

T.C.
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUKTA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMATİK YAŞANTILARI, DISSOSİYATİF YAŞANTILAR VE
BİLİŞSEL SÜREÇLER**

Psikolog Cihat ÇELİK
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Lütfullah BEŞİROĞLU

VAN-2009

T.C.
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUKTA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMATİK YAŞANTILARI, DISSOSİYATİF YAŞANTILAR VE
BİLİŞSEL SÜREÇLER**

Psikolog Cihat ÇELİK
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İmza
Unvanı, Adı ve Soyadı
Jüri Başkanı

İmza
Unvanı, Adı ve Soyadı
Üye

İmza
Unvanı, Adı ve Soyadı
Üye

TEZ KABUL TARİHİ

TEŐEKKÖR

Tezi hazırlamada ve bitirmede destek ve yardımlarını esirgemeyen öncelikle tez danışmanım Doç. Dr. Lütfullah Beşiroğlu'na ve hastaları poliklinikte değerlendirip bana yönlendiren Muş Devlet Hastanesi psikiyatri hekimlerinden Uzm. Dr. Okan Taycan'a ve Uzm. Dr. Özgür Özdemir'e ve meslektaşım Bayram Oflus'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay.....	II
Teşekkür.....	III
İçindekiler.....	IV
Simgeler ve Kısaltmalar.....	VI
Tablolar.....	VII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Obsesif-Kompulsif Bozukluk.....	3
2.1.1. Epidemiyoloji.....	5
2.1.2. Başlangıç yaşı ve cinsiyet.....	6
2.1.3. Obsesif-kompulsif belirtiler.....	6
2.1.3.1. Obsesyonlar.....	7
2.1.3.2. Kompulsiyonlar.....	9
2.1.4. Obsesif-kompulsif bozukluğun bilişsel modeli.....	11
2.1.5. Obsesif-kompulsif bozuklukta üstbilişin (metakognisyon) rolü.....	15
2.2. Travma.....	18
2.2.1. Travma türleri.....	19
2.2.2. Travma ve obsesif-kompulsif belirtiler.....	20
2.3. Dissosiyasyon ve Obsesif-Kompulsif Belirtiler.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Veri Toplama Yöntemi.....	28
3.2. Veri Toplama Gereçleri.....	28
3.2.1. Sosyodemografik veri formu.....	28
3.2.2. Dissosiyatif yaşantılar ölçeği (DES).....	28
3.2.3. Çocukluk çağı travmaları ölçeği (Childhood trauma questionnaire-CTQ-28).....	29
3.2.4. Yale-brown obsesyon kompulsiyon derecelendirme ölçeği (Y-BOKÖ).....	29
3.2.5. Beyaz ayı supresyon envanteri-BASE (White bear suppression inventory WBSI).....	30

3.2.6. Beck depresyon envanteri.....	30
3.2.7. Düşünce eylem kaynaşması ölçeği (DEKÖ).....	31
3.2.8. Üst-biliş ölçeği-30 (ÜBÖ-30).....	31
3.3. İstatistik Analizler.....	31
4. BULGULAR.....	32
4.1. Obsesif-Kompulsif Belirtiler.....	32
4.2. Travmatik Yaşam Olayları ve Diğer Değişkenler Arasındaki İlişki.....	33
4.3. Dissosiyatif Yaşantılar ile OKB ve Diğer Bilişsel Değişkenler Arasındaki İlişki.....	35
4.4. Obsesif-Kompulsif Belirtiler, Düşünce Eylem Kaynaşması ve Metakognisyon Arasındaki İlişki	37
4.5. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ile Dissosiyatif Yaşantılar Arasındaki İlişki.....	37
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	39
ÖZET.....	47
SUMMARY.....	48
KAYNAKLAR.....	49
ÖZGEÇMİŞ.....	61
EKLER.....	62
EK 1: Sosyodemografik Veri Formu.....	62
EK 2: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES).....	63
EK 3: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	65
EK 4: TAF-SCALE.....	67
EK 5: WBSI.....	68
EK 6: Beck Depresyon Envanteri.....	69
EK 7: Üst-Biliş Ölçeği-30.....	71
EK 8: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği.....	72

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA	: American Psychiatry Assosication
BASE	: Beyaz Ayı Supresyon Envanteri
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
CTQ-28	: Childhood Trauma Questionnaire–28. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DEK	: Düşünce-Eylem Kaynaşması
DEKÖ	: Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği
DES	: Dissosiation Experience Scale. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği
DES-T	: Patolojik Dissosiyasyon
DSM IV-TR	: Diagnossis Statical Manuel IV Türkçe
ECA	: The Epidemiologic Catchment Area
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması 10. Revizyon
MCQ	: Meta-Cognitions Questionnaire
OC	: Obsessive-Compulsive
OCCGW	: Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group
OK	: Obsesif-Kompulsif
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
SCID-I	: Structured clinical interview for DSM-IV clinical version
S-REF	: Self-Regulatory Executive Function. Kendinden Düzenleyici Yürütücü İşlevler
TAFSCALE	: Thought-Action Fusion Scale. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği
TM	: Trikotillomani
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ÜBÖ-30	: Üst-Biliş Ölçeği-30
WBSI	: White Bear Suppression Inventory. Beyaz Ayı Supreayon Envanteri
WHO	: World Health Organization. Dünya Sağlık Örgütü
YBOC-S	: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
Y-BOKÖ	: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği

TABLÖLAR

Tablo 1. Hastalarda Görülen Obsesyon ve Kompulsiyonların Tablosu.....	32
Tablo 2. Y-BOKÖ Değişkenlerinin Ortalama Puanları.....	33
Tablo 3. Travmatik Yaşantılar ve Diğer Değişkenlerin Ortalama Puanları.....	33
Tablo 4. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılar İle Diğer Değişkenler Arasında Bağntı Analizi.....	34
Tablo 5. DES ve Diğer Değişkenler Arasında Yapılan Bağntı Analizi Tablosu.....	35
Tablo 6. Y-BOKÖ Puanları İle Bazı Bilişsel Değişkenler Arasında Bağntı Analizleri Tablosu.....	37
Tablo 7. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılar İle Dissosiyatif Yaşantılar Arasında Bağntı Analizi Tablosu.....	38

1. GİRİŞ

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), istenmeden gelen, belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, tekrarlayıcı türden düşünce, hayal ve dürtüler olarak tanımlanan obsesyonlar ve kişinin bu obsesyonlara tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı tekrarlayıcı davranışlar ya da zihinsel eylemler olarak tanımlanan kompulsiyonlar ile belirli bir psikiyatrik rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır (APA, 2000). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre OKB'nin, bireylerin işlevselliğini olumsuz olarak etkileyen fiziksel ve ruhsal hastalıklar içerisinde ilk on içinde yer alması, son yıllarda bu bozukluğa olan ilginin artmasına sebep olmuştur (WHO, 1999).

Travma, kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Kişi olay karşısında korku, çaresizlik ve dehşet duygularını yoğun olarak yaşamıştır (APA, 2000). Çocukluk çağında yaşanan travmatik yaşantıların, bireyin yetişkinlik yıllarını ruhsal bakımdan etkileyeceği görüşü psikiyatride bilinen bir durum olduğu ve travmanın bu özelliği, onu birçok çalışmanın ana başlığı haline getirmiştir. Özellikle travma ile dissosiyasyon bağlantısı çok çalışılmış ve aralarındaki güçlü ilişki birçok çalışma ile ortaya konmuştur (Çilli ve ark., 1999; Kisiel ve Lyons, 2001; Swedin ve ark., 2004). OKB açısından bakıldığında stresli yaşam olayları, OKB başlangıcını tetikleyen bir durum olarak işlev görebilir. OKB başlangıcından önceki yıllarda çocukluk çağı travmatik yaşantıları olan bireylerde OKB belirtilerinin daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Murpy ve ark., 1988; Dinn ve ark., 1999). Son yıllarda, az sayıda gerçekleştirilmiş olan araştırmalarda, OKB-dissosiyasyon arasında bir ilişkinin olduğu sıkça vurgulanırken, bu ilişkinin kaynağını açıklamanın güçlüğü de belirtilmektedir (Pica ve ark., 1997). Dissosiyasyonun; çocuklukta yaşanan duygusal, fiziksel, cinsel kötüye kullanım ile duygusal ve fiziksel ihmal gibi travmatik yaşantılarla ilişkili, bireyin psikolojik bütünlüğü için kullanılan bir savunma mekanizması olduğu (Chu ve Dill 1990; Pica ve ark., 1997) bilinmektedir.

OKB oluşumunda rol alan bilişsel teoriler özellikle obsesyonların oluşumunda rol oynayan bilişsel etmenler, bilişsel yanlılıklar ve işlevsel olmayan inançlar üzerinde

durmaktadır. Çoğu insanın zihnine geçici sıkıntıya neden olabilecek türden istemsiz düşünceler ve imgeler gelebilmektedir. Bilişsel teoriye göre normal kişilerde görülebilen benliğe daha az yabancı, zihinden kolay atılan, belirgin sıkıntı oluşturmeyen istem dışı düşünceler ile benliğe yabancı düşünce, imge ya da dürtüler şeklinde klinik anlamı olan obsesyonlar arasında bir devamlılık olduğunu ileri sürülmüştür (Rachman 1997; Salkovskis, 1998). İlk başlarda kolaylıkla zihinden atılabilen ve klinik açıdan anlamı olmayan bu düşünce ve zihinsel uğraşların daha sonraları nasıl klinik önemi olan obsesyonlara dönüştüğü ile ilgili iki farklı varsayım öne sürülmüştür (Rassin ve ark., 2000; Ağargün ve ark., 2004). Bunlardan birincisi kişinin düşüncelerinin sonuçları ve önemi hakkında aşırı değerlendirme eğilimini yansıtan düşünce-eylem kaynaşması (DEK) “thought-action fusion” teorisidir (Shafran ve ark., 1996), ikincisi ise istenmeyen düşünceleri “bilinçli bastırma” (suppression) çabalarının obsesyonları arttırdığı görüşüdür (Wegner ve Zanakos, 1994). İşlevsel olmayan inanışların da obsesyonların ortaya çıkmasında önemli bir rolü olduğu öne sürülmektedir (OCCWG, 1997; Rachman, 1997; Rachman, 1998). Kişilerin zihnine zorla girmiş, istenmeyen birtakım düşünceler, dürtüler, kuşular, eğilimi olan kişilerce yanlış yorumlanmakta ve bu durum daha sonra OKB'nin temelini oluşturmaktadır. Başka bir ifade ile normal sayılan bazı zorlayıcı düşünceler ile obsesif düşünceler arasındaki fark, bu düşüncelere verilen anlam ile ilgilidir.

Bu çalışmada OKB hastalarında; OKB'nin bilişsel modelinde sözü edilen bilişsel etmenlerle obsesif-kompulsif belirtilerin şiddeti arasında ilişkinin olup olmadığı, daha sonra OK belirtilerin şiddeti ile bu bilişsel etmenlerin çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve dissosiyatif yaşantılar arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırmamız, hem travmatik yaşantıların ve de dissosiyasyonun farklı yönlerinin OK belirtiler üzerindeki etkisini birlikte değerlendirmesi hem de bunların bilişsel model ile karşılaştırılması bakımından bir ilk olma özelliği taşımaktadır. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile dissosiyasyon ilişkisi OK belirtilerini etkilemekte mi, bunlarda bilişsel etmenlerin bir rolü var mı? Ayrıca hem travmatik yaşantılar ve dissosiyasyonun farklı yönlerinin hem de bilişsel etmenlerin OK belirtiler üzerindeki etkisini birlikte inceleyen çalışmalarla uyumluluğu araştırılmak istenmektedir. Bu nedenle, klinik örneklerde daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim duyulduğu da bildirilmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB); istenmeden gelen, uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici düşünce, hayal ve dürtüler (impuls) olarak tanımlanan obsesyonlar (saplantı) ve kişinin obsesyonlara tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemler yani kompulsiyonlar (zorlantı) ile karakterize edilen bir psikiyatrik bozukluktur (APA, 2000).

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 (nötralizasyon) çalışır. Kompulsiyon olarak tanımlanan davranışlar ve zihinsel eylemler ise, obsesyonlara ikincil oluşan sıkıntıdan kurtulmaya ya da korunmaya yöneliktir (APA, 2000). 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, mesleki işlevselliğini ya da toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar (APA, 2000).

Obsesyon terimini ilk kez 1866'da Morel kullanmıştır (Jenike ve ark., 1986). 20.yüzyılın başlarında Fransız ruh hekimi Pierre Janet fobileri, obsesyon ve kompulsiyonları psikastenî başlığı altında toplamıştır ve buna 'psikastenî' adını vermiştir. Janet'e göre psikastenî; kişinin düşünce ve davranışlarını denetlemesini engelleyen ruhsal yorgunluk ve irade zayıflaması ile ortaya çıkıyordu. Freud 1908'de kaleme aldığı yazısında obsesyonel nevrozun anal dönem saplantısı sonucu bu döneme regresyon ile oluştuğunu belirtmiştir (Öztürk, 1997). Pierre Janet'in folie de doute (kuşku hastalığı) adını verdiği bu klinik tablo daha sonraları anankastik nevroz, obsesif kompulsif reaksiyon, obsesif kompulsif nevroz olarak adlandırılmıştır. DSM III'ten itibaren ve halen günümüzde DSM IV TR'de psikiyatrik nozolojide OKB anksiyete bozuklukları içinde sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmada merkezi rolü; obsesyonlar nedeniyle oluşan anksiyetenin her durumda OKB'nin temel bir özelliği olması

oynamaktadır. ICD-10 tanı sınıflandırmasında “nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar” başlıkları altında sınıflandırılmıştır.

Çoğu insanın yaşamında zaman zaman, istenmeden ve benliğe yabancı olarak yaşadığı bir takım düşünce, imge ya da dürtüleri ve kendini yapmaktan alıkoymadığı bir takım davranışları olabilir (Salkovskis ve Harrison, 1984). Bu düşünceler OKB’li hastalara göre daha kısa süreli, benliğe daha az yabancı, zihinden kolay atılan, belirgin sıkıntı oluşturmada ve önemli etkisizleştirme (nötralizasyon) 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 mesleki işlevselliğini etkileyecek düzeyde aşırı olması gereklidir (Hollander ve ark., 1998).

DSM-IV- TR’ye göre Obsesif-Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri:

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

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

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

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

- (1). Bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoymadığı yineleyici davranışlar (örneğin; el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örneğin; dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).
- (2). Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurutulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir, ancak bu

davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder.

Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın 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 toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

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

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

2.1.1. Epidemiyoloji

Sık görülen ve kronik seyirli bir hastalık olan OKB'nin 1980'li yıllara kadar nadir görülen bir hastalık olduğu kabul edilmekteydi, ancak daha sonra yapılan tarama çalışmalarında yaşam boyu yaygınlık oranı %2,5 civarında olduğu ve geniş bir epidemiyolojik çalışma olan ECA' da %1.94-3.29 olarak bildirilmiştir (Karno ve ark., 1988). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise yaşam boyu yaygınlığı %2.5-6.2, 12 aylık yaygınlığı %0.5-5.6 arasında olarak gösterilmiştir (Doğan ve ark., 1995; Erol ve ark., 1997; Kırpınar ve ark., 1997; Çilli ve ark., 2004).

2.1.2. Başlangıç yaşı ve cinsiyet

OKB genellikle ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde başlamaktadır. OKB'nin en sık başladığı yaş grubunu ortalama 20'li yaşlar oluşturmaktadır. Literatüre göre bozukluk nadiren kırk yaşından sonra başlar. OKB başlangıç yaşı için erkeklerde 15-25 yaş arası, kadınlarda ise 20-29 yaş arası değişen değerler bulunmuştur (Sayar ve ark., 1999; Mohammadi ve ark., 2004; Tükel ve ark., 2004; Demet ve ark., 2005; Crino ve ark., 2005).

2.1.3. Obsesif-kompulsif belirtiler

Bireylerde hem obsesyon hem kompulsiyon belirtileri birlikte görülebildiği gibi, OKB'de sadece obsesyonlar ya da sadece kompulsiyonların görüldüğü hastalar da vardır. Geniş kapsamlı bir çalışmada, DSM-IV'teki OKB tanı kriterlerini karşılayan bireylerde sadece obsesyonları olanların oranı %10.1, sadece kompulsiyon belirtileri olanların oranı %2.9 ve hem obsesyon hem kompulsiyonu olanların oranı ise %87 olarak belirtilmiştir (Stein ve ark., 1997). Bazı araştırmacılar ve klinisyenler, davranışsal kompulsiyonlara ek olarak mental kompulsiyonların varlığı da dikkatli olarak araştırıldığı takdirde, bu sayının %100'e çok daha yakın olabileceğine inanmaktadır.

Obsesyon ve kompulsiyonların yaygın olan bazı özellikleri bulunmaktadır: (1) Bir düşünce ya da bir dürtü kişinin bilincine üsteleyci ve kalıcı şekilde zorla girer. (2) Ana görünüme endişeli korku hissi eşlik eder ve sıklıkla kişiyi ilk düşünce ve dürtüye karşı karşıt tedbirler almaya iter. (3) Obsesyon ya da kompulsiyon egoya yabancıdır; yani, kişinin psikolojik varlık olarak kendilik yaşantısına yabancı olarak yaşanır. (4) Obsesyon veya kompulsiyon ne kadar canlı ve zorlayıcı olursa olsun, kişi onu acaip ve mantıksız olarak algılar. (5) Obsesyonlar ve kompulsiyonlardan yakınan kişi genellikle onlara direnmeye güçlü bir arzu duyar. Buna rağmen, hastaların yarısı kompulsiyona az miktarda direnç gösterirler. Aynı şekilde tüm hastaların %80 kadarı kompulsiyonun mantıksız olduğuna inanır (Kaplan ve Sadock, 2004). Bazen obsesyonlar ve kompulsiyonlara hastalar aşırı değer verir hale gelir –örneğin, temizlik için kaybettığı zamandan dolayı işlerini kaybetmelerine rağmen, hastalar kompulsif temizliğin manevi yönden doğru olduğunda ısrar edebilirler (Kaplan ve Sadock, 2004). OKB belirti yapısı açısından oldukça çeşitlilik göstermektedir. Bir hastada bir belirti daha yaygın olarak

gözlenirken diğer belirtiler hiç görülmeyebilir, ya da aynı kişi farklı zamanlarda farklı belirtiler yaşayabilir.

2.1.3.1. Obsesyonlar

Obsesyonlar; kişinin mantıksız olduğunu bilmesine veya kabullenmesine rağmen, inatçı, zorlayıcı ve tekrarlayıcı biçimde zihnine gelen, sıkıntı ve rahatsızlık oluşturduğu halde kişinin düşünmekten kendisini alıkoyamadığı düşünsel yaşantılardır. Toplumumuzda hastalar tarafından vesvese, evham, takıntı gibi terimlerle ifade edilmektedir. Kişi bu düşüncelerin gerçekte uyuşmadığını çoğu zaman fark eder, bunları dikkate almamaya, bastırmaya çalışır veya başka bir düşünce, eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır (Ebert ve ark., 2003). Etkisizleştirmedeki (nötralizasyon) amaç; obsesyonların ortaya çıkardığı suçluluk ve rahatsız edici duyguları veya obsesyonların beklenen olumsuz etkilerini ortadan kaldırmaktır (Salkovskis, 1985).

OKB hastalarında sık görülen obsesyon çeşitleri aşağıda listelenmiştir:

Bulaşma obsesyonları; bu obsesyonlar görülmez mikrop, pis, kir veya zararlı etkenlerle kişinin kirleneceği, enfekte olacağı şeklinde bir kaygı ile kendini göstermektedir. Toplu kullanım alanlarında hastalıkların bulaşmasından korkma, mikrop bulaşacağı düşüncesiyle kapı kollarına dokunmaktan ve el sıkmaktan korkma, radyoaktif bir ürünün etkisinden korkma, hastalık bulaşacağı için hayvanlara dokunmaktan korkma, kendi vücut salgılarından korkma ve zehirli bir yüzeye dokunup sonra diğer insanlara hastalık taşımaktan korkma gibi düşünceleri içermektedir. Bu obsesyona sıklıkla yıkanma, temizlenme kompulsiyonları eşlik etmektedir. Kirlenme kaynağı hemen herşey olabilir (toz, toprak, kir, gayta, idrar vb). Hastalar bulaşmanın sıklıkla nesneden nesneye veya insandan insana en küçük bir temasla ya da tamamen temassız geçtiği hissine kapılırlar. Çeşitli çalışmalarda en sıklıkla karşılaşılan obsesyon bulaşma obsesyonu olup hastaların yaklaşık %45-55'inde görülmektedir (Rasmussen ve Eisen, 1989; Eğrilmez ve ark., 1997; Sayar ve ark., 1999; Tükel ve ark., 2002).

Kuşku obsesyonları; kirlenme obsesyonundan sonra en sık karşılaşılan obsesyon kuşku, emin olamama obsesyonudur (Tükel ve ark., 2002; Kaplan ve Sadock, 2003; Deniz, 2005). Bir işi yapıp yapmadığından ya da tam ayarında olup olmadığından emin olamama ile ilişkilidir. Kapı ya da pencerelerin açık olup olmadığı, gazın açık unutulup

unutulmadığı, kapının kilitli olup olmadığı gibi temaları içeren obsesyonlardır (Sayar ve ark., 1999; Bhar, 2004). Çoğu zaman diğer obsesyonlara eşlik eden bir fenomen de olabilir. Kişiler obsesyoneel olarak birşeyi unutmuş olduklarından veya hatalı şeyler yaptıklarından kuşkulanırlar. Bu obsesyonun görülme sıklığı çeşitli çalışmalara % 23 olarak bulunmuştur (Foa, 1995; Tukul, 1997; Işık, 2006). Bunu genellikle kontrol etme kompulsiyonu izler.

Saldırganlık obsesyonları; kişinin kendisine, eşine, çocuğuna veya başkalarına zarar verme, öldürme düşünceleri, şiddet içeren korkutucu imgeler, utanılacak bir şeyi yapmaktan korkma, dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar vermekten korkma ile ilgili obsesyonlardır. Kişinin bıçak gibi sivri uçlu nesnelere dokunmaktan korkma, sevdiği insanlarla yalnız kalmaktan korkma, toplum içinde küfür etmekten korkma, bir şeyler çalmaktan korkma ya da bazı insanların özellikle kendisini pencereden atma gibi düşüncelerle ilgilidir. OKB hastalarında bu obsesyonların yaygınlığı %10-20 arasındadır (Lensi ve ark., 1996; Eğilmez ve ark., 1997)

Cinsel obsesyonlar; ayıplanacak şekilde yabancı, aileden ya da arkadaşlardan biri ile ilgili istenmeyen cinsel düşüncelere sahip olma, çocukları içeren cinsel düşünceler, homoseksüellik ile ilgili cinsel düşüncelere, dürtülere ve görüntülere kapılma ile ilişkili obsesyonlardır. OKB'lerde görülme sıklığı %13-26 arasındadır (Eğilmez ve ark., 1997; Deniz, 2005).

Biriktirme obsesyonları; kişi için maddi ve manevi değeri olmayan ve gelecekte gerekli olacağından hareketle önemsiz nesnelere atılmaktan endişe duyma ve saklama gereksinimi duyması anlamına gelmektedir. Eski dergi, gazete ve mektupları ve gereksiz şeyleri kapsamaktadır. Hobi için veya maddi değeri olan eşyaları toplama bu kapsama girmemektedir.

Dini obsesyonlar; dinsizlik ile ilgili düşüncelere sahip olmaktan kaygılanma, dini değerlere küfür etme, karşı gelme ve bundan dolayı ceza almaktan korkma, ahlaki bakımdan kaygı duyma gibi durumları içeren obsesyonlardır. Dini obsesyonların görülme sıklığı toplumlara göre farklılık göstermektedir. Görülme sıklığı %11-42 arasında değişmektedir (Eğilmez ve ark., 1997; Sayar ve ark., 1999).

Simetri, düzen obsesyonları; kişinin her şeyi yerli yerinde düzgün ve sırasında olması gerektiğini düşünme ve hissetmesiyle ilgili obsesyonlardır. Kağıt ve kitapların

aynı hizada olması, eşyaların yerinde bulunması ve el yazısının mükemmel olması gerektiği gibi düşünceler olabildiği gibi bazen doğaüstü düşünceler de bulunabilir. Daha çok bu tür obsesyonlara; kontrol, sayma, sıralama ve düzenleme gibi kompulsiyonlar eşlik eder.

Somatik obsesyonlar; kişilerin AIDS, kanser, kalp rahatsızlığı gibi tedavi edilmesi güç hastalıklara sahip olduklarını ya da yakalanma ihtimalini düşünmeleriyle; ayrıca bedenin bazı uzuvlarının (burun gibi) çirkin ve iğrenç olduğu ile ilgili kaygılı düşüncelerin varlığıyla ortaya çıkan obsesyonlardır.

Diğer obsesyonlar; yukarıda anlatılan obsesyonlardan farklı olarak bilme ve hatırlama ihtiyacı, belirli şeyleri söyleme korkusu, doğru şeyleri söylememe korkusu, bir şeyleri kaybetme korkusu, uğurlu ve uğursuz sayılar, özel anlamı olan renkler vb. obsesyonlar da mevcuttur.

2.1.3.2. Kompulsiyonlar

Kompulsiyonlar yoğun sıkıntı veren obsesyonların etkisini azaltmak veya nötralize etmek için kişinin kendisini yapmak zorunda hissettiği, gereksiz olduğunu bilmesine rağmen yapmaktan ve tekrarlamaktan kendisini alıkoyamadığı açık davranışlar veya gizli zihinsel eylemler olarak tanımlanır. Bunlar katı, fakat sıklıkla ilgisiz, içsel talimatlarla yönlendirilen davranışlar olarak da ortaya çıkabilirler. Genellikle obsesyonlar etrafındaki fikirler ile uyumlu olarak yerine getirilirler. En sık rastlananlar sırasıyla; yıkama, yıkanma, kontrol etme, dokunma, sıralama, biriktirme gibi dışarıdan fark edilebilecek açık davranışlar (açık kompulsiyonlar) şeklinde olabileceği gibi, sayma, dua etme benzeri gizli zihinsel aktiviteler (örtük kompulsiyonlar) şeklinde ortaya çıkabilir (Rachman ve Hodgson, 1980; Ebert ve ark., 2003).

OKB hastalarında gözlenen kompulsiyonlar ise aşağıdaki gibi listelenmektedir.

Temizlik kompulsiyonları; temizlik takıntıları olan kişi bir yere dokunduğunda (örn. kapı tokmağı bir kişinin eli vb.) kendisini kirlenmiş olduğunu hissettiğinden ellerini gereksiz biçimde temizleme gerkesinimi duyar, gereksiz ve aşırı derecede ellerini yıkamaya başlar. Yine kirleneceği endişesiyle bir yere dokunmaktan kaçınması şeklindeki davranışlar. Banyoda tuvalette temizlenme amacıyla uzun zaman harcama,

her dışarı çıkma davranışından sonra elbiselerini defalarca yıkama şeklinde olabilir. Mutfak ve banyo gibi alanları temizlemede aşırıya kaçma ve bunlar için saatlerce tekrarlayıcı biçimde yıkama şeklinde olabilir. Görülme sıklığı %45-52 arasında değişmektedir (Tezcan ve ark., 1998; Sayar ve ark., 1999; Karadağ ve ark., 2006).

Kontrol kompulsiyonları; yaptığı şeylerden emin olmama ya da kontrol obsesyonları olan kişinin arabasını, kapıyı, ocağı, suyu, yazdığı yazıyı vb. davranışlarını defalarca kontrol etmesi ve bazen de çevresindekilere sürekli sorular sorarak onay alması şeklinde olabilir. Ayrıca kontrol kaybetmeyle ilgili kompulsiyonlar da; kontrolünü kaybedip saldırgan bir davranışta bulunabileceği şeklinde takıntısı olan kişinin bilmeden bir başkasını incitip incitmediğini o kişilere sorarak kontrol etmesi, bıçak gibi kesici aletlere temastan kaçınması gibi davranışları içermektedir. OKB hastalarında görülme oranı %28-45 arasında değişmektedir (Foa ve ark., 1995; Sayar ve ark., 1999; Juang ve Liu, 2001).

Tekrar etme ve sayma kompulsiyonları; belirli bir davranışı yapmadığı zaman başına kötü bir şey gelebileceği takıntısı olan kişinin sürekli olarak bir hareketi tekrarlaması ve bunun saatler alması, elektrik düğmelerini açıp kapama, saç tarama gibi davranışları belirli sayıda olmak üzere tekrarlamakla ilgili davranışları içermektedir. Sayma kompulsiyonları; nesnelere sayma ile ilgilidir, kitaplıktaki kitapları, yerdeki taşları sayma ya da belirli bir iş yaparken sayı sayma gibi. OKB'de tekrar etme kompulsiyonlarının görülme oranı % 11.1 iken sayma kompulsiyonlarının görülme oranı ise % 8'dir (Foa ve ark., 1995; Juang ve Liu, 2001).

Sıralama veya simetri kompulsiyonları; saatler harcayarak masa üzerindeki kalem ve kağıtları, kitaplıktaki kitapları düzenleme gibi davranışlarla ilintilidir. OKB hastalarında sıralama görülme oranı %5.9 iken simetri %13.5 bulunmuştur (Foa ve ark., 1995; Juang ve Liu, 2001).

Biriktirme kompulsiyonları; çok eski dergiler, gazeteleri, notları, boş şişeleri, paket kağıtlarını biriktirmek, sokaktan veya çöpten kullanılmayacak objeleri toplamak gibi davranışları kapsamaktadır (Sayar ve ark., 1999; Bhar, 2004).

2.1.4. Obsesif-kompulsif bozukluğun bilişsel modeli

Son zamanlarda OKB oluşumunda rol alan bilişsel teoriler üzerinde tartışmalar artmaktadır. Özellikle obsesyonların oluşumunda rol oynayan bilişsel etmenler, bilişsel yanlışlıklar ve işlevsel olmayan inançlar üzerinde durulmaktadır.

Çoğu insanın zihnine geçici sıkıntıya neden olabilecek türden istemsiz düşünceler ve imgeler gelebilmektedir. Bilişsel teoriye göre normal kişilerde görülebilen benliğe daha az yabancı, zihinden kolay atılan, belirgin sıkıntı oluşturmeyen istem dışı düşünceler ile benliğe yabancı düşünce, imge ya da dürtüler şeklinde klinik anlamı olan obsesyonlar arasında bir devamlılık olduğunu ileri sürülmüştür (Rachman, 1997; Salkovskis, 1998). 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. Aynı şekilde, klinik kompulsiyonların da normal ritüel davranışların devamında geliştiği söylenmektedir (Muris ve ark., 1997). Yani bir hastalık belirtisi olan obsesyonlar ve kompulsiyonlar kendiliğinden değil, başlangıçta niteliksel olarak daha az şiddette yaşanan düşünce sokulmalarının devamı olarak oluşur (Rachman ve Shafran, 1998).

Obsesyonel düşünceler ve istenmeyen zorlayıcı düşünceler bazı yönleri ile benzerlik göstermesine rağmen önemli farklılıkları vardır: Obsesyonlar daha şiddetli ve yoğun yaşanıp, daha ısrarlı, sürekli ve uzun süreli devam ederler (Rachman ve Silva, 1978). Zorlayıcı düşünceler ise daha kısa süreli ve daha az şiddetli olup, benliğe daha az yabancı, zihinden kolay atılan, belirgin sıkıntı oluşturmeyen ve önemli etkisizleştirme (nötralizasyon) çabası gerektirmeyen düşüncelerdir (Insel, 1990). Bu zorlayıcı düşüncelerin (intrüzyonların) istemli veya istemsiz olarak, bireyin hayatındaki önemli olayları yansıttığı ve sıklıkla iç ya da dış nedenlerce tetiğinin çekildiği ileri sürülmüştür (Rachman, 1997).

İlk başlarda kolaylıkla zihinden atılabilen ve klinik açıdan anlamı olmayan bu düşünce ve zihinsel uğraşların daha sonraları nasıl klinik önemi olan obsesyonlara dönüştüğü ile ilgili iki farklı varsayım öne sürülmüştür (Rassin ve ark., 2000; Ağargün ve ark., 2004). Bunlardan birincisi kişinin düşüncelerinin sonuçları ve önemi hakkında aşırı değerlendirme eğilimini yansıtan düşünce-eylem kaynaşması (DEK) “thought-action fusion” teorisidir (Shafran ve ark., 1996), ikincisi ise istenmeyen düşünceleri

“bilinçli bastırma” (suppression) çabalarının obsesyonları arttırdığı görüşüdür (Wegner ve Zanakos, 1994).

Düşünce-eylem kaynaşması (DEK), son zamanlarda üzerinde yoğun araştırmalar yapılan bilişsel değişkenlerden biridir. Çok genel anlamda düşünce ve eylemlerin birbirine karışması olarak tanımlanan DEK, kişinin kendi düşünceleri ve bunların sonuçlarına aşırı önem vermesi ile ilintili bir teoridir. Düşünce-eylem kaynaşması, bireylerin istenmeyen, zorlayıcı düşüncelerine özel bir önem verdiği ve bu türden düşüncelerin yanlış yorumlanmasına etki ettiği düşünülen bilişsel bir yanlılıktır (Abramowitz ve ark., 2003). DEK iki boyuttan oluşmaktadır. Bunlardan ilki DEK-Ahlak'tır: Kabul edilmez, istenmeyen, zorlayıcı düşüncelere sahip olmak o olayı yapmakla eş anlamlıdır inancı anlamına gelmektedir. Örneğin kutsal yerlerde küfrettiğini düşünmek gerçekte kutsal bir yerde küfretmek kadar kötüdür. DEK'in ikinci boyutu ise DEK-Olabilirlik'tir: kabul edilmez, istenmeyen, zorlayıcı düşünceler o durumun ortaya çıkma olasılığını artıracığına dair inançtır. DEK-Olabilirlik boyutu da iki alt boyutta ele alınır. Bunlardan ilki DEK-Olabilirlik-Kendisi'dir: Bu boyutta kişi düşüncelerinin kendisine yönelik olumsuz olayları ortaya çıkarma olasılığını artırdığına inanır. Örneğin kişi hasta olacağına yönelik bir düşünceye sahipse bu onun hasta olma olasılığını artırır. Diğer boyut DEK-Olabilirlik-Diğerleri'dir: Bu boyutta ise kişi, düşüncelerinin diğer insanlara yönelik olumsuz olayları ortaya çıkarma olasılığını artırdığına inanır. Örneğin, bir arkadaşımın hasta olduğunu düşünürsem bu onun hasta olma olasılığını artırır (Rachman ve Shafran, 2004). OKB'nin bilişsel teorisine göre, DEK açısından gözelenen bu bilişsel yanlılıklar bireylerin sorumluluk algılarını tetiklemekte ve sonuçta DEK iki nedenden dolayı OKB için önemli olmaktadır. Birincisi eğer birey, üzücü olayları düşünmenin gerçekte bunun olma olasılığını artıracığına inanırsa (DEK-Olabilirlik) olası negatif sonucu engellemek için bazı davranışlarda bulunabilir (kaçınma, kompulsif törenler gibi). İkinci olarak eğer birey zorlayıcı düşüncelere sahip olmanın ahlaken o davranışı yapmaya denk olduğuna inanırsa (DEK-Ahlak) bu sefer sahip olduğu bu düşünceler nedeniyle sıkıntı (distress) duyabilir (Amir ve ark., 2001). Böylece olumsuz olayların gerçekleşmesine yönelik algılanan sorumluluk ve DEK'in iki alt boyutu, suçluluk duyguları yaratarak OKB'nin gelişmesinde ve devamında rol oynayabilir (Sharfan ve ark., 1996). Ülkemizde bu konuda üniversite öğrencileri örneklemini üzerinde yapılan bir çalışmada, DEK'in alt boyutları ile OK belirtiler ile depresif belirtiler arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur

(Piri ve Kabakçı, 2007). Aynı şekilde klinik örneklem üzerinde yapılan bir çalışmada da DEK ve alt boyutlarının da OKB ile ilişkili olduğu bulunmuştur ve bu modelin aynı zamanda batılı olmayan ülkelerde de desteklendiğini ileri sürmüşlerdir (Yorulmaz ve ark., 2008).

İkinci varsayım olan düşüncelerin bilinçli olarak bastırılması (supresyon) ise, kişi tarafından sahip olmayı istemediği türden, benliğe yabancı (ego-distonik) olarak algılanan ve belirgin sıkıntıya neden olan ısrarlı düşünceler, dürtüler veya düşlemleri zihinden uzaklaştırılmak için kullanılan bilinçli bir başa çıkma düzeneği olarak tanımlanmaktadır (Wegner ve Zanakos, 1994). Bilişsel kaçınma stratejilerden biri olan düşünce bastırma, paradoksal bir etki ile kişinin sahip olmayı istemediği, benliğine yabancı olarak algıladığı düşünce ya da hayalleri daha da güçlendirmektedir (Salkovskis, 1998; Ağargün ve ark., 2004). Sonuçta obsesyonlar bu istenmeyen düşüncelerin sıklığının ve yoğunluğunun artması ile oluşmaktadır (Rassin ve ark., 2000).

İşlevsel olmayan inanışların obsesyonların ortaya çıkmasında önemli bir rolü olduğu öne sürülmektedir (OCCWG, 1997; Rachman, 1997; Rachman, 1998). Kişilerin zihnine zorla girmiş, istenmeyen birtakım düşünceler, dürtüler, kuşkular, eğilimi olan kişilerce yanlış yorumlanmakta ve bu durum daha sonra OKB'nin temelini oluşturmaktadır. Başka bir ifade ile normal sayılan bazı zorlayıcı düşünceler ile obsesif düşünceler arasındaki fark, bu düşüncelere verilen anlam ile ilgilidir. Zorlayıcı düşüncelerin yorumlanması OKB olan hastalarda önemli bazı etkilere yol açar. Anksiyetenin artması, huzursuzluk ve depresyon, obsesyonel düşünce ile ilintili durumlardan kaçınma ya da davranışsal etkisizleştirme gibi sonuçlar ortaya çıkar (Salkovskis, 1998). Birçok kişi istemediği, zihnini meşgul eden düşüncelere sahip iken, sadece bazı kişilerde klinik olarak anlamlı obsesyonlar gelişmektedir. Bu kişilerin diğerlerinden farklı olan yanları, onların birtakım inanç ve önyargılara sahip olmalarıdır (Rachman, 1998).

Obsesyonların gelişimi ile ilişkili işlevsel olmayan inanışlar aşağıda sınıflandırılmıştır (OCCWG, 1997; Rachman, 1997; Rachman, 1998):

1. Düşüncelerin kontrol edilebilirliği: Zihne zorla giren düşüncelerin kontrol edilmesine aşırı önem verme ile ilgili inanışları kapsamaktadır. Kişiler bu zorlayıcı

düşüncelerin kontrol edilebileceğine ve bunun gerekli olduğuna inanmaktır. Ancak bu düşünceleri kontrol altında tutma çabalarının, daha fazla o düşüncelerle meşgul olma sonucunu doğurduğu ve o düşüncelere dikkatin arttığı (Rachman, 1997) belirtilmektedir. Yani istenmeyen düşünceleri bastırma girişimleri sonucu bu düşüncelere aşırı dikkatin verilmesi sonuçta bu istenmeyen düşüncelerin obsesyon boyutuna varmasına neden olmaktadır.

2. Abartılı (patolojik) sorumluluk: Bireyin zorlayıcı düşüncelerinden ve bunların tehlikeli sonuçlarından kendisini sorumlu tutması, gerçek ya da olası herhangi bir talihsizlik ile ilgili kendisini sorumlu hissetmesini içeren bir inanış olarak tanımlanır (Rachman, 1998). Kişiler kendilerine veya başkalarına zarar gelme konusunda abartılı sorumluluk duygusu taşırlar ve bu duygu kişilerde suçluluk duygusunun artmasına neden olabilmektedir (Rachman, 1993). Dinamik açıdan da abartılı suçluluk hissinin OKB belirtilerinin temeli olduğu tahmin edilmektedir (Lopatka ve Rachman, 1995).

3. Tehdidin veya riskin aşırı önemsenmesi: Bu inanış istenmeyen düşünceler sonrasında ortaya çıkan tehlike ihtimalinin abartılması olarak tanımlanmıştır (OCCGW, 1997). Bir olayın, durumun olma olasılığı ve şiddeti hakkındaki abartmaları kapsar. Tehlike beklentisinin OK belirtilerinin ortaya çıkmasında etkili olduğu (Jones ve Menzies, 1997) çalışmalarla da desteklenmiştir. Obsesyonu olan bireyler olumsuz olayların ihtimalini veya sonuçlarını normalden fazla önemserler. Deneysel olduğu kadar klinik açıdan da OKB'li bireylerin riskten ve riskli davranışlardan kaçındıkları gösterilmiştir (Rasmussen ve Eisen, 1989; Steketee ve Frost, 1994).

4. Düşüncelere aşırı önem verme: Kişinin kendi düşüncelerinin çok önemli olduğu ile ilgili inanışlarının bulunmasıdır. OKB olan bireyler, düşündükleri şeylerin gerçekleşeceğine inanmaya eğilimlidirler. 'Ben önemli olduğu için bunları düşünüyorum, bunlar önemli çünkü ben onları düşünüyorum,' gibi inanışlar ile kendini gösterir. Düşüncelerin aşırı önemsenmesi düşünce-eylem kaynaşması (DEK) görüşü ile ilgili çalışmalarla ortaya konmuştur (Rassin ve ark., 2000).

5. Belirsizliğe karşı gösterilen tahammülsüzlük: OKB'li bireyler güçlü bir şekilde güven içinde olma ihtiyacı hissettikleri için 'Bir davranış yapmadan önce o durumla ilgili her şeyden emin olunmalıdır.' şeklinde kendini gösteren bir inanç taşırlar. Herhangi bir durumda meydana gelen değişikliklere uyum yapmakta zorlanma ile ilgili

inanişlardır. Bu inaniş ile belirsizliği hoş görmede yetersizlik ile OKB arasındaki ilişki (Steketee ve ark., 1998; Tolin ve ark., 2003) çalışmalarda gösterilmiştir (Kozak ve ark., 1987; Rasmussen ve Eisen, 1990).

6. Mükemmeliyetçilik: Her türlü davranışın mükemmel yapılması gerektiği, en küçük bir hatanın başarısızlıkla aynı anlama geldiğini içeren inanişlardır. Dolayısıyla hatalardan ve başarısızlıklardan kaçınma ve bunları tolere etme konusunda yetersizlik ile kendini gösterir. Mükemmeliyetçilik ile ilgili düşüncelerin OKB oluşumunda büyük önem taşıdığı belirtilmekte ve mükemmeliyetçilik ile OKB arasındaki ilişki farklı çalışmalarda ortaya konmaktadır (Rheume ve ark., 1995; Frost ve Steketee, 1997).

Yukarıda belirtilen bu inanişlar ile OKB arasında ilişkiyi araştıran çalışmalarda, mükemmeliyetçilik dışında diğer beş inaniş biçiminin OKB hastalarında, anksiyete hastaları ve normal kontrol grubuna göre daha yaygın bulunduğu (Tolin ve ark., 2006) gösterilmiştir. Steketee ve arkadaşları (1998) ise OCCWG (1997) tarafından tanımlanan dört inaniş (abartılı sorumluluk, düşüncelerin kontrol edilebilirliği, tehdidin veya riskin aşırı önemsenmesi ve belirsizliğe karşı gösterilen tahammülsüzlük) ile birlikte kaygının sonuçları ve baş etme gücü inanişlarıyla toplam altı inaniş araştırmışlardır. Önceki çalışmayla benzer olarak, anksiyete hastaları ve normal kontrol grubundaki bireylere göre OKB hastalarının altı inaniş biçiminden de yüksek puanlar aldıklarını bildirmişlerdir. Bu konuda Türkiye’de yapılan bir çalışmada; abartılı sorumluluk, kendinden tehlikelilik ve düşünce supresyonun OKB hastalarında, diğer anksiyete bozuklukları ve kontrol grubundan anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu bulunmuştur (Yorulmaz ve ark., 2008).

2.1.5. Obsesif-kompulsif bozukluklukta üstbilişin (metakognisyon) rolü

Üstbiliş (metacognition) kavramı, bilişleri kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçler olarak tanımlanabilir. Üst-biliş, kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir üst sistemdir (Dienes ve Perner, 1999; Crick, 2000). Diğer bir ifadeyle, kişinin ne bildiği hakkındaki bilgisi, ne düşündüğü hakkındaki düşüncesi veya kendi bilişsel süreci üzerine çevrilmiş gözüdüdür. Kişinin nasıl öğrendiğini belirleyebilme, kendi öğrenme sürecini değerlendirebilme, gözleyebilme ve

buna uygun yeni stratejiler belirleme yetisidir. Kişinin neyi bildiği ya da bilmediği hakkında bilme ve kendi düşüncelerini kontrol etme yeteneğidir.

Üstbiliş sistemi, insanın bilişsel süreçlerinin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında büyük rol oynar. Dolayısıyla bu sistemde meydana gelebilecek herhangi bir sapmanın, doğal olarak pek çok psikopatolojinin gelişmesi ve sürmesinde önemli bir etmen olacağı düşünülmektedir (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). Bu yaklaşımı benimseyen yazarlara göre, psikolojik bozukluklardaki bazı işlevsel olmayan düşünce ve başa çıkma tarzlarına üstbilişsel bir takım işlevler yol açmaktadır. Bu önermeye göre, kişiler olayları değerlendirmelerini etkileyen düşünceleri (işlevsel olmayan bilişleri) hakkında bir takım olumlu ve olumsuz inançlara (üstbilişlere) sahiptirler. Bu tarzdaki üstbilişler kişinin uyuma yönelik olmayan tepki tarzları geliştirmelerine yol açabilmektedir (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997; Gwilliam ve ark., 2004). Örneğin, OKB’de bu yaklaşıma dayanan üstbilişsel modele göre, kişiler bazı zorlayıcı tarzdaki düşüncelerin önemi ve etkilerine yönelik olumsuz değerlendirme içeren inançlara sahiptirler. Örneğin, “olumsuzluklara karşı hazır olmak için daima endişe içinde olmalıyım” ya da “çocuğuma zarar vereceğim diye düşünüyorsam, bu onlara zarar vereceğimi gösterir” gibi. Uygun olmayan ölçütlere dayanan üstbilişler kişiyi bir takım nötrleştirici ve kontrol edici (checking) ritüeller sergilemeye yöneltir. Örneğin, “eğer o davranışı yapmazsam, bu duygu artar ve beni çıldırtır” ya da “bu ritüeli yapmazsam o düşüncem gerçekleşir” gibi. Böylelikle tehdit hakkındaki değerlendirmelerinin kalıcı hale gelmesine ve belleklerine olan güvenlerinin azalmasına yol açarlar (Mather ve Cartwright-Hatton, 2004).

Bu yüzden araştırmacılar, obsesif-kompulsif (OK) belirtilerin etiyojisini ve kaynağını açıklamak için bazı bilişsel modeller öne sürmüştür. Bu araştırmacılar zorlayıcı düşüncelere değer vermenin ve bunları yorumlamanın böyle düşüncelerin önemi hakkındaki inançlarının önemli olduğu üzerinde durmaktadır (Jakobi, ve ark., 2006). Metakognisyonun, çeşitli psikolojik bozuklukların (Wells ve Mathews, 1996), özellikle de OKB ve genelleşmiş anksiyete bozukluğunun (Wells, 2005) gelişmesinde ve sürdürülmesinde önemli bir etmen olduğu düşünülmüştür (Wells ve Papageorgiou, 1998).

Salkovskis (1985, 1989), ilkin OKB’li kişilerin, kendilerinde ve diğerlerinde meydana gelen zarar için sorumluluk ve suçluluğu içeren fonksiyonel olmayan

inançlara sahip olduğunu ileri sürmüştür. Benzer şekilde Rachman (1993, 1997), kişinin zorla giren düşüncelerin önemini abartılı olarak yanlış yorumlamaları nedeniyle obsesyonların oluşabileceğini ve OKB’li kişilerin bu düşüncelerinin olayların oluşumunu etkilediği inancı (DEK) geliştirdiğini ileri sürmüştür. Sonra Clark ve Purdon (1995), OKB'nin bilişsel formülasyonunu, üstbilişsel süreçlere odaklanarak yeniden gözden geçirdiler. OKB'li bireylerin, istenmeyen zorla gelen düşünceleri kontrol etmekte başarısızlığın sonuçlarını yanlış yorumladıkları üzerinde durdular. Daha sonra Wells ve Matthews (1996) psikolojik bozukluklarda ve özellikle OKB'de metacognisyonun rolünü tekrar formülize ettiler. Bu araştırmacılar düşünceler hakkındaki metakognitif inançları ve bu düşünce süreçlerini OKB belirtilerini sürdüren fonksiyonel olmayan bilişsel sürecin kritik bir bileşeni olduğunu öne sürdüler.

OKB’nin metakognitif modeli olarak bilinen “Kendinden düzenleyici yürütücü işlevler (Self-Regulatory Executive Function S-REF)” (Wells ve Matthews, 1994; Wells 1997) obsesif düşünceleri olumsuz bir şekilde yorumlamayı, üstbilişsel inançların anlamı hakkındaki sonuçları ve bu düşüncelere sahip olmanın tehlikeli sonuçlarını öne sürmektedir. S-REF sistemi bireyin önemli amaçlarının karşılanmadığı ya da karşılanma olasılığının olmaması ihtimali algıladığında harekete geçer ve amaçlarla gerçek durum arasındaki çelişkileri uzlaştırmak için çalışır. Bu durumda S-REF dışsal bir uyarının önemini olduğu gibi düşüncelerin şahsi öneminin değerini artırmada da üstbilişsel fonksiyon olarak hizmet eder. Bu yazarlara göre, metakognitif sistem, kendi hakkında inançlar yoluyla kendini düzenlemek için tasarlanır. Metakognitif inançlardaki tahrifatlar, bilişin anlamlarını ve fonksiyonunu etkiler. Bu yüzden, S-REF’in duygu düzenleme üzerindeki kontrolünün tahrifatı rüminasyonlara ve aktif kaygıya neden olur.

Gwilliam, Wells ve Cartwright-Hatton (2004), S-REF'de inançların iki geniş alanın olduğunu öne sürerler: (I) düşüncelerin gücü ve anlamının önemi hakkındaki inançlar ve (II) düşünceleri kontrol ihtiyacı ve ritüelleri yapmak hakkındaki inançlar. Bu tür inançlar harekete geçtiğinde düşüncenin tehlikeli olduğu kanısı ortaya çıkar ve bu da rahatsızlık, endişe, suç ve korku hissiyle sonuçlanır. Böyle inanışlar obsesyonla bağdaştırılan tehlikenin gerçek olduğuna ilişkin bir işaret olarak yanlış yorumlanır. Bu durumda üst bilişsel süreç tehditle başa çıkmak için belirli stratejileri aktive eder. Bunlar da düşünceyi bastırma, yansızlaştırma, kontrol etme ve katı mantıklılık şeklinde olmaktadır. Bu stratejiler ya düşünceyle bağdaştırılan ipuçlarının genişlemesiyle ya da

kişinin zihinsel meşguliyetini artırarak –ki bu da zihinsel uyarının önemini artmasıyla sonuçlanır- düşünce sıklığında bir artışa yol açarlar. Stratejilerdeki başarısızlıkların sonuçlarına ilişkin fikirler de onları devam ettirir. Bu aşırı bilişsel bilinçlilik daha fazla içsel olaylara öncelik atfetme eğilimiyle sonuçlanır. Bütün bunlar kişilerin zihinsel güvenlerini azaltır. Sonuçta obsesyon tarafından temsil edilen tehlikeyle obsesyonların sonuçlarını uzlaştırma girişimleri ve S-REF çabaları boşa çıkar, fakat doğrulanamayan bilginin asimilasyonu, engelleyici ironik etki obsesif kompulsif zinciri devam ettirir. Böylece Wells'in modelinde OKB kişinin bilgi işlem sisteminin doğasına ilişkin işlevsel olmayan inançlardan kaynaklanan tehlikeyle başa çıkma yolu olarak karakterize edilir.

Ülkemizde bu konuda yapılan bir çalışmada üniversite öğrencileri örneklem alınmış ve OK belirtilerinde ve anksiyete belirtilerinde metakognisyonun (üstbilgi) rolü araştırılmıştır (Irak ve Tosun, 2007). Araştırma sonucunda hem OK belirtiler hem de anksiyete bulguları ile üstbilgi arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Aynı zamanda anksiyete bulguları ile OK bulgularının birbirlerinden farklı üstbilgi belirleyicileri olduğu sonucu çıkmıştır. Fakat OK belirtilerinin alttiplerinde farklı üstbilgi öncülleyicileri olduğu sonucu anlamlı bulunmamıştır.

2.2. Travma

Travma, bireyin kişiliği ve ruhsal yapısı üzerinde şu veya bu ölçüde kalıcı bir etki bırakan olağandışı, felaket niteliğinde bir yaşantının anılarından kaynaklanan bir rahatsızlık ve bunaltı durumu olarak tanımlanır. Kişinin başından geçen olayların yarattığı stres onun dayanabilme gücünü aştığında ruhsal travma yaşantısı ortaya çıkar. Bu yaşantılar yetişkinlik döneminde olabilecek acı verici olaylarla ilgili olabileceği gibi çocukluk döneminde süregelen bir şekilde devam eden yaşantılar (ihmal ve istismar olayları) şeklinde de olabilmektedir. DSM-IV'e göre ise travma, kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Kişi o olay karşısında korku, çaresizlik ve dehşet duygularını yoğun olarak yaşamıştır (APA, 2000). ICD-10'da ise travma, kişiyi tehdit eden ya da yıkıcı nitelikte olağandışı stresli bir olay ya da duruma karşı, gecikmiş ya da uzamış olarak ortaya çıkan uzun ya da kısa süreli bir yanıtıdır. Bu olay hemen herkeste ciddi bir sıkıntıya yol açabilecek nitelikte olmalıdır

(örneğin, doğal ya da insanların neden oldukları yıkımlar, savaş, ciddi kazalar, başkalarının vahşi bir biçimde öldürülmesine tanık olmak, işkence, terör, tecavüz veya benzer saldırıların kurbanı olmak) (ICD-10, 1992).

Bir olayın travma olarak tanımlanabilmesi için bazı öğeler gerekmektedir. Bunlardan ilki yaşananların bireyin günlük deneyimlerinin dışında kalan bir durum olması gelir. Başka bir deyişle olayla ilgili bilgi ve yaşantının, bireyin yerleşik bilişsel şemaları içine oturmaması olayın anlaşılmasını güçleştirir (Sungur, 1999). Travma, günlük yaşam streslerinden bazı özellikleri ile ayrılmaktadır. Kira (2001)'ya göre gündelik streslerin görülme olasılığı daha yüksektir, daha sıradandırlar ve kişi tarafından kontrol edilmeleri daha mümkündür. Travma ise; sıra dışı, görülme olasılığı düşük ve kişi tarafından kontrol edilmeleri mümkün olmayan olaylardır. Terr (1991), çocukluk travmasını; geçici olarak kişiyi yarımsız bırakan, dayanma ve savunma gücünü azaltan, ani darbe ya da darbelerin zihinsel bir sonucu olarak tanımlamaktadır.

2.2.1. Travma türleri

Dünya Sağlık Örgütü raporlarında aile içinde gelişen travma ile ilgili olarak bir sınıflama yer almaktadır. Buna göre, travmatik yaşantılar çocukluk döneminde çocuğun bakımı ile ilgilenen kişiler tarafından yapılan istismar sonucunda ortaya çıkmaktadır ve istismar dört ana grupta incelenebilir (WHO, 2002):

1. Fiziksel istismar: En genel anlamda çocuğun kaza dışı yaralanmasıdır. Çocuğun vücuduna elle veya ayakla vurmak, yakmak, boğmak gibi davranışlar.
2. Cinsel istismar: Psiko-sosyal gelişimini tamamlamamış ve yaşı küçük olan bir çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel doyum için kullanılmasıdır (Kara ve ark., 2004). Cinsel istismar davranışları arasında; çocuğun genital bölgelerine dokunma, teşhircilik, cinselliğe teşvik eden konuşmalar ve tam cinsel ilişki gibi davranışlar yer almaktadır.
3. Duygusal istismar: Ailelerin çocuktan yeteneklerinin üstünde beklentiler içersinde olmaları ve çocuk için güvenli bir ortam hazırlamamaları olarak tanımlanmaktadır. Çocuğu reddetme, aşağılama, küfretme, korkutma, tehdit etme şeklinde görülebilir.

4. İhmal: Çocuğa bakım veren kişinin veya kişilerin bu yükümlülüklerini yerine getirmemeleri; çocuğun beslenme, giyim, tıbbi, sosyal ve duygusal gereksinimlerin karşılanmaması durumudur. Fiziksel veya duygusal ihmal şeklinde olabilir.

İstismar ve ihmal arasında yer alan en temel farklılık ihmalin pasif, kötüye kullanımın ise aktif bir davranış şekli olmasıdır. Çocuğun karşılaştığı bazı sağlık ve sosyal sorunlarını görmezden gelmek, doğal karşılamak veya sorun olarak görmemek çocuk ihmali olarak değerlendirilir (Topbaş, 2004).

Terr, I. Tür ve II. Tür olmak üzere iki çeşit travmanın varlığından söz eder. (Terr, 1991). I. Tür travmada bireyler tek bir travmatik olay ile yüz yüze kalmıştır. II. Tür travmada ise birden fazla ve tekrarlayan travmatik olay söz konusudur (Terr, 2002). Solomon ve Heide (1999) Terr'in sınıflamasını genişleterek III. Tür travma tanımı yapmışlardır. III. Tür travma daha erken yaşlarda başlayan, yıllarca devam eden, daha korkunç, genellikle çocuğun yakınları tarafından yapılan, işkence veya öldürülme tehditleri içeren travmatik olayları içermektedir.

2.2.2. Travma ve obsesif-kompulsif belirtiler

Travmatik yaşantılar ya da stresli yaşam olayları OKB'nin başlangıcını tetikleyen ya da ortaya çıkma riskini artırabilen durumlardan biri olabilmektedir. Dinn ve arkadaşlarına göre (1999) cinsel saldırıya uğrama, kavgaya maruz kalma gibi travmatik olaylar OKB gelişim riskini dramatik bir biçimde arttırabilirler.

OKB, panik bozukluk ve sosyal fobi tanıları almış hastalarla sağlıklı kontrol grubuyla yapılan karşılaştırmada ve OKB ve panik bozukluk hastaların %23'ünde, kontrol grubunun %8'inde çocukluklarında fiziksel kötüye kullanım hikayesi bulmuşlardır (Stein ve ark., 1996). Aynı çalışmada OKB ve panik bozukluğu kadın hastaların %45'inde, kontrol grubunun %15'inde ise cinsel kötüye kullanım yaşantıları olduğunu belirtmişlerdir (Stein ve ark., 1996).

Lochner ve arkadaşları OKB ile Trikotillomani (TM) hastalarıyla sağlıklı kişilerde çocukluk çağı travmatik olayları karşılaştırılmıştır. Buna göre OKB grubu ve trikotillomani hastalarının çocuklukta yaşanan travmatik olayları daha fazla bildirdiği ortaya çıkmıştır. Özellikle duygusal ihmal puanlarının OKB'li ve TM hasta grubunda,

kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (Lochner ve ark., 2002). Her iki bozuklukta ve travmatik yaşam olaylarını daha sık olarak bulan başka çalışmaların da olması (De Silva ve Marks, 1999; Boughn ve Holdom, 2003) bu iki bozukluk ile travmatik yaşam olayları arasında sebep sonuç ilişkisi olabileceğini düşündürmektedir.

Murpy ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çocukluklarında cinsel saldırıya maruz kalan yetişkin kadınlarda, daha fazla obsesif-kompulsif belirtilerin olduğu bulunmuştur (Murpy ve ark., 1988). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, OK belirtiler ile çocukluk çağı travmatik yaşantılarından duygusal istismar ile fiziksel ihmal arasında düşük ama anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Mathews ve ark., 2008). Aynı çalışmada yüksek düzeyde OK belirtileri ile duygusal ve fiziksel kötüye kullanım arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Yazarlar OK belirtilerin gelişimde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının direkt olmasa da bir rolünün olduğunu düşünmüşlerdir.

Travma, stresli yaşam olaylarına maruz kalma ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile OKB arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmada, OKB hastaları ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu karşılaştırılmıştır (Grabe ve ark., 2008). Çalışmada TSSB ve akut stres bozukluğunun yaşam boyu görülme sıklığı açısından OKB ile kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yine aynı çalışmada OKB ile kontrol grubu arasında travmaya maruz kalma ile TSSB arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu yazarlar, travma ile ilişkili bozuklukların OKB başlangıcından önce veya aynı yıl içersinde ortaya çıkmasının düşük oranları göz önünde bulundurulursa, ağır travmatik olaylardan ziyade başka etmenlerin OKB'nin başlangıcı ile ilişkili olabileceğini öne sürmüşlerdir. Tedaviye dirençli OKB hastaları üzerinde yapılan başka bir araştırmada katılımcıların %82'sinin herhangi bir travmatik öykü bildirdiği bulunmuştur. Bu OKB hastalarından %39'nun TSSB tanısını karşıladığı ve herhangi bir travmatik yaşantı bildiren hastaların da %50'sinin TSSB tanı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur (Gershuny ve ark., 2008). Yakın zamanda yapılan bu çalışmalarla birlikte bu konuda yapılan çalışmaların çok da yeterli olmadığı gözlenmektedir.

Ülkemizde de klinik olmayan üniversite örneklemi üzerinde yapılan bir çalışmada, obsesif-kompulsif (OK) belirtiler ile bazı çocukluk çağı travmatik yaşantılar ve dissosiyatif yaşantılar araştırılmış ve sonuçta; çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile

OK belirtiler arasında oldukça düşük ilişkilerin olduğu ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte OK belirtiler ve dissosiyasyon arasında travma ile olan ilişkilere göre daha yüksek bağıntı katsayıları olduğu ortaya çıkmıştır (Çelikel ve Beşiroğlu, 2008).

2.3. Dissosiyasyon ve Obsesif-Kompulsif Belirtiler

Kelime anlamı; ayrılma, bölünme, kopma ve çözülme olan dissosiyasyon, bağ kurmanın (assosiyasyon) karşıtıdır. Zihindeki bir enformasyonun başka bir enformasyonla normalde olması gereken bağı azalması ya da kopması ile ilişkili bir kavramdır. Benliğin savunma mekanizmalarından birisi olan dissosiyasyon normalde bütünlük içinde işlev gören düşünce, bellek, duygu ve kimlik gibi süreçlerde ayrılma ya da değişmedir. Başlangıçta normal olarak travmatik bir yaşantının üstesinden gelme çabası ile kullanılan dissosiyasyon, zamanla patolojik bir sürece dönüşmektedir (Şar, 1997). Klinik açıdan, dissosiyatif bozukluklarda normalde bütünleştirici, birleştirici (entegratif) olan bellek, kimlik ya da bilinçle ilişkili işlevlerde bozulma (bölünme) ya da değişme görülür.

Dissosiyatif fenomenler daima psikopatoloji bulunduğu anlamına gelmez. Dissosiyatif fenomenler göstermeye yatkınlık hipnotizabiliteye yol açan etkenlerle aynı olabilir. Dissosiyatif yaşantılar gündelik yaşamda görülen basit dalgınlık, unutma ve hayal kurma hallerinden başlayarak dissosiyatif kimlik bozukluğuna dek uzanan bir yelpaze üzerinde ağırlıklarına göre sıralanırlar.

Kişiler dissosiyasyonu 3 farklı şekilde yaşayabilirler:

1. Kişilik özelliği şeklinde olan, normal ve tehlikesiz olarak görülen, otomatik davranışlar ve gündüz rüyaları ile seyreden dissosiyatif yaşantılar.
2. Travma ve strese karşı bir savunma mekanizması olarak kullanılan dissosiyasyon.
3. Belirli klinik bozukluklarda, patolojik belirti ve sendrom olarak görülen dissosiyasyon (Stockdale ve ark., 2002).

Dissosiyatif bozukluklar psikiyatrik bozukluklar arasında en eskiden beri bilinenlerden olmasına rağmen (Ellenberger, 1970) tarihsel akış içerisinde dönem dönem ihmale uğramış ve başka bozuklukların epifenomeni gibi değerlendirilmiştir. 19.

yüzyılın sonlarında dissosiyatif bozukluklar, histerik nevrozun etiolojisi üzerine yapılan araştırmalar ile birlikte açıklanmaktaydı. McLewin ve Muller'in (2006) bildirdiklerine göre, Janet travmaya uğramış hastalara dayanarak histeriyi kişilikte bir çözülme (dissosiyasyon) olarak tanımlamıştır.

DSM-IV'de dissosiyatif bozukluklar: dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füğ, depersonalizasyon bozukluğu, dissosiyatif kimlik bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluklar adları altında beş başlık altında ele alınmaktadır. Dissosiyasyon ile ilgili diğer bir durumda Dissosiyatif Psikoz olarak tanımlanmaktadır. Davranış, düşünce, duygulanım ya da bilişsel işlevlerde akut olarak ağır bir bütünlük kaybının ortaya çıktığı, gerçeği değerlendirmenin bozulabildiği, dissosiyatif doğal ve kısa sürede tam iyileşen, çevresel etkenlerin yol açtığı geçici bir psikozdur.

Klinik durumun dışında dissosiyatif yaşantıların çeşitli formları bulunmaktadır. Absorbsiyon (soğurma) bütün dikkatin tek bir boyutta, tam katılımlı olarak algısal, anısal ve düşünsel özellikler üzerinde yoğunlaşması durumudur (Butler ve ark., 1996). Ogawa ve arkadaşları (1997) tarafından ise çevrede olanları fark etmeyecek kadar kendini yapılan bir işe kaptırma şeklinde tanımlanmaktadır. Soğurma başka kişilerle yapılan konuşma ve sohbetler sırasında, konuşmanın bir kısmının kaçırılması, bir yeri ağrıdığında bunu görmezden gelme yeteneğinin olması gibi deneyimlerle ilgili bir durum olarak da tanımlanmaktadır (Muris ve Merckelbach, 1997).

Depersonalizasyon, bireyin vücudundan ve duygularından kopuk bir şekilde, olayları üçüncü bir şahıs gibi yaşaması olarak tanımlanır (Ogawa ve ark., 1997). Kişi kendi benliğini, bedenini ve hareketlerini değişik ya da kendisinin değilmiş gibi algılar. Gerçek olmama, yaşıyor gibi olmama ya da bedenin bazı parçalarının ayrılması ve değişmesi, ya da kendi vücuduna dışardan bakma, ya da robot gibi olma biçiminde anlatılır. Kişi ellerinin, ayaklarının değiştiğini, kendisini tanıyamadığını söyleyebilir.

Dissosiyatif amnezi ise kişinin yaptığı bazı davranışların sonuçları ile yüz yüze gelmesine karşın, yaptığı bu davranışları hatırlayamaması olarak tanımlanmaktadır (Ogawa ve ark., 1997). Dissosiyatif amnezi durumu DSM-IV'te genellikle travmatik ya da stres yaratıcı özellikte olan önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak biçimde anımsayamama dilimi olarak tarif edilmektedir (Şar, 1997).

Dissosiyatif fenomenlerin varlığı daima kişide psikopatoloji olduğunu göstermez. Bu açıdan dissosiyasyon, bazı araştırmacılar tarafından patolojik ve patolojik olmayan dissosiyasyon olarak sınıflandırılmıştır. Patolojik dissosiyasyonu tüm dissosiyatif fenomenlerin bir alt tipi mi, yoksa aralıksız bir model içinde patolojik olmayan dissosiyasyonun bir devamı olarak mı görülmesi gerektiği araştırmacılar tarafından tartışılmaktadır. Putnam (1997)'a göre DES ile ilgili çalışmalar sırasında klinik ve klinik olmayan örneklerden edinilen bilgiler ışığında, patolojik dissosiyasyonu bir alt tip olarak görme eğilimi daha ağır basmaktadır. Putnam bu sonucu Janet'in formülasyonuna benzetmektedir, buna göre bazı kişiler dissosiyatif durumları daha fazla yaşamaktadırlar. Bu modelde patolojik ve patolojik olmayan olmak üzere iki tip dissosiyasyon vardır, özellikle patolojik dissosiyasyona yatkın olan kişiler genel popülasyondan fiziksel durum, duygusallık ve etki altında kalabilirlik bakımından farklıdırlar (Putnam, 1997). Devamlılık modelinde ise (normalden patolojiye doğru giden bir spektrum) patolojik dissosiyasyon, kişinin dissosiyasyonu daha derin hissetmesi ile ortaya çıkmaktadır. Kişi yaşadığı bu süreci daha sık aralıklarla ve işlevselliğini bozacak şekilde yaşamaktadır. Bazı yazarlar da dissosiyatif amnezi ve depersonalizasyonu alt tip modeli içinde ele alırken soğurma gibi durumları devamlılık modeli ile açıklamaktadır (Waller ve ark., 1996). Başka bir ifade ile bireylerde amnezi ve depersonalizasyon ya vardır ya da yoktur, soğurma da ise bir aktivite sırasında dalmak, gündüz düşleri veya iyi öğrenilmiş/alışılmış aktiviteleri bilinçli olmaksızın yapma gibi sık görülen, geçici ve bozucu/parçalayıcı olmayan durumlarda olduğu gibi süreklilik gösterir.

Irwin (1999), çocukluk travmalarının patolojik dissosiyasyonun habercisi niteliğinde olduğunu, ancak bu ilişkinin çocukluk travmaları ile patolojik olmayan dissosiyasyon arasında var olmadığını tespit etmiştir. Patolojik olmayan fenomenlerin ise dissosiyatif eğilimin/kişisel özelliğin görünümüleri olduğunu ve kalitatif olarak patolojik tip dissosiyasyondan farklılığını belirtmişlerdir (Waller ve ark., 1996). Her ne kadar patolojik olmayan dissosiyasyon normal dağılım göstermese de açıkça bir kişisel özelliği ya da boyutu temsil ettiği ileri sürülmüştür (Irwin, 1999).

Travma ve dissosiyasyon ilişkisi, Terr (1991) tarafından şu şekilde formülize edilmiştir. 2.tür travmayla (tekrarlanan, birden fazla sayıda olan) yüz yüze olan bir çocuk, stres yaratan bu olayın tekrarlanacağını bilir. Özellikle kendi kendini telkin

edebilen bazı çocuklar, kendilerini hipnoz etme tekniği geliştirirler. Bu mekanizma ile çocuk bir kaçış yolu bulmuş olur. Çocuğun kendisi dahi bu kendi kendine hipnoz mekanizmasının farkında değildir. Yaşanılan travma ile baş edebilmek için, dissosiyasyon sürecinin uyum sağlayıcı bir yönü olduğu (Irwin, 1998) da vurgulanmaktadır.

Obsesif-kompulsif bozukluk ile dissosiyasyon ilişkisini inceleyen araştırmaların son yıllarda arttığı söylenebilir. Bu konuda yapılmış çalışmaların en eski tarihli olanı Shorvon'a (1946) aittir ve yapılan çalışmada depersonalizasyon tanılı hastaların %88'inde obsesif kişilik özelliklerinin olduğu bulunmuştur. Araştırmacılar çalışmalarında OKB ile dissosiyasyon arasında bir ilişkinin gözlendiğini, fakat bu ilişkinin teorik olarak açıklanmasının zorluğuna dikkat çekmektedirler (Pica ve ark., 1997). Birçok dissosiyasyon hastasının OK belirtilerine sahip olduğuna vurgu yapılmaktadır (şar, 2006). Dissosiyasyon olmuş kişilerin, neden obsesif-kompulsif belirtiler gösterme eğiliminde olduğu sorusunun cevaplamaı güç, karmaşık bir soru olduğu ve bunun daha detaylı incelenmesi gerektiği de belirtmektedirler (Pica ve ark., 1997).

OKB hastalarında dissosiyatif yaşantıların yaygınlığı iki ayrı çalışmada %20 (Goff ve ark., 1992) ve %15.9 (Lochner ve ark., 2004) olarak bildirilmektedir. Yazarlar OKB hastalarında dissosiyasyon belirtilerinin oldukça yaygın olduğu sonucuna varmışlardır. Merckelbach ve Wessel (2000) yaptıkları çalışmada, OKB hastalarında kontrol grubunda yer alan bireylerden daha yüksek düzeyde dissosiyasyon saptamışlardır.

OKB'nin belirti alttıpleri ile yapılan farklı çalışmalarda yaygın bir sonuç olarak da kontrol kompulsiyonları ile dissosiyasyon ilişkisi ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada OKB'nin simetri/düzenleme gibi diğer alt boyutları da dissosiyasyonla ilişkili bulunmuştur. (Grabe ve ark., 1999; Rufer ve ark., 2006b). Yine Watson ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir çalışmada, kontrol obsesyon ve kompulsiyonları, diğer alttıplerden daha fazla dissosiyatif yaşantılar ile ilişkili bulunmuşlardır. Fakat, 'temizlik', 'Sayma ve dokunma' ve 'Saldırđan uyarılar ve fanteziler' gibi obsesif kompulsif yaşantılar ile dissosiyasyon arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Grabe ve ark., 1999; Watson ve ark., 2004).

Bazı çalışmalar ise OKB hastalarının belleklerinin zayıflığı nedeniyle törensel davranışları yaptıklarına vurgu yaparlar. Özellikle kontrol kompulsiyonları bulunan OKB hastaları için bunun daha geçerli olduğu belirtilmektedir (Rachman, 2002). OKB hastalarının belleklerine olan güvenleri hasta olmayanlara göre farklılık göstermektedir. Tuna ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, OKB hastalarının, tedavi almayan ancak kontrol puanları yüksek olan deneklere ve normal kontrol grubuna göre, bellek performansına duyulan güvenlerinin daha az olduğu bulunmuştur.

OKB hastaları bir davranışı yapmış olmak ya da onu yaptığını hayal etmiş olmak bakımından zorluk yaşadıklarını belirtmektedirler. Yani hastalar kendi kompulsiyonlarını yapıp yapmadıkları konusunda emin olmamakta ve o davranışı tekrarlamaktadır. Bazen tekrarlayıcı türden davranışını yapmadığını bunu sadece zihninden geçirdiğini ya da bunu hayal ettiğini düşünebilmektedir. Bu durumun OKB hastalarının belleklerine olan güvenlerinin kontrol grubuna göre daha az ilişkili olduğu sonucu Muller ve Roberts (2005) tarafından belirtilmiştir. Ayrıca, bu bellek kapasitesi, gerçekliği izleme (reality monitoring) adı verilen yöntemlerle test edilmektedir. Gerçekliği izleme ya da denetleme beynin bellekten çağrılan bilgilerin doğru olup olmadığını denetlemesi sürecidir. Bunun yanında, gerçekliği izleme ile ilgili eksiklikler dissosiyasyonla da ilişkilendirilmektedir (Merckelbach ve Wessel, 2000; Eisen ve Lynn, 2001). Ancak, OKB hastaları kontrol grubuna göre yaptıkları veya hayal ettikleri davranışları hatırlamakta zorlanmamışlardır. Bununla beraber, dissosiyasyon puanları ile bellekleri konusunda kendilerine olan güvenleri arasında bir ilişki olduğu, dissosiyasyon puanları arttıkça belleklerine olan güvenlerini azaldığı bulunmuştur (Merckelbach ve Wessel, 2000).

İlgili literatüre göre (Watson ve ark., 2004; Moritz ve ark., 2006) OKB ile dissosiyasyonun, dikkat ve bellek problemleri bakımından ortak yönlerinin olduğu belirtilmektedir. Dissosiyasyatif yaşantılar bellek ile ilintili problemlerle ilişkili bulunmaktadır (Watson ve ark., 2004). Özellikle bilişsel organizasyonda katılık ve algısal deneyimlerde bütünleşme bakımından benzerliklerinin olduğuna dikkat çekilmektedir (Pica ve ark., 1997). Başka bir ifade ile OKB ve dissosiyasyon tanısı eğilimi yüksek bireylerin, yeni olaylara uyumda zorluk yaşadıkları, çevrelerindeki değişikliklere cevap vermede sorunları olduğu, kendileri ve dünya hakkındaki önceden var olan şemalarını dışarıdan gelen yeni bilgi ile uzlaştırmalarında zorlandıkları

bildirilmektedir. Çalışmalarda, OKB hastalarının belleklerinin zayıf olduğu bildirilmekle (Rachman, 2002; Tuna ve ark., 2005; Muller ve Roberts, 2005) birlikte, bu hastaların dikkat performansları açısından bir sorun yaşamadıkları, buna karşılık seçici dikkat yanlılıklarının olduğundan da söz edilmektedir. Bu seçici dikkat yanlılığı, genel olarak çevredeki uyarıların seçici özelliklerine dikkat etme ve bunun dışında kalan uyarılara dikkat etmeme ya da aldırış etmeme şeklindedir (Irak ve Flament, 2007). Bu bir anlamda absorpsiyonun da tanımıdır. Bununla birlikte, OKB’de belleğin ve dikkatin azalmış ya da bozulmuş olduğunun söylenemeyeceği, OKB’de seçici bir bellek ve dikkat işleyişinin olduğu kabul edilmektedir. Sözü edilen bellek ve dikkat yanlılığının, obsesyon ve kompulsyonlarla ilişkili, kaygı verici ya da tehdit edici uyarılara yönelik olduğu görülmektedir (Irak ve Flament, 2007). Patolojik olmayan dissosiyasyon da OKB’ye benzer olarak, dikkat ve bellek gibi bilişsel işlevler ile ilgili bir durum olarak görülmektedir (de Ruiter ve ark., 2006). Patolojik olmayan dissosiyasyon eğilimi olan bireyler dikkatlerini bir işe öylesine verirler ki, iç ve dış uyarıların farkında olmazlar. Ayrıca bu kişiler, duygusal olarak olumsuz ya da olumlu yönde kendilerini etkileyen materyallere daha fazla dikkat ederler, bir başka ifade ile seçici bir dikkatleri vardır (de Ruiter ve ark., 2006).

Bu çalışmada OKB hastalarında çocukluk çağı travmatik yaşantıların ve dissosiyasyonun bilişsel süreçlerle ilişkisinin olup olmadığı, OKB’nin bilişsel modellerinden olan düşünce-eylem kaynaşmasının ve metakognisyonun rolünün OK belirtilerin gelişmesinde rolleri ve travma ve dissosiyasyon ile bu bilişsel etmenler arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Literatür çalışmaları göz önünde bulundurulduğunda bu konuda yeterli çalışmaların olmadığı, OKB’de travma ve dissosiyasyonun birlikte değerlendirildiği çalışmaların da kısıtlı ve daha çok klinik olmayan örneklerle üzerinde yapıldığı dikkat çekmektedir. Ayrıca OKB’de bu ilişkiler bilişsel etmenler göz önünde bulundurulmadan yapılmış olup, OKB’nin gelişimde rol oynayan bilişsel etmenler ile travmatik yaşantılar ve dissosiyasyonun birlikte değerlendirilmesi yapılmamıştır. Bu yönüyle çalışmamız OKB’de travmatik yaşantılar, dissosiyasyon ve bilişsel etmenleri birlikte incelemesi ve ele alması bakımından bir ilk olma özelliği taşımaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Veri Toplama Yöntemi

Bu çalışma, Mart 2008-Ekim 2008 tarihleri arasında Muş Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine ardışık olarak başvuran OKB tanısı alan 40 erişkin hasta üzerinde yapılmıştır. Çalışma için dışlama kriterleri; çocukluk çağında sekel bırakan bir hastalık ya da kafa travması geçirmiş olması, nörolojik bozukluk veya zeka geriliğinin olması, görüşme esnasında veya geçmişte DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni, diğer psikotik bozukluklar, madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı tanısı almış olması, okuma yazma bilmiyor olması ve 18-60 yaşları dışında olması olarak belirlendi.

3.2. Veri Toplama Gereçleri

Hastalara DSM-IV'e göre Eksen-I psikiyatrik bozukluk tanılarını araştırmak için psikiyatri uzmanın uyguladığı yarı-yapılandırılmış bir klinik görüşme aracı olan SCID-I uygulanmıştır (First ve ark., 1997). SCID-I'in Türkçeye uyarlama çalışmaları Özkürkçügil ve ark., (1999) tarafından yapılmıştır.

3.2.1. Sosyodemografik veri formu

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali, ekonomik düzeyi, organik bir hastalık öyküsü, psikiyatrik hastalık öyküsü, OKB belirtileri başlangıç süresi ve varsa tedavi süresine ilişkin bilgilerin elde edilmesine yönelik maddeler içeren, araştırmacı tarafından hazırlanmış bir formdur.

3.2.2. Dissosiyatif yaşantılar ölçeği (DES)

Bernstein ve Putnam (1986) tarafından geliştirilen, 28 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin her bir maddesi için denekler 0-100 arasında puanlama yapmakta, alınan toplam puanların ortalaması hesaplanarak sonuç elde edilmektedir. Ölçekten alınan 30'un üstündeki puanlar dissosiyatif bozukluğun varlığına işaret etmektedir (Bernstein ve Putnam, 1986). Yargıç ve ark., (1995) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin güvenilirliği ile ilişkili olarak iç tutarlılığı (Cronbach alfa = 0.91) ve test-tekrar test bağıntısı ($r = 0.78$) yüksek bulunmuştur. DES absorpsiyon, amnezi ve depersonalizasyon olmak üzere üç alt ölçeğe ayrılabilir.

Ayrıca, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği patolojik dissosiyasyon (DES-T) adı verilen başka bir alt ölçek puanı hesaplamaya da olanak tanımaktadır (Maaranen ve ark., 2005).

3.2.3. Çocukluk çağı travmaları ölçeği (Childhood trauma questionnaire–CTQ-28)

1994 yılında Bernstein tarafından 70 madde olarak geliştirilmiş olan bu ölçek, 1995'te 54 maddeye düşürülmüş 1998'de 28 maddelik kısa form haline getirilmiştir ve Şar tarafından 1996'da Türkçe'ye uyarlanmıştır. 5'li likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocuklukta duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içerir. Ayrıca aldatıcı özellikte olan, üç tane minimizasyon sorularını da kapsamaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dâhil edilmiştir. Yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık olarak verilmiştir. Her soru 1-5 arası puanlandırılır. Aynı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır. Duygusal kötüye kullanım alt ölçeği 2,7,13,17,24, fiziksel kötüye kullanım alt ölçeği 8,9,10,14,16, cinsel kötüye kullanım alt ölçeği 19,20,22,23,26, duygusal ihmal alt ölçeği 4,6,12,18,27 (duygusal ihmal maddelerine verilen puanlar ters hesaplanır; 1'ler 5, 2'ler 4 vs.) ve fiziksel ihmal alt ölçeği 1,3,5,15,28 maddeleri hesaplanır. Her bir alt ölçek tek tek toplanır ve 5'e bölünür. Ayrıca ölçeğe ait toplam puan da hesaplanabilmekte ve bu puan 5 alt ölçeğin toplamıyla elde edilir. Her travma tipi ile ilişkili faktörler için Cronbach alfa değerleri yüksek iç tutarlılık gösterecek şekilde 0.79-0.94 arası değişmektedir (Bernstein ve ark., 1994; Lundgren ve ark., 2002). Türkçeye uyarlanması ve geçerlik-güvenilirlik çalışması Şar (1996) tarafından yapılmıştır. 28 maddelik formu da Şar tarafından uyarlanmış olup, kendisi ile yapılan kişisel iletişim ile ölçek değerlendirme ve puanlama bilgileri kullanılmıştır.

3.2.4. Yale-brown obsesyon kompulsiyon derecelendirme ölçeği (Y-BOKÖ)

Obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve ark., (1989) tarafından geliştirilmiştir. Görüşmeci tarafından uygulanır. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır fakat toplam puanın saptanması için yalnızca ilk 10 madde (madde1b ve 6b dışında) kullanılır. Maddelerden ilk 5'i obsesyonların şiddetini değerlendirmek için 6-10 aralığındaki maddeleri ise kompulsiyonların şiddetini

değerlendirmek için kullanılır. 11.madde ise hastalığın içgörüsünü değerlendirmektedir. 12.madde kişilerin kaçınma davranışlarını, 13.madde kişilerdeki kararsızlık düzeyini, 14.madde sorumluluk duygusunu, 15.madde kişilerin hareketlerindeki yavaşlama düzeyini, 16.madde kişilerin hafızalarına 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. Ayrıca ölçeğin yanında belirti dağılımını araştırmaya yönelik Y-BOKÖ Belirti Kontrol Listesi bulunmaktadır. Türkçeye uyarlanması ve geçerlik-güvenilirlik çalışması Karamustafaloğlu ve ark., (1993) tarafından yapılmıştır.

3.2.5. Beyaz ayı supresyon envanteri-BASE (White bear suppression inventory-WBSI)

Wegner ve Zanakos (1994) tarafından geliştirilen WBSI (White Bear Suppression Inventory), 15 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Ağargün ve ark. (2004) tarafından yapılan Beyaz Ayı Supresyon Envanterinin (BASE) geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin güvenilirliği ile ilişkili olarak iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur. Pearson bağıntı analizi sonuçlarına göre iki farklı zaman diliminde elde edilen madde puanları arasındaki bağıntı katsayıları 0.70-0.87 değerleri arasında değişirken, toplam puanlar arasındaki bağıntı katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur. WBSI maddeleri: “Kaçınmaya çalıştığım düşüncelerim olur” gibi düz cümlelerden oluşur. Her madde beş seçenekten oluşmaktadır ve denekler bu seçeneklerden bir tanesini işaretlerler. Bu 5 seçenek: A= Kesinlikle katılmıyorum; B= Katılmıyorum; C= Nötr ya da bilmiyorum; D= Katılıyorum ve E= Kesinlikle katılıyorum şeklindedir. Her madde 1 ile 5 arasında puanlandırılır. Tüm maddelere verilen yanıtların toplamı ölçek toplam puanını oluşturur. Toplam puan 15-75 arasında bir dağılım gösterebilir. Yüksek puanlar, istenmeyen düşüncelerin bilinçli olarak bastırılması eğiliminin ya da potansiyelinin daha güçlü olduğu anlamına gelir (Ağargün ve ark., 2004).

3.2.6. Beck depresyon envanteri

Depresyonun duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel belirtilerini ölçmeye yönelik olarak geliştirilmiş 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. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanın 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir.

3.2.7. Düşünce eylem kaynaşması ölçeği (DEKÖ)

Kişilerin istenemeyen zorlayıcı düşünceleri ile bu düşüncelerini eylemlerle kaynaştırmasına ya da bütünleştirmesine yönelik bilişsel faktörleri ölçen, 19 maddeden oluşan bir ölçektir. Sharfan ve ark. (1996) tarafından geliştirilen ölçekte 5'li likert tipi bir ölçek üzerinden değerlendirilmektedir (0=hiç katılmıyorum; 4=tamamen katılıyorum). Toplam puanların 0 ile 76 arasında dağılım gösterdiği ölçekten alınan yüksek puanlar daha güçlü DEK'i göstermektedir. Orijinal ölçekte DEK-Ahlak, DEK-Olabilirlik-Kendisi ve DEK-Olabilirlik-Diğerleri olmak üzere üç alt ölçek bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Yorulmaz ve ark., (2004) tarafından yapılmıştır.

3.2.8. Üst-biliş ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

Bilişleri kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçler olarak tanımlanan Üst-Bilişi değerlendirmek amacıyla Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından geliştirilmiştir. Orijinal adı "Meta-cognitions Questionnaire (MCQ)" şeklinde olan ölçeğin daha sonra 30 maddelik kısa formunu oluşturmuşlar (Cartwright-Hatton ve Wells, 2004). ÜBÖ-30'daki her madde, "(1) kesinlikle katılmıyorum" ile "(4) kesinlikle katılıyorum" uçlarına sahip, 4 birimli Likert tipi derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetlerin arttığına işaret eder. Türkçe uyarlanması, güvenilirlik ve geçerlili çalışması Tosun ve ark. (2008) tarafından yapılmıştır.

3.3. İstatistik Analizler

Yapılan anket uygulamaları sonucunda elde edilen verilerin istatistik analizlerinde, parametrik analizlerden t testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır (Büyüköztürk, 2004).

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan 40 OKB hastasının %77.5'i (n = 31) kadın, %22.5'i (n = 9) erkektir. Hastaların genel yaş ortalaması; 27.9 ± 8.7 olup; hastaların %50'si (n=20) evli, %50'si (n=20) bekar idi. Hastaların eğitim yılı ortalaması 7.7 ± 4.0 olarak hesaplanmıştır. Hastalarının %50'si (n=20) daha önce OKB ve OKB dışında herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bildirirken, %50'si (n=20) de herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bildirmemiştir. OK belirtilerinin ortalama süresi 3.5 ± 3.4 olarak tanımlanmıştır.

4.1. Obsesif-Kompulsif Belirtiler

Tablo 1. Hastalarda Görülen Obsesyon ve Kompulsiyonların Tablosu.

	Var		Yok			Var		Yok	
	%	n	%	n		%	n	%	n
Obsesyonlar					Kompulsiyonlar				
Saldırganlık	32.5	13	67.5	27	Kontrol	22.5	9	77.5	31
Kirlenme	80	32	20	8	Tekrarlama	35	14	65	26
Cinsel	10	4	90	36	Sayma	15	6	85	34
Biriktirme	5	2	95	38	Sıralama	25	10	75	30
Dini	20	8	80	32	Biriktirme	3	7.5	92.5	38
Simetri	25	10	75	30	Temizlik	80	32	20	8
Somatik	5	2	95	38	Diğer	70	28	30	12
Diğer	47.5	21	52.5	19					

Hastaların obsesyon ve kompulsiyon çeşitlerinin görülme oranları Tablo 1'de görülmektedir. Buna göre en çok görülen obsesyonlar sırasıyla; kirlenme (%80), diğer (%47.5), saldırganlık (%32.5), simetri (%25) ve dini (%20) obsesyonlarıdır. Hastalarda görülen kompulsiyonların görülme sıklığı ise; temizlik (%80), diğer (%70), tekrarlama (%35), sıralama (%25) ve kontrol (%22.5) kompulsiyonlarıdır (Tablo 1).

Hastaların obsesyon ve kompulsiyon, içgörü ve patolojik kuşku puanlarının ortalama ve standart sapmaları Tablo 2'de görülmektedir. Hastaların obsesyon ortalaması 13.4 ± 3.6 , kompulsiyon ortalaması 12.3 ± 4.3 , OK belirti ortalaması 25.7 ± 7.3 , içgörü ortalaması 0.8 ± 0.8 ve patolojik kuşku ortalaması 1.6 ± 1.1 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 2. YBOKÖ Değişkenlerinin Ortalama Puanları.

	N	Ortalama	SS
YBOKÖ-Obsesyon	40	13.4	3.6
YBOKÖ-Kompulsiyon	40	12.3	4.3
YBOKÖ-Toplam	40	25.7	7.3
YBOKÖ-İçgörü	40	0.8	0.8
YBOKÖ-Patolojik Kuşku	40	1.6	1.1

4.2. Travmatik Yaşam Olayları ve Diğer Değişkenler Arasındaki İlişki

Hastaların travmatik yaşantılar, dissosiyasyon, üstbiliş, süpresyon, DEK ve depresyon puanlarının ortalama ve standart sapmaları Tablo 3’de görülmektedir.

Tablo 3. Travmatik Yaşantılar ve Diğer Değişkenlerin Ortalama Puanları.

	N	Ortalama	SS
Duygusal İhmal	40	2.5	0.8
Fiziksel İhmal	40	2.0	0.4
Duygusal İstismar	40	1.6	0.6
Fiziksel İstismar	40	1.1	0.3
Cinsel İstismar	40	1.0	0.1
CTQ Toplam	40	8.5	1.8
DES Absorbsiyon	40	35.4	19.2
DES Amnezi	40	19.4	14.4
DES Depersonalizasyon	40	28.5	21.9
DES Patolojik Dissosiyasyon	40	25.8	18.1
DES Toplam	40	28.5	16.5
Üstbiliş	40	86.5	14.3
WBSI	40	61.9	10.0
DEK-Ahlak	40	28.4	12.7
DEK-Olabilirlik	40	7.8	8.0
DEK Toplam	40	36.2	17.9
BDÖ	40	27.5	9.7

Travmatik yaşam olayları ile hastalık belirti şiddeti, içgörü, patolojik kuşku, düşünce eylem kaynaşması (DEK), BDÖ, ÜBÖ ve WBSI arasındaki bağıntı katsayıları Tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılar ile Diğer Değişkenler Arasında Bağlılık Analizi

	CTQ					
	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Cinsel İstismar	Duygusal İhmal	Fiziksel İhmal	CTQ Toplam
Y-BOKÖ- Obsesyon	-.10	-.19	.02	-.18	-.00	-.15
Y-BOKÖ- Kompulsiyon	.11	.02	-.01	-.05	-.12	.03
Y-BOKÖ Toplam	.01	-.08	-.00	-.05	-.07	.05
Y-BOKÖ-İçgörü	.28	.21	.08	.18	.07	.25
Y-BOKÖ- Patolojik Kuşku	.46*	.21	.01	.35*	.07	.38*
DEK-Ahlak	.07	.11	.01	-.10	.06	.02
DEK-Olabilirlik	.02	.09	.21	-.06	.22	.07
DEK Toplam	.06	.12	.11	-.10	.14	.05
BDÖ	.07	.02	.19	.06	.16	.11
ÜBÖ	.17	.17	.08	.20	.21	.25
WBSI	-.06	.14	-.08	.07	.17	.08

*p<0.05

Y-BOKÖ-Obsesyon, Kompulsiyon, Toplam ve İçgörü puanları ile CTQ-28 toplam, duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve fiziksel ihmal puanları arasında anlamlı düzeyde herhangi bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4). Y-BOKÖ Patolojik Kuşku puanları ile CTQ toplam ($r = 0.38$, $p < 0.05$), duygusal ihmal ($r = 0.35$, $p < 0.05$) ve duygusal istismar ($r = 0.46$, $p < 0.05$) puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar ile patolojik kuşku arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamıştır (Tablo 4).

DEK toplam, DEK-Olabilirlik, DEK-Ahlak, BDÖ, ÜBÖ ve WBSI puanları ile CTQ toplam ve alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4).

4.3. Dissosiyatif Yaşantılar ile OKB ve Diğer Bilişsel Değişkenler Arasındaki İlişki

Tablo 5. DES ve Diğer Değişkenler Arasında Bağlantı Analizi Tablosu.

	Absorbsiyon	Amnezi	Depersona- lizasyon	Patolojik Dissosiyasyon	DES Toplam
Y-BOKÖ- Obsesyon	-.20	.05	.00	-.11	-.09
Y-BOKÖ- Kompulsiyon	-.05	.08	-.03	-.05	-.01
Y-BOKÖ- İçgörü	.15	.21	.05	.12	.15
Y-BOKÖ Toplam	-.13	.07	-.01	-.09	-.05
Y-BOKÖ- Patolojik Kuşku	.40*	.43*	.20	.25	.38*
DEK-Ahlak	.32*	.38*	.29	.25	.36*
DEK- Olabilirlik	.25	.48**	.24	.29	.34*
DEK Toplam	.34*	.48**	.32*	.31*	.41**
BDÖ	.15	.36*	.19	.24	.24
ÜBÖ	.50**	.61**	.44**	.47**	.57**
WBSI	.48**	.43**	.42**	.42**	.49**

*p<0.05; **p<0.01

Hastaların DES ölçeğinden aldıkları puanlarla Y-BOKÖ obsesyon, kompulsiyon ve içgörü puanları arasında yapılan bağlantı analizi sonucu herhangi bir anlamlı ilişki bulunmazken, Y-BOKÖ patolojik kuşku puanları ile DES toplam ($r = .38$, $P < 0.05$), DES absorbsiyon ($r = .40$, $P < 0.05$) ve amnezi ($r = .43$, $P < 0.05$) puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 5).

DEK-Ahlak alt ölçeği ile DES absorbsiyon ($r = 32, p < 0.05$), amnezi ($r = 38, p < 0.05$) ve DES toplam ($r = 36, p < 0.05$) puanları arasında düşük düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu bulunurken, depersonalizasyon ve DES patolojik dissosiyasyon puanları ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır (Tablo 5).

DEK-Olabilirlik alt ölçeği ile amnezi ($r = 48, p < 0.01$) ve DES toplam ($r = 34, p < 0.05$) puanları arasında bağıntı analizleri anlamlı ilişkiler ortaya koyarken, DEK-Olabilirlik puanları ile absorbsiyon, depersonalizasyon ve patolojik dissosiyasyon puanları anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 5).

DEK toplam puanları absorbsiyon ($r = 34, p < 0.05$), DES amnezi ($r = 48, p < 0.01$), depersonalizasyon ($r = 32, p < 0.05$), patolojik dissosiyasyon ($r = 31, p < 0.05$) ve DES toplam ($r = 41, p < 0.01$) puanları arasında anlamlı düzeyde bağıntı katsayıları bulunmuştur (Tablo 5).

BDÖ ile yalnızca DES amnezi ($r = 36, p < 0.05$) puanları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunurken, diğer alt ölçekler ve DES toplam puanları ile BDÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 5).

Hastaların ÜBÖ toplam puanları, DES absorbsiyon ($r = 50, P < 0.01$), amnezi ($r = 61, P < 0.01$), depersonalizasyon ($r = 44, P < 0.01$) ve DES patolojik dissosiyasyon ($r = 47, P < 0.01$) ve DES toplam ($r = 57, P < 0.01$) puanları ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur (Tablo 5).

Benzer şekilde hastaların WBSI puanları absorbsiyon ($r = 48, P < 0.01$), amnezi ($r = 43, P < 0.01$), depersonalizasyon ($r = 42, P < 0.01$) ve patolojik dissosiyasyon ($r = 42, P < 0.01$) ve DES toplam ($r = 49, P < 0.01$) puanları anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur (Tablo 5).

4.4. Obsesif-Kompulsif Belirtiler, Düşünce Eylem Kaynaşması ve Metakognisyon Arasındaki İlişki

Hastalara uygulanan Y-BOKÖ toplam puanları ve alt ölçekleri puanları ile DEK toplam puanları ve alt ölçekleri puanları arasında anlamlı herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 6).

Aynı şekilde Y-BOKÖ toplam puanları ve alt ölçekleri puanları ile ÜBÖ ölçeği puanları arasında da anlamlı herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Y-BOKÖ Puanları ile Bazı Bilişsel Değişkenler Arasında Bağlantı Analizleri Tablosu

	DEK- Ahlak	DEK- Olabilirlik	DEK Toplam	ÜBÖ toplam
Y-BOKÖ-Obsesyon	.07	.10	.10	.00
Y-BOKÖ-Kompulsiyon	.16	-.00	.11	.05
Y-BOKÖ-İçgörü	.05	-.18	-.04	.11
Y-BOKÖ Toplam	.13	.05	.11	.02
Y-BOKÖ-Patolojik Kuşku	.22	.03	.17	.30

*p<0.05; **p<0.01

4.5. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ile Dissosiyatif Yaşantılar Arasındaki İlişki

DES alt ölçeği olan depersonalizasyon ve patolojik dissosiyasyon puanları ile CTQ-28 toplam ve alt ölçeği puanları arasında anlamlı hiçbir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 7).

DES amnezi puanları ile duygusal istismar ($r = 0.31$, $p < 0.05$) ve fiziksel ihmal ($r = 0.31$, $p < 0.05$) arasında anlamlı ilişkiler bulunurken, diğer travma puanları ile arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 7).

Absorbsiyon puanları ile CTQ toplam ($r = 0.40$, $p < 0.01$), duygusal istismar ($r = 0.33$, $p < 0.05$), fiziksel istismar ($r = 0.32$, $p < 0.05$) ve duygusal ihmal ($r = 0.38$, $p < 0.05$) arasında anlamlı ilişkiler bulunurken cinsel istismar ve fiziksel ihmal ile ilişki bulunmamıştır (Tablo 7).

DES toplam puanı ile CTQ-28 toplam ($r = 0.34$, $p < 0.05$) ve duygusal ihmal ($r = 0.31$, $p < 0.05$) arasında anlamlı ilişki bulunurken diğer travma puanları ile ilişki bulunmamıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılar ile Dissosiyatif Yaşantılar Arasında Bağlantı Analizi Tablosu

	CTQ					CTQ Toplam
	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Cinsel İstismar	Duygusal İhmal	Fiziksel İhmal	
Depersonalizasyon	.02	-.00	.00	.07	.07	.06
Amnezi	.31*	.26	.18	.29	.31*	.38*
Absorbsiyon	.33*	.32*	.17	.38*	.15	.40**
Patolojik Dissosiyasyon	.16	.03	.04	.19	.11	.18
DES Toplam	.27	.25	.14	.31*	.19	.34*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada OKB tanısı alan örneklem grubunda obsesif-kompulsif (OK) belirtiler ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları, dissosiyatif yaşantılar ve bilişsel süreçler arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu konuda yapılan çalışmalardan farklı olarak çocukluk çağı travması, dissosiyasyon ve bilişsel süreçleri birlikte inceleyen ilk çalışma olduğu söylenebilir.

OKB hastaları üzerinde yaptığımız bu çalışmada çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile obsesif-kompulsif belirtilerin şiddeti arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur. Oysaki çocukluk çağı travmatik yaşantıların ve bunun sonucu olabilecek dissosiyasyonun OKB ile ilişkili olabileceği öngörülmüştür (De Silva ve Marks, 1999). Bu konuda literatürde OKB-travma ilişkisi incelendiğinde, çalışmaların yoğunluğu daha çok yetişkinlik dönemindeki travmalara (Pitman, 1993; De Silva ve Marks, 1999; Sasson ve ark., 2005) yönelik olduğu ve çocukluk çağı travmatik yaşantılarla (Saunders ve ark., 1992; Stein ve ark., 1996) ilgili çalışmaların daha az olduğu dikkat çekmektedir. Bundan dolayı literatürde OK belirtilerin gelişiminde savaştaki travmatik yaşantıların (Pitman, 1993; Sasson ve ark., 2005), ya da trafik kazalarının (De Silva ve Marks, 1999) etkili olabileceği belirtilmiştir. Olumsuz bir yaşam olayı sonrası OK belirtilerinin nasıl ortaya çıktığını açıklayan görüşlerden birinde bilişsel yaklaşım temelinde konu ele alınmaktadır. Klasik bilişsel görüşe göre klinik obsesyonlar kişilerde zaten var olan zorlayıcı düşüncelerin devamında oluşmaktadır (Rachman, 1997). Kişilerin yaşamındaki travmatik yaşantılar, kişiye rahatsızlık vermeyen zorlayıcı düşüncelerin daha sonra obsesyona dönüşmesinde tetikleyici bir rol oynayabileceği veya çocuklukta yaşanan bu travmatik yaşantıların, olumsuz zorlayıcı düşüncelerin sıklığını ve yoğunluğunu (Dinn ve ark., 1999) arttırabileceği, içeriğini (Sasson ve ark., 2005) etkileyebileceği belirtilmektedir. OKB'nin diğer önemli belirtisi olan kompulsiyonlar ile travma ilişkisini açıklamaya çalışan araştırmalarda daha çok, travmanın yarattığı anksiyete üzerinde durulmaktadır. Obsesyonlara tepki olarak doğan ve onların yarattığı anksiyeteyi hafifletmek amacıyla geliştirilen kompulsiyonların, aynı zamanda travma ile ilişkili tehlike ve sıkıntıyı azaltmak ya da kontrol etmek için yapılan davranışlar da olabileceği belirtilmektedir (Dinn ve ark., 1999). Yakın zamanda tedaviye dirençli OKB hastaları üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların %82'sinin herhangi bir travmatik öykü bildirdiği

bulunmuştur. Bu OKB hastalarından %39'nun TSSB tanısını karşıladığı ve herhangi bir travmatik yaşantı bildiren hastaların %50'sinin aynı zamanda TSSB tanı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur (Gershuny ve ark., 2008). Literatürdeki bu bulgulardan farklı olarak Fontenelle ve arkadaşları (2007) OKB hastalarında daha fazla travmatik yaşantı olacağını, dissosiyasyon düzeylerinin fobik hastalardan daha yüksek olacağını öngörmelerine rağmen, OKB hastalarının travmatik yaşantıları daha az bildirdiklerini bulmuşlardır. Yine farklı bir çalışmada travma, TSSB ve akut stres bozukluğunun yaşam boyu görülme sıklığı açısından OKB ile sağlıklı kontrol grubu arasında anlamlı herhangi bir fark bulunamamıştır (Grabe ve ark., 2008). Bu yazarlar ise, travma ve travma ile ilişkili bozuklukların OKB başlangıcından önce veya aynı yıl içerisinde ortaya çıkmasının düşük oranlarını göz önünde bulundurarak, ağır travmatik olaylardan ziyade başka faktörlerin OKB'nin başlangıcını belirleyebileceğini öne sürmüşler. Yukarıdaki çalışmalar özetlendiğinde yetişkinlik dönemi travmatik yaşantıları inceleyen araştırmaların bazıları bu travmatik yaşantılar ile OK belirtiler arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bununla birlikte yakın travmatik yaşantıların OK belirtilerin gelişiminde rolü olmadığını bulan çalışmalar da bulunmaktadır.

Çocukluk çağındaki travmatik yaşantıları araştıran yazarlar ise OK belirtilerinin oluşumunda özellikle cinsel istismarın etkili olabileceğini belirtmişlerdir (Saunders ve ark., 1992; Stein ve ark., 1996). Lochner ve arkadaşları (2002) OKB, trikotillomani ve kontrol grubu ile yaptıkları çalışmada, OKB hastalarında duygusal ihmalin kontrol grubuna göre daha fazla olduğunu bildirmişler ancak diğer çocukluk çağı travma yaşantıları bakımından böyle bir farklılık bulunmadığını belirtmişlerdir. Yine OKB ve Trikotillomani (TM)'nin çocukluk travması ile olan ilişkileri ve travma yaşantılarının bu iki bozuklukta dissosiyatif yaşantılarla ilişkili olabileceği üzerinde de durulmaktadır (Lochner ve ark., 2004). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %30'nun çocukluk çağı travmaları kriterlerini karşıladığı ve bunların en çok duygusal ihmal yaşantısı bildirdiği ortaya çıkmıştır (Mathews ve ark., 2008). Bu çalışmada OK belirtiler ile duygusal ve fiziksel istismar arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Mathews ve ark., 2008). Yazarlar bu sonuçların OK belirtilerin gelişiminde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının direkt olmasa da bir rolünün olabileceğini düşünmüşlerdir. Ülkemizde klinik olmayan örneklem üzerinde yapılan bir çalışmada ise çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile OK belirtilerden olan temizlik, kontrol ve simetri arasında ilişki bulunmamışken, dürtüler (kişinin başkalarına

zarar vereceği ilişkili düşünceleri) ve düşüncelere kapılma (davetsiz düşünceleri zihinden uzaklaştırmada ve karar almada güçlük) ile bulunan bağıntı katsayıları, anlamlı olmasına rağmen düşük düzeyde bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (Çelikel ve Beşiroğlu, 2007).

Yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda çalışmaların daha çok akut travmatik yaşantılara yönelik olması travma-OKB ilişkisini açıklamada yetersiz kaldığını göstermektedir. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ele alan çalışmalarda ise travmatik yaşantılar ile OK belirtiler arasındaki ilişkiyi vurgulayan farklı sonuçlar bulunmuştur. Bazı çalışmalar çocukluk çağı travmatik yaşantıları OK belirtilerle ilişkili bulurken (Saunders ve ark., 1992; Stein ve ark., 1996; De Silva ve Marks, 1999; Lochner ve ark., 2004; Mathews ve ark., 2008) bazı çalışmalar ise düşük anlamlı ilişkiler bulmuş (Çelikel ve Beşiroğlu, 2007) ya da direkt bir ilişki bulamamışlardır (Lochner ve ark., 2002; Fontenelle ve ark., 2007). Klinik örneklem grubu üzerinde yaptığımız bu çalışmada travma ile OK belirtilerin şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen, Y-BOKÖ patolojik kuşku ile duygusal istismar, duygusal ihmal ve CTQ toplam puanları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Tablo 4). Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile OK belirti şiddeti arasında anlamlı ilişkilerin bulunmaması, literatürde anlamlı ilişki bulan bulgularla tutarsız gibi görünse de bunda çalışmada kullanılan OK belirti şiddetini değerlendiren ölçeğin rol oynadığı düşünülmektedir. Çünkü çalışmamızda kullandığımız OK belirti şiddetini ölçen Y-BOKÖ'nin belirti şiddeti değerlendirilmesi içinde bulunmayan patolojik kuşku puanları ile duygusal istismar, duygusal ihmal ve CTQ toplam puanları anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu bulgu çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile OK belirtiler arasında anlamlı ilişki bulan bazı çalışmalarla uyumludur.

Literatürde OKB hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda OK belirtiler ile dissosiyasyon arasındaki ilişkiler incelenmiş ve farklı sonuçlar elde edilmiştir. OKB hastalarında dissosiyatif yaşantıların yaygınlığı iki ayrı çalışmada %20 (Goff ve ark., 1992) ve %15.9 (Lochner ve ark., 2004) olarak bildirilmektedir. Rufer ve arkadaşlarının (2006b) klinik örneklem gurubu üzerinde yaptıkları çalışmada, OK belirtilerden yalnızca kontrol puanları dissosiyatif yaşantılar ile ilişkili bulunmuştur. Yine Grabe ve arkadaşlarının (1999) yaptığı klinik çalışmada OK belirtilerden kontrol ve düzen alt ölçekleri ile dissosiyatif yaşantılar arasında ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada OK belirti

şiddeti ile dissosiyatif yaşantılar arasında bir ilişki bulunamadı fakat OKB hastalardaki patolojik kuşku fenomeni ile dissosiyatif yaşantılar arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Watson ve arkadaşlarının (2004) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada dissosiyasyon puanları OK belirtilerinden obsesif düşünceler ve kontrol puanları ile daha yüksek bağıntı gösterirken; temizlik, düzen ve biriktirme puanları ile daha düşük bağıntı göstermektedir. Ülkemizde de klinik olmayan örneklem üzerinde yapılan çalışmada, dürtüler ve düşüncelere kapılma puanları dissosiyasyon ile daha yüksek bağıntı göstermiş, temizlik, kontrol ve kesinlik puanlarıyla ise daha düşük bağıntılar ortaya koymuştur (Çelikel ve Beşiroğlu, 2007). Hem klinik hem de klinik olmayan örneklem gruplarında dissosiyatif yaşantılar ile bazı OK belirtiler arasında ilişki bulunduğu görülmektedir. Bu çalışmada OK belirtiler ayrı ayrı değerlendirilip dissosiyasyon ile karşılaştırılmayıp genel olarak OK belirti şiddeti değerlendirilmiştir. Fakat OKB’de önemli bir fenomen olan patolojik kuşku ile dissosiyasyonun ilişkili çıkması, bu çalışmadaki bulgunun da yukarıda belirtilen çalışmalarla kısmen uyumlu olduğunu gösterebilir.

Hem travmatik yaşantıları hem de dissosiyasyonu OK belirtilerle birlikte inceleyen çalışmalarda da farklı sonuçlar elde edilmiştir. OKB ve Trikotillomani (TM)’nin çocukluk travması ile olan ilişkileri ve travma yaşantılarının bu iki bozuklukta dissosiyatif yaşantılarla ilişkili olabileceği üzerinde de durulmaktadır (Lochner ve ark., 2004). Fontenelle ve arkadaşları (2007) da OKB hastalarında daha fazla travmatik yaşantı olacağını, dissosiyasyon düzeylerinin fobik hastalardan daha yüksek olacağını öngörmelerine rağmen, OKB hastalarının travmatik yaşantıları daha az bildirdiklerini bulmuşlardır. Patolojik olan dissosiyasyonun en fazla ilişkili olduğu etmen çocukluk çağı travmatik yaşantıları olduğu düşünüldüğünde, eğer OK belirtiler ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları arasında bir ilişki olacaksa benzer şekilde OK belirtiler ile patolojik dissosiyasyon arasında da bir ilişki olması beklenirdi. Fakat Çelikel ve Beşiroğlu (2007) yalnızca patolojik olmayan dissosiyasyon ile OK belirtiler arasında anlamlı ilişki bulmuş ve OK belirtiler ile travma arasında da belirgin bir ilişki bulunmamıştır. Sonuç olarak OK belirtilerinin dissosiyasyonun daha hafif formu ya da patolojik olmayan bir formu ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir. Bu çalışmada travmatik yaşantılar ve dissosiyasyonun hiçbir boyutu ile OK belirti şiddeti arasında anlamlı herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Bununla birlikte hastaların Y-BOKÖ patolojik kuşku puanları ile dissosiyasyon ve travmatik yaşantılar arasında anlamlı

ilişkiler bulunmuştur. Bu çalışmada farklı sonuçların ortaya çıkması OK belirti şiddetini değerlendirmeye yönelik kullanılan ölçeğin farklılığından kaynaklanabileceği söylenebilir. Bu çalışmada boyutsal anlamda ayırım yapılmaksızın yalnızca tüm obsesyon ve kompulsiyonları bir arada değerlendiren bir şiddet ölçeği üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Diğer çalışmalarda ise kullanılan ölçeklerin çoğu kişi tarafından doldurulan (self report) ölçekler olup ve aynı zamanda ölçtükleri nitelikler de farklıdır. Çünkü Y-BOKÖ ölçeği belirti bazında boyutsal bir değerlendirme yapmamakta belirtileri şiddet bazında değerlendirme yapmaktadır. Bu da sonuçların farklı çıkmasını açıklayabilir. Yine de Y-BOKÖ'nin şiddet değerlendirmesine katılmayan, birçok OK belirti boyutunun içinde bir fenomen olan patolojik kuşkunun derecesi değerlendirildiğinde ise hem travma hem de dissosiyatif yaşantılar ile anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

OKB hastalarının dikkat performansları açısından bir sorun yaşamadıkları asıl sorunun belleklerine güvenmemeleri ya da yeterince güvenmemeleri olduğu bildirilmiştir (Rachman, 2002; Tuna ve ark., 2005; Muller ve Roberts, 2005). Ayrıca bu hastaların seçici dikkat yanlılıklarının olduğundan da söz edilmektedir. Bu seçici dikkat yanlılığı genel olarak çevredeki uyarıların seçici özelliklerine dikkat etme ve bunun dışında kalan uyarılara dikkat etmeme ya da aldırış etmeme şeklindedir (Irak ve Flament, 2007). Bu bir anlamda absorpsiyonun da tanımıdır. Patolojik olmayan dissosiyasyon da OKB'ye benzer olarak, dikkat ve bellek gibi bilişsel işlevler ile ilgili bir durum olarak görülmektedir (de Ruiter ve ark., 2006). Dissosiyasyon eğilimi olan bireyler dikkatlerini bir işe öylesine verirler ki, iç ve dış uyarıların farkında olmazlar. Ayrıca bu kişiler, duygusal olarak olumsuz ya da olumlu yönde kendilerini etkileyen materyallere daha fazla dikkat ederler, bir başka ifade ile seçici bir dikkatleri vardır (de Ruiter ve ark., 2006). Sözü edilen bellek ve dikkat yanlılığının obsesyon ve kompulsiyonlarla ilişkili, kaygı verici ya da tehdit edici uyarılara yönelik olduğu görülmektedir (Irak ve Flament, 2007). Bu da aslında OKB'nin bilişsel modellerinde sözü edilen işlevsel olmayan düşünce süreçleriyle ilgilidir. Yani OKB hastalarındaki obsesyonlar ile kompulsiyonlar kişinin dikkat ve düşünce performansını etkilemekte ve biliş bunlarla aşırı meşgul olmaktadır. OKB hastalarındaki patolojik kuşkunun OK belirtilerin gelişiminde birçok belirtiyeye eşlik eden çekirdek bir fenomen olduğu düşünülebilir ve bu fenomenin patolojik olmayan dissosiyasyon yani absorpsiyon ile ilişkili çıkması da anlamlı olabilir. Dolayısıyla çalışmamızda OK belirtiler ile

dissosiyasyon ve travmatik yaşantılar arasında anlamlı ilişkilerin bulunmamasıyla birlikte OK belirtilerinde önemli bir fenomen olan patolojik kuşku ile dissosiyasyon ve travma arasında anlamlı ilişki bulunması OKB'nin gelişiminde bu etmenlerin rollerinin daha dikkatli değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada bir ilk olarak travmanın ve dissosiyasyonun OKB'de bilişsel değişkenler üzerinde rolü olduğu öngörüsü ile aralarındaki ilişkiye bakılmıştır. Travma ile sözü edilen bilişsel değişkenler arasında anlamlı ilişkiler bulunmamasıyla birlikte dissosiyasyon ile bilişsel değişkenler arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Burada sadece dissosiyasyon ile bilişsel etmenler arasında anlamlı ilişkilerin çıkması dikkat çekmektedir. OKB'nin bilişsel modellerin biri olarak öne sürülen DEK'in bazı alt boyutlarının OKB ile ilişkili çıkmaması (Rassin ve ark., 2001b) veya depresyonla (Abramowitz ve ark., 2002; Berle ve Starcevic, 2005) ve anksiyete bozukluklarıyla (Rassin ve ark., 2001a) da ilişkili çıkması göz önünde bulundurulduğunda bu modelin sadece OKB'ye özgü olduğu görüşünü tartışmalı kılmaktadır. Dolayısıyla bu alanda yapılan araştırmalar DEK'in OKB'ye özgü olmaktan çok, genel anlamda psikopatoloji ile ilişkili olabileceği görüşünü doğurmuştur. Bu çalışmada OK belirtiler ile DEK puanları arasında anlamlı ilişki çıkmamasıyla birlikte dissosiyasyonla ilişkili çıkması bu yönüyle tartışmaya yeni boyutların getirilebileceğini göstermektedir. Zaten OKB'ye özgü olduğu tartışmalı DEK'in bu çalışmada OK belirtilerle ilişkili çıkmaması da anlamlı olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışmada OK belirtiler ve travmatik yaşantılar ile üstbilişsel işlevler arasında anlamlı ilişkiler bulunmamasıyla birlikte dissosiyasyon ile üstbiliş arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Aslında üstbiliş sistemi, insanın bilişsel süreçlerinin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında büyük rol oynar. Dolayısıyla bu sistemde meydana gelebilecek herhangi bir sapmanın, doğal olarak pek çok psikopatolojinin gelişmesi ve sürmesinde önemli bir etmen olacağı düşünülmektedir (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). Bu yaklaşımı benimseyen yazarlara göre, psikolojik bozukluklardaki bazı işlevsel olmayan düşünce ve başa çıkma tarzlarına üstbilişsel bir takım işlevler yol açmaktadır. Bu önermeye göre, kişiler olayları değerlendirmelerini etkileyen düşünceleri (işlevsel olmayan bilişleri) hakkında bir takım olumlu ve olumsuz inançlara (üstbilişlere) sahiptirler. Bu tarzdaki üstbilişler kişinin uyuma yönelik olmayan tepki tarzları geliştirmelerine yol açmaktadır (Cartwright-Hatton ve Wells,

1997; Gwilliam ve ark., 2004). Giriş kısmında da belirtildiği üzere kişiler bazen dissosiyasyonu strese karşı bir savunma mekanizması olarak kullanmakta ve bu durum uyuma yönelik işlevde sorunlara neden olabilmektedir. Bu yönleriyle dissosiyasyon ve OKB'deki bilişsel değişkenler uyuma yönelik tepki tarzları geliştirmeleri bakımından benzediği söylenebilir. Dolayısıyla bu çalışmada üsbilişsel faktörlerin dissosiyasyon gibi zihindeki bir enformasyonla ilişkili çıkması da anlamlı olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışmada dissosiyasyaif yaşantılar ile travmatik yaşantılar arasında yapılan analizlerde dissosiyasyonun patolojik olmayan boyutları ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Tablo 7). Bu bulgular patolojik olan dissosiyasyonun en fazla ilişkili olduğu etmen çocukluk çağı travmatik yaşantıları olduğu görüşüyle çelişmektedir. Çocuklukta yaşanan travmatik olayların patolojik dissosiyasyonla olan ilişkisi, patolojik olmayan dissosiyasyonla olan ilişkisinden daha güçlüdür (Chu ve Dill, 1990; Kisiel ve Lyons, 2001). Klinik örneklerde, dissosiyatif belirtilerle çocukluk çağına yaşanan cinsel, fiziksel, duygusal kötüye kullanım ve ihmal arasında pozitif bir bağıntı bulunmuştur (Chu ve Dill, 1990). Çocukluk çağı travmalarının varlığı patolojik dissosiyasyonun ortaya çıkmasını önceden tahmin edilmesine olanak tanırken, patolojik olmayan dissosiyasyonda aynı durum söz konusu değildir (Irwin, 1999). Fakat Çelikel ve Beşiroğlu'nun çalışmalarında çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve patolojik dissosiyasyon değil, patolojik olmayan dissosiyasyon (soğurma) ile OK belirtileri arasında ilişki bulunmuştur. Yani OK belirtilerinde dissosiyasyonun etkili olduğunu düşünülebilir, ancak bu etki çocukluk çağı travmatik yaşantısından kaynaklanan patolojik dissosiyasyonun bir sonucu olamayabileceğini gösteren bu bulgu çalışmamızın bulgularıyla uyum göstermektedir. Aslında patolojik dissosiyasyon ile travma ilişkisi travmanın daha kesin tanımlandığı travma ile ilişkili hastalarda ve dissosiyatif bozukluğu olan hastalarda anlamlı çıkmaktadır. Dolayısıyla bizim çalışmamızın örneklemini OKB hastaları oluşturduğu için patolojik dissosiyasyon ile travma ilişkisinin çıkmaması bir çelişki olarak değerlendirilmeyebilir. Aynı şekilde OKB'ye ait bilişsel etmenlerin de bu ilişkiyi karmaşıktırdığı söylenebilir. Yine bu çalışmada patolojik olmayan dissosiyasyonun patolojik kuşku ile anlamlı çıkan ilişkisi OK belirtilerde Patolojik dissosiyasyondan ziyade absorpsiyon gibi patolojik olmayan dissosiyasyonun daha da etkili olduğu düşünülebilir. Bu da klinik örnekte patolojik dissosiyasyon ile OK belirtiler arasındaki ilişki ile travmanın yordayıcı özelliğinin yeniden sorgulanması gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmada gözlenen sınırlılıklar ise; hastaların önemli bir kısmının halen tedavi almakta olan hastalar olmalarıdır. Bu açıdan tedavinin bilişsel süreçlere etkisi söz konusu olabilir. Denek sayısının azlığı, sadece okuma yazması olan hastaların seçilmesi ve depresyon gibi komorbid hastalıkların dışlanmaması da diğer sınırlılıklar olarak değerlendirilebilir.

Sonuç olarak; OKB'nin bilişsel süreçleri arasındaki ilişkilerin sanıldığı gibi basit olmadığı ve bunu etkileyen etmenlerin son derece karmaşık ilişkiler içinde olabileceği düşünülebilir. Çalışmamızda hasta örnekleminde daha önceki çalışmaların aksine OK belirtilerin şiddeti ile dissosiyasyon ve çocukluk çağı travma yaşantıları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Hem çocukluk çağı travmatik yaşantılarının hem de dissosiyasyonun OK belirtilerinde etkili olacağı öngörüsünün gerçekleşmediği gözlenmiştir. Bununla birlikte daha özel bir bulgu olan ve Y-BOKÖ'de şiddet değerlendirmesi içinde değerlendirilmeyen patolojik kuşku ile hem travmatik yaşantılar hem de dissosiyatif yaşantılar arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Aynı şekilde DEK ve üstbilgi gibi bilişsel etmenlerin OK belirtilerle ilişkili olduğunu belirten görüşlere paralel bulgular bulunmamıştır. Farklı bir bulgu olarak dissosiyasyon ile bu bilişsel değişkenler arasında anlamlı ilişkiler bulunmuş ama travma ile bilişsel değişkenler ilişkili bulunmamıştır. Bu da OKB'de travmadan bağımsız olarak dissosiyasyon ile bilişsel süreçler arasında ilişki olabileceğini göstermektedir. İleride yapılacak çalışmalarda, OKB hastalarında OK belirtiler ile travmatik yaşantılar ve bunun sonucu olan dissosiyasyon arasındaki ilişki incelendiğinde bilişsel faktörlerin de birlikte incelenmesi gerektiği düşünülmektedir. Aynı şekilde OKB'nin bilişsel modellerinden DEK ve üstbilgi faktörler doğu toplumlarında incelenirken daha detaylı ve farklı örneklemeler üzerinde araştırmalar yapılması gerektiği düşünülmektedir.

ÖZET

Çelik C, Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları, Dissosiyatif Yaşantılar ve Bilişsel Süreçler, Y.Y.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Van, 2009. Bu çalışma obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) hastalarında çocukluk çağı travmatik yaşantıları, dissosiyatif yaşantılar ile bilişsel etmenler arasında ilişkileri incelemek amacıyla yapılmıştır. Örneklem grubunu psikiyatri polikliniğine başvuran ve DSM-IV kriterlerine göre OKB tanısı alan 40 hasta oluşmuştur. Verilerin elde edilmesi için hastalara, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28), Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ), Beck Depresyon Envanteri, Thought-Action Fusion Scale (TAFS), Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ-30) ve White Bear Supresyon Envanteri (WBSI) uygulanmıştır. Çalışmada obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve dissosiyasyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, patolojik kuşku ile hem travmatik yaşantılar hem de dissosiyatif yaşantılar arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. DEK, ÜBÖ ve WBSI ölçeği puanları ile OK belirti şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Travmatik yaşantılar ile bilişsel süreçler arasında anlamlı ilişki bulunmaz iken dissosiyatif yaşantılar ile DEK ve ÜBÖ arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu sonuçlar OKB’de travmadan ziyade dissosiyasyonun bilişsel süreçlerle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar sözcükler: Çocukluk çağı travmatik yaşantıları, dissosiyasyon, düşünce-eylem kaynaşması, obsesif-kompulsif belirtiler, üstbiliş.

SUMMARY

Çelik C, Childhood Traumatic Experiences, Dissociation and Cognitive Processes in Obsessive-Compulsive Disorder, Yuzuncu Yil University, Institute of Health Sciences, Master Thesis in Department of Psychiatry, Van, 2009. This study has been carried out to investigate the relationship between childhood traumatic experiences, dissociative experiences and cognitive processes in patients with obsessive compulsive disorder (OCD). The sample consisted of 40 psychiatric outpatients who had been diagnosed as having OCD according to the DSM-IV criteria. Dissociative Experiences Scale (DES), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28), Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOC-S), Metacognitions Questionnaire (MCQ-30), Thought-Action Fusion Scale (TAFS), Beck Depression Inventory and White Bear Suppression Inventory (WBSI) were used to collect data. No correlation was found between childhood trauma experiences, dissociation and the severity of OCD. However, pathological doubt scores were significantly associated with childhood trauma and dissociation scores. The TAFS, MCQ and WBSI scores were not correlated with the severity of OCD. While there were no significant correlation between cognitive scales and traumatic experiences, we found significant correlations between dissociation and TAF and MCQ. These results were indicated that dissociation correlate than trauma with cognitive processes in OCD.

Key Words: Childhood traumatic experiences, dissociation, metacognition, thought-action fusion, obsessive-compulsive symptoms.

KAYNAKLAR

Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Kara H, Özer ÖA (2004). Beyaz ayı supresyon envanteri'nin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin bir ön çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15, 4, 282-290.

Ağargün MY, Sağlam M, Selvi Y, Özer B, Kara H, Özer ÖA, Beşiroğlu L (2003). Obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastalarda disosiyasyon ve supresyon. 39. Psikiyatri Kongresi, Poster Bildiri, Antalya.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Pres. Washington DC, 1994.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı*, Köroğlu E (Çev.), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Amir N, Freshman M, Ramsey B, Neary E, Brigidi B (2001). Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behav Res Ther*, 39: 765-776.

Aslan H, Ünal M, Alparslan N (1996). Ayaktan izlenen obsesif kompulsif bozukluk olgularında psikososyal özellikler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 33, 3, 169-176.

Beck AT (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4: 561-571.

Bernet CZ, Stein MB (1999). Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depression and Anxiety*, 9, 169-174.

Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 8, 1132-1136.

Bernstein EM, Putnam PW (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.

Beşiroğlu L, Uguz F, Sağlam M, Ağargün MY, Çilli AS (2007). Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2007 Jan 10; [Epub ahead of print].

Beşiroğlu L, Ağargün MY (2006). Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: Hastalık ile ilişkili ve genel etmenlerin rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17, 2, 1-10.

Beşiroğlu L, Çilli AS, Aşkın R (2004). The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 2, 99-108.

Bhar SS (2004). *Self-ambivalence in obsessive-compulsive disorder*. Degree of Doctor of Philosophy, Department of Psychology, University of Melbourne.

Bostancı N, Albayrak B, Bakoğlu İ, Çoban Ş (2006). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi. *New/Yeni Symposium Journal*, 44, 2, 100-106.

Boughn S, Holdom JJ (2003). The relationship of violence and trichotillomania. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 2, 165-170.

Bremner JD, Southwick S, Brett E, Fontana A, Rosenheck R, Charney DS (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 328-332.

Brown GR, Anderson B (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1, 55-61.

Bryant RA, Panasetis P (2005). The role of panic in acute dissociative reactions following trauma. *The British Journal of Clinical Psychology*, 44, 489-494.

Butler LD, Duran REF, Jasiukaitis P, Koopman C, Spiegel D (1996). Hypnotizability and traumatic experience: A diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *The American Journal Of Psychiatry*, 153, 7, 42-63.

Büyüköztürk Ş (2004). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Pegem Yayıncılık, Ankara.

Carlier IV, Lamberts RD, Fouwels AJ, Gersons B (1996). PTSD in relation to dissociation in traumatized police officers. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 10, 1325-1328.

Carlson EB, Rosser-Hogan R (1991). Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 11, 1548-1551.

Cassano GB, Petracca A, Perugi G, Toni C, Tundo A, Roth M (1989). Derealization and panic attacks: A clinical evaluation on 150 patients with panic disorder/agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 1, 5-12.

Chu JA, Dill DL (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147, 887-892.

Crino R, Slade T, Andrews G (2005). The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 162, 876-882.

Çelikel H (2007). Klinik olmayan örnekleme çocukluk çağı travmatik yaşantıları, dissosiyasyon ve obsesif kompulsif belirtiler. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü, yüksek lisans tezi, Van.*

Çelikel H, Beşiroğlu L (2008). Klinik olmayan örneklemede çocukluk çağı travmatik yaşantıları, dissosiyasyon ve obsesif kompulsif belirtiler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 75-83.

Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 5, 367-374.

Çilli AS, Turan M, Kaya N (1999). Bir grup üniversite öğrencisinde çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve dissosiyatif yaşantılarla ilişkisi. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresinde bildiri olarak sunulmuştur, Trabzon.

De Ruiter MB, Elzinga BM, Phaf RH (2006). Dissociation: Cognitive capacity or dysfunction?. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 115-134.

De Silva P, Marks M (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 941-951.

Demet MM, Deveci A, Deniz F, Taşkın EO, Şimşek E, Yurtsever F (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 133-144.

DePrince AP, Freyd JJ (1999). Dissociative tendencies, attention, and memory. *Psychological Science*, 10, 449-452.

Dinn WM, Haris CL, Raynard RC (1999). Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: A three-factor model. *Psychiatry*, 62, 4, 313-324.

Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C (1995). Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi, 1. baskı, Dilek Matbaası, Sivas.

Ebert M, Loosen P, Nurcombe B (2003). *Diagnosis & Treatment in Psychiatry*. Çeviren: Birsöz S, Karaman T. Güneş Kitapevi, s. 351-365.

Eisen ML, Lynn SJ (2001). Dissociation, memory and suggestibility in adults and children. *Applied Cognitive Psychology*, 15, 49-73.

Erdoğan IB, Şengül CB, Dilbaz N, Bozkurt S (2004). Disosiyatif amnezi ve travma sonrası stres bozukluğu tablosu ile başvuran bir yasak-sevi olgusu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15, 2, 161-165.

Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z (1997). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili*. 1. baskı, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/CV)*. Washington American Psychiatric Press.

Fontenelle LF, Domingues AM, Souza WF, Mendlowicz MV, de Menezes GB, Figueira IL, Versiani M (2007). History of trauma and dissociative symptoms among patients

with obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *Psychiatr Quarterly*, 78(3): 241-250.

Freeston MH, Ladouceur R (1997). What do patients do with their obsessive thoughts? *Behaviour Research and Therapy*, 35, 335–348.

Freyd JJ, Martorello SR, Alvarado JS, Hayes AE, Christman JC (1998). Cognitive environments and dissociative tendencies: Performance on the standard Stroop task for high versus low dissociators. *Applied Cognitive Psychology*, 12, 91–103.

Frost RO, Steketee G (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 4, 291-296.

Gershuny BS, Baer L, Parker H, Gentes EL, Infield AL, Jenike MA (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*, 25(1):69-71.

Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Malhi GS, Wilhelm K, Austin MP (2004). Implications of childhood trauma for depressed women: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1417–1425.

Goff DC, Olin JA, Jenike MA, Baer L, Buttolph ML (1992). Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 5, 332-337.

Grabe HJ, Goldschmidt F, Lehmkuhl L, Gansicke M, Spitzer C, Freyberger HJ (1999). Dissociative symptoms in obsessive-compulsive dimensions. *Psychopathology*, 32, 6, 319-324.

Grabe HJ, Meyer CH, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 250, 262-268.

Grabe HJ, Ruhrmann S, Spitzer C, Josepeit J, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Schulze-Rauschenbach S, Meyer K, Kraft S, Reck C, Pukrop R, Klosterkötter J, Falkai P, Maier W, Wagner M, John U, Freyberger HJ (2008). Obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder. *Psychopathology*, 41(2): 129-34.

Hisli N (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6(22): 118-126.

Hisli N (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23): 3-13.

Hollander E, Stein DJ, Kwon JH (1998). Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 3(Suppl. 1) 48–58.

ICD-10 (1992). Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflaması: Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzu, Öztürk M O, Uluğ B (Ed.). Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Ankara.

Irak M, Flament MF (2007). Çocukluk dönemi başlangıçlı obsesif-kompulsif bozukluğun nöropsikolojik profili. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18, 2, 1-9.

Irak M, Tosun A (2007). Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal of Anxiety Disorder*, 10, 1-26.

Irwin HJ (1998). Affective predictors of dissociation II: Shame and guilt. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 2, 237-245.

Irwin HJ (1999). Pathological and nonpathological dissociation: The relevance of childhood trauma. *The Journal of Psychology*, 133, 2, 157-164.

Işık E, Işık TY (2006). Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozukluğu. *Asimetrik Paralel*, s. 339-287.

Janssen I, Krabbendam L, Bak M (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand*, 109, 38-45.

Jones MK, Menzies RG (1997). The cognitive mediation of obsessive compulsive handwashing. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 9, 843-850.

Kaplan HI, Sadock BJ (2004). *Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. Çeviren: Abay E. Nobel Tıp Kitapevleri, s. 205-210.

Karadağ F, Kalkan Oğuzhanoğlu N, Özdel O, Ateşci FC, Amuk T (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: A phenomenological Picture. *Depression and Anxiety*, 23, 145-152.

Karamustafaloğlu KO, Üçışık AM, Ulusoy M (1993). Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bursa Savaş Ofset*, s. 86.

Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*, 45, 1094-1099.

Kırpınar İ, Özer H, Coşkun İ (1997). Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI/DSM-III-R ruhsal bozuklukların yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı. *3P Dergisi*, 5, 253-265.

Kira IA (2001). Taxonomy of trauma and trauma assessment. *Traumatology*, 7, 2, 73-86.

Kisiel CL, Lyons JS (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1034-1039.

Lochner C, du Toit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A, van Kradenburg J, Seedat S, Niehaus DJ, Stein DJ (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and Anxiety*, 15, 66-68.

Lochner C, Seedat S, Hemmings SM, Kinnear CJ, Corfield VA, Niehaus DJ, Moolman-Smook JC, Stein DJ (2004). Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: Clinical and genetic findings. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 5, 384-391.

Loewenstein R, Putnam FW (1988). A comparison study of dissociative symptoms in patients with complex partial, seizures, MPD, and posttraumatic stress disorder. *Dissociation*, 1, 4, 17-23.

Lundgren K, Gerdner A, Lundgsvit LO (2002). Childhood abuse and neglect in severely dependent female addicts: Homogeneity and reliability of a Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire. *International Journal of Social Welfare*, 11, 219-227.

Maaranen P, Tanskanen A, Honkalampi K, Haatainen K, Hintikka J, Viinamaki H (2005). Factors associated with pathological dissociation in the general population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 387-394.

Mancini F, Gragnani A, D'Olimpio F (2001). The connection between disgust and obsessions and compulsions in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 31, 1173-1180.

Mancini F, Gragnani A, Orazi F, Pietrangeli MG (1999). Obsessions and compulsions: normative data on the Padua Inventory from an Italian non-clinical adolescent sample. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 10, 919-925.

Marshall RD, Schneier FR, Lin SH, Simpson HB, Vermes D, Liebowitz M (2000). Childhood trauma and dissociative symptoms in panic disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 3, 451-453.

Mathews CA, Kaur N, Stein MB (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety*, 25(9): 742-51.

Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Miyata A, Iwasaki Y, Fujimoto K, Kasai S, Kojima M (2000). Gender differences in social and interpersonal features and personality disorders among Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 266-272.

McLewin LA, Muller RT (2006). Childhood trauma, imaginary companions, and the development of pathological dissociation. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 531-545.

Merckelbach H, Wessel I (2000). Memory for actions and dissociation in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 12, 846-848.

Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Rahgozar M, Noorbala AA, Davidian H, Afzali HM, Naghavi HR, Yazdi SA, Saberi SM, Mesgarpour B, Akhondzadeh S, Alaghebandrad S,

- Tehrandoost M (2004). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Iran. *BMC Psychiatry*, 4, 2.
- Moritz S, Jacobsen D, Willenborg B, Jelinek L, Fricke S (2006). A check on the memory deficit hypothesis of obsessive-compulsive checking. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256, 82-86.
- Mulder RT, Beautrais AI, Joyce PR, Fergusson DM (1998). Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 6, 806-811.
- Muller J, Roberts JE (2005). Memory and attention in obsessive-compulsive disorder: A review. *Anxiety Disorders*, 19, 1-28.
- Muris P, Merckelbach H (1997). Suppression and dissociation. *Personal Individual Differences*, 23, 3, 523-525.
- Muris P, Merckelbach H, Clavan M (1997). Abnormal and normal compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 3, 249-252.
- Murphy SM, Kilpatrick DC, Amick-McMullan A, Veronen LJ, Paduhovich L, Best CL, Villeponteaux LA, Saunders BE (1988). Current psychological functioning of child sexual assault survivors: A community study. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 55-79. "Alınmıştır" Dinn WM, Harris CL, Raynard RC (1999). Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: A three-factor model. *Psychiatry*, 62, 4, 313-324.
- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 7, 667-681.
- Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlston EA, Egeland B (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879.
- Okasha A, Saad A, Khalil AH, Seif El Dawla A, Yehia N (1994). Phenomenology of obsessive compulsive disorder: A transcultural study. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 3, 191-197.
- Öztürk MO (2001). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 8. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, s: 365-74.
- Paris J, Zweig-Frank H (1997). Dissociation in patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 1, 137-138.
- Pica M, Beere D, Maurer L (1997). The overlap between dissociative and obsessive compulsive disorders: A theoretical link. *Dissociation*, 10, 1, 38-43.
- Piri S, Kabakçı E (2007). Düşünce-Eylem Kaynaşması, Yükleme Biçimleri, Depresif ve obsesif -kompulsif belirtiler arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007; 18 (3): 197-206.

- Purdon C, Clark DA (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology Psychotherapy* 6, 102-110.
- Putnam FW (1997). *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*. The Guilford Press, New York.
- Rachman S (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther*, 35: 793-802.
- Rachman S (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385–401.
- Rachman S (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 625–639.
- Rachman S, De Silva P (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233–248.
- Rachman S, Shafran R (1998). Cognitive and Behavioral Features of Obsessive-Compulsive Disorder. “Obsessive-Compulsive Disorder” İçinde, Editörler Swinson RP, Antony MM, Rachman S, Richter MA, The Guilford Press, New York.
- Rassin E (2003). The White Bear Suppression Inventory (WBSI) focuses on failing suppression attempts. *European Journal of Personality*, 17, 285–298.
- Rassin E, Diepstraten P (2003). How to suppress obsessive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 97–103.
- Rassin E, Diepstraten P, Merckelbach H (2001a). Thought-action fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 39: 757-764.
- Rassin E, Merckelbach H, Muris P (2001b). Thought-action fusion scale: further evidence for its reliability and validity. *Behav Res Ther*, 39: 537-544.
- Rassin E, Muris P (2006). Abnormal and normal obsessions: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1065–1070.
- Rassin E, Muris P, Schmidt H, Merckelbach H (2000). Relationships between thought-action fusion, thought suppression and obsessive-compulsive symptoms: a structural equation modeling approach. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 889-897.
- Ray WJ (1996). *Dissociation in Normal Populations*. “Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives” İçinde, Editörler Michelson LK, Ray WJ, Plenum Press, New York ve Londra.
- Rheume J, Freeston MH, Dugas, MJ, Letarte H, Ladouceur R (1995). Perfectionism, responsibility, and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785-794.

Ross CA (1996). History, Phenomenology, and Epidemiology of Dissociation. Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives” İçinde, Editörler Michelson LK, Ray WJ, Plenum Press, New York ve Londra.

Ross CA, Joshi S, Currie R (1990a). Dissociative experiences in the general population. The American Journal of Psychiatry, 147, 11, 1547-1552.

Ross CA, Miller SD, Reagor P, Bjornson L, Fraser GA, Anderson G (1990b). Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. The American Journal of Psychiatry, 147, 5, 596-601.

Rufer M, Fricke S, Held D, Cremer J, Hand I (2006b). Dissociation and symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 256, 146-150.

Rufer M, Held D, Cremer J, Fricke S, Moritz S, Peter H, Hand I (2006a). Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. Psychotherapy Psychosomatics, 75, 40-46.

Salkovskis PM (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive behavioural analysis. Behav Res Ther, 23: 571-583.

Salkovskis PM (1998). Psychological Approaches To The Understanding of Obsessional Problems. “Obsessive-Compulsive Disorder” İçinde, Editörler Swinson RP, Antony MM, Rachman S, Richter MA, The Guilford Press, New York.

Salkovskis PM, Harrison J (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. Behaviour Research and Therapy, 22, 549-552. “Alınmıştır” Watson D, Wu KD (2005). Development and validation of the schedule of compulsions, obsessions, and pathological impulses (SCOPI). Assessment, 12, 1, 50-65.

Salkovskis, PM (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. Behaviour Research and Therapy, 23, 571-583. “Alınmıştır” Rachman S (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. Behaviour Research and Therapy, 36, 385-401.

Sayar K, Uğurad IK, Acar B (1999). Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 9: 142-147.

Sayılğan MA (2003). Obsesif kompulsif bozukluk ve bilişeldavranışçı tedavi. I. Savaşır, G. Soygüt ve E. Kabakçı, (Eds.), Bilişsel Davranışçı Terapiler içinde (3. baskı) (71-90). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Shafran R, Rachman S (2004). Thought-action fusion: a review. J Behav Ther Exp Psychiatry, 35: 87-107.

Shafran R, Thordarson DS, Rachman S (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. J Anxiety Disord 10: 379-391.

Sheffler RC, Peynircioglu ZF, Chambless DL, Pigott TA (1993). Memory in subclinical obsessive-compulsive checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 759-765.

Shorvon HJ (1946). The depersonalization syndrome. *Social Medicine*, 39, 779-792.
“Alınmıştır” Pica M, Beere D, Maurer L (1997). The overlap between dissociative and obsessive compulsive disorders: A theoretical link. *Dissociation*, 10,1, 38-43.

Stein MB, Forde DR, Anderson G, Walker JR (1997). Obsessive-compulsive disorder in the community: An epidemiologic survey with clinical reappraisal. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 8, 1120-1126.

Stein MB, Walker JR, Anderson G, Hazen AL, Ross CA, Eldridge G, Folde DR (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 2, 275-277.

Steketee G, Frost RO, Cohen I (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 6, 525-537.

Stockdale GD, Gridley BE, Ware Balogh D, Holtgraves T (2002). Confirmatory factor analysis of single- and multiple-factor competing models of the Dissociative Experiences Scale in a nonclinical sample. *Assessment*, 9, 1, 94-106.

Sungur MZ (1999). İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri*, 2, 105-108.

Swedin CG, Nilsson D, Lindell C (2004). Traumatic experiences and dissociative symptoms among Swedish adolescents: A pilot study using Dis-Q-Sweden. *Nord J Psychiatry*, 58, 5, 350-355.

Şar V (1997). Dissosiyatif Bozukluklar. “Psikiyatri Temel Kitabı 2. Cilt” İçinde, Editörler C Güleç, E Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Şar V (2006). The scope of dissociative disorders: An international perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 1-18.

Şar V, Akyüz G (2003). Trauma and dissociation among prisoners. In: *Proceedings of the 20th Annual Conference of the International Society for the Study of Dissociation*. Baltimore: p. 655. “Alınmıştır” Şar V (2006). The scope of dissociative disorders: An international perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 1-18.

Şar V, Kundakçı T, Kızıltan E (1997). Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği'nin (DES-II) geçerlik ve güvenilirliği. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bildiri Tam Metin Kitabı, s.55-64.

Terr LC (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1, 10-21.

Tezcan AE, Millet B, Kuloğlu M (1998). Türkiye ve Fransa'da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerinin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 1, 35-41.

Tolin DF, Abramowitz JS, Brigidi BD, Foa EB (2003) Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders*, 17, 233-242.

Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N (2006). Are “obsessive” beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 469–480.

Topbaş M (2004). İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3, 4, 76-80.

Tosun A, Irak M (2008). Üstbiliş Ölçeğinin Türkçe uyarlaması, geçerliliği, güvenilirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008; 19 (1):67-80.

Tuna Ş, Tekcan Aİ, Topçuoğlu V (2005). Memory and metamemory in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 15–27.

Tutkun H, Şar V, Yargıç Lİ, Özpulat T, Yanık M, Kızıltan E (1998). Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish University Clinic. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 6, 800-805.

Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atlı H (2004). Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 5, 362-366.

Van der Kolk B (1987). *Psychological trauma*. American Psychiatric Press, Washington, DC.

Van der Kolk B, Perry JC, Herman JL (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.

Waller NG, Putnam FW, Carlson EB (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300-321.

Waller NG, Ross CA (1997). The prevalence and biometric structure of Pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 4, 499-510.

Watson D, Wu KD (2005). Development and validation of the schedule of compulsions, obsessions, and pathological impulses (SCOPI). *Assessment*, 12, 1, 50-65.

Wegner DM (1989). *White bears and other unwanted thoughts: suppression, obsession, and the psychology of mental control*. London: The Guilford Press.

Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soc Psychol*, 53, 5–13.

Wegner DM, Zanakos S (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615–640. “Alınmıştır” Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Kara H, Özer ÖA

(2004). Beyaz ayı supresyon envanterinin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin bir ön çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15,4, 282-290.

Wells A (2005). The metacognitive model of GAD: assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29: 107–121.

Wells A, Cartwright-Hatton S (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ 30. *Behav Res Ther*, 42: 385–396.

Wells A, Papageorgiou C (1998). Relationships between worry, obsessive–compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behav Res Ther*, 36: 899–913.

Yargıç LI, Tutkun H, Şar V (1995). The reliability and validity of the Turkish version of the dissociative experiences scale. *Dissociation*, 8, 10-13.

Yorulmaz O, Karanci AN, Bastug B, Kisa C, Göka E (2008). Responsibility, Thought-Action Fusion and Thought Suppression in Turkish Patients with Obsessive-Kompulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 64(3), 308-317.

Yorulmaz O, Yılmaz AE, Gençöz T (2004). Psychometric properties of the Thought-Action Fusion Scale in a Turkish sample. *Behav Res Ther*, 42: 1203-1214.

ÖZGEÇMİŞ

Cihat ÇELİK, 1979 yılında Diyarbakır'da doğdu. İlkokul ve ortaokul öğrenimini Diyarbakır'da, lise öğrenimini de Diyarbakır Burhanettin Yıldız Anadolu Teknik Lisesi'ni birinci olarak tamamladı. 1998 yılında okuldan mezun olduğu yıl Dicle Üniversitesi Fen –Edebiyat Fakültesi Psikoloji bölümünü kazandı. 2002 yılında mezun olduktan sonra Diyarbakır'da Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerinde çalıştı. 2004 yılında Muş Devlet Hastanesi'ne Psikolog olarak atandı. 2006 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. Halen Y.Y.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimi devam etmektedir. Evli olup halen Muş Devlet Hastanesi'nde psikolog olarak görevine devam etmektedir.

EKLER

Ek-1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Değerlendirme Tarihi:

Ad Soyad:

Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

Yaş:

Eğitim Durumu: Okuryazar değil ()
İlkokul-ortaokul ()
Lise veya eşdeğeri ()
Ünveriste veya yüksekokul ()
Okuduğu yıl ()

Medeni durumu: Evli ()
Bekar ()

Ekonomik Düzeyi: Düşük ()
Orta ()
Yüksek ()

Herhangi bir bedensel hastalığınız var mı? Evet () Hayır ()

Evetse nedir?

Daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü? Evet () Hayır ()

Evetse belirtiniz:

Hastalığınızın belirtileri ne zaman başladı?

.....

Ne kadar zamandır tedavi görmektesiniz? (Tedavi görenler için)

.....

İrtibat adresi veya telefon:

EK-2

DİSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES)

Bu test, günlük yaşantınızda başınızdan geçmiş olabilecek olayları konu almaktadır. Cevap verirken alkol veya ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları **dikkate almayınız**. Her soruda anlatılan durumun size ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz.

ÖRNEK:

%0 %10 %20 ~~%30~~ %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

1. Bazı insanlar, araba kullanırken (ya da yolculuk sırasında) yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

6. Bazı insanlar zaman zaman yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıkları konusunda ısrar eden tanımadıkları kişilerle tanışır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

7. Bazı insanlar zaman zaman, kendilerinin yanı başında duruyor ya da kendilerini bir şey yaparken seyrediyor ve sanki kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (mesela nikah veya mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını fark ederler. Yaşamınızdaki önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

13. Bazı insanlar kimi zaman, vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

14. Bazı insanlar zaman zaman, geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

15. Bazı insanlar zaman zaman olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüya da mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyrederken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki, çevrelerinde olup bitenin farkına varmazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

18. Bazı insanlar zaman zaman, kendilerini kafalarında kurdukları bir fantezi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar başlarından gerçekten geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

19. Bazı insanlar ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiçbir şey düşünmeksizin, zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

21. Bazı insanlar yalnız olduklarında, zaman zaman yüksek sesle kendi kendilerine konuştıklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman, iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki ayrı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çekebilecekleri bir şeyi (mesela spor türleri, iş, sosyal ortamlar gibi) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

24. Bazı insanlar kimi zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş olduklarını mı (mesela bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

26. Bazı insanlar zaman zaman, eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

27. Bazı insanlar zaman zaman, kafalarının içerisinde, belirli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerinde yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

28. Bazı insanlar zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki, insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

EK-3**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ *****Sorulara nasıl yanıt verilecek?**

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12. Ailedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13. Ailedekiler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
15. Ailedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5

18.Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
19.Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20.Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21.Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27.Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28.Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

*** İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Klinik Psikoterapi Birimi**

Copyright : İngilizce özgün biçimi 1995 yılında David P. Bernstein tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek yazarından izin alınarak 1996 yılında Prof. Dr. Vedat Şar tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Klinik içi araştırmalarda kullanılmak üzere çoğaltılmıştır. Her hakkı mahfuzdur. Çoğaltılamaz, basılamaz, satılamaz. Ancak kaynak gösterilerek bilimsel araştırmalarda kullanılabilir.

EK-4

TAF SCALE

Aşağıda bazı düşünce ve davranışlara ilişkin ifadeler yer almaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuduktan sonra bu ifadeye ne kadar katıldığınızı belirtiniz. **Tamamen katılıyorsanız 4, Hiç katılmıyorsanız 0** rakamını işaretleyiniz. Doğru yada yanlış cevap yoktur. Hiçbir maddeyi boş bırakmamaya özen gösteriniz.

	Hiç			Tamamen	
	Katılmıyorum			Katılıyorum	
1. Eğer birinin zarar görmesini istersem, bu neredeyse ona zarar vermem kadar kötüdür.	0	1	2	3	4
2. Bir akrabamın ya da arkadaşımın trafik kazası geçirdiğini düşünürsem, bu onun kaza geçirme riskini artırır.	0	1	2	3	4
3. Düşerek yaralandığımı düşünürsem, bu benim düşüp yaralanma riskimi artırır.	0	1	2	3	4
4. Din karşıtı bir düşünceye sahip olmak, bence neredeyse böyle davranmak kadar günahtır.	0	1	2	3	4
5. Başka birine küfretmeyi akıldan geçirmek, bence neredeyse gerçekten küfür etmek kadar kabul edilemez bir durumdur.	0	1	2	3	4
6. Bir arkadaşım hakkında kaba şeyler düşündüğümde, ona neredeyse kaba davranmış kadar vefasızlık etmiş olurum.	0	1	2	3	4
7. Bir insanla ilişkimde onu kandırmayı düşünmek, bence neredeyse gerçekten kandırmak kadar ahlaksızlıktır.	0	1	2	3	4
8. Bir akrabamın ya da arkadaşımın işini kaybettiğini düşünürsem, bu onun işini kaybetme riskini artırır.	0	1	2	3	4
9. Bir başkasıyla ilgili müstehcen şeyler düşünmem, neredeyse bu şekilde davranmam kadar kötüdür.	0	1	2	3	4
10. Bir akrabamın ya da arkadaşımın hastalandığını düşünürsem, bu onun hastalanma riskini artırır.	0	1	2	3	4
11. Saldırganlık içeren düşüncelere sahip olmak, bence neredeyse saldırgan davranmak kadar kabul edilemez bir durumdur.	0	1	2	3	4
12. Kıskançlık içeren bir düşüncem olduğunda, bu durum neredeyse bunu söylemiş olmamla aynıdır.	0	1	2	3	4
13. Trafik kazası geçirdiğimi düşünürsem, bu benim kaza geçirme olasılığımı artırır.	0	1	2	3	4
14. Bir başkasına müstehcen hareketler yapmayı düşünürsem, bu neredeyse öyle davranmam kadar kötüdür.	0	1	2	3	4
15. Kutsal yerlerde müstehcen şeyler düşünmek, bence kabul edilemez bir durumdur.	0	1	2	3	4
16. Bir akrabamın ya da arkadaşımın düşerek yaralandığını düşünürsem, bu onun düşüp yaralanma riskini artırır.	0	1	2	3	4
17. Hastalandığımı düşünürsem, bu benim hasta olma riskimi artırır.	0	1	2	3	4
18. Bir arkadaşına olumsuz bir eleştiride bulunmayı akıldan geçirmek, bence neredeyse bunu söylemek kadar kabul edilemez bir durumdur.	0	1	2	3	4
19. Kutsal yerlerde müstehcen şeyler düşünmem, neredeyse oralarda böyle şeyleri gerçekten yapmam kadar günahtır.	0	1	2	3	4

EK-5

WBSI

Bu ölçek zaman zaman sahip olduğunuz düşüncelerle ilgilidir. Cevaplar doğru ya da yanlış şeklinde değildir. Bu bakımdan lütfen her bir soruyu doğru bir şekilde cevaplandırmaya özen gösteriniz.

A	B	C	D	E
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Nötr ya da bilmiyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

- 1.Hakkında asla düşünmek istemediğim bazı şeyler var. A B C D E
- 2.Bazen yaptıklarımı neden yaptığımı merak ederim. A B C D E
- 3.Bir türlü durduramadığım düşüncelerim olur. A B C D E
- 4.Aklıma gelip de bir türlü zihnimden atamadığım hayaller olur. A B C D E
- 5.Düşüncelerim sıklıkla bir fikre dönüşür. A B C D E
- 6.Belli şeyler konusunda düşünmeyi durdurabilmeyi çok isterdim. A B C D E
- 7.Bazen zihnim o kadar hızlı çalışır ki durdurabilmeyi çok isterdim. A B C D E
- 8.Sorunları daima aklımın dışında tutmaya çalışırım. A B C D E
- 9.Aklıma durmadan zorla gelip giren düşünceler olur. A B C D E
- 10.Hakkında düşünmemeye kendimi zorladığım düşünceler olur. A B C D E
- 11.Bazen düşünmeyi durdurabilmeyi gerçekten çok istediğim olur. A B C D E
- 12.Kendimi düşüncelerden uzaklaştırmak için bir şeyler yaparım. A B C D E
- 13.Kaçınmaya çalıştığım düşüncelerim olur. A B C D E
- 14.Hiç kimseye söylemediğim çok sayıda düşüncem var. A B C D E
- 15.Zaman zaman aklıma zorla gelen düşüncelere karşı koymakla meşgul olduğum olur. A B C D E

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Yönerge: Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini, belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dâhil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2. a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum
b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum
d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum
d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6. a) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
b) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. a) Kendimden memnunum.
b) Kendimden pek memnun değilim.
c) Kendime çok kızıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
b) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
c) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
d) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, ama böyle bir şeyi yapamam.
c) Kendimi öldürmek isterdim.
d) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
10. a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şu sıralar daha fazla ağlıyorum.
c) Çoğu zaman ağlıyorum.

- d) Eskiden ağlayabilirdim, şimdi istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.
b) Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.
c) Şimdi hep sinirliyim.
d) Bir zamanlar beni sınırlendiren şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. a) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
b) Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
c) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğim çok azaldı.
d) Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.
13. a) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
b) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
c) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
b) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
c) Görünüşümün eskisine oranla çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
d) Kendimi çok çirkin buluyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir şeyler yapmak için eskisine göre daha fazla gayret göstermem gerekiyor.
c) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiçbir şey yapamıyorum.
16. a) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
b) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
c) Her zamankinden bir-iki saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
d) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
17. a) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
b) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
c) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
d) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
18. a) İştahım her zamanki gibi
b) İştahım eskisi kadar iyi değil
c) İştahım çok azaldı.
d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda kilo kaybetmedim.
b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
20. a) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
b) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
c) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.
d) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.
21. a) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
b) Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.
c) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK-7

Üst-Biliş Ölçeği-30

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

		Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Endişelenmem benim için tehlikelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Düşüncelerimi izlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Endişelerim beni delirtebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Düşündüğümün her an farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21	Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)
26	Belleğime güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
27	Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	(1)	(2)	(3)	(4)
28	İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
30	Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)

©MCQ-30 Questionnaire telif hakkı sahiplerinin izniyle araştırma amaçlı kullanılmaktadır [Kaynak: Wells, A & Cartwright-Hatton, S. (2004). Behaviour Research and Therapy, 42; 385–396.]

EK-8

**YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ
(Y-BOKÖ)**

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

		PUAN
1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN	(0-4)	
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ	(0-4)	
6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE	(0-4)	
7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ	(0-4)	
11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ AÇISI	(0-4)	
12. KAÇINMA	(0-4)	
13. KARARSIZLIĞIN DERECESESİ	(0-4)	
14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA	(0-4)	
15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
16. PATOLOJİK KUŞKU	(0-4)	
17. GENEL ŞİDDET	(0-6)	
18. GENEL DÜZELME	(0-6)	
19. GÜVENİLİRLİK	(0-3)	
TOPLAM PUAN		

YALE–BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOKÖ) – Açıklamalar ve Değerlendirme

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

Soru: Takıntılar ne kadar zamanınızı alıyor? (Obsesyonlar kısa ve gelip geçici olarak oluşuyorsa saat olarak zamanı belirtmek olanaklı olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. İstenmeyen düşüncelerin hangi sıklıkla görüldüğünü ve bir günün ne kadarını işgal ettiğini göz önüne alın. Şöyle sorun): Takıntılı düşünceler ne sıklıkla aklınıza geliyor? (Aşırı olsa bile düşünceye dalma gibi ego ile uyumlu ve mantıklı düşünceleri göz önüne almayın).

0: Yok

1: Hafif (günde 1 saatten az) , veya kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden az)

2: Orta (günde 1 – 3 saat) , veya sık sık kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden fazladır, ancak hasta günün büyük kısmında obsesyonlardan uzaktır).

3: Ağır (günde 3 – 8 saat) , veya çok sık bir şekilde kısa süreli gelip giden (günde 8 kereden fazladır ve hastanın gününün büyük bir bölümünü işgal eder)

4: Çok ağır (Günde 8 saatten fazla) , veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden obsesif düşünceler (sayılamayacak kadar çoktur ve obsesyonlar arası süre nadiren bir saati bulur).

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru: Takıntılarınız sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkiliyor? Bu düşünceler nedeniyle yapmak isteyipte yapamadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında performansın ne kadar etkilenebileceğini, ev hanımıysa ev işlerini ne kadar aksattığını göz önünde tutunuz).

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan derecelerde etki

2: Orta, sosyal ve mesleki etkinlikleri etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki

3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum

4: Çok ağır, iş göremez durum

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru: Takıntılarınız, bu düşünceleriniz sizi ne derece rahatsız ediyor? (Birçok vakada rahatsızlık anksiyete ile eşdeğerdir. Buna rağmen hastaların çoğu obsesyonlarının ‘rahatsız edici’ olduğunu kabul etmelerine karşın ‘anksiyete’ yi reddederler. Burada sadece obsesyonların doğurduğu anksiyeteden bahsedilmektedir. Yaygın anksiyete ve diğer belirtilerle birlikte görülen anksiyeteyi bu bölümün kapsamı içine almamak gerekir).

0: hiç

1: hafif, arasıra olan ve fazla rahatsız edici olmayan

2: Orta derecede, sık olarak çok rahatsızlık veren ancak halen başedilebilir durumda olan

3: Ağır, çok sık olarak çok rahatsızlık veren

4: Çok ağır, neredeyse sürekli olan ve iş göremez duruma getiren rahatsızlık

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru: Takıntılara direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? Bu düşünceler aklınıza gelince ne kadar sıklıkla onları kovmaya ya da dikkatinizi başka şeylere vermeye çalışıyorsunuz? (Sadece bu düşünceleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın obsesif düşüncelere direnç sıklığı, bu düşünceleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi bu bölümde istenmeyen düşüncelerin şiddetinden çok kişinin sağlık derecesi sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Obsesyonlar çok azsa hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda '0' puanı veririz).

0: Her zaman takıntılara karşı direnmek için bir çaba harcamaktadır veya belirtiler o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır. Ancak bu durumdan hoşnut değildir.

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

5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECESESİ

Soru: Takıntılarınız üzerinde ne kadar kontrolünüz var? Takıntılı düşünceleri durdurmada ya da dikkatinizi başka şeye yöneltmede ne kadar başarılısınız? (bir önceki bölümdeki direncin aksine hastanın obsesyonları kontrol edebilmesi daha çok istenmeyen düşüncelerin şiddeti ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Genellikle bir miktar çaba ve konsantrasyon ile obsesyonları durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Obsesyonları bazen durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

3: Az miktarda kontrol edebiliyor. Obsesyonları durdurmada nadiren başarılı olabiliyor. Sadece zorlukla dikkatini başka şeylere yöneltebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Çok nadir olarak düşüncesini bu konudan uzaklaştırabiliyor.

6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE

Soru: Tekrarlanan hareketleriniz için ne kadar zaman harcıyorsunuz? (Günlük yaşamsal faaliyetleri törensel davranışlarla yürütme varsa şu soru sorulmalıdır) : Çoğu kişinin günlük faaliyetler için harcadığı süreden (hastanın ritüeli örnek verilebilir; örneğin giyinmek için ne kadar fazla süre harcıyorsunuz / (kompulsiyonlar kısa ve gelip geçici ise, zamanı saat olarak belirtmek mümkün olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. Kompulsiyonların bir günde ne sıklıkta olduğu ve bir günün ne kadarını işgal ettiğinin birlikte değerlendirilmesi gerekir. Kompulsif davranışların bir kerede kaç defa tekrarlandığı değil, bir günde ne sıklıkla oluştuğu dikkate alınmalıdır. Örneğin, hasta bir günde 20 kere banyoya gidip ellerini 5 defa hızla yıkıyorsa, bu olayın görülmesi günde 5 kez veya (5x20) 100 kez değil, 20 keredir. Şu soruyu sorun Tekrarlanan hareketleri ne sıklıkla yapıyorsunuz? (Birçok durumda kompulsiyonlar gözle görülebilir davranışlardır [örn. el yıkama], ancak bazen dışarıdan görülmeyen kompulsif davranışlar da vardır [örn. içten kontrol etme]).

0: Hiç

1: Hafif (günde 1 saatten az zaman harcıyor) , veya kompulsif davranışın sıklığı az (günde 8 kereden az)

2: Orta derecede (günde 1-3 saat) veya sık kompulsif davranışlar (günde 8 kereden fazla olmasına karşın, günün büyük kısmı kompulsiyonlardan uzak geçiyor).

3: Ağır (3-8 saat arası süre kompulsiyonlarla geçiyor) veya çok sık kompulsif davranış gösteriyor (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bir kısmı kompulsiyonlarla geçiyor).

4: Çok ağır (günde 8 saatten fazla zaman kompulsiyonlarla geçiyor) veya neredeyse sürekli olan kompulsif davranışlar (sayılamayacak sıklıkta, kompulsif davranışların arasında nadiren bir saat boşluk olur).

7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru: Tekrarlanan hareketleriniz sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkilemektedir? Bu davranışlar nedeniyle yapmadığımız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında ne kadar performans elde edileceğini hesaplayınız).

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan etki.

2: Orta, sosyal ve mesleki etkinlikleri kesin olarak etkilediği gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki.

3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum.

4: Çok ağır, iş göremez durumda.

8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru: Tekrarlanan hareketi / hareketleri yapmanız engellenseydi ne hissederdiniz? (kompulsif davranışını durdurmaya zorlandığında hastanın duyduğu rahatsızlığın boyutunu derecelendirin. Birçok vakada, rahatsızlık kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi ile geçer. Eğer görüşmecinin yargısı oluşan anksiyete durumunun kompulsiyonların engellenmesiyle azaldığı yönündeyseniz, şu soru sorulmalıdır: Tamamlandığı konusunda tatmin olana kadar tekrarlanan hareketlerinizi sürdürürken ne kadar sıkıntı duyarsınız?)

0: Hiç.

1: Hafif. Kompulsiyonları engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyor veya kompulsif davranış sırasında çok az sıkıntı duyuyor.

2: Orta derecede. Kompulsiyonları engellendiğinde sıkıntısının artabileceğini ancak halen başedilebilir durumda olduğunu belirtir veya kompulsif hareketlere başladıktan sonra sıkıntısının artacağını ancak halen başedebildiğini belirtir.

3: Ağır. Eğer kompulsif davranışları engellenirse, belirgin ve çok rahatsız eden sıkıntılı durum veya kompulsif davranışlar gerçekleştirilirken anksiyetede belirgin ve rahatsız edici artış.

4: Çok ağır. Kompulsif davranışlarına müdahale edildiğinde, sıkıntıda ileri boyutlarda ve iş göremez duruma getiren artış veya kişiyi kompulsif davranışları gerçekleştirilirken iş göremez duruma sokan sıkıntı.

9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru: Tekrarlanan hareketlere direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? (Sadece bu hareketleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın kompulsif hareketlere direnci bu hareketleri

kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi, bu bölümde, kompulsiyonların şiddetinden çok, kişinin sağlık durumu sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, bu işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Kompulsiyonlar çok azsa, hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda “0” puan veriniz).

0: Sorunların üstesinden gelmek için her zaman çaba harcamaktadır veya belirtiler o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymaz.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Kompulsif davranışlara hiç direnç göstermemektedir ve teslim olmuş durumdadır. Bu durumdan hoşnut değildir.

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

10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECEŚİ

Soru: Sizi tekrarlanan davranışları yapmaya zorlayan duygu ne kadar kuvvetli? (Daha sonra şu soruyu sorun): Tekrarlanan davranışlarınızı ne kadar kontrol edebiliyorsunuz? (Bir önceki bölümdeki direncin aksine, hastanın kompulsiyonları kontrol etmedeki yeteneği daha çok istenmeyen hareketlerin ciddiye derecesi ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Davranışın yapılması için baskı hissetmesine karşın genellikle istemli olarak kontrol edebiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı hissediyor ancak güçlkle kontrol sağlayabiliyor.

3: Az miktarda kontrol. Kompulsiyonları durdurmak için çok fazla çaba harcaması gerekiyor. Sadece, zorlukla, geçiktirebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Hareketi ancak anlık olarak erteleyebiliyor.

11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ ACISI

Soru: Düşünce ve davranışlarınız mantıklı mı? (Daha sonra şu soru sorulmalıdır) : Tekrarlanan hareketlerinizi yapmasaydınız ne olurdu? Gerçekten bir şeyler olabileceğinden emin misiniz? (Görüşme sırasında izlediğiniz hastanın inanışlarına dayanarak, hastanın obsesyonuna / obsesyonlarına bakış açısını değerlendirin)

0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.

1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının aşırı ve anlamsız olduğunun tam olarak farkında ancak anksiyetenin ötesinde dikkate alınacak birşey olmadığına tam ikna olmuş gözüküyor.

2: Orta derecede bir içgörü. Gönülsüzce düşünce ve davranışlarının mantıksız görüldüğünü kabul eder, ancak kararsızdır. Gerçek olmayan birtakım korkuları olabilir ancak kesin bir inancı yoktur.

3: Zayıf içgörü. Düşünce ve davranışlarının anlamsız ve aşırı olmadığını düşünür.

4: İçgörüsü kaybolmuş, sanrılı. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğunu düşünür. Tersine olan kanıtlara kayıtsızdır.

12. KAÇINMA

Soru: Takıntılı düşünceleriniz veya istemeden bazı hareketler yapacağınız endişesiyle herhangi birşey yapmaktan, herhangi bir yere gitmekten veya herhangi biriyle olmaktan

kaçındığınız oluyor mu? (Eğer evet yanıtını veriyorsa, şu soruyla devam edilmelidir): Bu kaçınma ne oranda oluyor? (kişinin olaylardan kasten kaçındığı durumları derecelendirin. Bazen kompulsiyonlar hastanın korktuğu şeylere dokunmaktan kaçınması şeklindedir. Örneğin, törensel bir şekilde çamaşır yıkaması kompulsiyon olarak değerlendirilir. Bu durum bir kaçınma davranışı değildir. Eğer kişi çamaşır yıkamaktan vazgeçerse, bu bir kaçınmadır).

- 0: Görünür bir kaçınma yok.
- 1: Hafif, çok az kaçınma davranışı var.
- 2: Orta, belirli bir miktar kaçınması var.
- 3: Ağır, epeyce kaçınma davranışı var ve bu durum belirgin.
- 4: Çok ağır, kaçınma davranışı oldukça yaygın. Hasta belirtilerini ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçınmak için hemen herşeyi yapıyor.

13. KARARSIZLIĞIN DERECESESİ

Soru: Diğer kişilerin kolayca karar verebilecekleri ufak şeyler hakkında karar verirken zorluk çekiyor musunuz (örneğin sabahları ne giyeceğiniz konusunda)? (Takıntılı düşüncelere bağlı karar verme güçlüklerini ve gerçekçi sebeplere dayalı tereddütü bu değerlendirmeye katmayınız).

- 0: Yok.
- 1: Hafif, ufak şeyler hakkında karar vermekte biraz zorluk çekiyor.
- 2: Orta, hasta, başkalarının üzerinde bir kez daha düşünmeyecekleri önemsiz konularda bile karar vermekte güçlük çektiğini kendiliğinden belirtiyor.
- 3: Ağır, sürekli olarak önemsiz şeyleri zihninde ölçüp biçme.
- 4: Çok ağır, hiçbir karar veremez, iş göremez durumdadır.

14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA

Soru: Kendi kontrolünüzde olmayan olayların sonuçlarından suçluluk duyma eğiliminiz var mı? Başkalarının başına gelen olaylarda da kendinizi sorumlu hissediyor musunuz?

- 0: Yok.
- 1: Hafif, sadece sorulduğunda hastanın belli belirsiz sözünü ettiği sorumluluk duygusu.
- 2: Orta, hasta, kendi kontrolü dışındaki olaylarda bile aşırı sorumluluk hissettiğini kendiliğinden ifade ediyor.
- 3: Ağır, bu türden düşünceler ileri derecede belirgin ve yaygındır. Kendi kontrolü dışındaki olaylardan sorumlu olduğuna derinden inanmaktadır. Kendini anlamsız hatta saçma bir şekilde suçlar.
- 4: Çok ağır, sanrısız bir sorumluluk duygusu. (Örneğin kişinin binlerce kilometre uzağında olan bir depremin kendisi kompulsiyonlarını yapmadığı için olduğuna inanması).

15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru: Çok dikkatli yapmak zorunda olduğunuzu hissettiğiniz için bir işe başlamada ve bitirme zorluğunuz oluyor mu? Günlük işleriniz gereğinden çok zaman alıyor mu? (depresyona ikincil olarak gelişen psikomotor yavaşlamadan ayırınız. Özel obsesyonlar tanımlanamasa bile, olağan işler için harcanan zamanın uzamasını derecelendirin).

- 0: Hiç yok.
- 1: Hafif, başlama ve bitirmede arasıra olan gecikme.

- 2: Orta, olağan işlerin sıklıkla uzaması ancak geç de olsa mutlaka tamamlanması. Sıklıkla geç tamamlanması.
- 3: Ağır, olağan işlemlere başlama ve bitirmede olan yaygın ve belirgin zorlama. Genellikle işin uzaması.
- 4: Çok ağır, işlemin tümünde yardım görmeden olağan işlemlere başlayamama ve tamamlayamama.

16. PATALOJİK KUŞKU

Soru: Belleğinize güvenmediğiniz veya algılarınız (Örneğin gördüğünüz, işittiğiniz ve dokunduğunuz şeyler) konusunda emin olmadığınız oluyor mu? Neyi yapıp neyi yapmadığınız kuşkusu sizi ne derecede rahatsız ediyor?

0: Hiç.

1: Hafif, sadece sorulduğu zaman ifade edilen hafif kendine olan kuşku.

2: Orta, fikirler kendiliğinden belirtiliyor. Hasta kendisine olan kuşkuculuğundan rahatsız. Performansı bir miktar etkilemesine rağmen başedilebilir boyutlarda.

3: Ciddi, algılar ve bellek konusundaki kararsızlık belirgin durumda. Kuşkuculuk sık sık performansı olumsuz olarak etkiliyor.

4: İleri, algılama hakkındaki kuşku devamlılık kazanmış. Kişi kendinden kuşkulandığından hemen tüm etkinlikleri bozulmuş durumdadır. İş göremez durumdadır. (örneğin hasta “Gördüklerime aklım güvenmiyor.” diye belirtir).

17. GENEL ŞİDDET

Hastanın hastalığının ağırlığı hakkında görüşmecinin edindiği kanı. 0’ dan (hastalığın olmama durumu), 6’ ya (en ciddi hastalık) kadar derecelendirilir. (Hasta tarafından belirtilen rahatsızlığı, gözlenen belirtileri ve bildirilen işlevsel yetersizlik durumlarını dikkate alın. Sizin kanınız, hem bu bilgilerden genel bir sonuca varılması bakımından hem de bilgilerin güvenilirlik ve doğruluğunu belirlemek için gereklidir. Bu kanıya görüşmeyi yaparken elde ettiğiniz bilgilerin ışığında varmalısınız).

0: Hastalık yok.

1: Hafif, kuşkulu veya geçici hastalık. İşlevsel bozukluk yok.

2: Hafif belirtiler. Az miktarda işlevsel bozukluklar.

3: Orta şiddette belirtiler. Çabayla işlevlerini yerine getirilebiliyor.

4: Orta – ağır şiddette belirtiler. İşlevler kısıtlanmış.

5: Ağır belirtiler. Büyük oranda ancak yardımla işlevlerini yerine getirebiliyor.

6: Çok ağır belirtiler. Tümüyle iş göremez durumda

18. GENEL DÜZELME

Kendi kanınıza göre ilaç tedavisine bağlı olsun olmasın hastanın durumunda ilk derecelendirme yapıldığı dönemden bu yana olan iyileşme.

0: Çok daha kötü.

1: Daha kötüye gidiş.

2: Çok az kötüye gidiş var.

3: Değişiklik yok.

4: Çok az iyileşme var.

5: Epeyce iyileşme var.

6: Çok fazla iyileşme var.

19. GÜVENİLİRLİK

Derecelendirme puanlarının güvenilirliğini puanlandırın. Güvenirliği etkileyen faktörler hastanın doğal iletişim yeteneği ve hasta ile işbirliğinin kurulamamasıdır. Obsesif kompulsif belirtilerin tipi ve ciddiyeti, hastanın düşüncesini yoğunlaştırmasını, dikkatini ve rahat konuşabilmesini etkileyebilir. (Bazı obsesyonların içeriği nedeniyle hasta konuşma sırasında kullandığı kelimeleri dikkatle seçiyor olabilir).

- 0: Mükemmel. Elde edilen bilgilerin doğruluğundan hiçbir kuşku yok.
1: İyi. Güvenilirliği kötü yönde etkileyen faktörler olabilir.
2: Orta. Bazı faktörler güvenilirliği kesin olarak etkilemiştir.
3: Zayıf. Çok az oranda güvenilir.

17 ve 18. bölümler Clinical Global Impression Scale' den uyarlanmıştır. [Guy w:ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology: Publication 76-338. Washington, D.C., US. Department of Health and Welfare (1976)]

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Varolan tüm belirtileri işaretleyiniz. Birincil belirtileri "P" ile işaretleyiniz. (Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyaziae ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. "*" ile işaretlenen septomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir).

ŞİMDİ GEÇMİŞTE SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

- Kendine zarar vereceğinden korkma
- Başkalarına zarar vereceğinden korkma
- Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
- Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
- Utanılacak birşey yapmaktan korkma*
- İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örneğin, arkadaşını yaralama)
- Çalacağından korkma
- Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örneğin, çarpma/kaçma motorlu araç kazası)

KİRLENME OBSESYONLARI

- Vücut atık veya salgılarından (örneğin, idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek veya mikroplardan kaygılanmak
- Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örneğin, asbestoz, radyasyon, toksit atıklar)
- Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örneğin, temizlik maddeleri, çözücüler)
- Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örneğin, böcekler)
- Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
- Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
- Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)
- Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçlarını düşünmek
- Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE CİNSEL OBSESYONLAR

- Yasaklanmış veya sapıklık derecesinden cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
- Çocuklar veya inestetik ilişkiye ile ilgili
- Homoseksüel ilişki ile ilgili*
- Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
- Diğer

BİRİKTİRME / SAKLAMA OBSESYONLARI

(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır)

DİNİ OBSESYONLAR

- Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili
- Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİİLE İLGİLİ OBSESYONLAR

- Doğaüstü düşünce ile birlikte (örneğin, eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceğini)
- Doğaüstü düşünceler olmadan

DİĞER OBSESYONLAR

- Bilme veya hatırlama ihtiyacı
- Belirli şeyleri söyleme korkusu
- Doğru şeyi söylememe korkusu
- Birşeyler 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
- Diğer

SOMATİK OBSESYONLAR

- Hastalık ile ilgili*
- Vücudun bir parçası veya görünüm ile aşırı ilgili (örneğin dismorfofobi)*
- Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

- Aşırı veya törensel el yıkama
- Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat
- Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin temizliği ile aşırı ilgili
- Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
- Diğer

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

- Tekrar okuma veya yazma
- Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi (örneğin, kapıdan girme / çıkma, sandalyeye oturma / kalkma)
- Diğer

SAYMA KOMPULSİYONLARI

SIRALAMA / DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

BİRİKTİRME / TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

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

DİĞER KOMPULSİYONLAR

- Zihinsel törenler (kontrol ve sayma dışında)
- Aşırı liste hazırlama
- Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
- Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*
- Göz kırpmaya veya gözlerini dikme törensel davranışları*
- Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)
- Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları *
- Diğer

Genel Bilgiler

Bu derecelendirme ölçeği obsesif-kompulsif rahatsızlığı olan hastalarda görülen belirtilerin tipi ve ciddiyetini derecelendirmek amacıyla düzenlenmiştir. Genelde tüm bölümlerde hastanın bildirimleri esas alınmaktaysa da, sonuçtaki değerlendirme görüşmeyi yapanın klinik kararına dayanmaktadır. Görüşmenin yapılmasından bir hafta öncesinden başlayarak her bir madde için hasta gözlenmelidir. Puanlar bütün bu özelliklerin bir haftalık görülme ortalamasını yansıtmalıdır.

Bu derecelendirme ölçeği yarı – yapılandırılmış bir görüşme amacıyla hazırlanmıştır. Görüşmeyi yapan kişi sırayla ekte sunulan soruları kullanarak değerlendirme yapmalıdır. Bununla birlikte görüşmeyi yapan kişi, duruma açıklık getirecek ek sorular sormakta serbesttir. Eğer hasta görüşme sırasında ek bilgi vermeye istekli olursa, bu bilgiler de değerlendirilmelidir.

Derecelendirme, görüşme sırasında verilen yanıtlar ve gözlemlerle sınırlı olmalıdır. Eğer elde edilen bilgilerin büyük oranda yanlış olduğuna karar verirsiniz, hastanın güvenilirliğine ilişkin bir sorun vardır ve bu durum görüşme sonundaki “güvenirlilik” bölümünde değerlendirilmelidir (19’ uncu madde).

Sorulara başlamadan önce hastaya aşağıda belirtilen şekilde “obsesyonları” ve “kompulsiyonları” tanımlayınız. “Takıntılar” sürekli olarak aklınıza gelen hoş olmayan fikir, düşünce ve görüntülerdir. İstemediğiniz halde aklınıza gelirler. Size çirkin ve anlamsız gelen bu düşünceler kişiliğinize uymazlar. Çoğu zaman da size sıkıntı verirler. “Tekrarlayıcı hareketler” anlamsız ve gereksiz bulmanıza rağmen yaptığınız hareket ve davranışlardır. Zaman zaman bunları yapmamak için direnirsiniz, ama bu çok güç olabilir. Bu hareketi yapıp bitiremezseniz sıkıntı duyarsınız. Şimdi size takıntılar ve tekrarlayan hareketlerle ilgili birkaç örnek vereyim: Takıntıya örnek: Hiçbir zaman yapmayacağınız halde “çocuğuma fiziksel olarak zarar vereceğim” düşüncesinin tekrar

tekrar aklınıza gelmesi. Tekrarlayıcı hareketlere bir örnek: Evden çıkmadan önce pencerenin kapalı olup olmadığını 6 kez kontrol etmek. Çoğu zaman tekrarlayan hareketler gözle görülebilir davranışlardır. Ancak bazıları da kişinin içinden yaptığı davranışlardır. Mesela, aklıma kötü bir düşünce geldiği zaman içinden ona kadar saymak gibi. “Bu söylediklerimle ilgili sorunuz var mı?” (Eğer yoksa devam edilmelidir).

Testin tekrarlanması durumlarında bu tanımlayıcı açıklamaların yapılması gerekmez. Obsesyonların istenmeyen, ancak kişinin elinde olmadan itildiği düşünce ve değerlendirmeler olduğunu, kompulsyonların ise yapmak zorunluluğunu hissettikleri davranışlar olduğunu hastaya hatırlatmak yeterli olacaktır. Hedef belirtilerin bir listesini oluşturabilmek için, hastanın şimdiki obsesyon ve kompulsyonlarını tek tek anlatmasını isteyiniz. Şu an varolan belirtileri tanımlayabilmek için, obsesyon ve kompulsyon listesini kullanın. Daha sonraki değerlendirmelerde tekrar ortaya çıkabilecekleri için, geçmişteki belirtileri bilmek ve tanımlamak da yararlı olur. Varolan obsesyon ve kompulsyonları belirledikten sonra, Hedef Belirtiler Formu üzerinde klinik açıdan elverişli bölümler şeklinde düzenleyerek, liste oluşturun (örneğin, hedef kompulsyonları kontrol etme ve yıkama olarak ayırın). İzlemeyi kolaylaştırmak açısından belirtilerin belirleyici özelliklerini tanımlayın (örneğin, listede “kontrol etme” şeklinde tanımlanan belirtinin yanına, hastanın neyi kontrol ettiğini belirtin). Değerlendirmenin odak noktasını oluşturacağı için, en belirgin belirtilerin neler olduğunu belirtiniz. Buna rağmen her bölümün sonuç puanının, hastanın bütün obsesyon ve kompulsyonlarının bileşik bir derecelendirmesini yansıtmaması gerektiğini unutmayın.

Testin tekrarlandığı durumlarda, Madde 1’i derecelendirmeden önce, hedef obsesyonları yeniden gözden geçirerek, gerekiyorsa değiştirin. Madde 6’nın derecelendirilmesinden önce de aynı işlemi kompulsyonlar için yapın.

Ondokuz maddenin hepsi de derecelendirilmelidir. Ancak ilk on madde toplam puanı belirlemede kullanılır. Y-BOCS toplam puanı, bu ilk on maddenin toplamıdır. Obsesyonların toplamı ilk beş, Kompulsyonların toplamı ise ikinci beş maddenin toplamıdır.

Çevirenler: Doç.Dr. Berna Uluğ, Prof.Dr. Işık Savaşır

Geçerlik güvenilirlik çalışmaları:

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global

Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. Tek C; Uluğ B; Rezaki BG; Tanrıverdi N; Mercan S; Demir B; Vargel S Acta Psychiatr Scand. 1995 Jun; 91(6): 410-3

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması Karamustafalıoğlu OK, Üçışık M A, Ulusoy M, Erkmen H

Serbest Bildiri, 28.Ulusal Psikiyatri Kongresi Bursa 1993

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.