarak bilgi edininiz.

Bu araştırma çerçevesinde, İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görevli Psikolog Sibel KILINÇ tarafından ruh sağlığına yönelik bazı soruların sorulacağı ve bazı psikolojik değerlendirme testlerinin uygulanacağı bana anlatıldı. Bana, yapılacak tüm değerlendirmelerin araştırmacının yüksek lisans tezi çerçevesinde gerçekleştirileceği anlatıldı.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilir veya çalışmanın seyri sırasında herhangi bir zamanda bana verilecek testleri uygulamaktan vazgeçebilirim. Yapılacak testlerle ilgili bilgi için Psikolog Sibel KILINÇ ile doğrudan görüşebileceğim söylendi.

Araştırmanın ekonomik sorumluluğunun bana ait olmadığını biliyorum. Kişisel ve tıbbi kayıtlarla ilgili gereken mahremiyete özen gösterilecek ve ilgili kayıtlar, kişisel mahremiyet haklarıma zarar vermemek koşuluyla bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Bu çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı imza ile onaylamam gerektiği söylendi. Yukarıda açıklamaları okudum. Bunlar hakkında bana ayrıca sözlü açıklamalar da yapıldı.

**Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.**

...../...../2010

AD SOYAD

İMZA

EK-14

## BİLGİ VE ONAY FORMU

Bir klinik çalışmaya katılmak için davet edilmiş bulunmaktasınız. Aşağıdaki bilgileri okuduktan sonra çalışmaya katılmak isterseniz bu formu imzalayınız. Formu imzalamanız çalışmanın kapsamı hakkında bilgilendirildiğinizi ve kararı serbestçe verdiğinizi belirtmektedir. Formda anlamadığınız ifadeler varsa Psikolog Sibel KILINÇ'a sorarak bilgi edininiz.

Bu araştırma çerçevesinde, İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğinde Obsesif Kompulsif Bozukluk (Saplantı Zorlantı Bozukluğu) tanısı ile tedavi gören ya da ilk kez başvurup bu tanıyı alan en az 60 hastanın bu çalışmaya katılacağı, bu hastalara psikiyatrik muayene yapılacağı ve bazı psikolojik değerlendirme testleri uygulanacağı Psikolog Sibel KILINÇ tarafından anlatıldı. Bana, Psikolog tarafından yapılacak testlerin araştırmacının yüksek lisans tezi çerçevesinde gerçekleştirileceği anlatıldı.

Bu araştırmanın amacı Obsesif Kompulsif Bozukluğun psikolojik temelleriyle ilgili bilgi toplanması ve bu hastalığa sahip kişilerin çeşitli farklılıklarının değerlendirilip karşılaştırılmasıdır. Bu çalışmaya katılıp tedavi almayı reddedebilir veya çalışmanın seyri sırasında herhangi bir zamanda bana verilecek testleri uygulamaktan vazgeçebilirim. Yapılacak testlerle ilgili bilgi için Psikolog Sibel KILINÇ ile doğrudan görüşebileceğim söylendi.

Araştırmanın ekonomik sorumluluğunun bana ait olmadığını biliyorum. Kişisel ve tıbbi kayıtlarla ilgili gereken mahremiyete özen gösterilecek ve ilgili kayıtlar, kişisel mahremiyet haklarıma zarar vermemek koşuluyla bilimsel amaçlarla kullanılabilir.

Bu çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı imza ile onaylamam gerektiği söylendi. Yukarıda açıklamaları okudum. Bunlar hakkında bana ayrıca sözlü açıklamalar da yapıldı.

**Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.**

...../...../2010

AD SOYAD

İMZA

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğine,

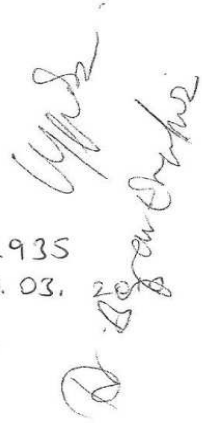
Hastanemizde psikolog olarak görev yapmaktayım. Maltepe üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programına kayıtlı tez dönemi öğrencisiyim. Hastanemiz psikiyatri polikliniğine başvuran ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı alan hastalara birkaç psikolojik değerlendirme testi uygulamak istemekteyim. Psikiyatri uzmanı Fuat Torunun bilgisi dahilinde hastalar değerlendirilip tez çalışması yapılacaktır.

Bilginize arz ederim.

Psikolog SİBEL KILINÇ

  
20/03/10

SAYI : 12935  
TARİH : 20.03.  
NEREYE :

  
Dr. Beyhan Özyılmaz

  
Dr. Beyhan ÖZYILMAZ  
Başhekim Yrd.

## ÖZGEÇMİŞ

### Sibel KILINÇ

Tokatköy Mah. Sultan Aziz Cad. No:245 Beykoz/İSTANBUL  
0216 323 10 11  
[sbl.klnc@gmail.com](mailto:sbl.klnc@gmail.com)

#### I. KİŞİSEL BİLGİLER

Doğum Yeri: ANKARA  
Doğum Tarihi: 17/05/1985  
Medeni Durumu: Bekar

#### II. EĞİTİM BİLGİLERİ

- Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji YL Programı. İSTANBUL/TÜRKİYE 2008-
- Mersin Üniversitesi Psikoloji Bölümü MERSİN/TÜRKİYE 2003-2007
- Beykoz Fevzi Çakmak Lisesi (YDA) İSTANBUL/TÜRKİYE 1999-2003

#### III. İŞ VE STAJ DENEYİMİ

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2009-....  
Psikolog İSTANBUL/TÜRKİYE

Beykoz Devlet Hastanesi 2009-  
Psikolog İSTANBUL/TÜRKİYE

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 2004  
Psikiyatri Kliniği (STAJ) İSTANBUL/TÜRKİYE

#### IV. YURT İÇİ HAKEMLİ DERGİLERDE YAYINLANAN MAKALELER

- **Kılınç, S. & Torun, F.** (2011). Adil Dünya İnancı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 1-14.
- **Kılınç, S. & Torun, F.** (2011). Türkiye’de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri. *Dirim Tıp Dergisi*.

#### V. KAZANDIĞI ÖDÜLLER

Türk Psikologlar Derneği Genç Psikologlar Araştırma Ödülleri 2007  
Yarışması.  
**1.lık ödülü.**

#### VI. KAZANDIĞI BURSLAR

İsrail Dışişleri Bakanlığı Bursu, 0-6 İşitme Engellilerde Eğitim 2009  
Uygulamaları Eğitimcinin Eğitimi.  
İSRAİL / TEL AVİV

#### VII. ÜYE OLDUĞU BİLİMSEL KURULUŞLAR

Türkiye Beyin Araştırmaları ve Sinir Bilimleri Derneği (TÜBAS)  
Federation of European Neuroscience (FENS)  
Alzheimer Vakfı  
Türk Psikologlar Derneği