

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK, PANİK
BOZUKLUK VE YAYGIN ANKSİYETE
BOZUKLUĞUNUN NÖROPSİKOLOJİK
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Ajda Ekinci**

**Danışman
Yrd. Doç. ATILLA TEKİN**

İstanbul – 2017

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji.....Anabilim/Anasanat Dalı Klinik Psikoloji..... Programı Tezli Yüksek Lisans
öğrencisi Ayda Ekinci tarafından hazırlanan
“..... Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk ve Kaygı Anksiyete
Bozukluğunun..... Nöropsikolojik Değerlendirilmesi.....”

adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 06/03/2017

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu) :

İmzası :

Jüri Üyesi: Yrd.Dok.Dr. Atilla Tınır.....

Danışman: Hskz.....Üniv. Psikoloji ASD/ABD Öğr.Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd.Dok.Dr. Elif Güneşli Yörük.....

Gelişim.....Üniv. Psikoloji ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd.Dok.Dr. Ayşe Gül Yetim.....

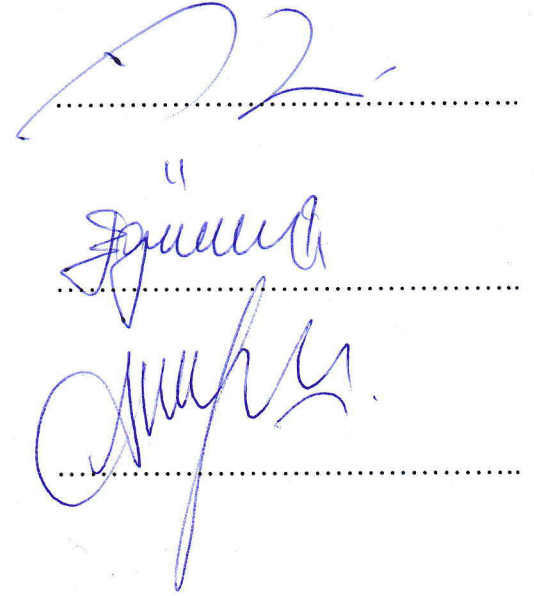
Hskz.....Üniv. Psikoloji ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi:

.....Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi:

.....Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)



TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının konusunu belirlediğim ilk günden itibaren yanımda olan Prof. Dr. Öget Öktem Tanör'e ve tez danışmanlığını kabul eden Yrd. Doç. Atilla Tekin'e zengin bilgi ve tecrübeleriyle ilgi ve desteklerini eksik etmeyip, özverili yaklaşımları ve güler yüzleriyle motivasyonumu sağlayıp beni başaracağıma inandırdıkları için sonsuz teşekkürler.

Çalışmamda emeği geçen, dostluğuyla, sevecenliğiyle, güler yüzüyle hayatıma renk katan, her zaman yanımda olan ve desteğini eksik etmeyen dostum Psk. Filiz Demiroğlu'na sonsuz teşekkürler. Çalışmanın başından beri, dostluğunu, desteğini esirgemeyen, verilerin toplanması için hastaları yönlendiren Uzm. Dr. Serkan Bilgiç ve eşi Psk. Ezgi Öktem Bilgiç'e teşekkürler.

Tez çalışmamın başından beri destek ve yardımlarını esirgemeyen, yanımda olmalarından büyük mutluluk duyduğum Psk. Arzu Uyar ve Gamze Karabulut'a, istatistik konusunda yardımcı olan, bilgilerini paylaşan Psk. Doğan Yılmaz'a, katkıları için Gülsüm Karabal sonsuz teşekkürler.

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izni veren T.C. Sağlık Bakanlığı Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimisi Uzm. Dr. Fatih Karaboğa'ya Teşekkürler. Bununla birlikte veri toplama aşamasında bana yardımcı olan arkadaşlarım İrem Eker, İlknur Göçmen Çakır, Ferhat Demir, Cafer Altun ve tüm hastane çalışanlarına teşekkürler.

Hayatımın her döneminde bana destek olan, ellerinden geleni fazlasıyla yapan anneme, babama, kardeşlerime, ailemizin bir parçası olan Aykut Saygılı ve kardeşim Mehtap Saygılı'ya beni her daim motive ettikleri için sonsuz teşekkürler.

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde beraber çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum arkadaşlarım Psk. Selda Özgür, Psk. Ulviye Duyguner, Psk. Buket Ünver, Psk. Cemal Tarhan ve Psk. Ferhat Şen'e desteklerinden dolayı teşekkürler.

Son olarak araştırmama büyük katkı sağlayan bütün katılımcılara teşekkürler.

İÇİNDEKİLER

ÖZET

ABSTRACT

1. GİRİŞ.....	1
1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	2
1.1.1. Tarihçe.....	2
1.1.2. Tanım ve Tanısal Özellikler.....	3
1.1.3. Eş Tanı	6
1.1.4. Epidemiyoloji.....	6
1.1.5. Etiyoloji.....	8
1.1.5.1. Biyolojik Yaklaşım.....	8
1.1.5.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım.....	8
1.1.5.3. Psikanalitik Yaklaşım.....	9
1.2. Panik Bozukluk.....	9
1.2.1. Tarihçe.....	9
1.2.2. Tanım ve Tanısal Özellikler.....	11
1.2.2.1. Panik Atak.....	12
1.2.3. Eş Tanı	14
1.2.4. Epidemiyoloji.....	14
1.2.5. Etiyoloji.....	15
1.2.5.1. Biyolojik Yaklaşım.....	15
1.2.5.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım.....	15
1.2.5.3. Psikanalitik Yaklaşım.....	16
1.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	17
1.3.1. Tarihçe.....	17
1.3.2. Tanım ve Tanısal Özellikler.....	17
1.3.3. Eş Tanı.....	19
1.3.4. Epidemiyoloji.....	19
1.3.5. Etiyoloji.....	20
1.3.5.1. Biyolojik Yaklaşım.....	20
1.3.5.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım.....	20
1.3.5.3. Psikanalitik Yaklaşım.....	20

1.4. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Beyin Görüntüleme Çalışmaları.....	21
1.5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Nöropsikolojik Çalışmalar.....	22
1.6. Panik Bozuklukta Beyin Görüntüleme Çalışmaları.....	24
1.7. Panik Bozuklukta Nöropsikolojik Çalışmalar.....	25
1.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Beyin Görüntüleme Çalışmaları.....	27
1.9. Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Nöropsikolojik Çalışmalar.....	27
1.10. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	28
2. YÖNTEM.....	30
2.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	30
2.2. Verilerin Toplanması.....	30
2.3. Veri Toplama Araçları.....	31
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	31
2.3.2. Beck Depresyon Ölçeği.....	31
2.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği.....	31
2.3.4. Sayı Dizisi Testi.....	32
2.3.5. Sözel Bellek Süreçleri Testi.....	32
2.3.6. Wisconsin Kart Eşleme Testi.....	33
2.3.7. Stroop Testi.....	35
2.3.8. Sözel Akıcılık Testleri.....	36
2.3.8.1. Kontrollü Kelime Çağrışım Testi.....	36
2.3.8.2. Kategori Değiştirme Akıcılık Testi.....	36
2.3.9. Saat Çizim Testi.....	36
2.3.10. Çizgi Yönü Belirleme Testi.....	37
2.3.11. Görsel Bellek Testi.....	37
2.4. Verilerin Analizi.....	37
3. BULGULAR.....	40
3.1. Demografik Verilerin İleri Analiz Sonuçları.....	40
3.2. Nöropsikolojik Testlerin İleri Analiz Sonuçları.....	46
3.2.1. Sayı Dizisi Testi İleri Analiz Sonuçları.....	46
3.2.3. Sözel Bellek Süreçleri Testi İleri Analiz Sonuçları.....	47
3.2.4. Stroop Testi İleri Analiz Sonuçları.....	50
3.2.5. Wisconsin Kart Eşleme Testi İleri Analiz Sonuçları.....	52

3.2.6. Sözel Akıcılık Testleri İleri Analiz Sonuçları.....	56
3.2.6.1. Kontrollü Kelime Çağrışım Testi İleri Analiz Sonuçları.....	56
3.2.6.2. Kategori Değiştirme Akıcılık Testi İleri Analiz Sonuçları.....	58
3.2.7. Saat Çizim Testi İleri Analiz Sonuçları.....	59
3.2.8. Çizgi Yönü Belirleme Testi İleri Analiz Sonuçları.....	59
3.2.9. Görsel Bellek Testi İleri Analiz Sonuçları.....	60
4. TARTIŞMA.....	62
4.1. Dikkat ve Yönetici İşlevler.....	63
4.2. Sözel Bellek.....	68
4.3. Görsel Bellek.....	69
4.4. Planlama.....	70
4.5. Görsel Mekansal İşlevler.....	71
4.6. Araştırmanın Sonuçları	72
4.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler	74
KAYNAKLAR.....	75
EKLER.....	95
ÖZGEÇMİŞ.....	106

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Demografik Verilerin İleri Analiz Sonuçları.....	40
Tablo 2: Katılımcıların Hastalık Sürecine İlişkin Verilerin İleri Analiz Sonuçları.....	41
Tablo 3: Nöropsikolojik Test Performanslarının Cinsiyet Gruplarına Göre İleri Analiz Sonuçları.....	43
Tablo 4: Soygeçmiş ve Özgeçmiş Fizyolojik Rahatsızlıklar Açısından Karşılaştırmalı İleri Analiz Sonuçları.....	44
Tablo 5: Soygeçmiş ve Özgeçmiş Psikiyatrik Rahatsızlıklar Açısından Karşılaştırılmalı İleri Analiz Sonuçları.....	45
Tablo 6: Sayı Dizisi Testi İleri Analiz Sonuçları.....	46
Tablo 7: Sözel Bellek Süreçleri Testi İleri Analiz Sonuçları.....	50
Tablo 8: Stroop Testi İleri Analiz Sonuçları.....	52
Tablo 9: Wisconsin Kart Eşleme Testi İleri Analiz Sonuçları.....	55
Tablo 10: Kontrollü Kelime Çağrışım Testi İleri Analiz Sonuçları.....	57
Tablo 11: Kategori Değiştirme Akıcılık Testi İleri Analiz Sonuçları.....	59
Tablo 12: Saat Çizim Testi İleri Analiz Sonuçları.....	59
Tablo 13: Çizgi Yönü Belirleme Testi İleri Analiz Sonuçları.....	60
Tablo 14: Görsel Bellek Testi İleri Analiz Sonuçları.....	61

EKLER

EK-1 Gönüllü Onam Formu.....	95
EK-1 Kişisel Bilgi Formu.....	98
EK-3 Beck Depresyon Ölçeği.....	99
EK-4 Beck Anksiyete Ölçeği.....	103
EK-5 Etik Kurul Onay Formu.....	104



KISALTMALAR

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

ÇYBT: Çizgi Yönü Belirleme Testi

KAS: Kontrollü Kelime Çağrışım Testi

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PB: Panik Bozukluk

SBST: Sözel Bellek Süreçleri Testi

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

WKET: Wisconsin Kart Eşleme Testi

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, DSM V tanı kriterlerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı alan hastaların bilişsel işlevlerini araştırmak ve gruplar arasında nöropsikolojik test performansları bakımından anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemektir.

Yöntem: Bu araştırmanın örneklemi, Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine başvuran 21 Obsesif Kompulsif Bozukluk, 21 Panik Bozukluk ve 25 Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı almış hastalar ile 30 sağlıklı gönüllü olmak üzere, toplamda 97 katılımcıdan oluşmaktadır. Çalışmaya katılan katılımcılara Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ile bilişsel işlevleri değerlendirmek amacıyla Sayı Dizisi Testi, Sözel Bellek Süreçleri Testi (SBST), Stroop Testi, Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET), Saat Planlama Testi, Kategori Değiştirme Akıcılık Testi, Kontrollü Kelime Çağrışım Testi (KAS), Görsel Bellek Testi ve Çizgi Yönü Belirleme Testinden (ÇYBT) oluşan nöropsikolojik test bataryası uygulanmıştır.

Bulgular: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı alan hastaların Stroop Spontan Düzeltme ve yanlış sayıları, SBST, WKET, KAS, Kategori Değiştirme Akıcılık Testi, ÇYBT ve Görsel Bellek Testleri tüm alt puanlarında kontrol grubuna göre daha düşük performans gösterdikleri bulunmuştur. Bununla birlikte hasta grupları arasındaki karşılaştırmada, SBST en yüksek öğrenme puanı ve WKET (ilk kategoriye tamamlamada kullanılan kart sayısı, kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı hariç) KAS Toplam Puan, ÇYBT ve Görsel Bellek Testlerinin tüm alt puanlarında PB'nin YAB'ye göre daha düşük performans gösterdiği bulunmuştur.

Sonuç: OKB, PB, YAB, hastalarında, dikkat, sözel bellek, yürütücü işlevler (soyutlama, planlama v.b.) görsel bellek, görsel mekânsal işlevlerde bozulmalar saptanmıştır. Bununla birlikte hasta grupları arasındaki karşılaştırmalarda PB tanısı alan hastaların, YAB tanısı alan hastalara göre görsel bellek, görsel mekânsal işlevler, sözel bellek ve yürütücü işlevlerde anlamlı derecede bozulmalar olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Bilişsel İşlevler

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to investigate the cognitive functions of patients diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder, Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder according to DSM-V diagnostic criteria and to determine whether there is a significant difference between groups in terms of neuropsychological test performances.

Metod: The sample of this study consisted of 97 participants including 21 Obsessive Compulsive Disorder, 21 Panic Disorder and 25 Generalized Anxiety Disorder patients who applied to Elazığ Mental Health and Diseases Hospital and 30 healthy volunteers. Personal Information Form, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale and to assess cognitive functions Digit Span Test, Verbal Memory Processes Test, Stroop Test, Wisconsin Card Sorting Test (WCST), Clock Planning Test, Category Change Fluency Test, Controlled Word Association Test, Visual Memory Test and Judgement Of Line Orientation Test (JLO) neuropsychological test battery were applied to participants participating in the study.

Results: Patients who were diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder, Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder were found to have lower performance in Stroop Spontaneous Correction and false numbers, SBST, WKET, FAS Verbal Fluency. However, in comparison between the patient groups SBST (except for the highest learning score), WCST (excluding number of cards used for first categorical completion, failure to continue the setup). FAS Total Points, JLO, Visual Memory Tests, PB was found to perform worse than the GAD in all subscores.

Conclusion: Visual memory, visual spatial functions, impairments in attention, verbal memory, executive functions (abstraction, planning, etc.) were found in OCD, PB, GAD patients. However, in the comparison between the patient groups, it was determined that the patients who were diagnosed with PB were significantly impaired in the visual memory, visual spatial functions, verbal memory and executive functions compared to the patients with GAD.

Key Words: Obsessive Compulsive Disorder, Panic Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Cognitive Functions

1. GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Panik Bozukluk (PB) ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) psikiyatrik bozukluklar arasında en sık görülen rahatsızlıklardandır. Özellikle doksanlı yılların başlarında hız kazanan beyin görüntüleme yöntemleri ve beraberinde gelen nöropsikolojik değerlendirmeler bize farklı bakış açıları sunmuştur. Yapılan araştırmalar, bu hastalıklara sahip kişilerin beyin yapılarının belirli alanlarında bozulmalar olduğunu ve bu alanlarla ilişkili bilişsel işlevlerin sağlıklı bireylerden daha farklı olduğunu göstermiştir (Lacerda ve ark., 2003, Van Den Heuvel ve ark., 2005, Kashyap ve ark., 2013, Tempesta ve ark., 2013). Bu hastalıklara sahip kişilerin, kendileri için tehdit içeren bilgilere artmış bir duyarlılık gösterdiği, dikkat ve bellek süreçlerinde seçici ve yanlı bir işleyişin olduğu düşünülmektedir (Karabekiroğlu ve ark., 2005, Irak ve Flament 2007).

Bugüne kadar yapılan çalışmalarda OKB, PB ve YAB diğer psikiyatrik hastalıklarla karşılaştırılmış ve bu karşılaştırmalarda genel olarak OKB'deki yürütücü işlevler üzerinde durulmuştur. OKB, PB ve YAB tanılı hastalar ile yapılan nöropsikolojik çalışmalardan elde edilen sonuçların farklı ve kimi zaman çelişkili oluşu dikkat çekmektedir. Literatürde çıkan çelişkili sonuçların nedeni olabilecek farklılıklar bu alanda çalışan araştırmacılar tarafından bildirilmiştir (Purcell ve ark. 1998, Schmidtke ve ark. 1998, Kıvırcık, 2003, Kuelz, 2004). Bu farklılıklar, yapılan çalışmalarda katılımcıların zeka yönünden eşleşmemiş olması ve zeka düzeyi düşük olan katılımcıları içermesi, pek çok çalışma sırasında tedavide kullanılan ilaçların kontrol edilmemesi, depresyonun etkisinin kontrol edilmemesi, hastaların başka hastalıklar ile eş tanılarının olması, çalışmalarda benzer alanlara yönelik farklı testlerin kullanılması olarak sıralanabilir.

Yapılan birçok araştırmada kaygı ile ilişkili olan bozuklukların çoğunda bireylerin tehdit içeren uyarılara fazla odaklandıkları bulunmuştur. Bununla birlikte bu durumun tehdit içeren bilginin öncelikli algılanmasına ve diğer bilgilerin detaylı bir şekilde bilgi işleme süreçlerine dahil edilmemesine sebep olduğu bulunmuştur. Bu tür bozukluklarda hastaların tehdit edici bilginin dışında kalanları anımsamada zorlandığı düşünülmüştür (Coles ve Heimberg, 2002).

Literatüre bakıldığında OKB, PB ve YAB tanılı hastaların bilişsel işlevleri hakkında tutarlı bilgilerin olmaması, yapılan çalışmalarda bilişsel işlevlere etki edecek değişkenlerin (eş tanı yaş, zeka, eğitim, ilaç kullanımı v.b.) kontrol edilmemiş olması,

PB ve özellikle YAB tanılı hastalar ile ilgili yeterli çalışmanın yapılmaması, yapılan çalışmalarda daha çok belleğin üzerinde durulmuş olması, geniş bir nöropsikolojik test bataryasının kullanılmaması ve karşılaştırmalı çalışmaların olmaması göze çarpmaktadır. Bu araştırma, OKB, PB ve YAB nin bilişsel işlevleri araştırmak için geniş bir nöropsikolojik test bataryası kullanılarak, hem sağlıklı kişiler ile hem de gruplar arası karşılaştırmalar yapılarak kapsamlı olarak ele alınması amacıyla planlanmıştır.

1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

1.1.1.Tarihçe

Tarih boyunca tekrarlayıcı cinsel içerikli veya din karşıtı düşünceleri olan kişilerin kötü ruhlar ve şeytanlar tarafından ele geçirildiği düşünülmüştür. Böyle kişilerin bedenlerini kötü ruhtan ve şeytanlardan arındırmak için, onlara çeşitli işkencelerin olduğu şeytan çıkarma ayinleri yapılmıştır (Deveci, 2009: 2). Eski çağlardan beri birçok eserde yer alan OKB, Shakespeare'in Macbeth isimli eserinde de kendine yer bulmuştur. Eşi Kral Duncan'ı öldüren Lady Machbet'te bu olaydan sonra tekrarlayıcı el yıkamaları başlamıştır (Parmar ve Shah, 2014).

1866 yılında ilk kez Morel tarafından kullanılan Obsesyon kavramı (Kılınç, 2010: 6), daha sonra Esquirol tarafından kompulsiyonların da tanımı eklenerek açıklanmıştır. Esquirol'un 'iç görüşü olan delilik' olarak adlandırdığı OKB kendisinden sonra gelen birçok klinisyen tarafından da kabul görmüştür (Çetinkaya, 2009: 6). Carl Wespahl 1878'de hastalığın temelindeki anahtar özelliklerin bilişsel olduğunu ifade etmiştir. Wespahl'e göre kişi zihninde tekrar eden bu düşüncelerin saçma veya anlamsız olduğunun bilincindeyse, bu durum gerçek delilikten ayrılmalıdır (Insel, aktaran Çetinkaya, 2009: 6).

1875 yılında Legand Du Saulle, 27 vakalık çalışmasında, OKB'yi bazen psikotik ve depresif bulgularla da ortaya çıkan, yavaş yavaş başlayan, iç görünümün var olduğu, dalgalanmalarla seyreden bir delilik hali olarak tanımlanmış ve OKB'nin tanımlama süreci bugünkü yerini almıştır (Öznur, 2006: 6).

Aşırı değerlenmiş düşünceler ve sanrılar arasında yalnızca derece farkı olduğu düşünülen OKB'de, obsesyon ve paranoya arasında bir bağ olduğu düşünülmüştür (Özerdem, 1998). Hastalığın nevroz mu, yoksa psikoz mu olarak sınıflandırılacağı tartışması 19. yüzyıla kadar devam etmiştir (Bulut ve ark., 2014).

20. yüzyılda obsesyon ve kompülsiyonları fobilerle aynı başlık altında toplayan Fransız ruh hekimi Janet, buna psikasteni adını vermiş ve psikasteninin kişide irade zayıflamasından kaynaklı olarak ortaya çıktığını belirtmiştir (Öztürk, 1994: 278). Freud'da (1895 ve 1909) obsesyonlardan bahsetmiş ve bu durumun anal dönem saplantısının sonucunda oluşan regresyondan kaynaklandığını belirtmiştir (Davison ve Neale, 1997: 148).

Genellikle az bulunan ve tedavisi zor bir hastalık olarak ele alınmış olan OKB, Myers ve arkadaşlarının (1984) ve Robins ve arkadaşlarının (1984) ABD'de yapmış oldukları Alan Yakalama Çalışmasıyla (Epidemiologic Catchment Area ECA) birlikte gerektiği ilgiyi görmüştür. OKB'nin sanılandan çok daha fazla olmasının anlaşılmasıyla bilgi birikimleri daha ileri seviyelere çıkarılmıştır (Erkmen, 2008: 179).

1.1.2. Tanım ve Tanısal Özellikler

Bireyin sosyal ve günlük işlevselliğini belirgin şekilde bozan OKB, tekrarlayan obsesyon ve kompülsiyonların görüldüğü dönemsel gidiş gösteren, zaman zaman süreğen olan ruhsal bir rahatsızlıktır (Irak ve Flament, 2007). Hastalıkla birlikte ortaya çıkan bıkkınlık, yorgunluk, sıkıntı, gerginlik, sinirlilik gibi belirtiler zamanla tabloya eklenir (Dinçmen, 2005: 90).

Obsesyon kişinin kendi zihninde tekrar eden, rahatsız edici, zorlayıcı istenmeyen imge, düşünceler veya dürtülerdir (Bayraktar, 1997). Kompülsiyonlar ise bu düşüncelere karşı belirli bir ritüel ya da eylemi yapmak için ortaya çıkan yüksek, zorlayıcı ihtiyaçlardır (Atkinson ve ark., 1995).

Foa ve Kozak (1995), OKB tanısı konan bireylerin çoğunun bozukluğa dair içgörülerini bazen kaybettiklerini bildirmişlerdir (Gelegen ve Tamam 2013: 206). Gözlemler ve çalışmalar, OKB hastalarının bazılarının obsesyon ve kompülsiyonlarının aşırı olabileceğini ve anlamsız olabileceğini kabul ettiği, bazı hastaların ise bunları akla uygun ve gerçekçi bulduğunu göstermiştir. DSM-IV şizofreni tanı ölçütlerini karşılamayan ve obsesif-kompulsif belirtileri gerçekçi ve mantıklı gören kişileri içgörüsü az OKB, atipik OKB, obsesif psikoz, psikotik özellikli OKB ve son zamanlarda da şizo-obsesif bozukluk olarak tanımlamıştır (Sevinçok, 2007:219).

1980 yılında Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-III)'te ilk defa yapılandırılmış sınıflandırma sistemine giren OKB (Kılınç, 2010: 7) , DSM-

III-R'de, günlük yaşamı kesintiye uğratan, en az bir saat süren obsesyonlar ya da kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte bulunması olarak kendine yer bulmuştur (Korkmaz, 2012: 2). Bu tanımlamalara 'iç görüşü az olan' ifadesi DSM-IV ile eklenmiştir (Bulut ve ark., 2014).

DSM-IV' te Anksiyete Bozuklukları grubunda yer alan OKB' de kompulsif eylemlerin, obsesif düşüncelerin etkisini azaltmak için ortaya çıkan düşünce veya eylemler olabileceği belirtilmektedir (Bayar ve Yavuz, 2008). Bununla birlikte klinik seyirde OKB ile benzerlik gösteren ve tekrarlayan davranış örüntüleri olan, kompulsif hisse dönüşen bazı hastalıklar bu gruba alınmıştır (Özsoylar ve ark., 2008).

OKB' nin Anksiyete Bozuklukları grubunda yer almamasına yönelik yıllar önce başlayan birçok tartışma olmuştur (Tynes ve ark., 1990). DSM-IV te Anksiyete Bozuklukları grubunda yer alan OKB, DSM V ile bu gruptan çıkartılarak, başka bozukluklarla aynı başlık altına alınmıştır (Kupfer ve ark. 2013). DSM V te 'Takıntı Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar' grubunda yeni bir başlık halinde yer almıştır (Porgalı, 2016).

DSM V ' e göre Takıntı - Zorlantı Bozukluk (Obsesif-Kompulsif Bozukluk) tanı kriterleri aşağıdaki gibidir;

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

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

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

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

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışların (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).

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

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

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

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

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

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı- zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımıdadır.

İçgörüsü kötü: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.3.Eş Tanı

OKB hastaları ile yapılan birçok araştırmada bu hastaların hemen hemen 2/3'ünde farklı bir psikiyatrik rahatsızlığın daha olduğu bulunmuştur (Şahin ve Böke 2007: 349). Bu çalışmalarda OKB'ye en çok eşlik eden tanının depresyon olduğu bildirilmiştir (Tükel ve ark., 2002, Demet ve ark., 2005, Karamustafalıoğlu ve ark., 2009). Yapılan çalışmalarda depresyonun OKB'li hastalarda görülme sıklığının ortalama %67 olduğu belirtilmiştir (Kaplan ve Sudock, 2005: 211).

Ülkemizde Karamustafalıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı ve 52 OKB'li hastanın dahil edildiği bir çalışmada, hastaların %89'un da başka bir psikiyatrik hastalık eş tanısına rastlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre eş tanı psikiyatrik bozukluklar, başta majör depresyon olmak üzere, özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, agorafobi, panik bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, distimi, hipokondriyazis, bipolar bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu, bipolar bozukluk, somatizasyon bozukluğu, beden dismorfik bozukluğu ve yeme bozukluğu olarak bulunmuştur (Karamustafalıoğlu ve ark., 2009).

OKB'de eş tanılarda kişilik bozukluklarına da rastlanmaktadır (Uğuz ve ark., 2006: 2).

1.1.4.Epidemiyoloji

OKB hastalarının çoğunun kliniklere başvurmaması ya da OKB'li hastaların klinik semptomlardan dolayı utanıp bunları kimseye anlatmamasından dolayı, 1980'lere kadar OKB'nin çok seyrek olduğu düşünülmüştür (Şahin ve Böke,2007: 344). Erken başlayan ve gözden kaçan bazı belirtiler ile doktora gelme süresi arasında uzun bir süre (ortalama 7 yıl) geçebilmektedir (Tükel, 2000).

Tüm psikiyatrik bozukluklar arasında dördüncü sırada yer alan OKB, Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, işlevselliği kötü yönde etkileyen ruhsal ve fiziksel

hastalıklar arasında onuncu sırada yer almaktadır (Beşiroğlu ve ark.,2007). Kliniklere başvuran psikiyatri hastalarının ortalama %10'nu OKB hastalarından oluşur (Şahin aktaran Uyaver, 2010:32).

Erken çocukluk dönemlerinde bile görülen OKB'nin genellikle başlangıç yaşı 18-25 yaş arasındır (Öztürk ve Uluşahin,2008: 482).

Ülkemizde yürütölen araştırmada Obsesif kompulsif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %2.5-6.2, 12 aylık yaygınlık %0.5-5.6 arasında saptanmıştır (Cilliçilli ve ark., 2004). Yapılan bir alan çalışmasında 12 aylık OKB yaygınlığı %2.01 olarak bulunmuştur (Deniz, aktaran Demet ve ark., 2005: 133).

OKB kadın ve erkeklerde eşit oranda görölmektedir (Ersoy ve ark., 2003). Buna rağmen bazı çalışmalarda kadınlarda daha sık göröldüğü, çocuk ve ergenlerde ise erkeklerde başlama yaşının kızlara göre daha düşük olması sebebiyle çocuklarda, erkeklerde daha sık göröldüğü gözlenmiştir (Şahin ve Böke, 2007 :344).

Yapılan araştırmalarda erkeklerde cinsellikle ilgili obsesyonlar daha sık görölrken, kadınlarda yıkama ile ilgili kompulsiyonların daha sık olduğu görölmüştür (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 482).

Yapılan birçok araştırmada OKB'nin yaygınlık ve sıklığının farklı kültürlerde değişmediğini bununla birlikte OKB alt tiplerinde sıklık ve yaygınlık konusunda farklılıklar olduğu bildirilmiştir (Beyazyüz ve Göka, 2010).

Bekarlarda ve boşananlarda daha yaygın olarak saptanması, bu hastaların sürekli kişilerarası ilişkilerdeki güçlüklerine bağlanmaktadır (Şahin ve Böke 2007: 344).

Hollander ve arkadaşları OKB'de eş tanının epidemiyolojik araştırmasını yaptığı bir çalışmasında, eş tanısız OKB'nin eş tanılı OKB'ye göre yarı yarıya olduğunu, aynı zamanda eş tanısız ve eş tanılı OKB hastaların etnik özellik, cinsiyet, medeni durum ve ekonomik açıdan farklılık göstermediğini belirtmişlerdir (Hollander ve ark., 1996).

1.1.5.Etiyoloji

1.1.5.1.Biyolojik Yaklaşım

OKB’de genetik faktörlerin rolü olup olmadığını belirlemek için yapılan aile ve ikiz çalışmalarında, OKB’nin bazı alt tiplerinde genetik unsurların rolünün olabileceği desteklenmektedir (Dursun ve ark., 2011). OKB ile yapılan ikiz çalışmalarında tek yumurtalı ikizlerde çift yumurtalı ikizlere oranla daha fazla hastalanma oranı bulunmuştur. Yapılan aile çalışmalarında 1. derecede akrabaların %35’nin bu hastalıktan etkilendiği bulunmuştur (Bayar ve Yavuz, 2008).

Yapılan çalışmaların bazıları genetik faktörlerin önemini desteklerken, tek yumurta ikizlerinin tamamında eş hastalanmanın gözlenmemesi, OKB’nin fenotik yapısında çevresel faktörlerin de rol oynadığını göstermektedir (Vardar, 2000).

OKB ile yapılan nörokimyasal çalışmalar OKB’de 5-hidroksi-indolasetik asit düzeyleri, beyin-omurilik-sıvısı (BOS), serotonin reseptörlerinin moleküler incelenmesi, serotonin ve serotonin metaboliti ve serotenerjik genlere ilişkin bulgular bu hastalığın oluşmasında serotonin dizgesinin rolünü desteklemektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Son yıllardaki beyin görüntüleme çalışmaları OKB’de nörolojik bir nedenin varlığını da düşündürmektedir. Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında orbitofrontal korteks, kaudat çekirdek, talamus, frontal lob, bazal ganglia ve singulumlarda anomalilikler tespit edilmiştir (Erkmen, 2008).

1.1.5.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Köklerini öğrenme kuramlarından alan davranışçı kuramlar bilinçdışı yasak dürtüler yerine öğrenilmeyle kazanılmış ve yavaş yavaş koşullandırılmış yanlış davranışların OKB’nin temelinde yer aldığını kabul etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008:492).

Bilişsel Davranışçı kurama göre saplantılı düşünceler, yani obsesyonlar koşullu uyanlardır ve kişide kaygı oluştururlar. Bu kaygı kişi tarafından kompulsyonlarla giderilmeye çalışılır ve obsesyonların oluşturduğu kaygıyı azaltmada etkili olduğu gözlenen kompulsiyon davranışlar ise giderek artar (Bayraktar, 1997).

Davranışçı terapilerde amaç, OKB’nin düşünsel çarpıtmalarının sebep olduğu saplantılı düşünceleri değiştirmeye yardımcı olmak ve tekrarlanan törensel

davranışları ortadan kaldırmaya yönelik etkili yöntemler geliştirmektedir (Köroğlu, 2009: 481).

Mawrer'in "İki Evre Kuramı" OKB'ye de uygulanmaktadır. İki evre kuramında, birinci evrede nötral nesne veya düşüncelerin kaygı yarattığı ve koşullanma ile obsesyonu ortaya çıkardığı, daha sonrasında kaygı yaratan obsesyonlardan kaçınma amaçlı kompulsif eylemlerin harekete geçtiği görüşü yer almaktadır (Tükel, 2000: 84).

1.1.5.3. Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik görüşe göre obsesyonlar bastırılmış, deforme olmuş fakat niteliklerini korumuş dürtülerden oluşurken, kompulsiyonlar ise bu dürtülere karşı olan süper ego savunmalarını yansıtır (Şahin ve Böke, 2007: 347).

OKB'de bilinçdışı bastırılan dürtülerin yaygın oluşturduğu kaygı nedeniyle ödipal dönemden, ambivalans duygularıyla ilişkili anal döneme regrese olunmakta ve OKB'de bu durumdan doğan sıkıntılardan savunma amaçlı yapma-bozma, izolasyon, regresyon, replasman, reaksiyon formasyon gibi savunma düzenekleri kullanılmaktadır (Bayar ve Yavuz, 2008).

OKB'de birbirine zıt dürtülerin egoyu sıkıştırdığı ve egonun bu dürtüler üzerinde denetim sağlayamadığı dönemlerde dürtüler ve karşıt eğilimler arasında seçim yapmakta zorlandığı, bu durumun özerklik duygusunu (sense of autonomy) yeterince kazanamamış olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 491).

1.2. Panik Bozukluk

1.2.1. Tarihçe

Yunan mitolojisinde var olan, kırlarda aniden ortaya çıkan, görüntüsüyle korkutan, çobanların ve kırım tanrısı olan "Pan" panik sözcüğüne de ilham kaynağı olmuştur (Köknel, 2007).

Belirtiler yüzyıllardan beri bilinen fakat son yıllarda ayrı bir ruhsal rahatsızlık olarak tanımlanan PB ilk kez 1871 yılında Da Costa tarafından tanımlanmıştır. Çoğunlukla askerlerde sık tariflenen şiddetli çarpıntı, göğüs ağrısının olduğu fakat

fizyolojik bir bozukluğun görülmediği bir sendrom olarak “irritabl kalp” adıyla tanımlanmıştır (Alkın, 2000:6).

1871 yılında Westpal üç erkek hastasını anlattığı ‘Die Agoraphobie’ isimli çalışmasında ilk defa agorafobi sendromunu tanımlamıştır. Bu çalışmadaki hastalar şiddetli olarak açık alanlarda korku yaşıyorlardı ve kendi evlerine gitmek için tanımadıkları insanlardan yardım istiyorlardı (Tükel, 2000).

Anksiyete tablosunun karşıladığı panik bozukluğunu, 1894 yılında Freud nevrasteni grubundan ayırmış ve “anksiyete nevrozu olarak isimlendirmiştir (Bayrak, 2013:6). Daha sonrasında ise Klein panik bozukluğu anksiyete nevrozundan ilk defa ayırarak farklı bir tanı olarak tanımlamıştır. Klein daha sonra yaptığı çalışmalarda ise İmipramine yanıt veren panik atakları, yanıtlamada başarısız kalan yaygın anksiyeteden “farmakolojik disaksiyon” adını verdiği bir yaklaşımla ayırmış ve bu ayrımla panik bozukluğu farklı bir anksiyete bozukluğu kategorisi olarak tanımlamıştır (Tükel, 2002). Günümüzde hala en geçerli panik bozukluk modeli ise Klein’in ‘yineleyen beklenmedik panik atakları’, ‘beklenti anksiyetesi’, ‘agorafobi’ üçlemesidir (Özer, 2006).

1919’da Levis ‘Efor Sendromu’ adını verdiği rahatsızlığın 1. Dünya Savaşı sırasında askerlerin egzersizlere verdiği abartılı fizyolojik reaksiyonlar olarak değerlendirmiştir. Ardından 1941 yılında Wood, Da Costa’nın tanımladığı rahatsızlığın efor sendromu ile benzer olduğu kadınlarda daha fazla görülebildiği, psikonevrotik ve fazla duygusal davranış sergileyenlerde daha fazla görüldüğünü belirtmiş ve bunu ‘Nörosirkulatuvar Asteni’ veya ‘Kardiyak Nevroz’ olarak adlandırmıştır (Tamam, 1999:2).

1980 yılında ilk defa spesifik tanı ölçütleri olan bir hastalık olarak Panik bozukluğu DSM-III kitabında yer almıştır (Özer, 1988).

Amerika Psikiyatri Birliği’nin yayınladığı DSM-III’te Freud’un kaygı bozukluklarını sınıflandırmadaki etkisi belirgin bir biçimde görülmektedir. Fakat DSM-IV’te nevroz tanımı sınıflandırmadan kaldırılmıştır. DSM-IV’te yer alan ‘Panik Bozukluğu’ tanı sınıflandırması ise Klein’in araştırma verilerine dayanmaktadır (Yüksel, 2004:8).

1.2.2. Tanım ve Tanısal Özellikler

Panik Bozukluk hızlı ve ani bir şekilde başlayan anksiyete belirtileri ile karakterize edilen bir rahatsızlıktır (Sevinçok ve Akoğlu, 2001). Bu belirtiler nefes almada zorlanma, göğüs ağrısı, kalp çarpıntısı, boğulacak gibi olma , mide de bulantı hissi, titreme, yoğun kaygı, korku ve korkunç bir şey olacaktıymış hissidir (Dawison ve Neale, 1997). Psikiyatrik bir rahatsızlık olarak sınıflama kitabına giren PB'nin zaman içerisinde tanı kriterleri de değişmiştir (Kavak, 2009:5).

İlk kez DSM-III ile tanılama kitabına giren panik atağı üç haftalık dönemde üçten fazla panik atağı olması durumunu hastalık olarak tanımlarken bu durum 1987'de DSM-III TR'de dört hafta boyunca dört atak geçirme koşulu ile yeniden tanımlanmıştır. 1994'te DSM- IV tanı ölçütlerine 'ataklar ile ilgili belirgin davranış değişikliği gösterme' ve 'atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla ilgili olarak üzüntü duyma' kriteri eklenmiştir (American Psychiatric Association, 1994). DSM- IV PB'ü agorafobili ve agorafobisiz olmak üzere iki kümeye ayırmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2008:400). DSM-IV TR'ye kadar anksiyete bozuklukları grubunda yer alan PB, DSM-V'te de yine bu başlık altında kendine yer bulmuştur. DSM-V kriterleri aşağıdaki gibidir;

Yineleyen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırıldığı bir durumdur: Not: böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırabilir.

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması
2. Terleme.
3. Titreme ya da sarsılma.
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.
5. Soluğun tıkanıldığı duyumu.
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
7. Bulantı ya da karın ağrısı.
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları).
11. Gerçekdışılık ("derealizasyon", gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma ("depersonalizasyon", kendinden kopma duyumu).

12. Denetimini yitirme ya da “çıldırma” korkusu.

13. Ölüm korkusu.

Not: Kültüre özgü belirtiler (örn. kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, denetim dışı çılglık atma ya da ağlama) görülebilir. Bu belirtiler, gereken dört belirtiden biri olarak sayılmamalıdır.

B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay (ya da daha uzun bir) süreyle olur.

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örn. denetimini yitirme, kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.

2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikler (örn. spor yapmaktan ya da tanıdık, bildik olmayan durumlardan kaçınma gibi panik atağı geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar gösterme).

C. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi, kalp-akciğer hastalıkları) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka, bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik atakları, toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi, yalnızca korkuları toplumsal durumlara tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi, sınırlı birtakım fobi kaynağı nesnelere ya da durumlara tepki olarak; takıntı- zorlantı bozukluğunda olduğu gibi takıntılara tepki olarak; örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi örseleyici olayların anımsatıcılarına tepki olarak ya da ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bağlandığı kişilerden ayrılmaya tepki olarak ortaya çıkmamaktadır) (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.2.1. Panik Atak

Diğer kaygı bozukluklarında da görülebilen Panik atak, aniden ortaya çıkan kaygı nöbeti olarak tanımlanır (Karabekiroğlu ve ark., 2007).

Somatik aynı zamanda bilişsel semptomlarla da ilişkili yoğun kaygının yaşandığı ataklar sırasında, DSM-IV’ün tanımladığı 13 bilişsel veya bedensel belirtiden en az dört tanesinin korku duygusuyla birlikte olması gereklidir. Bu semptomlar dörtten az ise bu duruma “limitli semptom atak” denir (Dunitz ve ark., 2002:4).

DSM V Panik atak tanı ölçütleri şunlardır:

Panik Atağı Belirleyicisi;

Not: Bir panik atağını tanımak amacıyla belirtileri burada verilmektedir, ancak panik atağı ruhsal bir bozukluk değildir ve kodlanamaz. Panik atakları, kaygı bozuklukları bağlamında ortaya çıkabildiği gibi diğer ruhsal bozukluklarda (örn. depresyon bozuklukları, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu, madde kullanım bozuklukları) ve birtakım sağlık durumlarında (örn. kalple ilgili, solunumla ilgili, dengeduyumsal [vestibüler]), mide- bağırsakla ilgili) da ortaya çıkabilir. Bir panik atağının varlığı tanımladığında, bir belirleyici olarak belirtilmelidir (örn. “panik atakları ile giden örselenme sonrası gerginlik bozukluğu). Panik bozukluğunda, panik atağının varlığı bu bozukluk için tanı ölçütleri içinde kapsanır ve panik atağı bir belirleyici olarak kullanılmaz.

Dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırdığı bir durumdur;

Not: Böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırabilir.

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
2. Terleme.
3. Titreme ya da sarsılma.
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.
5. Soluğun tıkanıdığı duyumu.
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
7. Bulantı ya da karnın ağrısı.
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları).
11. Gerçekdışılık (“derealizasyon” gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma (“depersonalizasyon”, kendinden kopma duyumu).
12. Denetimini yitirme ya da “çıldırma korkusu.
13. Ölüm korkusu.

Not: Kültüre özgü belirtiler (örn. kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, denetim dışı çılgılık atma ya da ağlama) görülebilir. Bu belirtiler, gereken dört belirtiden biri olarak sayılmamalıdır (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.3. Eş Tanı

Yapılan epidemiyolojik araştırmalarda PB olan kişilerin %91'inin diğer psikiyatrik hastalıklar ile komorbid olduğu saptanmıştır. PB'de başta depresyon olmak üzere somatizasyon bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları görülmektedir (Konkan ve ark., 2003, Pırıldar, 2010: 107). Yaluğ ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı bir çalışmada Panik Bozukluğu hastalarının SCID-2 formuna göre en az bir kişilik bozukluğu tanısı aldığı ve %19.4 ile en çok histiryonik kişilik bozukluğu eş tanısı aldığını bulmuşlar (Yaluğ ve diğ., 2003).

Saygılı ve Karamustafalıoğlu'nun 2010'da ülkemizde gerçekleştirmiş olduğu bir çalışmada PB hastalarının %93'ünde en az bir eş tanının olduğu ve bu tanıların sırasıyla %47,2 major depresyon, %39 YAB, %15,6 distimi, %15,6 OKB, %14,3 SAB, %22,1 somatoform, %10,4 bipolar bozukluk ve %3,9 post travmatik stres bozukluğu olduğu ortaya konmuştur (Saygılı ve Karamustafalıoğlu, 2010).

1.2.4. Epidemiyoloji

Yapılan araştırmaların çoğu PB'nin yaşam boyu görülme sıklığının %1.6 ile %7 arasında değiştiğini göstermektedir (Doğan, 2012). Sıklıkla genç erişkinlikle başlayan bu bozukluğun başlangıç yaşının en çok yirmili yaşlarda olduğu, fakat bununla birlikte hastalığın yaşamın herhangi bir evresinde ortaya çıktığı görülmektedir (Eflatun ve ark., 1998:143). Ergenlikle birlikte çocukluk dönemlerine kadarda inen bu hastalığın 15-25 ve 45-54 yaşları arasında iki defa tepe yapma eğilimi göstermektedir (Eaton ve ark., 1994, Essau ve ark., 1999, Horwarth ve Weissman 2000, aktaran Onur ve ark, 2004).

Erkek ve kadınlar kıyaslandığı zaman panik bozukluk kadınlarda daha sık görülür. Agorafobisi olmayan kişilerde kadın erkek oranı 2/1 iken agorafobisi olan kişilerde ise kadın erkek oranı 3/1dir (Bayraktar, 2007:306). Erkeklerle olması gerektiğinden daha az panik bozukluk tanısı konulmuş olmasının bu farka neden olmuş olabileceği düşünülmüştür (Kaplan ve Sadock, 2005: 214). Yaş ilerledikçe daha uzun

sürekli olduğu gözlenen PB, kadın ve erkeklerde en çok 25-44 yaşları arasında ortaya çıkmaktadır (Hollander ve Simeon 2004: 342).

Toplumda hayatları boyunca en az bir defa panik atak yaşayanların oranı %10'dur. Evli olanlar ve bekâr olanlar kıyaslandığında ise evlilerin bekarlara göre yarı oranda daha az PB riski olduğu görülmüştür. Şehirde yaşayan ve şehir dışında yaşayanlar karşılaştırıldığında ise şehirde yaşayanlarda şehir dışında yaşayanlara göre 1,5-2 kat daha fazla panik bozukluğu yaşadığı görülmektedir. Belirtilen bu epidemiyolojik özellikler kültürden kültüre çok az değişiklik göstermektedir (Alkın, 2000:6).

1.2.5. Etiyoloji

1.2.5.1. Biyolojik Yaklaşım

Yapılan araştırmalar PB ailesel risk faktörünün %3,4 ile %17 aralığında olduğunu ve bozukluğun erken dönemlerde başlamış olmasının akrabalarda görülme sıklığını daha fazla artırdığını göstermektedir (Bayraktar, 2008: 215). Birinci derece akrabalarda bu oranın 4-7 kat fazla olduğu bildirilmiştir. PB eş zamanlı hastalanmaya dair ikiz çalışmalarının sayısı az olmakla birlikte, tek yumurta ikizlerinde hastalanma oranının çift yumurta ikizlerine oranla daha fazla olması genetik faktörlerin rolünü desteklemektedir (Tükel, 1997).

Serotonin işlev bozukluğunun PB etiyojisinde önemli bir yeri olduğu öne sürülmüştür (Aydın ve Kırkpınar 2001: 45). Tüm psikiyatrik hastalıklarda önemli bir rolü olan serotonerjik sistemdeki bozukluğun; solunumun düzenlenmesinde etkin olduğu, hiperventilasyona ve karbondioksite karşı yoğun bir duyarlılığa yol açtığı bilinmektedir (Bayraktar, 2007).

Yapılan bazı çalışmalarda uyku sırasında gerçek ataklar gözlenen bireylerin; uyku EEG'lerinde, uyku etkinliği ve sürelerinde azalmaların olduğu ve normal REM latensi olmadığı saptanmıştır. Uyurken gözlenen atakların rüya görme veya REM den bağımsız olduğu bildirilmiştir (Heninger, 1990).

1.2.5.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Clark'ın 'yanlı yorumlama' modeline göre panik atak yanlı yorumlanan bedensel duyumlar tarafından ortaya çıkmaktadır (Berksun,2002:81).

Normal anksiyete durumlarında ortaya çıkan belirtilerin felaketleştirme biçiminde yanlış yorumlandığı, nefes alıp vermedeki güçlüğü nefessiz kalıp ölmenin bir işareti gibi görüldüğü, çarpıntıların muhtemel bir kalp krizi gibi yorumlandığı ve bedensel duyuların gerçekte olduğundan daha tehdit edici algılandığı ifade edilmektedir (Tükel,1997).

Geçirilen panik ataktan sonra yeni bir atağın oluşma olasılığı ve bu atağın şiddetine ilişkin beklentinin yarattığı sıkıntı bireyin fiziksel olarak uyarılma eşiğini artırır ve birey beklenmedik bedensel duyularını daha kolay yanlış yorumlayıp panik atak geliştirme olasılığını artırır (Bayraktar, 2007).

1.2.5.3. Psikanalitik Yaklaşım

Freud ilk kez anksiyete nevrozu adı altında günümüzde kullandığımız anlamda kaygı bozukluğu ve panik bozukluğu belirtilerini karşılayan bir sendrom tanımlamıştır. Ona göre anksiyete, anksiyete nevrozlarının öncü belirtisidir ve diğer belirtiler içinde de merkezi öneme sahiptir (Tükel, 1997).

Psikanalitik teoriler anksiyetenin kökenini Freud'un varsayımlarına kadar götürür. Freud anksiyeteyi travmatik anksiyete ve sinyal anksiyete olarak ikiye ayırmıştır. Bunlardan birincisi tehlikeli travmatik duruma tepki olarak ortaya çıkarken, ikincisi travmatik bir durumu öngören bilişsel süreçlere verilen tepki olarak karşımıza çıkmaktadır (Latihen ve ark., 1999:115).

Agorofobinin ortaya çıkmasında çocuklukta ebeveyn kaybı ve ayrılık anksiyetesi üzerinde duran psikanalitik kuramlar, gerçekleşen panik atakların kaygı yaratan dürtülere karşı başarısız savunmalardan dolayı ortaya çıktığını ileri sürmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Koruyan ve besleyen kişilere ilişkin bağı kopacağına dair yoğun korku olarak tanımlanan ayrılık anksiyetesinin, PB hastalarında kontrol gruplarına göre %50 daha fazla görüldüğü, bu kişilerin stresli yaşam olaylarına daha çok maruz kaldığı ve yaşanan atakların çoğunlukla önemli birinin kaybından sonra ortaya çıktığı gösterilmiştir (Alkın, 2000).

1.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

1.3.1. Tarihçe

1800'lü yıllarda Otto Domrich'in tıbbi olarak kavramsallaştırdığı 'anksiyete atakları' savaş meydanlarında stresle tetiklenen tablolar için kullanılmıştır. İlk kez 1984 yılında Freud tarafından kullanılan dirençli, yüzergezer / başıboş anksiyete kavramı 1885 yılında 'anksiyete nevrozu' olarak tanımlanmış ve bu kavram oldukça kapsamlı olduğundan Otto Domrich'in tanımını da kapsamaktaydı (Berksun ve Şentürk, 2008:225).

1890'larda Freud tarafından tanımlanan anksiyete nevrozu YAB'nin prototipi olarak kabul edilir ve bu klinik durum (a) genel, yaygın bir irritabilite, (b) süregelen endişe, (c) anksiyete atakları ve (d) ikincil fobik kaçınma ile karakterizedir (Freud aktaran Emhan, 2012: 4).

YAB, tanısal sınıflama kitaplarına ilk kez 1980 yılında DSM III ile birlikte girmiştir. Daha sonra 1987 yılında DSM III-R tanının konması için gereken süre bir ay yerine altı ay olarak belirlenmiştir. Bu durumla birlikte YAB uyum bozuklukları ve kısa süreli anksiyete bozukluklarından ayrılmıştır. DSM IV'te bu kriterlere kaygıya eşlik eden altı somatik belirtiden en az üç tanesinin eşlik etmesi ve endişenin denetlenemez olduğu vurgusu yapılmıştır (American Psychiatric Association, 1980, 1987, 1994). DSM-IV'deki yeni kriterler, patolojik kaygıyı günlük yaşamda da yaşadığımız normal kaygıdan ayırabilmek için düzenlenmiştir (Berksun, 2002: 50). DSM V'te halen Anksiyete Bozuklukları Sınıflandırmasında yer almaktadır.

1.3.2. Tanım ve Tanısal Özellikler

YAB'nin temel özelliği, altı ay ya da daha uzun süren dönemde iki ya da daha fazla yaşam koşulu hakkında gerçekçi olmayan ya da aşırı anksiyete ve üzüntü duymadır (Schiffer ve ark., 1994).

YAB'de kaygının kaynağı belirli bir yere bağlanamazken, kişi günlük yaşamındaki stresiyle orantılı olmayan bir şekilde endişe, sıkıntı ve kaygı yaşar. Kişinin bu durumundan kaynaklı olan huzursuzluğu ve gerginliği günlük hayatındaki yaşamının her alanına yayılır (Berksun ve Şentürk, 2008: 226). Bununla birlikte

YAB'de çabuk sinirlenme, kas gerginliği, konsantrasyon güçlüğü ve uyku sorunları görölmektedir (Demir, 2010:118).

Yapılan çalışmalarda YAB'nin hastalığın genellikle 10 yıl ve daha uzun süre devam eden kronik bir hastalık olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte normal popölasyondaki kişilere oranla tedavi altındakiler hastalarda daha inatçı ve süregen bir yapısı olduğu gösterilmiştir (Özdemir ve Kocabaşoğlu, 2007:360).

DSM V tanı kriterlerine göre YAB'de görölen belirtiler aşağıdaki gibidir;

- A. En az altı aylık gibi bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklere (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.
- B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.
- C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):

Not: Çocuklarda yalnızca bir maddenin olması yeterlidir.

1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.
 2. Kolay yorulma.
 3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.
 4. Kolay kızma.
 5. Kas gerginliği
 6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).
- D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
 - E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
 - F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik bozukluğuunda panik atakların olacağına ilişkin kaygı ya da kuruntu, toplumsal kaygı bozukluğuunda (sosyal fobi) olumsuz değerlendirilme, takıntı- zorlantı bozukluğuunda bulaşma ya da diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğuunda bağlandığı kişilerden ayrılma, örselenme sonrası gerginlik bozukluğuunda örselleyici olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, beden belirti bozukluğuunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğuunda

algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli bir hastalığı olma ya da şizofreni ya da sanrılı bozuklukta sanrısız inançların içeriği (American Psychiatric Association, 2013).

1.3.3.Eş Tanı

YAB diğer bozukluklar gibi başka psikiyatrik rahatsızlıklarla, sıklıkla da depresyon ve kişilik bozuklukları ile birlikte görülür (Saatçioğlu, 2001). Ülkemizde Özcan ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, ayaktan psikiyatri birimine başvuran YAB tanılı hastalarında en çok depresyon eş tanılı olduğu bildirilmiştir (Özcan, Uğuz ve Çilli, 2006).

YAB'nin depresyon ile ilişkili olduğu ve zamanla YAB belirtilerinin giderek depresif bir tabloya dönüştüğü ifade edilmiştir. Sonuç olarak YAB'nin eş tanısız halinin çok az rastlanan bir durum olduğu ve YAB'nin sendromal geçerliliğinin zayıf olduğu, depresyon ve diğer kaygı bozukluklarının prodromal bir evresi veya kalıntısı olduğu düşünülmektedir (Gökalp, 2000: 149).

YAB'nin başka duygu durum ve anksiyete bozuklukları ile birlikte olmasının, saf YAB'nin olmasından daha fazla işlevsellik kaybına neden olduğu ve genelde ikincil olan eş tanıların tedavi arayışı için tetikleyici rolü olduğu bilinmektedir (Özdemir ve Kocabaşoğlu, 2007:365).

1.3.4. Epidemiyoloji

YAB, temel sağlık hizmetlerine başvuran kişilerde anksiyete bozukluğu hastalıklarından en sık görülenidir. Bu hastalığın yaşam boyu görülme oranının %3-6 olarak bildirilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 452).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada dört aylık süre boyunca psikiyatri polikliniğine başvuran 950 hastanın %10'una YAB tanısı konmuştur. Yine aynı çalışmada kadın hastaların erkeklere oranla daha fazla başvurduğu, bu oranın evli olanlarda daha fazla olduğu bulunmuştur (Özcan, Uğuz ve Çilli, 2006). Benzer çalışmalarda da YAB'nin kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Halberich, 2003).

YAB genç erişkinlerde ve çocuklarda da sık görülen psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Yapılan araştırmalarda ayrılma anksiyetesi dışlandığında gençlerde prevelansının

%3.5 olduğu saptanmıştır. YAB yaşlılarda da %7.1 prevelans ile en sık görülen anksiyete bozukluklarındandır (zdemir ve Kocabaşoğlu, 2007:365).

1.3.5. Etiyoloji

1.3.5.1.Biyolojik Yaklaşım

YAB ile ilgili yapılan genetik araştırmalar az olmakla birlikte hastalığın grldğ bireylerin ailelerinde de YAB'nin görülme oranının yüksek olduğu bulunmuştur (Doğan, 2001).

Kesin sebepleri bilinmemekle birlikte santral sinir sistemindeki bozulmuş modlasyonlara bağlı anksiyete semptomlarının ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bununla birlikte GABAerjik, serotoninergik ve nrorenergik sistemlerdeki azalmış ya da artmış aktivasyonlarında YAB'ye sebep olduğu öne sürülmüştür (zdemir ve Kocabaşoğlu, 2007:361).

1.3.5.2.Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel davranışçı teorilerin öncülerinden olan Beck'e göre anksiyete ve korku duyguların yanlış bir algılama sonrasında bilgiyi yanlış işlemesi, çarpıtması sonucu ortaya çıkmaktadır. Davranışçı terapiler için klasik şartlanma ve gözlemsel öğrenme kavramlarındaki nötr uyarıcı ile eşleştirilen korku uyarıcı da bir dayanak olmaktadır (zdemir ve Kocabaşoğlu, 2007:363).

1.3.5.3.Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik teoriye göre anksiyete bilinç dışında var olan ve çözümlenmemiş, cinsel veya agresif dürtülerin doyum arzusu ile arzunun yaratacağı tehlikeden doğan çatışmaların belirtisidir. Ego bilinç dışından gelen bu tehdidi fark eder ve tüm savunma düzeneklerini devreye sokar. Ego bu durumlarda başarılı bir savunma geliştiremezse ortaya anksiyete çıkar (Gökalp, 2000:140).

1.4. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Yapılan beyin görüntüleme yöntemlerinde metabolik ve yapısal anormallikler gözlenen OKB’de bulguların neden mi, yoksa henüz saptanmayan birincil patolojiye ikincil ya da onu kompanse eden bulgular mı olduğu konusunda net bir bilgi belirlenmemiştir (Şahin ve Böke, 2007).

OKB’de yapılan beyin görüntüleme yöntemlerinden OKB’nin nöroanatomisinde serotenerjik sistem açısından da önemli olan striatum, orbitofrontal korteks ve bazal gangliyalarda görülen bozuklukların nöropsikolojik bozukluklar olduğu, bu bozuklukların OKB’nin belirtilerinden sorumlu olabileceği görüşü ileri sürülmüştür (Baxter ve ark., 1990, Baer ve ark.,1995).

OKB hastaları ile yapılan SPECT, PET, fMRI çalışmalarında elde edilen bulgulardan bazıları hastaların orbitofrontal korteks ve kaudat çekirdeği başındaki etkinlik artışları ile birlikte, singulat korteks ve striatum ve talamusta etkinlik artışları bulunmuştur. Çalışmaların bazısı bu alanlarda tedavi sonrası düzelmeler olduğunu göstermiştir (Uluşahin ve Öztürk. 2008).

OKB ile yapılan birçok çalışmada en tutarlı görülen şey OKB’li hastalarda frontostriatal lobda görülen aşırı hareketlilik (Rauch ve ark. 2001).

Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında OKB’li hastaların sol orbitofrontal korteks de dahil olmak üzere, singulat korteks, çoklu korteks alanları, talamus ve bazal gangliyon alanlarında anormallikler gözlenmiş ve serebral disfonksiyonun OKB nin patofizyolojisinde rol oynadığı düşünülmüştür (Saxena ve Rauch, 2000, Kim ve ark., 2001; Rauch ve ark., 2001, Saxena ve ark., 2001).

Son zamanlarda yapılan nöroanatomik, nörofarmakolojik ve davranışsal çalışmalar bazal gangliyon fonksiyon bozukluklarının OKB hastalığının altta yatan nedenleri arasında olduğunu, aynı zamanda karmaşık algılama, bilişsel işlevler ve motor fonksiyonlar üzerinde etkisinin olduğunu göstermektedir (Rapoport, 1990, Hollander ve ark., 1993). OKB’li hastalarla yapılan bazı çalışmalar bilişsel bozuklukların frontal korteks ve subkortikal yapılarıdaki bozukluktan etkilendiğini belirtmektedir (Purcell ve ark., 1998; Savage ve ark., 1999).

Behar ve ark. OKB’li çocuklarla yaptığı bir çalışmada ventriküler beyin oranlarının kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek çıktığı ve frontal lob lezyonu bulunan hastalar ile benzer uzaysal-algısal defisitler bulunduğu gözlenmiştir (Behar ve ark., 1984).

Chamberlain ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada OKB’de orbitofrontal korteks ve anterior sigulatta yapısal ve işlevsel bozukluklar bulunmuştur (Chamberlain ve ark.2005).

1.5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Nöropsikolojik Çalışmalar

Birçok araştırmada OKB’de bilişsel işlevlerin bozulduğuna ilişkin bulgular olsa da, çalışmalar bu bozukluğa ilişkin bir nöropsikolojik profil ortaya koyamamıştır (Ulukaya ve Öztük, 2008). OKB’de yapısal ve nörokimyasal bozukluğa bağlı olarak bildirilen bilişsel bozukluklarda en temel ve en fazla tekrarlanan bulgu yürütücü işlevler ve sözel olmayan bellekteki bozulmalardır (Şahin ve Böke, 2007:345, Aydın ve Öyeçkin, 2013).

Saxena ve Rauch OKB bazal gangliyalarda lezyonların bulunduğu çalışmalar özellikle beyin görüntüleme yöntemleriyle birlikte nöropsikolojik çalışmaların da ağırlık kazanmasına sebep olmuştur. Bu çalışmalarda özellikle frontal striatal sistemlerin yürütücü işlevlerle ilişkili olduğu ve OKB’ye neden olabileceği ileri sürülmüştür (Saxena ve ark. 1998, Saxena ve Rauch, 2000).

Dikkatin sürdürülmesi ve dikkat süresini ölçen WAIS-R Sayı Dizisi testi ile yapılan bazı çalışmalarda OKB hastalarının normal gruplardan farklı olmadığı bulunmuştur (Hollander ve ark. 1993; Millierey ve ark. 2000; Okasha ve ark. 2000; Moritz ve ark. 2002; Geus ve ark. 2007). OKB hastalarının seçici bir dikkatinin olduğu, temelde dikkat bozukluğu olmasa da, dikkat yanlılıklarının olabileceği ve bu yanlılığın genel olarak çevredeki uyaranların seçici özellikleri üzerinde toplandığı ve geriye kalan tüm uyaranları ihmal ettiği düşünülmüştür (Kuelz ve ark. 2004; Moritz ve ark. 2004). Seçici dikkati ölçmek için en çok yararlanılan testlerden biri olan Stroop Testi ile yapılan bazı çalışmalar bu sonucu desteklese de (Martinot ve ark., 1990), bazı çalışmalarda sağlıklı kontrol grubu ve OKB arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Hollander ve ark. 1993; Mataix-Cols ve ark. 2002; Moritz ve ark. 2002). Kampman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada depresyon OKB deki depresyon belirtilerinin dikkatteki yanlılığa sebep olabileceği iddia edilmiştir (Kampman ve ark. 2002).

OKB’de bellek performanslarının karşılaştırıldığı çalışmalarda, bellek performansının düşük olduğu bazı çalışmalar bildirilmiştir (Tallis ve ark. 1999, , Zitterl ve ark. 2001, Tükel ve ark. 2012). Bununla birlikte bellekte bozulmanın

olmadığına dair çalışmalarda mevcuttur (Tolin ve ark. 2001, Ceschi ve ark. 2003, Kıvırcık ve ark. 2005).

OKB’de WKET ile yapılan bazı çalışmalarda belirli puanlarda bozulmalar olduğu bildirilirken, bazı alanlarda bozulmalar olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Okasha ve ark. 2000, Moritz ve ark. 2001, 2002, Kıvırcık ve ark. 2005, Geus ve ark. 2007).

OKB ve sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada (Deckersbach ve ark. 2005) anlam olarak birbiriyle ilişkili kelimeleri hatırlanması istenmiş ve hasta grubunun kontrol grubundan daha kötü bir performans gösterdiği bulunmuştur. Daha sonrasında anlam ilişkisine göre kelimeleri hatırlanması istendiğinde kontrol grubuyla aynı performansı gösterdiği bulunmuştur. Bu durumun, OKB hastalarının başlamakta zorlanmasından ve sözel bellekteki bozukluğun organizasyonel yöntem eksikliğinden kaynaklı olduğu düşünülmüştür (Deckersbach ve ark. 2000, Deckersbach ve ark. 2005). Sawamura ve arkadaşlarının yaptığı benzer bir çalışmada bozukluğun kodlama eksikliğinden kaynaklı olduğu düşünülmüştür (Sawamura ve ark. 2005).

OKB’de görsel bellek performanslarını ölçen bazı çalışmalarda hasta grubunun sağlıklı kontrol grubuna oranla anlık bellek ve gecikmiş hatırlamada daha düşük performans gösterdiği belirtilmiştir. Hastaların test performanslarında detaylara takıldığı, bu durumun organizasyonel yöntem eksikliğinden kaynaklı olduğu düşünülmüştür (Savage ve ark.1999, Deckersbach ve ark. 2000, Shin ve ark. 2004, Penades ve ark. 2005). Moritz ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada depresyonun etkisi çıkartıldığında bozulmanın ortadan kalktığına dikkat çekmektedir (Moritz ve ark. 2003).

Görsel ve uzamsal bellek ile yapılan bazı çalışmalarda OKB grubunun sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük performans gösterdiği bulunmuştur (Purcell ve ark., 1998, Savage ve ark., 1999).

Kontrollü sözel kelime çağrışım testi ile yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmaktadır. Christensen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada OKB ile sağlıklı kontrol grubu arasında farklılıklar bulunmuştur (Christensen ve ark. 1992). Bununla birlikte OKB ile sağlıklı kontrol grubu arasında farklılıkların olmadığı çalışmalar da mevcuttur (Martinot ve ark. 1990, Basso ve ark. 2001, Kıvırcık ve ark. 2005).

Kashyap ve arkadaşlarının geniş sağlıklı kontrol grubu ve OKB hastalarının bir bölümünün eksen 1’de diğer komorbid hastalıklara da sahip olduğu bir katılımcı grubu ile çalışma yapmışlardır. Bu çalışmaya alınan OKB hastalarının bazıları aynı zamanda

Bilişsel Davranışçı Terapi alan hastalardan oluşmaktaydı. Çalışmanın sonuçlarına göre OKB tanısı alan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında görsel çalışma belleği, planlama, kavram oluşturma, yanıt inhibisyonu, karar verme ve sözel olmayan bellek alanlarında anlamlı bir fark bulunmuştur. Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı alan hastalar sağlıklı gruba oranla bu alanlarda daha düşük puanlar almıştır. Bu çalışmada bulunan düşük puanların dorsolateral prefrontal bölge, üst medial prefrontal korteks, anterior singulat korteks ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (Kashyap ve ark. 2013).

Lacerda ve arkadaşlarının OKB tanısı alan hastalarda yaptığı bir çalışmada bazı testlerin ilişkili beyin alanları belirlenmeye çalışılmıştır. SPECT kullanılan bu çalışmada WKET'ndeki perseveratif olmayan hataların singulat korteks ile perseveratif tepkilerin sağ talamus ile Rey Karmaşık Figürler testindeki geri çağırmanın ve kopyalamanın talamus ile ilişkili olduğu, bununla birlikte talamusta ve frontal bölgelerdeki kan akımında artış, bazal gangliyonlardaki kan akımında ise bazen artış bazen azalma olduğu gözlenmiştir (Lacerda ve ark. 2003).

Behar ve ark. (1984) OKB'li hastalara nöropsikolojik testler uygulamıştır. Çıkan sonuçlarda OKB tanısı alan hastaların ventriküler beyin oranının anlamlı derecede yüksek çıktığı ve frontal lob lezyonu bulunan hastalarda görülen uzaysal ve algısal defisitlere benzer olduğunu bulmuştur (Behar ve ark., 1984).

Özcan ve arkadaşları P200 genler ve P300 genlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada OKB ve OKB'li hastaların kardeşlerinde P300 genlerin daha küçük olduğu ve bunların blok tasarım testi ve Stroop testinde kontrol grubuna göre kötü performans gösterdiğini bulmuşlardır (Özcan ve ark., 2016).

1.6. Panik Bozuklukta Beyin Görüntüleme Çalışmaları

PB için nöroanatomik bir model sunamaya çalışan bazı araştırmacılar, merkezi sinir sistemindeki beyin sapı, limbik sistem ve prefrontal korteksin bu modelin en önemli bileşenleri olduğunu öngörmüşlerdir (Gorman ve ark., 1989).

Yapılan PET ve tomografi çalışmalarının bazılarında, sağ frontal korteks, hipokampal ve parahipokampal yapılarda hem kan akımında, hem de metabolizmada artışlar gözlenmiştir (Reiman ve ark., 1986, Eren ve ark., 2003). Nordhal ve ark. yaptığı bir çalışmada Reimanın çalışmasındaki hipokampal bölgedeki asimetri konusunda benzer bulgular verse de, kan akımı ile ilgili bulguları benzer bulmamışlardır (Nordhal ve ark., 1990).

Gri madde hacmi ile alakalı yapılan çalışmalarda PB hastalarının bilateral putamenlerinde, sol parahippocampal giruslarda ve serebral gri cevher de sağlıklı gruplara göre azalmalar olduğu gözlenmiştir (Massana ve ark., 2003, Yoo ve ark., 2005).

Yapılan MRG çalışmalarında, PB hastalarının en çok sağ temporal lobu içeren nöroanatomik anormalliklerin olduğu ve temporal lobdaki işlev bozukluğun bu hastalık ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (Ontiveros ve ark., 1989). Parahippocampal bölge ve amigdalanın PB hastalarında en önemli bağlantı noktalarından olduğu belirtilmiştir (Gorman ve ark., 1989).

Hipokampal yapıların PB un patofizyolojisinde önemli bir rol oynadığı belirten bir çalışmada, hastalarının inferior frontal korteksinde belirgin sağ-sol asimetri bulunduğunu gözlemiştir. Laktat infüzyonu ile panik atak oluşturulan hastalarda sol oksipital kortekste önemli bir kan akımı artışı ve ikili olarak hipokampal bölgede belirgin bir azalma olduğunu bulunmuştur (De Cristofora ve ark., 1993).

Yapılan bazı çalışmalarda uyku sırasında gerçek ataklar gözlenen bireylerin uyku EEG'lerinde uyku etkinliği ve sürelerinde azalmaların olduğu ve normal REM latensi olmadığı saptanmıştır. Uyurken gözlenen atakların rüya görme veya REM den bağımsız olduğu bildirilmiştir (Heninger, 1990).

PB'de oluşan panik ataklar ve obsesyonların oluşması periakvaduktal gri alanlar ve singulattaki işlev bozukluğundan kaynaklı olabilir ve tüm bunlar septo-hipokampal sistem ile ilişkili olabilir (Gray vve McNaughtan, 2003:36).

Yapılan görüntülemelerde çıkan anormalliklerin altta yatan patolojiyi mi yoksa telafi düzeneğini mi gösterdiği net değildir (Uluşahin ve Öztürk, 2008).

1.7. Panik Bozuklukta Nöropsikolojik Çalışmalar

PB ile yapılan nöropsikolojik çalışmalar OKB'deki kadar geniş olamamakla birlikte yapılan çalışmaların çoğu bellek ile ilgilidir. Gözden geçirilen bellek çalışmalarının olduğu bir çalışmada PB hastalarının %60'ında bellek ile ilgili bozukluklar olduğu bulunmuştur (Coles ve Heimberg, 2002)

Kampman ve arkadaşlarının Stroop testi ile yaptığı bir çalışmada depresyon PB deki depresyon belirtilerinin dikkatteki yanlılığa sebep olabileceği iddia edilmiştir (Kampman ve ark. 2002).

Purcell ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada PB grubunun sağlıklı kontrol grubuyla benzer sonuçlar sergilediği bulunmuştur (Purcell ve ark. 1998).

Gladsjo ve arkadaşlarının PB tanısı alan hastalarla yaptığı bir çalışmada, bu hastalar ile sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmış ve çıkan sonuçlara göre dikkat, sözel bellek, görsel bellek, görsel mekânsal işlevler ve sözel akıcılık alanlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Gladsjo ve ark. 1998).

PB ve sosyal fobi tanısı almış hastalar ile yapılan bir çalışmada hastaların görsel bellek, psikomotor hız, bilişsel esneklik ve dikkat alanları sağlıklı kontrol grupları ile karşılaştırılmış ve bir fark bulunamamıştır. Aynı çalışmada sözel öğrenme ve sözel hatırlama testlerindeki performanları sağlıklı kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur (Asmundson ve ark. 1994).

Manyetik Rezonans görüntülemenin de kullanıldığı bir çalışmada PB, OKB ve hipokondriasis hastalığı olan katılımcılarla dikkatin yanlılığı ile ilgili bir araştırma yapılmıştır. Çıkan sonuçlara göre PB hastalarının panik ile ilişkili olan kelimelerde yavaşladıkları bununla birlikte amigdala, hipokampus ve fronto-striatal bölgelerinde bir etkinlik artışı olduğu bulunmuştur. OKB hastaları sağlıklı kontrol grubuyla benzer bulunmuştur. Panik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluğu ve hipokondriyazis hastalığı olan hastalar ile dikkatin yanlılığı ile ilgili bir çalışma yapılmıştır. Manyetik rezonans görüntülemenin kullanıldığı bu çalışmada panik bozukluğu hastalarının panik ile ilgili kelimelerde yavaşladıklarını ve beyinlerinin frontal-striatal bölgeleri, amigdala ve hipokampüste bir etkinlik artışı olduğunu bulmuşlardır. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların beyin arka bölgelerindeki etkinlik düzeyleri sağlıklı kontrol grubuyla benzer bulunmuştur (Van den Heuvel ve ark. 2005).

Lucas ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, PB hastalarında sözel bellekte bozukluklar olduğu bildirilse de , bazı araştırmalar bu bulguların tersi yönündedir (Lucas ve ark., 1991, Airaksinen ve ark., 2005).

Claytonun PB hastalar ve OKB hastaları ile yaptığı bir çalışmada TEA (Günlük Dikkat Testi) kullanılmış OKB sağlıklı grup ile kıyaslandığında seçici dikkatin bozulduğu gözlenirken PB hastalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Clayton ve ark. 1999).

1.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Beyin Görüntüleme Çalışmaları

YAB'da korku ve uyarılmanın tam olarak hangi yapıdan kaynaklı olduğu bilinmemekle birlikte lokus sereleus ve sempatik sınır sisteminin korku ve uyarılmada rol oynadığı bilinmektedir (Sevinçok, 2007).

YAB tanısı olan hastalarda yapılan beyin görüntüleme yöntemleri; preforntal ve limbik sistemdeki yapılarda oluşan bozulmaların, bu hastalarda olumsuz olana seçici bir dikkat geliştirme ve gelecek ile ilgili olaylara karşı olumsuz bir beklenti içerisinde olma durumlarında önemli bir rol oynadığı bulunmuştur (Sevinçok, 2007).

Daha önceleri yapılmış olan görüntüleme çalışmalarında frontal oksipital temporal, hipokampal loblarda aktivite artışı ve bazal ganglion- serebellar dengesizlikler olduğu bulunmuştur (Kuğu ve Balayır, 2001).

YAB ile yapılan bir araştırmada bazal ganglion ve beyaz cevherde metabolik oranların düşük olduğu bulunmuştur. Bunlarla birlikte oksipital lop, sağ posterior temporal lop ve sağ prefrontal lobda aktivite artışı olduğu gözlenmiş, aynı zamanda YAB'deki kaygı puanlarındaki artış ile limbik sistem ve bazal gangliyonlardaki değişimde anlamlı bir korelasyon gözlenmiştir (Wu ve ark., 1991).

Rodriquez ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir görüntüleme çalışmasında 60 YAB olan hastanın beyin kan akımına bakılmış ve anksiyete düzeyleri ile beyin kan akımı arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur (Rodriquez ve ark., 1989).

Davidson ve arkadaşları ve prefrontal korteks, anterior singulat korteks, parietal korteks ve amigdalanın hem depresyonda hem de anksiyetenin oluşmasında önemli olduğunu belirtmişlerdir (Davidson ve ark., 1999).

Yapılan araştırmalarda amigdala, serebral korteks, bazal gangliyon, hipotalamus, lokus seruleus ve talamustaki CRH, nöropepti Y ve galanin düzeyindeki değişikliklerin anksiyetenin oluşmasında önemli olduğu düşünülmektedir (Özdemir ve Kocabaşoğlu, 2008:363).

1.9. Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Nöropsikolojik Çalışmalar

YAB bilişsel işlevlerdeki bozulmalar hipokampal ve amigdala arasındaki bağlantılardan kaynaklı olabilir (Gray ve McNaughtan, 2003: 36).

YAB ile yapılan bir araştırmada dikkat, yürütücü işlevler, görsel mekânsal işlevler ve görsel bellek alanları karşılaştırılmış, çıkan sonuçlarda YAB tanısı alan

kişilerin sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük performans gösterdiği bulunmuştur (Tempesta ve ark. 2013).

PB ve YAB ile bilişsel işlevleri değerlendirmek için yapılan araştırmalar az olmakla birlikte yapılan çoğu araştırmada bellek performansları üzerinde durulmuştur. Aynı zamanda yapılan bu çalışmaların çoğunda PB'deki tehdit içeren sözcüklere karşı gelişen seçici dikkat üzerine araştırmalar yapılmıştır (Otto ve ark.,1994).

Otto ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 12 PB ve 12 YAB tanısı alan hastaların tehdit içeren sözcükleri nötr olan sözcüklere göre daha fazla hatırladığı bulunmuştur (Otto ve ark.,1994).

Mathews ve MacLeod'un 1985 yılında yapmış olduğu bir çalışmada YAB tanısı alan hastalara Stroop etkisinin kullanıldığı bir çalışmada 12 fiziksel, 12 sosyal ve 24 normal kelimedenden oluşmuş bir tanıma testinden kontrol grubuna göre daha düşük performans gösterdikleri bulunmuştur.

1.10. Araştırmanın Amacı ve Önemi

OKB, PB, ve YAB sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklardır. Bu rahatsızlıklar çeşitli psikofarmakolojik tedavi veya psikoterapi yöntemleriyle tedavi edilmeye çalışılsa da, bazı dirençli hastalarda yapılan bu tedavilerden sonuç alınmayabilir. Bu durumlarda bu hastalıklar ciddi işlevsellik kaybına, akademik başarısızlığa, benlik saygısında azalma, aile ve toplum içinde ilişki sorunlarına yol açabilirler. Bu çalışmanın amacı OKB, PB, ve YAB tanılı hastaların bilişsel işlevler açısından (dikkat, bellek, algı v.b) nasıl bir profil gösterdiğini anlamaktır. Bu hastalıkların nöropsikolojik açıdan anlaşılması bu durumdan kaynaklı olabilecek olumsuzlukları, kısıtlılıkları gidermek ve daha iyi tedavi seçenekleri sunmak için bize farklı seçenekler sunacaktır.

Yapılan çalışmaların çoğu OKB ile yapıldığından, yaptığımız çalışma PB ve YAB tanısı alan hasta grupları açısından literatüre yeni bir bakış açısı sunması açısından önemlidir. Ayrıca araştırmamızda OKB, PB ve YAB nin kendi grupları açısından karşılaştırılması, yapılan çoğu araştırmada tek bir grup üzerinde durulması, farklı patolojiler arasında karşılaştırmalardan doğacak yeni fikirler açısından önemlidir. Araştırmamız Ülkemizde üç grup arasında karşılaştırılmalı analizlerin yapıldığı bununla birlikte PB ve YAB de bilişsel işlevleri değerlendirmek amacıyla

geniş bir nöropsikolojik test bataryasının kullanıldığı ilk çalışma olması açısından önemlidir.

Bu amaçlar doğrultusunda araştırmanın hipotezleri şu şekilde sıralanabilir;

- 1- Depresyon puanları kontrol edildikten sonra OKB, PB, YAB ve kontrol gruplarının yaş, cinsiyet, hastalık süresi gibi demografik değişkenlerin nöropsikolojik testlerle bir ilişkisi vardır.
- 2- Anksiyete düzeylerine göre OKB, PB ve YAB'de nöropsikolojik test performansları farklı olacaktır.
- 3- Depresyon puanları kontrol edildikten sonra OKB, PB, YAB ve kontrol gruplarının Sayı Dizisi Testi puanları birbirinden farklı olacaktır.
- 4- Depresyon puanları kontrol edildikten sonra OKB, PB, YAB ve kontrol gruplarının SBST puanları birbirinden farklı olacaktır.
- 5- Depresyon puanları kontrol edildikten sonra OKB, PB, YAB ve kontrol gruplarının Stroop Testi puanları birbirinden farklı olacaktır.
- 6- Depresyon puanları kontrol edildikten sonra OKB, PB, YAB ve kontrol gruplarının WKET puanları birbirinden farklı olacaktır.
- 7- Depresyon puanları kontrol edildikten sonra OKB, PB, YAB ve kontrol gruplarının Saat Çizim Testi birbirinden farklı olacaktır.
- 8- Depresyon puanları kontrol edildikten sonra OKB, PB, YAB ve kontrol gruplarının Kategori Değiştirme Akıcılık Testi puanları birbirinden farklı olacaktır.
- 9- Depresyon puanları kontrol edildikten sonra OKB, PB, YAB ve kontrol gruplarının KAS -Semantik Akıcılık puanları birbirinden farklı olacaktır.
- 10- Depresyon puanları kontrol edildikten sonra OKB, PB, YAB ve kontrol gruplarının KAS-Fonemik Akıcılık puanları birbirinden farklı olacaktır.
- 11- Depresyon puanları kontrol edildikten sonra OKB, PB, YAB ve kontrol gruplarının Çizgi Yönü Belirleme Testi puanları birbirinden farklı olacaktır.
- 12- Depresyon puanları kontrol edildikten sonra OKB, PB, YAB ve kontrol gruplarının Görsel Bellek Testi puanları birbirinden farklı olacaktır.

2.YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu çalışmada Mayıs 2014 ve Ağustos 2015 tarihleri arasında Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran; DSM V tanı kriterlerine göre OKB, PB ve YAB tanısı konmuş, son 1 aydır psikotropik ilaç tedavisi almayan 66 hasta ile herhangi bir şikâyeti ve psikiyatrik geçmişi olmayan 30 sağlıklı kontrol grubu alınmıştır.

2.2. Verilerin Toplanması

Araştırmamız hasta ve kontrol grubuyla tek oturumda gerçekleşmiştir. Test uygulama süresi bireysel farklılıklara göre 1 ile 1,5 saat arasında sürmüştür. Kaygı düzeyi yüksek olduğu gözlenen katılımcılara telkin ve gevşeme yöntemleri uygulanıp rahatlamaları sağlanmış veya test uygulamasının bir sonraki gün yapılması uygun görülmüştür. Ön görüşme sonrası çalışmaya katılması uygun görülen katılımcılara Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır. Katılımcılar arasından uygun görülenlere Kişisel Veri Formu doldurulduktan sonra testlerin uygulanmasına geçilmiştir. Uygulanan nöropsikolojik testler tüm katılımcılara aynı sırayla (sırasıyla Sayı Dizisi, Sözel Bellek Süreçleri Testi, Görsel Bellek Testi, Stroop Testi, Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET), Saat Çizme Testi, Sözel Akıcılık, Kontrollü Kelime Çağrışım Testi (KAS) ve Çizgi Yönü Belirleme Testi (ÇYBT) uygulanmıştır. Katılımcılara dikkatleri dağıldığı veya yoruldukları takdirde 15 dakikalık aralar verileceği söylenmiş fakat hiçbir katılımcının böyle bir talebi olmamıştır.

Araştırmaya alınan tüm hasta ve kontrol grubuna çalışmanın yöntemi ve amacı hakkında sözel ve yazılı bilgi verildikten sonra Gönüllü Onam Formu ile onayları alınmıştır. Araştırmamız 18.06.2013 tarihinde T.C Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurulu tarafından Sosyal Fobi ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu hastalarının da dahil olduğu araştırma deseni ile sunulmuştur. Sosyal Fobi ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu hastalarının psikiyatri polikliniğine başvuru oranlarının az olduğu gözlemlendiğinden, elde edilecek olan verilerin geniş katılımcı grubuna ulaşamayacağı öngörülerek OKB, PB, YAB grubunu kapsayan yeni bir araştırma deseni ile revizyona sunulmuştur. 28.01.2016 tarihinde T.C. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kuruluna başvuru yapılmış ve onay alınmıştır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya alınan OKB, PB, YAB ve sağlıklı kontrol grubuna; kişisel bilgi formu, BECK Depresyon Ölçeği (BDÖ), BECK Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET), Wechler Bellek Ölçeği (Sayı Dizisi, Görsel Bellek alt testleri), Kontrollü Kelime Çağrışım Testi (KAS), Kategorik Değiştirme Akıcılık Testi, Saat Çizme Testi, Stroop Testi, Öktem-Sözel Bellek Süreçleri Testi (SBST), Çizgi Yönü Belirleme Testi (ÇYBT) testlerinden oluşan nöropsikolojik test bataryası uygulanmıştır.

2.3.1. Kişisel Bilgi Form

Katılımcıların yaş, eğitim, cinsiyet gibi demografik bilgilerin yanı sıra katılımcıların hastalık sürecine ilişkin bilgilerin de (örn: hastalık başlangıç yaşı, doktora başvuru sayısı, geçmiş ilaç kullanımı v.b.) yer aldığı bir bilgi formu hazırlanmıştır.

2.3.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu test; depresyonda ortaya çıkan duygusal, bedensel ve bilişsel 21 belirtiyi ölçmeye yarayan, puanlamaları 0-3 arasında değişen, ülkemizde standardizasyon çalışmasında kesme puanı 17 olan ve en fazla 63 puanın alındığı bir ölçektir.

2.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek; bireyin kaygı yaşadığı dönemlerde ortaya çıkan, 21 belirtiyi ölçmeye yarayan, puanlamaları 0-3 arasında değişen, en fazla 63 puanın alındığı, toplam puana göre bireyin anksiyete düzeyinin hesaplandığı, likert tipi değerlendirme ölçeğidir. Ülkemizde standardizasyon çalışması 1996 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

2.3.4. Sayı Dizisi Testi

Sayı dizisi testi 1945'te Weschler tarafından geliştirilmiş olan Weschler Bellek Ölçeği'nin (Weschler Memory Scale Revised) 13 alt testinden biridir (Karakaş ve ark. 1996). 1987 yılında Karakaş ve Arkadaşları tarafından standardize edilmiştir (Karakaş, 2004:44).

Bu test ileri ve geri sayı dizisi olmak üzere iki bölümden oluşur. Katılımcı, testörün söylediği ve giderek artan uzunlukta olan sayı dizilerini; ileri sayı menziline aynı sırayla, geri sayı menziline tersinden sırayla tekrarlar (Işık, 1999:49). İleri sayı dizisi ve geri sayı dizisi için hesaplanan ayrı puanların toplamından sayı dizisi alt testinin toplam puanı hesaplanmaktadır (Karakaş, 2013: 47).

Belirli miktarda bilgiyi akılda ve el altında tutma anlamına gelen “dikkat menzili”ne sayı dizisi testleriyle bakılabilir (Öktem, 2004:176).

2.3.5. Sözel Bellek Süreçleri Testi (SBST)

Sözel Bellek Süreçleri Testi, sözel öğrenme ve belleğin çok yönlü araştırılması için geliştirilmiş tanı ve ayırıcı tanıya yardımcı olan bir bellek testidir (Öktem, 2011:1).

SBST sözel belleğin belirli alanlarını ölçen bir bellek testidir. On beş kelime dizisinden oluşan bu test, her kelime 1 saniyeye denk gelecek şekilde katılımcıya okunur ve her denemeden sonra katılımcıdan aklında kalan kelimeleri söylemesi istenir (Kısa Süreli Serbest Hatırlama-Kısa Süreli Bellek) (Kurt, 2008:11). 30- 40 dk sonra katılımcıdan aklında kalan kelimeleri söylemesi istenir. (Gecikmeli Serbest Hatırlama- Uzun Süreli Bellek) Katılımcının hatırlamadığı kelimeler varsa her kelime için oluşturulan ve üç kelimenin olduğu kelimeler sunularak tanınması istenir (tanıma) (Öktem,2011). Oluşturulan bu test her biri 15 kelimedenden oluşan A, B, C formlarından oluşmaktadır, Çalışmamızda A formu kullanılmıştır.

Sözel Bellek Süreçleri Testinde kullanılan bazı puanlar şu şekilde özetlenebilir;

SBST 1- Anlık Bellek Puanı: Bireyin ilk denemede söylediği kelimelerin toplamını ifade etmektedir.

SBST 2- Öğrenme Puanı: Bireyin 10 deneme boyunca söylediği doğru kelimelerin toplamını ifade etmektedir.

SBST 3- Kритere Ulaşma Puanı: Bireyin 15 kelimenin tamamını kaçınıcı denemede söylediğini ifade etmektedir.

SBST 4- En Yüksek Öğrenme Puanı: Bireyin 10 deneme sonunda 15 kelimeyi öğrenemediği takdirde, en çok kelimeyi söylediği denemedeki puanı ifade etmektedir.

SBST 5- Yanlış Öğrenme: Bireyin söylenen kelimeler arasında söylenmeyen yanlış kelimelerin toplamını ifade eder.

SBST 6- Perseverasyon: Bireyin yanlış söylediği kelimeleri tekrar etme sayısının toplamını ifade etmektedir.

SBST 7- Tutarsızlık Puanı: Bireyin denemeler boyunca en az iki defa üstüste söylediği kelimeyi bir sonraki tekrarda söylemediği tekrarlardaki toplam puanı ifade etmektedir.

SBST 8- Uzun Süreli Bellek Puanı: Bireyin 30-40 dk. sonunda hatırladığı kelimelerin toplam puanını ifade etmektedir.

SBST 9- Tanıma Puanı: Bireyin hatırlayamadığı kelimeleri söylenen 3 kelime içerisinde doğru olarak tanıdığı kelime sayısını ifade etmektedir.

SBST 10- Toplam Hatırlama: Bireyin kendiliğinden hatırladığı artı tanıdığı kelimelerin toplamını ifade etmektedir.

SBST 11- Yanlış Hatırlama: Bireyin kendiliğinden hatırladığı yanlış kelimelerin toplamını ifade etmektedir.

SBST 12- Yanlış Tanıma Puanı: Bireyin hatırlayamadığı kelimeleri söylenen kelimeler arasında yanlış tanıdığı kelimelerin toplamını ifade etmektedir.

2.3.6. Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET)

Wisconsin Kart Eşleme Testi, Berg (1948) tarafından geliştirilmiş, testin son şekli Heaton (1981) tarafından verilmiştir ve test dört adet Uyarıcı Kartı ile 64'er tane Tepki Kartından oluşan iki kart destesinden oluşmaktadır (Karakaş ve Kafadar 1999).

Renk (kırmızı, yeşil, sarı, mavi), şekil (üçgen, yıldız, artı, daire) ve sayı (1, 2, 3, 4) gibi özellikleri olan kartlarla testte bu sayede hedef kartların her biriyle üç farklı şekilde, rengine, şekline ve kart üzerindeki şekil sayısına göre eşleme

yapılabilmektedir. Katılımcı eşlemenin neye göre yapıldığını bilmemekle birlikte uygulayıcın ‘doğru’ ve ‘yanlış’ komutlarına göre kategorileri oluşturması beklenmektedir (Cinan, 2006).

WKET; planlama, dikkat, çalışan bellek, soyutlama, perseverasyon gibi fonksiyonların ölçülmesine yönelik olması bakımından frontal lob, özellikle prefrontal lob fonksiyonlarına duyarlıdır (Karakaş, Bakar ve Dinçer, 2004: 19).

WKET’nde hesaplanan bazı puanlar şu şekilde özetlenebilir;

WKET 1- Toplam Cevap Sayısı: Kategorilerin tamamını oluştururken kullanılan kart sayısını belirtmektedir.

WKET 2- Toplam Yanlış Sayısı: Kategoriler oluşturulurken verilen yanlış tepkilerin toplamını ifade etmektedir.

WKET 3- Toplam Doğru Sayısı: Kategoriler oluşturulurken verilen doğru tepkilerin toplamını ifade etmektedir.

WKET 4- Tamamlanan Kategori Sayısı: Üst üste 10 defa doğru tepkilerin verilmiş olduğu kategorilerin toplamını ifade etmektedir.

WKET 5- Perseveratif Tepki Sayısı: Üst üste 10 tepki oluşan kategorinin ardından doğru eşleme ilkesine göre veya birey tarafından geliştirilmiş perseverasyon ilkesine göre tekrar edilen tepkilerin toplamını ifade etmektedir.

WKET 6- Perseveratif Hata Sayısı : Perseveratif tepkilerden yanlış olanların da dahil olduğu tepkilerin toplamını ifade etmektedir.

WKET 7- Perseveratif Olmayan Hata Sayısı: Perseveratif hata sayılarının toplam yanlış sayılarından çıkartılmasıyla elde edilen toplam puanı ifade etmektedir.

WKET 8- Perseveratif Hata Yüzdesi: Perseveratif hata sayısının testteki toplam tepki sayısına bölünüp 100 ile çarpılması ile elde edilen puanı ifade etmektedir.

WKET 9- İlk Kategoriyi Tamamlamada Kullanılan Deneme Sayısı: Birinci kategoriyi tamamlamada kullanılan tepki sayısının toplamını ifade etmektedir.

WKET 10- Kavramsal Düzey Tepki Yüzdesi: birbirini izleyen en az üç doğru olan tepkilerin toplamının toplam cevap sayısına bölündükten sonra 100 ile çarpılmasından elde edilen puanı ifade etmektedir.

WKET 11- Kurulumu Sürdürmede Başarısızlık Puanı: Bireyin üst üse 5-9 doğru tepkiden sonra verdiği yanlış tepki bloklarının toplamını ifade etmektedir.

WKET 12- Öğrenmeyi Öğrenme Puanı: Her bir kategorideki hata yüzdesinden bir sonraki kategorinin hata yüzdesi çıkarılarak fark puanları hesaplanmakta, fark puanlarının ortalaması, öğrenmeyi öğrenme puanını ifade etmektedir.

2.3.7. Stroop Testi

Stroop (1935) tarafından geliştirilen bu test, temelde bir “renk-kelime bozucu etkisi” olduğu varsayımına dayanmaktadır. Uygulanan testte ketlenme yapamamaktan, renk isimlerini söylemenin, renkleri ifade eden kelimeleri okumadan daha fazla süre almasından kaynaklı ‘bozucu etki’ enterferans süresi olarak hesaplanmaktadır. İlgili kelimeleri okumaksızın nesne veya renk isimlerini söylemenin daha uzun zaman aldığı McKeen Cattell (1886) tarafından keşfedilmiştir (Karakaş ve ark., 1999, Karakaş, Bakar ve Dinçer, 2004).

Stroop Testleri alışılmış bir davranış örüntüsünü bastırabilme ve olağan olmayan bir davranışı yapabilme yeteneğini, aynı zamanda algısal kurulumu değişen talepler doğrultusunda ve bir “bozucu etki” altında değiştirebilme becerisini ortaya koymaktadır (Bekçi ve Karakaş, 2009: 128).

Glaser ve Glaser’e göre (1989) bu test üç temel süreci yansıtmaktadır ve bu süreçler seçici dikkat, okuma ve renk söylemedir (Kılıç ve ark., 2002). MacLeod Stroop testlerinin, bozucu etkiyi ölçmekle birlikte aynı zamanda dikkati de ölçtüğünü bildirmiş ve bunların dikkat ölçümlerinin “altın standardı” olduğunu belirtmiştir (Dinçer ve Karakaş, 2008).

Stroop Testinde hesaplanan bazı puanlar şu şekilde özetlenebilir;

Stroop 1- Stroop Dörtgen Rengi Okuma Süresi

Stroop 2- Stroop Renkli Kelimeleri Okuma Süresi

Stroop 3- Stroop Renkli Kelimelerin Rengini Okuma Süresi

Stroop 4- Stroop Enterferans Süresi

Stroop 5- Stroop Spontan Düzeltme Sayısı

Stroop 6- Stroop Yanlış Sayısı

2.3.8. Sözel Akıcılık Testleri

2.3.8.1. Kontrollü Kelime Çağrışım Testi (KAS)

Fonemik ve semantik akıcılık olmak üzere genel olarak iki tip değerlendirme yapan bu test, fonemik akıcılıkta katılımcının bir dakika içinde belirli bir harf ile başlayan olabildiğince çok kelime üretmesi, semantik akıcılıkta ise belirli bir kategori altında kelime üretmesi beklenir (hayvan ismi vs.) (Eroğlu, 2012: 31).

Test sırasında belirlenen süre içerisinde belirli bir kategoriye giren olabildiğince fazla sözcük söylemesi beklenen kişinin düşüncelerini örgütleyip örgütleyemediğini gösteren bir test olan Semantik Akıcılık Testi'nde en sık kullanılan kategoriler hayvan, sebze ve meyvelerdir (Akgün, 2010). Bu çalışmada ise hayvan kategorisi kullanılacaktır.

En sık F, A, S harfleri kullanılmakla birlikte ülkemizde Tumaç (1997) tarafından yapılan standardizasyon çalışmasında ise K, A, S harfleri kullanılmıştır (Akgün, 2010).

2.3.8.2. Kategori Değiştirme Akıcılık Testi:

Sözel akıcılık testlerinden olan bu testte katılımcıdan bir dakika boyunca aklına gelen önce bir meyve sonra bir insan ismi söylemesi istenir. Katılımcının söylediği eşleştirmeler arasında yapmış olduğu kategori perseverasyonları veya meyve isim perseverasyonları veya uygunsuz cevaplar bu testlerin ölçtüğü alanlar ile ilgili bilgiler verir.

2.3.9. Saat Çizim Testi

Goodglass ve Kaplan tarafından 1983 yılında geliştirilen bu test, entelektüel ve algısal beceriler ile ilişkili bilgi veren, kısa sürede uygulanan ve bilişsel bozukluğu olduğu düşünülen yetişkinlerde özellikle demansiyel süreçleri ayırt etmek için kullanılan bir tarama testidir (Özdemir, 2007: 47).

Goodglass ve Kaplan tarafından sistematik olarak ilk kez 1983 yılında Boston Afazi Bataryası'nın bir parçası olarak kullanılmıştır. Uygulaması ve puanlaması açısından farklılık gösteren çok sayıda saat çizme testi mevcuttur. Entellektüel ve algısal beceriler hakkında genel bilgi verebilen bir test olan saat çizme testi, kolaylıkla

ve kısa sürede uygulanan bir bilişsel tarama testidir. Bilişsel bozukluğu olan yetişkinleri, özellikle Alzheimer tip demans ve diğer demansları, sağlıklı yetişkinlerden ayırt etmek için yaygın olarak kullanılır (Özdemir, 2007: 47).

2.3.10. Çizgi Yönü Belirleme Testi

Benton, Hanay ve Varney tarafından 1975 yılında geliştirilen ÇYBT, 1978 yılında Benton, Hanay ve Hamser tarafından son şeklini almıştır (Aşkar ve ark., 2009). Testin genelde görsel mekânsal algılamayı ölçtüğü kabul görmektedir (Karakaş ve ark., 2013: 33).

Ülkemizde standardizasyon çalışması Karakaş ve arkadaşları tarafından yapılan bu test kitapçığının bir yarısına 1'den 11'e kadar sıralanmış ve 18 derecelik açılarla düzenlenmiş, her biri aynı uzunlukta olan, 5 alıştırma ve 30 test maddesinden oluşmaktadır. (Turgut, 2008: 37). Katılımcıdan yukarıda bir kısmı çizilmemiş olan çizgilerin alttaki çizgilerden hangi sayıya denk geldiği söylemesi beklenir. Elde edilebilecek skor en fazla 30'dur.

2.3.11. Görsel Bellek Testi

WMS-R 'ın (Wechsler Memory Scale –Revised) görsel belleği değerlendiren bir alt ölçeğidir. Sözel olmayan belleği değerlendirmek amacıyla kullanılan test toplamda iki bölümdür. Katılımcıya on saniye boyunca sadece kartlara bakması istenir, sürenin sonunda ise aklında kaldığı biçimde şekli kağıda çizmesi söylenir. Bu işlem bütün kartlar için tekrarlanır ve 30 dakika sonra katılımcıdan kartlara bakmaksızın şekilleri aklında kaldığı gibi tekrar çizmesi istenir. Uygulamanın ardından test için geliştirilmiş puanlama kılavuzundaki kurallar dikkate alınarak çizimlerin değerlendirilmesi yapılır (Koçuk, 2010).

2.4. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken istatistiksel analizler için “SPSS (Statistical Package For Social Sciences) for Windows 21.0” paket programı kullanılmıştır.

Hipotez test etme aşaması öncesinde veri analizler için hazırlanmıştır. Bu aşamada veri setinde kayıp değerlerin olup olmadığı incelenmiştir. Sıklığı %10'un altında olan bu kayıp değerler için serinin ortalaması hesaplanmış, yerine konulmuş ve veri analiz aşamasına geçilmiştir.

Araştırma hipotezleri düşünüldüğünde farklı patoloji grupları ve kontrol grubu arasında nöropsikolojik test sonuçları bakımından olası farklılıkların karşılaştırma analizleri ile sınınanabileceği düşünülmüştür. Ayrıca; bu karşılaştırma analizleri uygulanırken depresyon seviyelerinin kontrol edilmesine karar verilmiştir. Dolayısıyla yarı deneysel desen verilerinin incelemesinde ikiden fazla grup arasında kovaryans analizleri gerçekleştirilmelidir.

İlgili analizin belirlenmesinde parametrik (kovaryans analizi-ANCOVA) bir testin mi yoksa parametrik olmayan (Quade (1976) prosedürü) bir testin mi uygulanacağına karar vermek için parametrik test sayıtları gözden geçirilmiştir. Bunlardan ilki vakaların birbirinden bağımsız olması ve rastgele seçilmesidir. Bu sayıtlı veri toplama aşamasında karşılanmıştır. Kategori başına en az 12 katılımcı düşmesi biçimindeki ikinci sayıtlı karşılanmaktadır ($n_{ler} \geq 12$). Dört grubun karşılaştırılacağı analizlerde kullanılacak sonuç değişkenleri interval ya da rassal olması üçüncü sayıtlıyı karşılamaktadır. Bu noktada; verilerin normal dağılması ve gruplar arası varyansların homojen olması biçimindeki diğer iki sayıtlının karşılanıp karşılanmadığını test etmek için analiz aşamasına geçilmiştir.

Veride sürekli değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı incelenmiştir. İlk olarak olası uçdeğerlerin varlığı incelenmiştir. $-/+3.29$ z puanı kıstası gözetildiğinde veride uçdeğerlerin var olduğu ancak bunların sıklığının %5'in altında kaldığı gözlenmiştir. Bu uçdeğerler kendisine en yakın değerle değiştirilerek kritik değerler arasına taşınmıştır.

Verideki sürekli sonuç değişkenlerinin normal dağılım eğrisini takip edip etmediğini incelemek için Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır.

Verilerin gruplar içinde normal dağılımı incelendikten sonra varyansın gruplar arasında homojen dağılıp dağılmadığı incelenmiştir.

Bu aşamada normal dağılımla ilgili Shapiro-Wilk testi ve gruplar arası varyans Levene testi sonuçları birlikte ele alındığında, BDÖ etkisi kontrol edilirken gruplar

arası karşılaştırılmalar yapılırken Stroop Testi Renkli Kelimeleri Okuma Süresi ve Stroop Testi Enterferans Süresi, KAS (hayvan) değişkenleri için parametrik olan kovaryans varyans analizi (ANCOVA) bunlar dışındaki tüm değişkenleri içinse parametrik olmayan Quade (1976) prosedürünün kullanımının uygun olduğu düşünülmüştür.

Parametrik olmayan karşılaştırmaların yapılmasında ise Quade (1967) prosedürü uygulanmıştır. Bunun için ilk olarak kovaryant ve bağımlı değişkenler ayrı ayrı olarak sıralama değişkenine dönüştürülmüş. İkinci aşamada sıralama değişkenine dönüştürülmüş bu yeni değişkenler kullanılarak bağımlı değişken sıralaması kovaryant değişkeni sıralaması üzerine regrese edilerek artıklar kaydedilmiştir. Üçüncü aşamada ise gruplama değişkenine göre artıkların birbirinden farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiş ve bu analiz sonuçları raporlanmıştır

3. BULGULAR

3.1. Demografik Verilerin İleri Analiz Sonuçları

Veriler ele alınmadan önce katılımcı grubun demografik bilgiler ve hastalık süreçlerine ilişkin özellikleri incelenmiştir. Katılımcılara ilişkin demografik bilgiler aşağıda olduğu gibidir.

Tablo 1: Demografik Verilerin İleri Analiz Sonuçları

		KONTROL	OKB	PB	YAB
		N - %	N - %	N - %	N - %
Cinsiyet	Kadın	20- %70	1- %61,9	2- %51,71	17- %68
	Erkek	9- %30	8- %38,1	9- %42,9	8- %32
Yaş Ort.		29,23	29,24	29,33	27,92
Eğitim	İlk Okul	4- %13,3	1- %4,8	1- %4,8	0- %0
	Orta Okul	2- %6,7	2- %9,5	3- %14,3	0- %0
	Lise	4- %13,3	2- %9,5	7- %33,3	2- %8
	Üniversite	20- %66,7	16- %72	10- %47,6	19- %76
Çalışma Durumu	Çalışıyor	17- %56,7	5- %23,8	12- %57,1	11- %44
	Çalışmıyor	13- %43,3	16- %76,2	9- %42,9	14- %56
Ekonomik Durum	Düşük	0- %0	0- %0	1- %4,8	1- %4
	Düşük Orta	0- %0	1- %4,8	3- %14,3	0- %0
	Orta	22- %73,3	14- %66,7	12- %57,1	15- %60
	Ort.Yüksek	8- %26,7	6- %28,6	4- %19	9- %36
	Yüksek	0- %0	0- %0	1- %4,8	0- %0

Aşağıdaki tabloda katılımcıların hastalık sürecine ilişkin bilgiler verilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Hastalık Sürecine İlişkin Verilerin İleri Analiz Sonuçları

		KNTRL	OKB	PB	YAB
		N - %	N - %	N - %	N - %
Hastalık Başlangıç Yaşı Ortalama		0	23,29	26,38	25,04
Hastalık süresi	0-5 Yıl	0	%66,7	%81	%92
	6-10 Yıl	0	%23,8	%9,6	%4
	11-15 Yıl	0	%9,5	%9,5	%4
	16 ve Üzeri	0	0	0	0
Daha Önce İlaç Kullanımı	Var	0	12- %57,1	15- %71,4	14- %60
	Yok	0	9- %42,9	6- %28,6	10- %40
İlaç Kullanım Şekli	Düzenli	0	8- %38,1	7- %33,3	13- %52
	Düzensiz	0	5- %23,8	8- %38,1	2- %8
Doktora Başvurma Sayısı	İlk Kez	0	9- %42,9	7- %33,3	10- %40
	Tedavi	0	12- %57,1	14- %66,7	15- %60
	Gören				
Soy Geçmişte Hastalık	Var	19- %60	14- %66,7	9- %42,9	16- %64
	Yok	12- %40	7- %33,3	12- %57,1	9- %36
Öz Geçmişte Hastalık	Var	5- %16,7	3- %14,3	5- %23,8	6- %24
	Yok	25- %83,3	18- %85,7	16- %76,2	19- %76
Soy Geçmişte Psikiyatrik Hastalık	Var	8- %26,7	11- %52,4	6- %28,6	12- %48
	Yok	22- %73,3	10- %47,6	15- %71,4	13- %52
Öz Geçmişte Psikiyatrik Hastalık	Var	0- %100	8- %38,1	6- %28,6	14- %56
	Yok	30- %100	13- %61,9	15- %71,4	11- %44
Soy Geçmişte Demans	Var	6- %20	5- %23,8	1- %4,8	4- %16
	Yok	24- %80	16- %76	20- %95,2	21- %84

Araştırma hipotezleri incelemeyen önce sosyo-demografik değişkenlerin sonuç değişkenleri ile olan ilişkisi incelenmiştir. Gerçekleştirilen Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre yaş ile başlangıç yaşı ($r(96) = .229, p = .02$), SBST Öğrenme puanı ($r(96) = -.246, p = .02$), SBST En Yüksek Öğrenme puanı ($r(96) = -.208, p = .04$), Stroop Dörtgen Rengini Söyleme Süresi ($r(96) = .218, p = .03$), Stroop Renkli Kelimelerin Rengini Okuma Süresi ($r(96) = .371, p < .001$), Stroop Enterferans Süresi ($r(96) = -.328, p = .001$), WKET Toplam Yanlış Sayısı ($r(96) = .216, p = .03$), WKET Perseveratif Olmayan Sayısı ($r(96) = .221, p = .03$), Görsel Toplam İlk Deneme Puanı ($r(96) = -.216, p = .03$) ile anlamlı ilişki göstermiştir. Bunun dışındaki ilişkiler istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p ler $> .05$).

Cinsiyete farklılıkları bakımından test performansları parametrik gruplararası t -test ya da parametrik olmayan Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Buna göre; kadınların ($Mdn = 4.00$) Geri Sayı Menzili puanları erkeklerinkinden ($Mdn = 4.79$) anlamlı derecede düşüktür ($p = .03$). Kadınların ($X_{ort} = 30.71, SS = 5.79$) Stroop Renkli Kelimeleri Okuma Süresi puanları erkeklerinkinden ($X_{ort} = 27.85, SS = 5.66$) anlamlı derecede yüksektir ($p = .02$). Kadınların ($Mdn = 69.00$) Stroop Renkli Kelimelerin Rengini Söyleme Süresi puanları erkeklerinkinden ($Mdn = 60.00$) anlamlı derecede yüksektir ($p = .01$). Kadınların ($Mdn = 4.00$) Stroop Spontan Düzeltme puanları erkeklerinkinden ($Mdn = 2.00$) anlamlı derecede yüksektir ($p < .01$). Kadınların ($Mdn = 0.00$) Stroop Yanlış Sayısı puanları erkeklerinkinden ($Mdn = 1.00$) anlamlı derecede düşüktür ($p = .01$). Diğer gruplararası farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir (p ler $> .05$).

Tablo 3: Nöropsikolojik Test Performanslarının Cinsiyet Gruplarına Göre İleri Analiz Sonuçları

	Kadın	Erkek	
	Ort-Mdn	Ort-Mdn	P
Geri Sayı Menzili	4,00	4,79	< .03
Stroop 2	30,71±5,79	27,85±5,66	< .02
Stroop 3	69,00	60,00	< .01
Stroop 5	4,00	2,00	< .01
Stroop 6	0,00	1,00	< .01

Hastalık düzeylerine göre test performansının nasıl farklılaştığı parametrik olmayan Kruskal-Wallis testi ile incelenmiştir. Buna göre, hastalık yılı 0-5, 6-10, 11-15 yıl olan hastaların test performansları farklılaşmamaktadır (p ler > .05).

Soygeçmiş ve özgeçmişteki fiziksel ve psikiyatrik hastalık varlığının test performansına etkileri Mann-Whitney U Testi ile incelenmiştir. Soygeçmişinde fiziksel hastalık olan ($Mdn = 3.00$) ve olmayan ($Mdn = 3.00$) katılımcıların Saat Tamamlama puanları birbirinden farklıdır ($p = .04$). Diğer gruplararası farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir (p ler > .05).

Özgeçmişinde fiziksel hastalık olan ($Mdn = 5.00$) ve olmayan ($Mdn = 6.00$) katılımcıların İleri Sayı Menzili puanları birbirinden farklıdır ($p = .04$). Özgeçmişinde fiziksel hastalık olan ($Mdn = 3.00$) ve olmayan ($Mdn = 3.00$) katılımcıların Stroop Spontan Düzeltme puanları birbirinden farklıdır ($p = .04$). Özgeçmişinde fiziksel hastalık olan ($Mdn = 16.00$) ve olmayan ($Mdn = 22.00$) katılımcıların Çizgilerin Yönünü Belirleme Testi puanları birbirinden farklıdır ($p = .001$). Diğer gruplararası farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir (p ler > .05).

Tablo 4: Soygeçmiş ve Özgeçmiş Fizyolojik Rahatsızlıklar Açısından Karşılaştırmalı İleri Analiz Sonuçları

		Olan	Olmayan	
		Mdn	Mdn	P
Soygeçmiş	Saat Planlama	3,00	3,00	< .04
Özgeçmiş	İleri Sayı Menzili	5,00	6,00	<.04
	Stroop 5	3,00	3,00	<.04
	ÇYBT	16,00	22,00	<.01

Soy geçmişinde psikiyatrik hastalık olan ($Mdn = 4.00$) ve olmayan ($Mdn = 4.00$) katılımcıların Geri Sayı Menzili puanları birbirinden farklıdır ($p = .01$). Soy geçmişinde psikiyatrik hastalık olan ($Mdn = 20.00$) ve olmayan ($Mdn = 22.00$) katılımcıların Çizgilerin Yönünü Belirleme Testi puanları birbirinden farklıdır ($p = .01$). Diğer gruplar arası farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir (p ler > .05).

Özgeçmişinde psikiyatrik hastalık olan ($Mdn = 22.00$) ve olmayan ($Mdn = 10.00$) katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puanları birbirinden farklıdır ($p = .001$). Özgeçmişinde psikiyatrik hastalık olan ($Mdn = 0.00$) ve olmayan ($Mdn = 0.00$) katılımcıların Kategorik Değişirme Akıcılık Testi puanları birbirinden farklıdır ($p = .04$). Özgeçmişinde psikiyatrik hastalık olan ($Mdn = 0.00$) ve olmayan ($Mdn = 0.00$) katılımcıların Kategorik Değişirme Akıcılık Testi Kategori Dışı Performans puanları birbirinden farklıdır ($p = .02$). Diğer gruplararası farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir (p ler > .05).

Tablo 5: Soygeçmiş ve Özgeçmiş Psikiyatrik Rahatsızlıklar Açısından Karşılaştırılmalı İleri Analiz Sonuçları

		Olan	Olmayan	
		Mdn	Mdn	P
Soygeçmiş	Geri Sayı Menzili	4,00	4,00	=.01
	ÇYBT	20.00	22.00	= .01
Özgeçmiş	BDÖ	22,00	10,00	= .01
	Kategorik Akıcılık Değişirme	0,00	0,00	= .04
	Kategori Değişirme-Kategori Dışı	0,00	0,00	= .02

Doktora ilk başvuru olup olmamasına göre test performanslarındaki değişim Mann-Whitney *U* testi ile analiz edilmiştir. Buna göre ilk başvurusu olan hastaların (*Mdn* = -2.30) WKET Öğrenmeyi Öğrenme puanları ile ilk başvurusu olmayan hastaların (*Mdn* = 0.18) puanları birbirinden farklıdır ($p < .001$).

Soy geçmişinde demans olan ve olmayan hastaların test performansları Mann-Whitney *U* test ile incelenmiş gruplar arasında fark gözlenmemiştir (p ler $> .05$).

Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının bilişsel işlevler üzerine etkisine bakılmış ve PB hastalarında anksiyete ile Stroop Spontan Düzeltme Puanı (-0,548, $p < 0,05$) arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bununla birlikte YAB hastalarında anksiyete ile Kategorik Akıcılık toplam Puan (-0,521, $p < 0,01$) negatif yönde ve KAS özel İsim toplam puanları (0,521, $p < 0,01$) arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.

3.2. Nöropsikolojik Testlerin İleri Analiz Sonuçları

3.2.1.Sayı Dizisi İleri Analiz Sonuçları

İleri sayı menzili puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 37.533, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 6.43, SS = 1.07$), OKB ($X_{ort} = 5.43, SS = 0.93$), PB ($X_{ort} = 5.52, SS = 0.81$) ve YAB ($X_{ort} = 5.84, SS = 1.11$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

Geri sayı menzili puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 51.172, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 4.57, SS = 1.10$), OKB ($X_{ort} = 4.00, SS = 1.18$), PB ($X_{ort} = 4.43, SS = 0.93$) ve YAB ($X_{ort} = 4.48, SS = 1.08$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

Tablo 6: Sayı Dizisi Testi İleri Analiz Sonuçları

	Kontrol	OKB	PB	YAB		
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	F	P
İleri S.M	6,43±1,07	5,43±0,93	5,52±0,81	5,84±1,11	37,533	< 0.001
Geri S.M	4,57±1,10	4±1,18	4,43±0,9	4,48±1,08	51,172	< 0.001

3.2.3.Sözel Bellek Süreçleri Testi İleri Analiz Sonuçları

SBST Anlık Bellek puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 27.237, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 7.23, SS = 1.55$), OKB ($X_{ort} = 5.90, SS = 1.84$), PB ($X_{ort} = 6.14, SS = 1.49$) ve YAB ($X_{ort} = 6.12, SS = 1.94$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

SBST Öğrenme puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 27.350, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 127.27, SS = 10.28$), OKB ($X_{ort} = 114.81, SS = 13.29$), PB ($X_{ort} = 111.76, SS = 17.47$) ve YAB ($X_{ort} = 116.24, SS = 13.22$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

SBST Kritere Ulaşma puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 59) = 31.716, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 6.55, SS = 2.04$), OKB ($X_{ort} = 7.90, SS = 1.87$), PB ($X_{ort} = 7.44, SS = 1.88$) ve YAB ($X_{ort} = 7.56, SS = 1.41$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

SBST En Yüksek Öğrenme puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 25.395, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 14.90, SS = 0.31$), OKB ($X_{ort} = 13.81, SS = 1.36$), PB ($X_{ort} = 13.67, SS = 1.49$) ve YAB ($X_{ort} = 14.36, SS = 0.99$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Yaygın Anksiyete grubu ($X_{ort} = 14.36, SS = 0.99$) Panik Bozukluk grubundan ($X_{ort} = 13.67, SS = 1.49$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almış; diğer patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

SBST Yanlış Öğrenme puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 25.753, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 0.33, SS = 0.55$), OKB ($X_{ort} = 0.62, SS = 0.74$), PB ($X_{ort} = 1.05, SS = 0.86$) ve YAB ($X_{ort} = 1.20, SS = 1.04$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

SBST Perseverasyon puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 31.187, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 0.00, SS = 0.00$), OKB ($X_{ort} = 0.67, SS = 1.42$), PB ($X_{ort} = 0.86, SS = 1.71$) ve YAB ($X_{ort} = 0.44, SS = 1.04$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

SBST Tutarsızlık puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 24.751, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 3.23, SS = 2.93$), OKB ($X_{ort} = 6.95, SS = 13.96$), PB ($X_{ort} = 6.10, SS = 3.24$) ve YAB ($X_{ort} = 5.28, SS = 3.18$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

SBST Kendiliğinden Hatırlama puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 34.578, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 13.10, SS = 1.71$), OKB ($X_{ort} = 12.76, SS = 1.55$), PB ($X_{ort} = 11.76, SS = 2.70$) ve YAB ($X_{ort} = 12.68, SS = 1.60$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

SBST Tanıma puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 35.143, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 1.90, SS = 1.71$), OKB ($X_{ort} = 2.14, SS = 1.59$), PB ($X_{ort} =$

3.05, $SS = 2.50$) ve YAB ($X_{ort} = 2.20$, $SS = 1.58$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

SBST Toplam Hatırlama puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 36.225$, $p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 15.00$, $SS = 0.00$), OKB ($X_{ort} = 14.90$, $SS = 0.30$), PB ($X_{ort} = 14.76$, $SS = 0.54$) ve YAB ($X_{ort} = 15.00$, $SS = 0.00$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

SBST Yanlış Hatırlama puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 36.536$, $p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 0.10$, $SS = 0.31$), OKB ($X_{ort} = 0.43$, $SS = 0.75$), PB ($X_{ort} = 0.00$, $SS = 1.00$) ve YAB ($X_{ort} = 0.24$, $SS = 0.44$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

SBST Yanlış Tanıma puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 32.300$, $p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 0.00$, $SS = 0.00$), OKB ($X_{ort} = 0.10$, $SS = 0.30$), PB ($X_{ort} = 0.24$, $SS = 0.54$) ve YAB ($X_{ort} = 0.12$, $SS = 0.33$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

Tablo 7: Sözel Bellek Süreçleri Testi İleri Analiz Sonuçları

	Kontrol	OKB	PB	YAB		
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	F	P
SBST 1	7,23±1,55	5,90±1,84	6,14±1,49	6,12±1,94	27,237	< .001
SBST 2	127,27±10,28	114,81±13,29	111,76±17,47	116,24±13,22	27,350	< .001
SBST 3	6,55±2,04	7,90±1,87	7,44±1,88	7,56±1,41	31,716	< .001
SBST 4	14,90±0,31	13,81±1,36	13,67±1,49	14,36±0,99	25,395	< .001
SBST 5	0,33±0,55	0,62±0,74	1,05±0,86	1,20±1,04	25,753	< .001
SBST 6	0±0,0	0,67±1,42	0,86±1,71	0,44±1,04	31,187	< .001
SBST 7	3,23±2,93	6,95±13,96	6,10±3,24	5,28±3,18	24,751	< .001
SBST 8	13,10±1,71	12,76±1,55	11,76±2,70	12,68±1,60	34,578	< .001
SBST 9	1,90±1,71	2,14±1,59	3,05±2,50	2,20±1,58	35,143	< .001
SBST 10	15±0,00	14,90±0,30	14,76±0,54	15±0,00	36,25	< .001
SBST 11	0,10±0,31	0,43±0,75	0±1,00	0,24±0,44	36,536	< .001
SBST 12	0±0,00	0,10±0,30	0,24±0,54	0,12±0,33	32,300	< .001

3.2.4. Stroop Testi İleri Analiz Sonuçları

Stroop Testi Dörtgen Rengini Söyleme Süresi puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklar olmadığına işaret etmektedir ($F(3, 93) = 1.689, p = .18$). Buna göre kontrol ($X_{ort} = 34.50, SS = 6.56$), OKB ($X_{ort} = 39.14, SS = 8.43$), PB ($X_{ort} = 37.67, SS = 7.86$) ve YAB ($X_{ort} = 37.40, SS = 8.84$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Stroop Testi Renkli Kelimeleri Okuma Süresi puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklar olmadığına işaret etmektedir ($F(3, 92) =$

0.575, $p = .63$). Buna göre kontrol ($X_{ort} = 28.63$, $SS = 4.22$), OKB ($X_{ort} = 29.14$, $SS = 4.51$), PB ($X_{ort} = 30.80$, $SS = 7.34$) ve YAB ($X_{ort} = 30.56$, $SS = 6.81$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Stroop Testi Renkli Kelimelerin Rengini Okuma Süresi puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklar olmadığına işaret etmektedir ($F(3, 93) = 0.722$, $p = .54$). Buna göre kontrol ($X_{ort} = 64.07$, $SS = 12.18$), OKB ($X_{ort} = 66.90$, $SS = 12.79$), PB ($X_{ort} = 72.14$, $SS = 12.76$) ve YAB ($X_{ort} = 71.12$, $SS = 23.28$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Stroop Testi Enterferans Süresi puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklar olmadığına işaret etmektedir ($F(3, 92) = 1.463$, $p = .23$). Buna göre kontrol ($X_{ort} = 35.27$, $SS = 10.94$), OKB ($X_{ort} = 37.62$, $SS = 13.08$), PB ($X_{ort} = 41.14$, $SS = 15.57$) ve YAB ($X_{ort} = 38.16$, $SS = 14.72$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Stroop Testi Spontan Düzeltme Sayısı puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 32.483$, $p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 2.57$, $SS = 2.10$), OKB ($X_{ort} = 3.52$, $SS = 3.83$), PB ($X_{ort} = 3.71$, $SS = 2.97$) ve YAB ($X_{ort} = 5.12$, $SS = 4.49$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

Stroop Testi Yanlış Sayısı puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 38.494$, $p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 0.36$, $SS = 0.81$), OKB ($X_{ort} = 1.57$, $SS = 2.44$), PB ($X_{ort} = 2.29$, $SS = 3.42$) ve YAB ($X_{ort} = 1.08$, $SS = 1.35$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

Tablo 8: Stroop Testi İleri Analiz Sonuçları

	Kontrol	OKB	PB	YAB		
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	F	P
STROOP 1	34,50±6,56	4,14±8,43	37,67±7,86	37,40±8,84	1,689	P=.18
STROOP 2	28,63±4,22	29,14±4,51	30,80±7,34	30,56±6,81	0,575	P=.63
STROOP 3	64,07±12,18	66,90±12,79	72,14±12,76	71,12±23,28	0,722	P=.54
STROOP 4	35,27±10,94	37,62±13,0	41,14±15,57	38,16±14,72	1,463	P=.23
STROOP 5	2,57±2,10	3,52±3,83	3,71±2,97	5,12±4,49	32,483	<0.001
STROOP 6	0,36±0,81	1,57±2,44	2,29±3,42	1,08±1,35	38,494	<0.001

3.2.5. Wisconsin Kart Eşleme Testi İleri Analiz Sonuçları

WKET Testi Toplam Cevap Sayısı puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşmış farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 26.551, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 90.43, SS = 20.33$), OKB ($X_{ort} = 114.68, SS = 18.19$), PB ($X_{ort} = 114.67, SS = 18.19$) ve YAB ($X_{ort} = 104.68, SS = 22.65$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır. Yaygın Anksiyete grubu ($X_{ort} = 104.68, SS = 22.65$) Panik Bozukluk grubundan ($X_{ort} = 114.67, SS = 18.19$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan alırken diğer patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

WKET Testi Yanlış Cevap Sayısı puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşmış farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 24.649, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 20.67, SS = 15.95$), OKB ($X_{ort} = 54.58, SS = 22.31$), PB ($X_{ort} = 48.86, SS = 23.42$) ve YAB ($X_{ort} = 37.20, SS = 24.09$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır. Yaygın Anksiyete grubu ($X_{ort} = 37.20, SS = 24.09$) Panik Bozukluk grubundan ($X_{ort} = 48.86, SS = 23.42$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan alırken diğer patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

WKET Testi Doğru Cevap Sayısı puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 48.989, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 69.67, SS = 9.09$), OKB ($X_{ort} = 60.11, SS = 21.84$), PB ($X_{ort} = 65.81, SS = 10.72$) ve YAB ($X_{ort} = 67.56, SS = 15.95$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

WKET Testi Tamamlanan Kategori Sayısı puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 28.088, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 5.83, SS = 0.53$), OKB ($X_{ort} = 3.89, SS = 2.21$), PB ($X_{ort} = 3.95, SS = 1.80$) ve YAB ($X_{ort} = 4.72, SS = 1.74$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Yaygın Anksiyete grubu ($X_{ort} = 4.72, SS = 1.74$) Panik Bozukluk grubundan ($X_{ort} = 3.95, SS = 1.80$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan alırken diğer patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

WKET Testi Perseveratif Tepki Sayısı puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 25.877, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 12.50, SS = 8.89$), OKB ($X_{ort} = 32.00, SS = 23.04$), PB ($X_{ort} = 29.62, SS = 14.33$) ve YAB ($X_{ort} = 22.72, SS = 16.74$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır. Yaygın anksiyete grubu ($X_{ort} = 22.72, SS = 16.74$) Panik Bozukluk grubundan ($X_{ort} = 29.62, SS = 14.33$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan alırken diğer patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

WKET Testi Perseveratif Hata Sayısı puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 25.391, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 11.40, SS = 9.19$), OKB ($X_{ort} = 27.37, SS = 18.05$), PB ($X_{ort} = 25.86, SS = 12.56$) ve YAB ($X_{ort} = 20.00, SS = 13.91$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır. Yaygın Anksiyete grubu ($X_{ort} = 20.00, SS = 13.91$) Panik Bozukluk grubundan ($X_{ort} = 25.86,$

$SS = 12.56$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan alırken diğer patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

WKET Testi Perseveratif Olmayan Hata Sayısı puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 28.818, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 8.40, SS = 6.98$), OKB ($X_{ort} = 21.16, SS = 11.39$), PB ($X_{ort} = 21.29, SS = 12.33$) ve YAB ($X_{ort} = 13.88, SS = 9.90$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır. Yaygın Anksiyete grubu ($X_{ort} = 13.88, SS = 9.90$) Panik Bozukluk grubundan ($X_{ort} = 21.29, SS = 12.33$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan alırken diğer patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

WKET Testi Perseveratif Hata Yüzdesi puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 25.784, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 11.45, SS = 4.83$), OKB ($X_{ort} = 22.69, SS = 13.28$), PB ($X_{ort} = 21.45, SS = 8.55$) ve YAB ($X_{ort} = 17.55, SS = 9.46$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır. Yaygın Anksiyete grubu ($X_{ort} = 17.55, SS = 9.46$) Panik Bozukluk grubundan ($X_{ort} = 21.45, SS = 8.55$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan alırken diğer patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

WKET Testi İlk Kategoriyi Tamamlamada Kullanılan Tepki Sayısı puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 24.607, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 11.43, SS = 1.94$), OKB ($X_{ort} = 27.68, SS = 27.26$), PB ($X_{ort} = 25.33, SS = 28.02$) ve YAB ($X_{ort} = 19.60, SS = 17.80$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

WKET Testi Kavramsal Düzey Tepki Sayısı puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 27.744, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 75.01, SS = 13.98$), OKB ($X_{ort} = 49.76, SS = 23.55$), PB ($X_{ort} = 51.02, SS = 19.36$) ve YAB ($X_{ort} = 63.16, SS =$

19.96) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Yaygın Anksiyete grubu ($X_{ort} = 63.16$, $SS = 19.96$) Panik Bozukluk grubundan ($X_{ort} = 51.02$, $SS = 19.36$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan alırken diğer patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

WKET Testi Kurulumu Sürdürme Başarısızlığı puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 34.721$, $p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 0.30$, $SS = 0.60$), OKB ($X_{ort} = 1.11$, $SS = 1.58$), PB ($X_{ort} = 1.05$, $SS = 1.24$) ve YAB ($X_{ort} = 0.92$, $SS = 1.22$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

WKET Testi Öğrenmeyi Öğrenme puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 44.538$, $p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 0.79$, $SS = 3.06$), OKB ($X_{ort} = -0.77$, $SS = 5.42$), PB ($X_{ort} = -4.75$, $SS = 11.36$) ve YAB ($X_{ort} = -2.10$, $SS = 7.39$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

Tablo 9: Wisconsin Kart Eşleme Testi İleri Analiz Sonuçları

	Kontrol	OKB	PB	YAB	F	P
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss		
WKET1	90,43±20,33	114,68±18,19	14,67±19,19	104,68±22,65	26,551	<0.001
WKET2	20,67±15,95	54,58±22,31	48,86±23,42	37,20±24,09	24,649	<0.001
WKET3	69,67±9,09	60,11±21,84	65,81±10,74	67,56±15,95	48,989	<0.001
WKET4	5,83±0,53	3,89±2,21	3,95±1,80	4,72±1,74	28,088	<0.001
WKET5	12,50±8,89	32,00±23,04	29,62±14,330	22,72±16,74	25,877	<0.001
WKET6	11,40±9,19	27,37±18,05	25,86±12,56	20,00±13,91	25,391	<0.001
WKET7	8,40±6,98	21,16±11,39	21,29±12,33	13,88±9,90	28,818	<0.001
WKET8	11,45±4,83	22,69±13,28	21,45±8,55	17,55±9,46	25,784	<0.001
WKET9	11,43±1,94	27,68±27,26	25,33±28,02	19,60±17,80	24,607	<0.001
WKET10	75,01±13,98	49,76±23,55	51,02±19,36	63,19±19,96	27,744	<0.001
WKET11	0,30±0,60	1,11±1,58	1,05±1,24	0,92±1,22	34,721	<0.001
WKET12	0,79±3,06	-0,77±5,42	-4,75±11,36	-2,10±7,39	44,38	<0.001

3.2.6. Sözel Akıcılık Testleri İleri Analiz Sonuçları

3.2.6.1. Kontrollü Kelime Çağrışım Testi İleri Analiz Sonuçları

Semantik Akıcılık (KAS-Hayvan) puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 90) = 3.387, p = .02$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 20.40, SS = 3.84$) ve Yaygın Anksiyete ($X_{ort} = 19.08, SS = 2.59$), OKB ($X_{ort} = 16.53, SS = 2.30$) ve PB ($X_{ort} = 16.81, SS = 2.46$) grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almış; diğer gruplar birbirinden farklılaşmamıştır.

Semantik Akıcılık perseverasyon puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 91) = 45.461, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 0.10, SS = 0.31$); OKB ($X_{ort} = 0.20, SS = 0.52$), PB ($X_{ort} = 0.33, SS = 0.91$) ve YAB ($X_{ort} = 0.21, SS = 0.51$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji gruplar birbirinden farklılaşmamıştır.

Semantik Akıcılık kategori dışı puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 91) = 44.943, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 0.00, SS = 0.00$); OKB ($X_{ort} = 0.00, SS = 0.00$), PB ($X_{ort} = 0.05, SS = 0.22$) ve YAB ($X_{ort} = 0.04, SS = 0.20$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji gruplar birbirinden farklılaşmamıştır.

Fonemik Akıcılık (KAS) toplam puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 91) = 20.991, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 49.17, SS = 14.26$); OKB ($X_{ort} = 30.45, SS = 8.65$), PB ($X_{ort} = 32.38, SS = 11.76$) ve YAB ($X_{ort} = 36.96, SS = 11.20$) gruplarından anlamlı derecede düşük puan lırken, aynı zamanda panik ($X_{ort} = 32.38, SS = 11.76$) grubu yaygın anksiyete ($X_{ort} = 36.96, SS = 11.20$) grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; diğer gruplar birbirinden farklılaşmamıştır.

Fonemik Akıcılık Toplam Perseverasyon puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşmış farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 91) = 39.710, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 0.43, SS = 0.82$); OKB ($X_{ort} = 1.10, SS = 1.12$), PB ($X_{ort} = 0.86, SS = 1.28$) ve YAB ($X_{ort} = 0.71, SS = 1.04$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji gruplar birbirinden farklılaşmamıştır.

Fonemik Akıcılık Toplam Kategori Dışı puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşmış farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 91) = 35.931, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 0.00, SS = 0.00$); OKB ($X_{ort} = 0.25, SS = 0.44$), PB ($X_{ort} = 0.95, SS = 3.69$) ve YAB ($X_{ort} = 0.21, SS = 0.51$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji gruplar birbirinden farklılaşmamıştır.

Fonemik Akıcılık Özel İsim puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşmış farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 91) = 44.407, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 0.50, SS = 0.90$); OKB ($X_{ort} = 0.20, SS = 0.52$), PB ($X_{ort} = 0.95, SS = 1.00$) ve YAB ($X_{ort} = 0.71, SS = 1.04$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji gruplar birbirinden farklılaşmamıştır.

Tablo 10: Kontrollü Kelime Çağrışım Testi İleri Analiz Sonuçları

		Kontrol	OKB	PB	YAB		
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	F	P
Semantik (Hayvan)	Toplam	20,40±3,84	16,53±2,30	16,81±2,46	19,18±2,59	3,387	P=.02
	Persever	0,10±0,31	0,20±0,52	0,33±0,91	0,21±0,51	45,461	<0.001
	Kat.Dışı	0,00±0,00	0,00±0,00	0,05±0,22	0,04±0,20	44,943	<0.001
Fonemik KAS	Toplam	49,17±14,26	30,45±8,65	32,38±11,76	36,96±11,20	20,991	<0.001
	Persever	0,43±0,82	1,10±1,12	0,86±1,28	0,71±1,04	39,710	<0.001
	Kat.Dışı	0,00±0,00	0,25±0,44	0,95±3,69	0,21±0,51	35,931	<0.001
	Özel	0,50±0,90	0,20±0,52	0,95±1,00	0,71±1,04	44,407	<0.001

3.2.6.2. Kategori Değiştirme Akıcılık Testi İleri Analiz Sonuçları

Kategori Değiştirme Akıcılık Testi Toplam puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 32.306, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 9.90, SS = 2.34$), OKB ($X_{ort} = 8.14, SS = 2.03$), PB ($X_{ort} = 8.43, SS = 2.62$) ve YAB ($X_{ort} = 8.20, SS = 2.45$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

Kategori Değiştirme Akıcılık Testi Kategori Perseverasyonu puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 32.472, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 0.13, SS = 0.35$), OKB ($X_{ort} = 0.23, SS = 0.44$), PB ($X_{ort} = 0.52, SS = 0.75$) ve YAB ($X_{ort} = 0.68, SS = 0.69$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

Kategori Değiştirme Akıcılık Testi Meyve İsim Perseverasyon puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 45.455, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 0.30, SS = 1.32$), OKB ($X_{ort} = 0.52, SS = 1.36$), PB ($X_{ort} = 0.90, SS = 1.79$) ve YAB ($X_{ort} = 0.16, SS = 0.37$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

Kategori Değiştirme Akıcılık Testi Kategori Dışı puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 34.697, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 0.00, SS = 0.00$), OKB ($X_{ort} = 0.62, SS = 0.86$), PB ($X_{ort} = 0.14, SS = 0.48$) ve YAB ($X_{ort} = 0.32, SS = 0.75$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

Tablo 11: Kategori Değiştirme Akıcılık Testi İleri Analiz Sonuçları

	Kontrol	OKB	PB	YAB		
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	F	P
Toplam	9,90±2,34	8,14±2,03	8,43±2,62	8,20±2,45	32,306	<0.001
Katgr.Perse	0,13±0,35	0,23±0,44	0,52±0,75	0,68±0,69	32,472	<0.001
Meyve-isim Persev.	0,30±1,32	0,52±1,36	0,90±1,79	0,16±0,37	45,455	<0.001
Katg. dışı	0,00±0,00	0,62±0,86	0,14±0,48	0,32±0,75	34,697	<0.001

3.2.7. Saat izim Testi İleri Analiz Sonuçları

Saat Tamamlama puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 38.734, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 3.00, SS = 0.00$), OKB ($X_{ort} = 2.67, SS = 0.66$), PB ($X_{ort} = 2.90, SS = 0.30$) ve YAB ($X_{ort} = 2.76, SS = 0.44$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almış; patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

Tablo 12: Saat izim Testi İleri Analiz Sonuçları

	Kontrol	OKB	PB	YAB		
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	F	P
Saat	3,00±0,00	2,67±0,66	2,90±0,30	2,76±0,44	38,734	<0.001

3.2.8. Çizgi Yönü Belirleme Testi İleri Analiz Sonuçları

Çizgilerin Yönünü Belirleme Testi puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 36.693, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 23.30, SS = 3.41$), OKB ($X_{ort} = 20.35, SS = 4.91$), PB ($X_{ort} = 17.29, SS = 6.08$) ve YAB ($X_{ort} = 21.20, SS = 4.95$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Yaygın anksiyete grubu ($X_{ort} = 21.20, SS = 4.95$) panik grubundan ($X_{ort} = 17.29, SS = 6.08$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan alırken diğer patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

Tablo 13: Çizgi Yönü Belirleme Testi İleri Analiz Sonuçları

	Kontrol	OKB	PB	YAB		
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	F	P
Ç.Y.B.T	23,30±3,41	20,35±4,91	17,29±6,08	21,20±4,95	36,693	<0.001

3.2.9. Görsel Bellek Testi İleri Analiz Sonuçları

Görsel Toplam İlk Deneme puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 20.150, p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 13.63, SS = 0.93$), OKB ($X_{ort} = 11.65, SS = 2.54$), PB ($X_{ort} = 10.81, SS = 2.34$) ve YAB ($X_{ort} = 12.12, SS = 1.92$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Yaygın Anksiyete grubu ($X_{ort} = 12.12, SS = 1.92$) Panik Bozukluk grubundan ($X_{ort} = 10.81, SS = 2.34$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan alırken diğer patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

Görsel Hatırlama Toplam puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 16.813, p < .001$). Post-hoc

LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 13.37$, $SS = 1.25$), OKB ($X_{ort} = 10.30$, $SS = 3.36$), PB ($X_{ort} = 9.27$, $SS = 3.36$) ve YAB ($X_{ort} = 10.56$, $SS = 2.76$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Yaygın anksiyete grubu ($X_{ort} = 10.56$, $SS = 2.76$) Panik Bozukluk grubundan ($X_{ort} = 9.27$, $SS = 3.36$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan alırken diğer patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

Görsel Toplam Tanıma puanlarının depresyon puanları kontrol edildikten sonra gruplar arasında farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları gruplar arası farklılıklara işaret etmektedir ($F(3, 93) = 32.682$, $p < .001$). Post-hoc LSD sonuçlarına göre kontrol grubu ($X_{ort} = 14.00$, $SS = 0.00$), OKB ($X_{ort} = 10.70$, $SS = 3.86$), PB ($X_{ort} = 10.47$, $SS = 4.62$) ve YAB ($X_{ort} = 13.52$, $SS = 1.12$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Yaygın Anksiyete grubu ($X_{ort} = 10.56$, $SS = 2.76$) Panik Bozukluk grubundan ($X_{ort} = 9.27$, $SS = 3.36$) ve OKB grubundan ($X_{ort} = 10.70$, $SS = 3.86$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan alırken diğer patoloji grupları birbirinden farklılaşmamıştır.

Tablo 14: Görsel Bellek Testi İleri Analiz Sonuçları

	Kontrol	OKB	PB	YAB		
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	F	P
İlk Deneme	13,63±0,93	11,65±2,54	10,84±2,34	12,12±1,92	20,150	<0.001
Hatırlama	13,37±1,25	10,30±3,36	9,27±3,36	10,56±2,76	16,83	<0.001
Tanıma	14,00±0,00	10,70±3,86	10,47±4,62	13,52±1,12	32,62	<0.001

4.TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve en az bir aylık süre boyunca psikotropik ilaç kullanmayan OKB, PB ve YAB hastalarında, depresyonun etkisi çıkartılarak bilişsel işlevler açısından sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırmanın yanı sıra; OKB, PB ve YAB hastalarının kendi grupları arasında da nöropsikolojik testler açısından farklılık gösterip göstermediğini incelemektir.

Araştırmamız el tercihi, eğitim, cinsiyet ve yaş düzeyi olarak eşleşen 21 OKB, 21 PB, 25 YAB ve 30 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 97 kişiden oluşmaktadır. Araştırmamız, katılımcı sayıları bakımından literatürdeki araştırmalar ile karşılaştırıldığında literatür ile uyumludur.

Yaşlanma faktörünün bilişsel işlevler üzerine olumsuz etkisi olduğu düşünülerek araştırmaya 18-45 yaş arasında denekler alınmıştır. Bu durumun araştırmanın güvenilirliğini daha fazla artıracakı düşünölmüştür.

El tercihi, yaş, zeka ve eğitim durumunun bilişsel işlevler üzerine etkisi düşünölmek, güvenilirliği artırmak amacıyla; çalışmaya alınan denekler istatistiksel olarak aralarında fark olmayacak şekilde eşleştirilmiştir.

Araştırmamıza katılan deneklerin tamamı ilk kez nöropsikolojik testlerle karşılaştığı için deneklere testler hakkında bilgi verilmiş ve performans anksiyetesi önlenmeye çalışılmıştır. Tüm katılımcılara nöropsikolojik testlerin tamamı aynı uygulayıcı tarafından uygulanarak olası uygulama ve yorumlama farklılıklarının önüne geçilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların hiçbirine depresyon tanısı konulmamasına rağmen BDÖ puanlarının kontrol grubuna göre yüksek çıkması nedeniyle uygulanan analizlerde depresyonun etkisi çıkartılarak analizler uygulanmıştır. BDÖ puanlarındaki yükselmenin OKB, PB ve YAB eşlik eden yaşam kalitesindeki bozulma ve işlevsellikteki azalmaya bağlı oluşan reaktif depresyon olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda OKB, PB ve YAB'nin çoğunlukla farklı psikiyatrik hastalıklarla (örn. majör depresyon, distimi, anksiyete bozuklukları, hipokondriazis) komorbid olduğu bulunmuştur (Özcan, Uğuz ve Çilli, 2006, Karamustafalıoğlu ve

ark., 2009, Saygılı ve Karamustafaloğlu, 2010). Bununla birlikte araştırmalarda depresyonun bilişsel işlevler üzerine etkilerine bakılmış ve depresif belirtilerin bilişsel işlevler üzerine olumsuz bir etkisi olduğu belirtilmiştir (Karabekiroğlu ve ark., 2010). Depresyonun bilişsel işlevler üzerine olumsuz etkisi göz önünde bulundurulduğunda, depresyon etkisi kontrol edilerek olası yanlış yorumlamaların önüne geçilmiştir.

Literatürde yapılan araştırmaların bazılarında depresyonun bilişsel işlevler üzerine etkisi kontrol edilirken, bazı araştırmalarda ise depresyon etkisi kontrol edilmeden değerlendirmeler yapılmıştır. Moritz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada görsel bellekte anlık ve gecikmiş hatırlamayı ölçen Rey Complex Figure Testinin, depresyon ek tanısı alan OKB'lerde bozulduğu bulunmuştur (Moritz ve ark., 2003). Yapılan bazı araştırmalarda ise depresyonun OKB'nin bilişsel işlevleri üzerine bir etkisi olmadığı bulunmuştur. (Lucey ve ark. 1997, Mataix-Cols ve ark. 1997,1999)

Nöropsikolojik testler ile yapılan birçok araştırmada testlerin ilişkili olduğu beyin bölgeleri ile hangi işlevleri ölçtüğüne dair birçok araştırma yapılmıştır. Araştırmamızda kullandığımız testler literatürde kullanılan testler ile uyumlu olmakla birlikte, bilişsel işlevleri değerlendirmek açısından geniş bir bakış açısı sunmaktadır. Araştırmamızda kullandığımız testler ve ilişkili olduğu alanlar ile ilgili sonuç ve yorumlar aşağıdaki gibidir.

4.1.Dikkat ve Yönetici İşlevler

Araştırmamızda kullanılan WMS-sayı dizisi testi dikkat süreçlerini ve kısa süreli belleği ölçen bir test olarak değerlendirilmiştir. Frontal lob, temporal lob ve limbik sistem ile ilişkili olduğu düşünölen sayı dizisi test sonuçlarına göre; OKB, PB ve YAB hastaları ile sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. OKB, PB ve YAB ile yapılan karşılaştırmalarda patoloji grupları arasında anlamlı bir fark yoktur. Sağlıklı kontrol grubu, hem ileri hem de geri sayı dizisinde hasta gruplarına oranla daha yüksek performans göstermişlerdir.

Sayı dizisi ile yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda OKB hastaları ile yapılan benzer çalışmalar bulgularımızla uyumlu görölmektedir Tökel ve arkadaşlarının ölkemizde yaptığı bir çalışmada OKB tanısı alan hastalarda hem ileri, hem de geri sayı menziline kontrol grubundan daha düşük puanlar aldığı bulunmuştur (Tökel ve ark, 2012).. Bununla birlikte ölkemizde OKB ile yapılan bazı araştırmalarda sayı dizisi

testinde sağlıklı grup ile OKB arasında anlamlı bir farklılık bulunmayan çalışmalarda mevcuttur (Öznur, 2006, Özdemir, 2007, Geus, 2007).

Psikomotor hız, odaklanmış dikkat, dikkati sürdürme işlevi, tepki inhibisyonu, bozucu etkiye direnç ve bilgi işleme hızını ölçen Stroop Testi puanlarında da farklılık mevcuttur. Frontal lob ile ilişkili olduğu araştırmalar ile gösterilen bu testin sonuçlarına göre; OKB, PB ve YAB grubu, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında Stroop dörtgen rengi okuma, Stroop renkli kelimeleri okuma, Stroop renkli kelimelerin rengini okuma ve enterferans süresinde tüm gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur. OKB ile yapılan çalışmaların bazılarında enterferans süresinin normal gruplar ile benzer çıkması OKB hastalarının dürtüselliklerini kontrol edebildiği yönünde yorumlanmıştır. Bu durumun aynı zamanda OKB'yi impulsivitenin ön planda olduğu hiperaktivite bozukluğundan ayırdığı belirtilmiştir (Öznur, 2006)

Bununla birlikte OKB, PB ve YAB hastalarının Stroop yanlış sayısı ve spontan düzeltme sayısının kontrol grubu ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda enterferans süresinin benzer olmasının yanında yanlış ve spontan düzeltmelerin fazla olması bu hasta grubunda dikkati sürdürme becerilerinde çeldiricilerle baş etme mekanizmalarının zayıf olduğunu göstermiştir. Hasta grubunun yanlış sayılarının fazla olması, düzeltmesi gereken durumlarda bu durumu fark edemeyip tekrar devam ettiği anlamına gelmektedir. Bununla birlikte spontan düzeltmelerinin yanlışlarla birlikte fazla olması her ne kadar enterferans süresi arasında bir farklılık olmasa da dikkatte bozulmaların olduğu anlamına gelmektedir. Bu durum hasta grubunun kontrol grubuna oranla çeldiricilerle baş etme becerisi, bozucu etkiye direnç ve odaklanmış dikkatte daha fazla bozulmanın olduğunu göstermektedir.

OKB tanılı hastalarda Stroop ile yapılan çalışmalarda da farklılıklar söz konusudur. Araştırmalar da bizim sonuçlarımızla uyumlu bulguların yanında (Tükel ve ark., 2012), farklı bulgularda mevcuttur (Penades ve ark. 2005, Özdemir, 2007). Yapılan araştırmalarda OKB ve PB'deki seçici dikkat ile ilgili bozulmaların bu hastalardaki depresif belirtiler ile de ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Kampman ve ark. 2002).

PB'de, Stroop testi ile yapılan çalışmalarda dikkat süreçlerinde bozulmalar olduğuna ve bu bozulmanın hastalık süresi ile ilişkili olduğuna dair bulgular mevcuttur (Birer, 2010). Kampman'nın 2002'de OKB ve PB ile yaptığı bir çalışmada her iki hasta grubundaki bozulmaların depresif bulgularla ilişkili olduğu ileri sürülmüştür

(Kampman, 2002). YAB ile yapılan çalışmalarda araştırmamızda kullandığımız Stroop Testi ile yapılan çalışmalar yetersiz olmamakla birlikte Stroop Etkisinin kullanıldığı ve seçici dikkatin tehlikeli uyarılara karşı tepki hızının ölçüldüğü bazı çalışmalar mevcuttur. Elde edilen bulgulara göre YAB'nin sağlıklı kontrol gruplarına göre daha düşük performans gösterdiği bulunmuştur (Mathews ve MacLeod, 1985).

WKET'tin çok yönlü bir test olduğu, yönetici işlevlerle ilişkili olduğu ve yönetici işlevlerin de en çok frontal lob ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Karakaş ve Karakaş 2000: 216). Çoğu araştırma benzer bulgular yönünden tutarlı olmakla birlikte frontal lob veya alt bölgelere yönelik ilişkili bulunamayan çalışmalar da mevcuttur. Bu durumun WKET'in çok yönlü görevler örüntüsü içermesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. (Karakaş, Bakar ve Dinçer: 2004: 19)

Araştırmamızda kullandığımız bu testin yürütücü işlevler, karmaşık dikkat, soyut düşünme, problem çözme, planlama, davranışsal inhibisyon, bilişsel esneklik, yargılama gibi bilişsel süreçlerle ilişkili olduğu bilinmektedir.

Araştırmamızda elde edilen sonuçlara göre; Wisconsin Kart eşleme testinde OKB, PB ve YAB tanısı alan hastalar, WKET'tin tüm alt puanları açısından karşılaştırıldığında hasta grubu, sağlıklı kontrollere göre daha düşük performans göstermiştir.

Bu sonuçlara göre, OKB, PB ve YAB karmaşık dikkat, özellik belirleme, perseverasyon, çalışma belleği, yürütücü işlevler, kavramsallaştırma ve soyut düşünmede gibi WKET ile ilişkili olan alanlarda, sağlıklı kişilere göre daha düşük performanslar göstermişlerdir.

Bununla birlikte hasta grupları arasındaki karşılaştırmalarda PB tanısı alan hastaların, YAB tanısı alan hastalara göre WKET kurulumu sürdürme puanı ve WKET ilk kategoriyi tamamlamada kullanılan kart sayısı hariç, diğer tüm alt puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. PB tanılı hastalar, YAB tanılı hastalara göre WKET'te daha düşük performans göstermiştir. Bu sonuçlara göre PB hastalarının YAB tanılı hastalara göre WKET'in ilgili olduğu alanlarında daha fazla bozulmalar vardır.

OKB ile yapılan çalışmaların çoğu bizim bulgularımızla uyumlu (Tükel ve ark., 2012) olsa bile WKET performanslarında da anlamlı farklar olmadığına dair bulgularda mevcuttur. Kuelz ve arkadaşlarının (Kuelz ve ark. 2004) yaptığı bir çalışmada kurulumu değiştirme puanında bozulmanın olup olmadığına dair net bir sonuç elde edilemezken, ilk kategoriyi tamamlamada kullanılan kart sayısında (Veale

ve ark. 1996, Purcell ve ark. 1998) toplam yanlış sayısında (Gambini ve ark. 1993, Tükel ve ark., 2012), tamamlanan kategori sayısında (Hymas ve ark. 1991, Tükel ve ark., 2012), kurulumu değiştirme yeteneğinde (Olley ve ark. 2007, Öznur, 2006, Özdemir, 2007) ve perseveratif hata sayısında (Roh ve ark. 2005, Özdemir, 2007) bozulmaların olduğuna yönelik çalışmalar mevcuttur. Bu puanlara yönelik çalışmaların bazılarında ise OKB hastaların puanlarında herhangi bir bozukluk saptanmamıştır (Cavallaro ve ark. 2003; Roth ve ark. 2004). Yapılan bir çalışmada OKB’de WKET performansında sağlıklı kontrol gruplarıyla benzer performanslar gösteren OKB hastalarına Nesne Değiştirme Testi uygulanmış ve hasta grubun sağlıklı gruba göre daha kötü performans gösterdiği ve bu durumun yanıt inhibisyonunun başarısızlığı sonucu olduğu düşünülmüştür (Abbruzzese ve ark. 1995).

OKB ile yapılan bazı araştırmalar kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı ve perseveratif hata puanları arasında fark olduğu ve her iki puanda da hasta grubunun kontrol grubundan daha yüksek puan aldığı, yani daha düşük performans gösterdiği bulunmuştur. OKB’de çıkan bu farklılıkların gruplardaki yetersiz eşlemeden kaynaklı olabileceği belirtilmiştir. (Kuelz ve ark. 2004)

Zihinsel esneklik, soyutlama, varsayım test etme, pekiştirmeye dayanarak yanıtları değiştirme becerisini ölçtüğü düşünülen “perseveratif olmayan hata sayısı” puanının, bireylerde hata saptama ve sağlama yeteneği ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte yapılan nörogörüntüleme araştırmalarıyla bu yeteneğin ilgili olduğu alanın, fronto-striatal-talamik döngülerin kortikal bileşeni olan orbitofrontal korteks ve anterior singulat korteks ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Perseveratif olmayan hata sayısı puanının yüksek olması bu alanlarla ilgili kusurlar ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (Öznur, 2006).

Kategoriye değiştirebilme yeteneğini de değerlendiren WKET’teki sonuçlar arasında da farklılıklar bulunmuştur. OKB ile yapılan bazı çalışmalarda bozulmuş performanslar bildirilirken (Boone ve ark. 1991, Hymas ve ark 1991, Lucey ve ark. 1997, Okasha ve ark. 2000) bazı çalışmalarda sağlıklı kontrol grubuyla farklılıkların olmadığına dair bulgular da mevcuttur (Abbruzzese ve ark. 1995, Moritz ve ark. 2001,2002). Bu sonuçlarda frontal lob disfonksiyonu olan hastalar ile uyumludur.

Yürütücü işlevleri ve sözel belleği değerlendirmek üzere kullanılan California sözel öğrenme testinin ilk deneme puanı ile Wisconsin kart eşleme testindeki kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı arasında bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin dikkat süreçleri hakkında fikir verdiği düşünülmektedir (Greve ve ark. 1998). Yapılan

araştırmada WKET kurulumu sürdürmede başarisızlık puanı yüksek olan kişilerde California Sözel ğrenme testinin ilk denemesinden elde edilen puanın düşük olduğu tespit edilmiş ve bu durumun dikkatteki bozulmanın bir işareti olduğu dşnlmştır.

Araştırmamızda çıkan sonuçlarda literatür ile uyumludur. OKB, PB ve YAB hastalarının kurulumu sürdürmede başarisızlık puanının yüksek olduğu, kontrol grubuna göre düşük performans gösterdiği, bununla birlikte SBST ilk deneme puanlarının düşük çıktığı saptanmıştır. Moritz ve arkadaşları OKB'deki bilgi işleme ve tepki hızındaki yavaşlama ile ilgili farklılıkları "obsesyonel yavaşlık" ile açıklamışlardır (Moritz ve ark. 2001,2002).

Araştırmamızda yürütücü işlevler, karmaşık dikkat süreçleri, sebat ve zihinsel geri getirme ile ilişkili olan sözel akıcılık testilerinden hem fonemik akıcılık, hem semantik akıcılık llmştır. Yapılan araştırmalarda bu testlerin sol frontal lob ve prefrontal lob ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Noyan, 2011).

Araştırmamızda kullandığımız semantik akıcılık testinin sonuçlarına göre kontrol grubu, YAB, PB ve OKB'den anlamlı düzeyde daha yüksek puan almışlardır. Bu testin alt puanlarından olan perseverasyon puanı ve kategori dışı söyleme puanında sağlıklı kontrol grubu, OKB, PB ve YAB'den daha düşük puan alarak daha iyi performans göstermiştir.

Fonemik Akıcılığı ölçmek için kullanılan KAS'ta, KAS toplam puanda kontrol gurubu, OKB, PB ve YAB tanısı alan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek puan almıştır. Bununla birlikte PB ve YAB hastaları karşılaştırıldığında, PB hastaları YAB tanılı hastalara göre anlamlı düzeyde düşük puan almıştır. Diğer alt puanlara bakıldığında OKB, PB ve YAB tanılı hastaların kontrol grubuna göre perseverasyon sayıları, kategori dışı söylenen kelimeler ve özel isim puanları anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Test ncesi verilen yönergede yasak olduğu söylenen özel isim ve kategori dışı olan kelimelerin fazlalığı, bununla birlikte perseverayon miktarının sayı fazlalığı her üç hasta grubu için yürütücü işlevler, karmaşık dikkat, dikkati sürdürme gibi bilişsel alanlarda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük performans sergilediğini göstermektedir. Aynı zamanda PB'deki bozulma YAB'ye göre daha fazladır.

Sözel akıcılık testlerinden bir diğeri Kategori Değiştirme Akıcılık Testidir. Meyve-İsim çiftlerinin söylendiği bu testin sonuçlarında OKB, PB ve YAB tanılı hastalar ile kontrol grubu arasında tüm alt puanlarda anlamlı bir fark vardır. Kontrol grubu toplam puanda her üç gruba göre daha yüksek puan almıştır. Bununla birlikte

daha az perseverasyon ve kategori dışı kelime söyleyerek daha yüksek performans göstermiştir.

Sözel akıcılık testleri ile elde ettiğimiz sonuçlar literatür ile uyumludur. OKB ile yapılan araştırmaların çoğunda sözel akıcılık testlerinde sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük performans gösterdikleri bulunmuştur. Bu durumun yürütücü işlevlerdeki belirgin bozulmanın bir kanıtı olabileceği belirtilmiştir (Öznur, 2006, Tükel ve ark., 2012). Bununla birlikte geri getirme işlevleri, perseverasyonların fazlalığının beynin bu alalarla ile ilişkili olduğu düşünülen prefrontal korteksten başlayan prefrontal-striatal-talamik devrelerdeki işlev bozukluklarıyla uyumlu olduğu bildirilmiştir (Öznur, 2006)

Dikkat ve yönetici işlevler ile yapılan çalışmaların çoğu OKB grubu ile yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda kullanılan testler ve katılımcılar arasında farklılıklar olsa da OKB’de (Lacerda, 2003, Tükel ve ark., 2012, Kashyap, 2013), PB’de (Kampman, 2002), YAB’de (Tempesta ve ark., 2013) dikkat ve yönetici işlevlerde bozulmaların olduğuna yönelik araştırmalar mevcuttur. Sonuçları açısından araştırmamızdaki bulgular literatür ile uyumludur.

OKB, PB ve YAB’li hastalarla yapılan bazı çalışmalar dikkat ve yürütücü işlevlerdeki kusurların frontal korteks yapılarındaki bozukluktan etkilendiğini belirtmektedir (Wu ve ark., 1991, Purcell ve ark., 1998; Savage ve ark., 1999, Kuğu ve Balayır, 2001, Eren ve ark., 2003, Kashyap ve ark. 2013).

Yürütücü işlevlerin beynin hangi bölgesiyle ilişkili olduğuna dair yapılan çalışmalar belirli alanlar üzerinde hemfikir olsalar da yürütücü işlevlerin beyin bölgesinin birçok alanıyla etkileşim içerisinde olduğu bilinmektedir. Bu nedenle çıkan sonuçları veya bilişsel işlevlerle ilgili alanları beynin belirli bölgesinin disfonksiyonuna bağlamanın aşırı basitleştirmek anlamına gelebileceği akılda tutulmalıdır. Sonuçlar bu açıdan dikkatle değerlendirilmelidir.

4.2.Sözel Bellek

Araştırmamızda kullandığımız SBST testi kısa süreli bellek, uzun süreli bellek, tanıma, hatırlama gibi sözel bellek ile ilişkili olan alanları ölçmektedir. Araştırmamızda OKB, PB ve YAB tanısı alan hastalar sağlık kontrol grubuna göre SBST’nin tüm alt puanlarında daha düşük performans göstermişlerdir. SBST Kriter Ulaşma puanlarındaki sonuçlara göre 10 tekrar sonrası hasta grubunda, on beş

kelimeyi tamamıyla söyleyemeyen hastalar anlamlı derecede yüksektir. Buna göre kritere ulaşamayan katılımcılar kontrol grubunun %10'unu, OKB grubunun %48'ini, Panik grubunun %57'sini, Yaygın Anksiyete grubunun %36'sını oluşturmaktadır. Bu durum OKB, PB ve YAB'de sözel bellek süreçlerinde kısa süreli bellekte bozulmalar olduğunu göstermektedir. SBST alt testlerinin tüm puanlarında düşük performans göstermeleri sözel bellek süreçleri ile ilişkili olan tüm alanlarda (Kısa süreli bellek, uzun süreli bellek, hatırlama, geri getirme v.b.) daha fazla bozulmalar olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda PB tanısı alan hastalar, YAB tanısı alan hastalara göre SBST en yüksek öğrenme puanı hariç, SBST'nin tüm alt puanlarında anlamlı düzeyde düşük çıkmıştır. PB hastalarının, YAB tanılı hastalara göre sözel bellek performanslarında daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar OKB, PB ve YAB'de ikincil tip bir bellek bozukluğu bulgularıyla uyumludur. Bununla birlikte sözel bellek kusurları ile ilişkili olduğu düşünülen prefrontal-striatal-talamik döngülerde ortaya çıkan bozulmalar ile ilişki olduğu şeklinde yorumlanabilir.

PB ve YAB ile yapılan çalışmalarda daha çok seçici dikkat üzerine araştırmalar mevcut olsa da her iki hasta grubu için bellek ile ilgili kusurların olduğu bildirilmiştir (Otto ve ark., 1994, Coles ve Heimberg, 2002). PB ile sözel bellek performanslarının üzerine yapılan çalışmalarda bulgularımız ile uyumlu bulgular mevcuttur (Lucas ev ark., 1991, Asmundsen ve ark., 1994, Birer, 2010). Yapılan çalışmaların OKB'de de benzer sonuçlar çıkan literatür çalışmaları da mevcuttur (Öznur, 2006, Birer, 2010, Tükel ve ark., 2012).

PB ve YAB tanılı hastalar ile yapılan ve daha çok bellek işlevlerinde seçici ve yanlı bir taraflılık olduğuna ilişkin çalışmaların bulguları ele alındığında bu bellek taraflılığının hastalardaki dikkat taraflılığında kodlama aşamasındaki kusurdan kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

4.3. Görsel Bellek

Araştırmamızda kullanılan WMS-R'nin alt testlerinden olan görsel bellek testi sonuçlarına göre, kontrol grubu tüm alt puanlarda OKB, PB ve YAB tanısı alan hastalardan anlamlı düzeyde yüksek performans göstermiştir. Patoloji grupları kısa

sürekli görsel bellek, uzun süreli görsel bellek, hatırlama ve tanıma ile ilişkili tüm puanlarda anlamlı düzeyde düşük puan almışlardır.

Bu sonuçların yanında PB tanısı alan hastalar, YAB tanısı alan hastalara göre görsel bellek testinin tüm alt testlerinde anlamlı düzeyde düşük performans göstermişlerdir. PB tanısı alan hastalar, YAB tanısı alan hastalara göre kısa süreli görsel bellek, uzun süreli görsel bellek, hatırlama ve tanıma ile ilişkili tüm puanlarda anlamlı düzeyde düşük puan almışlardır.

Bu sonuçlar OKB, PB ve YAB'de görsel anlık bellek, görsel uzun süreli bellek, hatırlama gibi alanlarda ikincil tip bir bellek bozukluğu olduğunu göstermektedir. Hasta grupları ile yapılan karşılaştırmalarda PB tanısı alan hastaların, YAB tanısı alan hastalara göre daha fazla görsel bellek bozuklukları olduğunu göstermiştir.

OKB ile yapılan araştırmaların birçoğunda görsel bellekte ikincil bir bozulma olduğuna yönelik bulgular mevcuttur. Araştırmamızda çıkan sonuçlar bu bulgular ile uyumludur (Öznur, 2006, Birer, 2010, Kashyap ve ark., 2013).

Literatürde yapılan PB hastalarının sağlıklı kontrol grubu ile görsel bellek performanslarının karşılaştırıldığı çalışmalarda, kısa süreli görsel bellek, uzun süreli görsel bellek, geri çağırma konularında bulgularımızla uyumlu sonuçlar mevcuttur (Lucas ev ark., 1991, Birer, 2010). YAB ile yapılan araştırmalarda da bulgularımızla uyumlu sonuçlar bulunmaktadır (Tempesta ve ark., 2013).

Kang ve arkadaşlarının OKB hastaları ile yapılan ve nöropsikolojik testlerinde kullanıldığı bir çalışmada tedavi sonrası beyin görüntüleme çalışmaları yapılan hastaların görsel bellek testlerinde düzelme olduğu ve aynı zamanda orbitofrontal korteks, serebellum, hipokampus, sağ putamende metabolik değişikliklerin belirgin olduğu bulunmuştur (Kang ve ark. 2003).

4.4. Planlama

Araştırmamızda kullanılan ve planlama becerisini ölçtüğü varsayılan saat çizim testi verilerine göre OKB, PB ve YAB grupları ile sağlıklı kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Kontrol grubunun, hasta grupları ile karşılaştırıldığında daha yüksek puanlar aldığı bulunmuştur. Bu sonuçlara göre OKB, PB ve YAB tanılı hastaların planlama becerileri sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük performans göstermiştir.

Bu sonuçlar OKB ile yapılan literatürdeki araştırmaların bazıları ile uyumludur (Özdemir,2007, Kashyap, 2013). Tükel ve arkadaşlarının OKB’de planlama becerisine bakılan bir çalışmada hasta grubun normal gruba göre daha düşük performans gösterdiği bulunmuştur. Bu durumun planlama yeteneği ile ilişkili olan dorsolateral prefrontal korteks disfonksiyonundan kaynaklı olabileceği ileri sürülmüştür (Tükel ve ark., 2012).

4.5. Görsel - Mekansal İşlevler

Araştırmamızda görsel, mekansal işlevleri değerlendirmek amacıyla çizgi yönü belirleme testi kullanılmıştır. Bu test puanlarından elde edilen sonuçlara göre OKB, PB ve YAB tanısı alan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Patoloji grupları arasındaki karşılaştırmalara göre PB tanısı alan hastalar ile YAB tanısı alan hastalar arasında anlamlı bir fark vardır. PB hastalarının görsel mekansal işlevler açısından YAB tanısı alan hastalara göre daha bozuk olduğu bulunmuştur.

OKB ile yapılan çalışmaların çoğunda görsel bellek performanslarında bozukluklar olduğu görüşü ağır basmaktadır (Martinot ve ark. 1990, Savage ve ark. 1999, Kuelz ve ark. 2004, Özdemir 2007). YAB ile yapılan çalışmalarda da araştırmamızdaki sonuçlar ile uyumlu bulgular mevcuttur (Tempesta ve ark., 2013).

4.6. Araştırmanın Sonuçları

1. Araştırmamızda OKB, PB, YAB ve kontrol grubu el tercihi, cinsiyet, yaş, eğitim açısından eşleştirilmiş ve bu durumlardan kaynaklı farklıların test performanslarını etkileme durumu ortadan kaldırılmıştır. Bu durum çıkan sonuçların özgünlük ve güvenirliliğini artırmıştır.
2. Araştırmamızda depresyonun bilişsel işlevler üzerine etkisi kontrol edilerek analizler yapılmıştır. Bu durum çıkan sonuçların özgünlük ve güvenirliliğini artırmıştır.
3. Araştırmamızda OKB, PB, YAB tanılı hastalar dikkat süreçleri açısından daha düşük performans göstermişlerdir. Hasta grupları arasındaki karşılaştırmalar PB tanılı hastalar YAB tanılı hastalara göre dikkat süreçleri açısından düşük performans göstermişlerdir. Bu durum OKB, PB, YAB tanılı hastaların dikkat süreçlerindeki seçici, yanlı işleyişin ve dikkate bozulmaların olduğuna dair sonuçlarla uyumludur. Bununla birlikte yapılan görüntüleme sonuçlarında dikkat süreçleri ile ilişkili beyin bölgelerindeki kusurlar ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.
4. Araştırmamızda OKB, PB ve YAB tanılı hastalar yürütücü işlevler (soyutlama, dikkati sürdürme, planlama, esneklik v.b.) açısından daha düşük performans göstermişlerdir. Hasta grupları arasındaki karşılaştırmalarda PB tanılı hastalar, YAB tanılı hastalara göre yürütücü işlevler açısından daha düşük performans göstermektedir. Bu durum OKB, PB, YAB tanılı hastaların yürütücü işlevlerin işleyişi ile ilgili olan sonuçlar ile uyumludur. Bununla birlikte yapılan görüntüleme sonuçlarında yürütücü işlevler ile ilişkili beyin bölgelerindeki kusurlar ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.
5. Araştırmamızda OKB, PB ve YAB tanılı hastalar sözel bellek süreçleri (kısa süreli bellek, uzun süreli bellek, hatırlama, tanıma v.b) açısından daha düşük performans göstermişlerdir. Hasta grupları arasındaki karşılaştırmalarda PB tanılı hastalar, YAB tanılı hastalara göre sözel bellek süreçleri açısından daha düşük performans göstermektedir. Bu durum OKB, PB, YAB tanılı hastaların sözel bellek performanslarındaki düşük sonuçları ile uyumludur. Bununla birlikte yapılan görüntüleme sonuçlarında sözel bellek ile ilişkili beyin bölgelerindeki kusurlar ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.
6. Araştırmamızda OKB, PB ve YAB tanılı hastalar görsel bellek (kısa süreli görsel bellek, uzun süreli görsel bellek, hatırlama, tanıma v.b) açısından daha

düşük performans göstermişlerdir. Hasta grupları arasındaki karşılaştırmalarda PB tanılı hastalar, YAB tanılı hastalara göre görsel bellek açısından daha düşük performans göstermektedir. Bu durum OKB, PB, YAB tanılı hastaların görsel bellek performanslarındaki düşük sonuçları ile uyumludur. Bununla birlikte yapılan görüntüleme sonuçlarında görsel bellek ile ilgili beyin bölgelerindeki kusurlar ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

7. Araştırmamızda OKB, PB ve YAB tanılı hastalar görsel mekânsal işlevler açısından daha düşük performans göstermişlerdir. Hasta grupları arasındaki karşılaştırmalarda PB tanılı hastalar, YAB tanılı hastalara göre görsel mekânsal işlevler açısından daha düşük performans göstermektedir. Bu durum OKB, PB, YAB tanılı hastaların görsel mekânsal işlevlerdeki düşük performans sonuçları ile uyumludur. Bununla birlikte yapılan görüntüleme sonuçlarında görsel mekânsal işlevler ile ilişkili beyin bölgelerindeki kusurlar ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.
8. Araştırmamızda OKB, PB ve YAB tanılı planlama açısından daha düşük performans göstermişlerdir. Bu durum OKB, PB, YAB tanılı hastaların planlama becerileri düşük performans sonuçları ile uyumludur. Bununla birlikte yapılan görüntüleme sonuçlarında görsel mekânsal işlevler ile ilişkili beyin bölgelerindeki kusurlar ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.
9. Araştırmamızda anksiyete düzeyinin bilişsel işlevler üzerine etkisine bakılmış ve PB hastalarında anksiyete ile Stroop spontan düzeltme arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bununla birlikte YAB hastalarında anksiyete ile kategorik ve semantik akıcılık arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.

4.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Bugüne kadar her üç grup ile yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında beyin belirli bölgelerinde anomaliler olduğu ve bazı alanlardaki kusurların bilişsel işlevleri olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Bununla birlikte sağlıklı gruplar ve hasta grupları ile yapılan nöropsikolojik testlerin ilişkili olduğu beyin alanları birçok araştırma ile ortaya konmuştur.

Tüm bu görüntüleme yöntemleri ve nöropsikolojik değerlendirmeler bize OKB, PB ve YAB hakkında bozulmalara ilişkin bilgi verse de çalışmalar ile ortaya çıkan bozulmaların hasta gruplarında altta patolojiden mi kaynaklı olduğu yoksa hastalık sürecindeki telafi düzeneğinin bir parçası mı olduğu net değildir. Bu nedenle araştırmaların OKB, PB ve YAB hastaları ile yapılacak yeni nöropsikolojik testler ve nörogörüntüleme yöntemleri ile desteklenmesinin daha doğru sonuçlar vereceği düşünölmüştür.

OKB, PB ve YAB tanısı olan hastalar arasında ilaç kullanmayan DSM V tanı kriterlerine göre başka bir tanı almayan hastaların zor bulunması ve bulunan hastaların araştırmaya karşı savunucu bir tutum sergilemesi daha geniş kitlelere ulaşmasını zorlaştırmıştır.

Araştırmamıza dahil olan OKB, PB ve YAB hastalarının bir kısmının daha önce tedavi almış olması ve katılanların bazılarının ilk başvuru olmaması daha önceki psikotrop ilaç kullanımları ve ilaçların etkileri göz önünde bulundurulduğunda bir sonraki çalışmalarda ilk başvuru hastalarının daha doğru sonuçlar verebileceği düşünölmüştür.

KAYNAKLAR

- Abbruzzese M., Ferri, S., Scarone, S. (1995). Wisconsin Card Sorting Test Performance In Obsessive-Compulsive Disorder: No Evidence For Involvement Of Dorsolateral Prefrontal Cortex. *Psychiatry Res.* 58:37-43.7
- Airaksinen, E., Larsson, M., Forsell, Y. (2005). Neuropsychological Functions in Anxiety Disorders in Population-Based Samples: Evidence of Episodic Memory Dysfunction. *Journal of Psychiatric Research.* 39, 207-214.
- Asmundson, G. J., Stein, M. B., Larsen, D. K., & Walker, J. R. (1994). Neurocognitive Function in Panic Disorder And Social Phobia Patients. *Anxiety.* 1(5), 201-207.
- Akgün, B. (2010). *Alkol Bağımlılarında Tedavi Motivasyonu Bağlamında Nöropsikolojik Test Performansının İncelenmesi.* İzmir: DEÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Alkın, T. (2000). Anksiyete Bozuklukları. Tükel, R. (Ed.). *Panik Bozukluğu ve Agorafobi İçinde.* (5-39). Ankara. Çizgi Tıp Yayınevi.
- Alkın, T., Onur, E. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu, E. ve Güleç, C. (Ed.). *Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış İçinde* (296-303). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition.* American Psychiatric Association. Washington DC.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed, revised).* American Psychiatric Association Press, Washington DC.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV).* Washington DC, (Çev. Ed.: E Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Andresan, N.C. (2001). *Cesur Yeni Beyin. Genom Çağındaki Fetih: Ruh Hastalıkları.* Doğan Y. B. (Çev.). İstanbul: Okuyan Us Yayınları.
- Asmundson, G. J., Stein, M.B., Larsen, D. K., Walker, J. R. (1994). Neurocognitive Function in Panic Disorder and Social Phobia Patients. *Anxiety 1, 201-207.*
- Aşkar, P., Altun, A., Cangöz, B., Türksoy, H., Çevik, V. (2009). Bilgisayar Ortamında Nöropsikolojik Testler: Çizgi Yönünü Belirleme Testi. 3. *Uluslararası Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Eğitimi Sempozyumu.* 7-9 Ekim. Trabzon

- Atkinson, R., Atkinson, R. C., Hilgard, E. R. (1995). *Psikolojiye Giriş II*. Atakay, K., Atakay, M., Yavuz, A. (Çev.). İstanbul: Sosyal Yayınlar.
- Ayçiçeği A. Dinn, W. M. Haris, C. L. Erkmen, H. (2003). Neuropsychological Function in Obsessive-Compulsive Disorder: Effects of Comorbid Conditions on Task Performance. *European Psychiatry*. 18, 241-248.
- Aydın, E. (2010). *Panik Bozuklukta Obsesif İnançlar ve Semptom Ölçümleriyle İlişkisi*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: BRSHH 9. Psikiyatri Kliniği.
- Aydın, N., Kırkpınar, İ. (2001). *Psikiyatrik Bozukluklar ve Otoimmünite*. Güncel Psikiyatrik Yazıları 1. Erzurum Yayınları.
- Aydın, P.Ç., Öyekçin, G.D., (2013). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel İşlevler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 24(4):266-274.
- Baer, L., Rauch, S. L., Ballantine, H. T., Martuza, R., Cosgrove, R., Cassem, E., Giriunas, I. Manzo, P. A., Dimino, C., Jenike, M. A. (1995). Cingulotomy For Intractable Obsessive-Compulsive Disorder: Prospective Long-Term Follow-Up Of 18 Patients. *Archives of General Psychiatry*, 52(5), 384-392.
- Basso, M.R., Bornstein, R.A., Carona, F. ve ark. (2001). Depression Accounts For Executive Function Deficits in Obsessive-Compulsive Disorder. *Neuropsychology* 14:241-5.
- Baxter, L. R. (1990). Brain Imaging As A Tool in Establishing A Theory Of Brain Pathology in Obsessive Compulsive Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Baxter, L. R., Schwartz, J. M., Bergman, K. S., Szuba, M. P., Guze, B. H., Mazziotta, J. C., ... & Phelps, M. E. (1992). Caudate Glucose Metabolic Rate Changes With Both Drug And Behavior Therapy For Obsessive-Compulsive Disorder. *Archives of General Psychiatry*. 49(9), 681-689.
- Bayar, R., Yavuz, M. (2008). *Obsesif Kompulsif Bozukluk*. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 185-192.
- Bayrak, N., G. (2013). *Panik Bozukluk Tanısı Konmuş Hastaların Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: HÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bayraktar, E. (1997). Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*. 1, 25-32.

- Bayraktar, E. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu, E. Güleç, C. (Ed.). *Panik Bozukluğu ve Agorafobi İçinde (304-317)*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Bayraktar, E. (2008). Panik Bozukluk ve Agorafobi. E. Işık, E. Taner, U. Işık. (Ed.) *Güncel Klinik Psikiyatri İçinde (209-222)*. Ankara.
- Beck, A. T., Emery, G. (2005). Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler: Bilişsel Bir Bakış Açısı. V. Öztürk (Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Behar, D., Rapoport, J.L., Berg, C.J., Denckla, M.B., Mann, L., Cox, C., Fedio, P., Zahn, T., Wolfman, M.G. (1984). Computerized Tomography and Neuropsychological Test Measures in Adolescents With Obsessive Compulsive Disorder. *Am J. Psychiatry*. 141:363-369.
- Bekçi, B., Karakaş, S. (2009). Algısal Çelişki ve Tepki Rekabeti. Stroop Etkisine İlişkin Olay-İlişkili Potansiyeller. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 20 (2), 127-137.
- Benkelfat, C., Bradwejn, J., Meyer, E., Ellenbogen, M., Milot, S., Gjedde, A., Evans, A. (1995). Functional Neuroanatomy of CCK-4 Induced Anxiety in Normal Healthy Volunteers. *Am J. Psychiatry* 152, 1180-1184.
- Berksun, O. E. (2002). *Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları*. (1. Baskı). Ankara: Damla Matbacılık.
- Berksun, O. E., Şentürk, V. (2008). Erkmen, H. (2008). Yaygın Anksiyete Bozukluğu. E. Işık, E. Taner, U. Işık. (Ed.) *Güncel Klinik Psikiyatri İçinde (223-231)*. Ankara.
- Beşiroğlu, L., Uğuz, F., Sağlam, M., Yılmaz, E., Ağargün, M. Y., Aşkın, R. (2007). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi ve İlişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 8, 5-13.
- Beyazyüz, M., Göka, E. (2010). Kültüre Duyarlı Yaklaşımın Obsesif Kompulsif Bozukluktaki Önemi. *Anatolian Journal of Psychiatry* . 11:360-366
- Bilge, S., Çınar, S. M., Hacsan, B., Erkutlu, L., Eyiipgil, T. (2011). Serebral İstemi Sonrası Gelişen Obsesif Kompulsif Bozukluk Olgusu. *Balkan Med. J.* 28, 313-315.
- Birer, N. Ç. (2010). *Anksiyete Bozukluğu Hastaları İle Sağlıklı Gönüllülerin Bellek Performanslarının Karşılaştırılması*. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. GÜ.
- Boone, K.B., Ananth, J., Philpott, L., Kaur, A., Djenderedjian, A. (1991). Neuropsychological Characteristics Of Non-Depressed Adults With Obsessive–Compulsive Disorder. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*. 4: 96-109.

- Bulut, S., Fıstıkçı, N., Topçuoğlu, V. (2014). İçgörüsü Az Olan Obsesif-Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 6 (2), 126-141.
- Canan, F., Ataoğlu, A. (2010). Anksiyete, Depresyon Ve Problem Çözme Becerisi Algısı Üzerine Düzenli Sporun Etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 11(38), 38-43.
- Cavallaro, R., Cavedini, P., Mistretta, P. (2003). Basal Corticofrontal Circuits In Schizophrenia And Obsessive Compulsive Disorder: A Controlled, Double Dissociation Study. *Biological Psychiatry*. 54: 437-443.
- Ceschi, G., Van der Linden, M., Dunker, D., Perroud, A., Bredart, S. (2003). Further Exploration Memory Bias in Compulsive Washers. *Behaviour Research and Therapy*. 41:737-748.
- Chamberlain, S.R., Blackwell, A.D., Fineberg, N.A. ve ark. (2005). The Neuropsychology Of Obsessive Compulsive Disorder: The Importance Of Failures In Cognitive And Behavioural Inhibition As Candidate Endophenotypic Markers. *Neurosci Biobehav Rev*. 29:399-419.
- Cinan, S. (2006). Ketleyici Kontrolün Gelişimi ve Wisconsin Kart Eşleme Testi. *Türk Psikoloji Yazıları*. 9 (18), 1001-112.
- Çilli, A. S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S., Kucur, R. (2004). Twelve Month Prevalence of Obsessive Compulsive Disorder In Konya, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*. 45(5), 367-374.
- Christensen, K.J., Kim, S.W., Dysken, M.W. ve ark. (1992). Neuropsychological Performance In Obsessive-Compulsive Disorder. *Biol Psychiatry*. 31:4-18.
- Clayton, I. C., Richards, J. C., & Edwards, C. J. (1999). Selective Attention In Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 108(1), 171.
- Çetinkaya, N. (2009). *Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikofarmakolojik Tedavinin Bilişsel Süreçlere Etkisi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Van: YYÜ. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı.
- Coles, M. E., & Heimberg, R. G. (2002). Memory Biases In The Anxiety Disorders: Current Status. *Clinical Psychology Review*. 22(4), 587-627.
- Davidson, R. J., Abercrombie, H., Nitschke, J. B., & Putnam, K. (1999). Regional Brain Function, Emotion And Disorders Of Emotion. *Current Opinion In Neurobiology*. 9(2), 228-234.
- Davison, G. C., Neale, J. M. (1997). *Anormal Psikolojisi*. Dağ İ. (Ed.). Ankara. Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

- De Cristofora, M.T., Sessarago, A., Pupi, A., Biondi, F., Faravelli, C. (1993). Brain Perfusion Abnormality In Drug Naive, Lactate Sensitive Panic Patients. *Biol Psychiatry*. 33: 505-512.
- Deckersbach, T., Savage, C.R., Henin, A. ve ark. (2000). Reliability And Validity Of A Scoring System For Measuring Organizational Approach In The Complex Figure Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 22:640-8.
- Deckersbach, T., Savage, C.R., Dougherty, D.D. ve ark. (2005). Spontaneous And Directed Application Of Verbal Learning Strategies In Bipolar Disorder And Obsessive-Compulsive Disorder. *Bipolar Disorder*. 7:166-75.
- Demet, M. M., Deveci, A., Deniz, F., Taşkın, O., Şimşek, E., Yurtsever, F. (2005). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Sosyodemografik Özellikler ve Fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 6, 133-144.
- Demir, L. (2010). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri*. (1. Baskı). Ankara: Matsa Basımevi.
- Deveci, Z. (2009). *Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Oksidatif Metabolizmanın Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Şanlıurfa: HÜ. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı.
- Dinçer, E. D., Karakaş, S. (2008). Nöropsikolojik Dikkat Testleri Arasındaki İlişkilerin incelenmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 18 (1). 31-40.
- Dinçmen, K. (2005). *Psikiyatri / Psikosomatik*. (1. Baskı). İstanbul: Pan Yayınları.
- Doğan, O. (2001). Psikiyatrinin Birinci Basamak Boyutu. Özgen, G. ve Aker, T. (Ed.). *Anksiyete Bozukluğu İçinde* . 5Us Yayınları.
- Doğan, O. (2012). The Epidemiology of Anxiety Disorders. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 13, 158-164.
- Dövuşkaya, L. (2008). *Erkek Yaygın Anksiyete Bozukluğu Hastalarında Cinsel İlişki Bozuklukları ve Depresif Bozukluk Eş-Hastalanımın Cinsellik Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi*. Ankara: GATA. Psikiyatri Ana Bilim Dalı Başkanlığı.
- DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Köroğlu, E., (Çev.) (2005). (2. Basım) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Dunitz, M., Nutt, D., Feeney, A., Argyropoulos, S. (2002). *Anxiety Disorders Comorbid with Depression: Panic Disorder and Agoraphobia*. London: Lundbeck Institute.
- Eflatun, A., Şar, V., Tükel, R., Ükçok, A., Yazıcı, O. (1998). Psikiyatri Ders Kitabı. *Anksiyete Bozuklukları İçinde (173-198)*. İstanbul Üniversitesi Yayınları.

- Egrilmez, A., Gulseren, L., Gulseren, S. Et Al (1997). Phenomenology Of Obsessions İn A Turkish Series Of OCD Patients. *Psychopathology*. 30:106-10.
- Emhan, A. (2012). *Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Oksidatif ve Antioksidatif Parametrelerin Değerlendirilmesi*. Şanlıurfa: HÜ. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı.
- Eren, İ., Tükel, R., Polat, A., Karaman, R., Ünal, S. (2003). Evaluation of Regional Cerebral Blood Flow Changes in Panic Disorder With Tc99m–HMPAO SPECT. *Psychiatry Research*. 123: 43-135.
- Eren, İ., Tükel, R., Polat, A., Karaman, R., Ünal, S. (2001). Evaluation of Regional Cerebral Blood Flow Changes in Panic Disorder With Tc99m–HMPAO SPECT. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 123: 43-135.
- Ercan, S., Pan, E., Günay, H., Bolu, A., Erdem, M., Gülsun, M. (2013). Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Sosyodemografik Özelliklerin Belirti Şiddeti ile İlişkisi. *Anatolian Journal Of Clinical. Investingation*. 7 (1), 46-49.
- Erdem, M., Çelik, C., Yetkin, S., Özgen, F. (2008). Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Öfke Düzeyi ve Öfke İfade Tarzı. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 9, 203-207.
- Erkmen, H. (2008). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Obsesif Kompulsif Spektrum Bozuklukları. E. Işık, E. Taner, U. Işık. (Ed.) *Güncel Klinik Psikiyatri İçinde (177-188)*. Ankara.
- Eroğlu, M. Z., Annagür, B. B., İçbay, E. (2012). Yaşlılarda Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Değerlendirilmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*. 18 (5), 143-147.
- Eroğlu, S. (2012). *Hafif Kognitif Bozukluk Hastaları İle Sağlıklı Yaşlılarda İşitsel İlişkili Potansiyeller ve Nöropsikolojik Testlerin Kesitsel Olarak İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: DEÜ. Sağlık Bilimler Enstitüsü.
- Ersoy, F. Edirne, T. Oğuz, T. F. (2003). Birinci Basamakta Anksiyete Bozuklukları 3. *Sted*. 12 (8), 366-369.
- Eryılmaz, T. E., Tosun, A. (2013). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Kontrol İhtiyacı. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 13(1), 121-130.
- Eslinger P. J., Grathen L. M. (1994). Altered Serial Position Learning After Frontal Lobe Lesion. *Neuropsychologia*. 32, 729-739.
- Frances, E., Ross, R. (2001). *DSM-IV-TR Olgu Sunumları: Ayırıcı Tanı İçin Klinik Klavuz*. Şar, V. (Ed.). İstanbul: Medikal Yayın Ajansı.

- Gambini, O., Abbruzzese, M., Scarone, S . (1993). Smooth-Pursuit And Saccadic Eyemovements And Wisconsin Card Sorting Test Performance İn Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Research*. 48: 191-200.
- Gelegen, V., Tamam, L. (2013). Şizo-Obsesif Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 5 (2), 204-219.
- Geus, F., Denys, D.A., Sitskoorn, M.M., Westenberg, H.G. (2007). Attention And Cognition İn Patients With Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatry Clinical Neuroscience*. 61(1): 45-53.
- Gezgin, H. (2010). *Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Bireylere Verilen Psikoeğitimin Tedavideki Etkinliğinin İncelenmesi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: EÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Gladsjo, J. A., Rapaport, M. H., McKinney, R., Lucas, J. A., Rabin A., Oliver T., Davis J., Auerbach., Judd L. L., (1998). Neuropsychological Study of Panic Disorder: Negative Findings. *Journal of Affective Disorders*. 49, 123–131.
- Gorman, J.M., Liebowitz, M.R., Fyer, A.J., Stein, S. A. (1989). Neuroanatomical Hypothesis For Panic Disorder. *Am J Psychiatry*. 146: 148–161.
- Gül, I. G. (2011). *Panik Bozukluk Tanısı almış Hastalarda Total Antioksidan Kapasite, Paraoksanaz, Arilesteraz ve Malondialdehid Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Malatya: İÜ. Tıp Fakültesi.
- Gray, J. A., & McNaughton, N. (2003). *The Neuropsychology Of Anxiety: An Enquiry Into The Function Of The Septo-Hippocampal System* (No. 33). Oxford University Press.
- Greve, K. W., Ingram, F., & Bianchini, K. J. (1998). Latent Structure Of The Wisconsin Card Sorting Test İn A Clinical Sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 13(7), 597-609.
- Hacımusalar, Y. (2006). *Panik Bozukluğu ve Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal Eksen, Serotonejik ve dopaminejik Sistemlerin Aktiviteleri ve Birbirleriyle İlişkileri*. Kayseri: EÜ. Psikiyatri Ana Bilim Dalı.
- Hacımusalar, Y., Eşel, E. (2008). Panik Bozukluk ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Tek Doz Essitalopram Uygulamasının Hormonel Yanıtı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 18 (4), 266-273.
- Halberich, U. (2003). Anxiety Disorders İn Women: A Developmental and A Lifecycle Perspective. *Depress Anxiety*. 17, 107-110.

- Head, D., Bolton, D., Hymas, N. (1989). Deficit In Cognitive Shifting Ability In Patients With Obsessive–Compulsive Disorder. *Biological Psychiatry*. 25: 929-937.
- Heninger, G. R. (1990). Panik Bozukluğunun Patogenez ve Tedavisinde Noradrenerjik Mekanizmalar. E. Toğrol (Çev.) *Klinik Psikofarmakolojik Bülteni*. 2, 1-19.
- Hisli, N. (1998). Beck Depresyon Ölçeğinin Türk Örnekleminde Geçerlilik ve Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*. 6, 118-122.
- Hollander, E., Cohen, L., Richards, M., Mullen, L., DeCaria, C., Stern, Y. (1993). A Pilot Study Of The Neuropsychology Of Obsessive Compulsive Disorder And Parkinson's Disease: Basal Ganglia Disorders. *Journal of Neuropsychology and Clinical Neurosciences*. 5: 104-107.
- Hollander, E., Greenwald, S., Neville, D., Johnson, J., Hornig, C. D., Weissman, M. M. (1996). Uncomplicated And Comorbid Obsessive Compulsive Disorder In An Epidemiologic Sample. *Depression and Anxiety*, 4(3), 111-119.
- Hollander, E., Simeon, D. (2004). *Essentials of Clinical Psychiatry. Anxiety Disorders İçinde*. Hales, R. E. Yudofsky, S. C. (Ed.). Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
- Hymas, N., Lees, A., Bolton, D., Epps, K., Head, D. (1991). The Neurology Of Obsessional Slowness. *Brain* .1;114 (Pt 5) :2203-2233.
- Irak, M., Flament, M. F. (2007). Çocukluk Dönemi Başlangıçlı Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nöropsikolojik Profili. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 18 (4), 293-301.
- Insel, T. R., Winslow, J. T. (1992). Neurobiology of Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*.
- Kang, D. H., Kwon, J. S., Kim, J. J., Youn, T., Park, H. J., Kim, M. S., Lee, D. S., Lee, M. C. (2003). Brain Glucose Metabolic Changes Associated With Neuropsychological Improvements After 4 Months Of Treatment In Patients With Obsessive–Compulsive Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(4), 291-297.
- Kampman, M., Keijsers, G.P., Verbraak, M.J., Naring, G., Hoogduin, C.A.L. (2002). The Emotional Stroop: A Comparison Of Panic Disorder Patients, Obsessive Compulsive Patients, And Normal Controls, In Two Experiments. *Journal Of Anxiety Disorder*. 16(4):425-41.

- Kane, M.J., Engle, R.W. (2002). The Role Of Prefrontal Cortex İn Working Memory Capacity, Executive Attention And General Fluid İntelligence: An İndividual Differences Perspective. *Psychonomic Bulletin Review*. 9 (4), 637-671.
- Karabekiroğlu, K., Gımsal, A., Berkem, M. (2005). Psikiyatrik Bozuklukta Bellek Sorunları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 6:188-196.
- Karabekiroğlu, A., Karabekiroğlu, K., Cömert, G. B., Topçuoğlu, U. (2007). Panik Bozukluğunda Beyin Görüntüleme Çalışmaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 8 (3), 224-230.
- Karabekiroğlu, A., Topçuoğlu, V., Gönentür, A. G., & Karabekiroğlu, K. (2010). İlk Epizod Major Depresyon Ve Yineleyici Major Depresyon Grupları Arasında Yönetici İşlev Farklılıkları. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 21(4), 280-288.
- Karakaş, S., Erdoğan, E., Sak, L., Soysal, A. ř., Ulusoy, T., Ulusoy, İ. Y., Alkan, S. (1999). STROPP Testi TBAG Formu: Türk Kültürüne Standardizasyon Çalışmaları, Güvenirlik ve Geçerlilik. *Klinik Psikiyatri*. 2, 75-88.
- Karakaş, S., Kafadar, H. (1999). şizofrenideki Bilişsel Süreçlerin Değerlendirilmesinde Nöropsikolojik Testler: Bellek ve Dikkatin Ölçülmesi. *şizofreni Dizisi*. 4, 133-152.
- Karakaş, S., Karakaş, H. M. (2000). Yönetici İşlevlerin Ayırıtılmasında Multidisipliner Bir Yaklaşım: Bilişsel Psikolojiden Nöroradyolojiye. *Klinik Psikiyatri*. 3, 215-227.
- Karakaş, S., Karakaş, H. M. (2001). Sayı Dizisi Öğrenme Testinin Yol Açtığı Frontal Kortikal Aktivasyonlar: fMRG Paternleri. *Klinik Psikiyatri*. 4, 79-86.
- Karakaş, S., Bakar, E. E., Dinçer, E. D. (2004). *BİLNOT Bataryası El Kitabı: Nöropsikolojik Testler İçin Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları*. Ankara: Dizayn Ofset.
- Karakaş, S., Bekçi, B., Doğutepe, E., Erzengin, Ö. U. (2005). Stroop Testi Performansının Elektrofizyolojisi: Olay-İlişkili Potansiyeller ve İlişkili Beyin Haritaları. *Klinik Psikiyatri*. 8, 155-171.
- Karakaş, S., Dinçer, E. D., Ceylan, A. Ö., Baran, Z. (2010). Kognitif Nörobilimler. Karakaş, S. (Ed.). *Ülkemizde Standardizasyonu Yapılmış Olan Nöropsikolojik Testlerin Ölçtüğü Bilişsel Süreçler: BİLNOT Bataryası Testlerinde Güncelleme İçinde (861-913)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

- Karakaş, S., Bakar, E. E., Dinçer, E. D. (2013). *Nöropsikolojik Testlerin Yetişkinler İçin Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları: Bilnot Yetişkin Cilt 1*. (3. Baskı). Konya: Eğitim Yayınevi.
- Karakaş, S., Bakar, E. E., Dinçer, E. D. (2013). *Bilnot Yetişkin Cilt 2*. (3. Baskı). Konya: Eğitim Yayınevi.
- Karaman, D., Durukan, İ., Erdem, M. (2011). Çocukluk Çağı Başlangıçlı Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3 (2), 278-295.
- Karamustafalıoğlu, O., Ceylan, Y. C., Bakım, B., Toker, S. G., Bozkurt, S., Göksan, B., Öğütçen, Ö., Akpınar, A. (2009). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Sosyodemografik Özellikler ve Komorbidite. *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*. 43;112-116
- Kaplan & Sadock (2005). *Klinik Psikiyatri*. Yetkin, S. Aslan, S. Akdemir, A. Örsel, S (Çev.). Aydın, H. Bozkurt, A. (Ed.). İstanbul: Güneş Kitabevi.
- Kashyap, H., Kumar, K. J., Kandavel, T., Reddy, J.Y.C., (2013). Neuropsychological Functioning in Obsessive-Compulsive Disorder: Are Executive Functions the Key Deficit? *Comprehensive Psychiatry* 54, 533-540.
- Kavak, V. (2009). *Panik Bozukluk Tanısı almış Hastalarda Sosyal Fobi Görülme Sıklığının İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: MÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kılıç, B. G., Koçkar, A. İ., Irak, M., Şener, Ş., Karakaş, S. (2002). Stroop Testi TBAG Formu'nun 6-11 Yaş Grubu Çocuklarda Standardizasyon Çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 9(2), 86-99.
- Kılınç, S. (2010). *Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Almış Bireyler İle Sağlıklı Bireylerin Bellek Süreçlerinin Bellek Yanılgıları Açısından Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. MÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kıvırcık, B. (1999). *Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel İşlevlerin ve Klinik Özelliklerin Olaya İlişkin İşitsel Uyarılmış Potansiyaller (P300) ve Nöropsikolojik Testler İle İlişkileri*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. DEÜ. Psikiyatri Ana Bilim Dalı.
- Kıvırcık, B. B., Alptekin, K. (2003). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bilişsel İşlevler. *Demans Dergisi*. 3, 64-68.
- Kıvırcık Akdede, B.B., Alptekin, K.K., Akvardar, Y., Kitiş, A. (2005) Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Bilişsel İşlevler Ve Klinik Bulgular İle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*.16:13-9.

- Kim, J.J., Lee, M.C., Kim, J.S., Kim, I.Y., Kim, S.I., Han, M.H., Chang, K.H., Kwon, J.S. (2001). Grey Matter Abnormalities İn Obsessive Compulsive Disorder: Statistical 50 Parametric Mapping of Segmented Magnetic Resonance Images. *British Journal of Psychiatry*. 179: 330-334.
- Kirmizioglu, Y., Doğan, O., Kuğu, N., Akyüz, G. (2009). Prevalence of Anxiety Disorders Among Elderly People. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 24, 1026-1033.
- Koçak, O. M., Yılmaz, A., Berksun, O., Ölmez, Ş. (2009). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Sözel ve Görsel-Uzaysal Bellek Fonksiyonlarıyla Yürütücü İşlevlerin Değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 19 (1), 210-213.
- Koçuk, N. (2010). *Alkolün Beyin İşlevleri Üzerine Etkileri*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı.
- Konkan, R., Yalçınkaya, S., Erkıran, M., Erkmen, H. (2003). Panik Bozukluğu ve Komorbid Tanılar. *Düşünen Adam Dergisi*. 16 (4), 219-222.
- Konkan, R., Şenormancı, Ö., Güçlü, O., Aydın, E., Sungur, M. Z. (2013). Yaygın Anksiyete Bozukluğu -7 (YAB-7) Testi Türkçe Uyarlaması Geçerlilik ve Güvenirliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 50, 53-58.
- Korkmaz, I. Z. (2012). *Obsesif Kompulsif Bozukluğu Hastalarını Bilişsel İşlevlerindeki Olası Bozuklukların Yaşam Kalitesi ile İlişkisi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Samsun: OMÜ Psikiyatri Ana Bilim Dalı.
- Köknel, Ö. (2007). *99 Sayfada Panik Atak*. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Köroğlu, E. (2014). *DSM-5 Tanı Ölçütleri*. Hekim Yayınlar Birliği. Ankara.
- Kuelz, A.K., Hohagenb, F., Volderholzer, U., (2004). Neuropsychological Performance in Obsessive-Compulsive Disorder: A critical Review. *Biological Psychology* 65, 185–236.
- Kuğu, N., & Bolayır, E. (2001). Anksiyete Bozukluklarında PET ve SPECT Bulguları. *Bull Clin Psychopharmacol*. 11, 132-142.
- Kupfer, D.J., Kuhl, E.A., Regier, D.A. (2013). *DSM-5—The Future Arrived*. *American Medical Association*. April 24, Vol 309, No. 16 1691-1692.
- Kurt, P. (2008). *Dikkat Süreçlerindeki Bozulmanın Diğer Bilişsel İşlevler Üzerine Etkisinin İncelenmesi: 6 Yıllık Boylamsal Çalışma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: DEÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Lacerda, A.L.T., Dalgalarondo, P., Caetano, D., Haas, G.L., Camargo, E.E., Keshavan, M.S. (2003). Neuropsychological Performance and Regional Cerebral Blood Flow in Obsessive-Compulsive Disorder. *Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*. 27, 657–665.
- Lahtien, E., Lahtinen, V., Riikonen, E., Ahonen, J. (Ed.). (1999). *Framework For Promoting Mental Health in Europe*, Hamina: National Research and Development Center For Welfare and Health
- Lucey, J. V., Burness, C. E., Costa, D. C., Gacinovic, S., Pilowsky, L. S., Ell, P. J., Marks, I., Kerwin, R. W. (1997). Wisconsin Card Sorting Task (WCST) Errors And Cerebral Blood Flow In Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *British Journal Of Medical Psychology*, 70(4), 403-411.
- Lucas, J. A., Telch, M. J., & Bigler, E. D. (1991). Memory Functioning In Panic Disorder: A Neuropsychological Perspective. *Journal Of Anxiety Disorders*. 5(1), 1-20.
- MacLeod, C. M. (1991). Half A Century of Research on The Stroop Effect: An Integrative Review. *Psychological Bulletin*. 109 (2), 163-203.
- Martinot, J.L., Allilaire, J.F., Mazoyer, B.M., Hntouche, E., Huret, J.D., Legaut-Demare, F., Deslauriers, A.G., Hardy, P., Papata, S., Baron, J.C., Syrota, A. (1990). Obsessivecompulsive Disorder: A Clinical, Neuropsychological And Positron Emission Tomography Study. *Acta Psychiatry. Scand.* 82: 233-242.
- Massana, G., Serra-Grabulosa, J.M., Salgado-Pineda, P., Gasto, C., Junque, C., Massana, J., Mercader, J.M. (2003). Parahippocampal Gray Matter Density In Panic Disorder: A Voxel-Based Morphometric Study. *Am J Psychiatry*. 160: 566-88.
- Mathews, A., & Macleod, C. (1985). Selective Processing Of Threat Cues In Anxiety States. *Behaviour Research And Therapy*, 23(5), 563-569.
- Mataix-Cols, D., Junque, C., Sanchez-Turet, M., Vallejo, J., Verger, K., Barrios, M. (1999). Neuropsychological Functioning In A Subclinical Obsessive Compulsive Sample. *Biol Psychiatry*. 45: 898-904.
- Mataix-Cols, D., Junqué, C., Vallejo, J., Sánchez-Turet, M., Verger, K., & Barrios, M. (1997). Hemispheric Functional Imbalance In A Sub-Clinical Obsessive-Compulsive Sample Assessed By The Continuous Performance Test, Identical Pairs Version. *Psychiatry Research*, 72(2), 115-126.

- Millierey, M., Bouvard, M., Aupetit, J., Cotraux, J. (2000). Sustained Attention In Patients With Obsessive Compulsive Disorder: A Controlled Study. *Psychiatry Research*. 96: 199-209.
- Miyake, A., Friedman, N.P., Emerson, M.J., Witzki, A.H., Howerter, A. (2000) The Unity And Diversity Of Executive Functions And Their Contributions To Complex 'Frontal Lobe' Tasks: A Latent Variable Analysis. *Cognitive Psychology*. 41: 49-100.
- Moritz, S., Birkner, C., Kloss, M. ve ark. (2001). Impact Of Comorbid Depressive Symptoms On Neuropsychological Performance In Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 110:653-7.
- Moritz, S., Birkner, C., Kloss, M., Jahn, H., Hand, I., Haasen, C., Krausz, M. (2002). Executive Functioning In Obsessive Compulsive Disorder, Unipolar Depression And Schizophrenia. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 17: 477-483.
- Moritz, S., Kloss, M., Jahn, H. ve ark. (2003). Impact Of Comorbid Depressive Symptoms On Nonverbal Memory And Visuospatial Performance In Obsessivecompulsive Disorder. *Cogn Neuropsychiatry*. 8:261-72.
- Moritz, S., Jacobsen, D., Kloss, M., Fricke, S., Rufer, M., Hand, I. (2004).. Examination Of Emotional Stroop Interference In Obsessive Compulsive Disorder. *Behavior Research And Therapy*. 42: 671-682.
- Nakao T., Nakagawa A., Yoshiura T., Nakatani E., Nabeyama M., Yoshizato C., Kudoh A., Tada K., Yoshioka K., Kawamoto M., Togao O., Kanba S., (2005). Brain Activation of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder During Neuropsychological and Symptom Provocation Tasks Before and After Symptom Improvement: A Functional Magnetic Resonance Imaging Study. *Biol Psychiatry*. 57, 901-910.
- Nordhal, T.E., Semple, W.E., Gross, M., Mellman, T.A., Stein, M.B., Goyer, P. (1990). Cerebral Glucose Metabolic Differences In Patients With Panic Disorder. *Neuropsychopharmacol*. 3: 72-261
- Onur, E., Alkın, T., Monkol, S., Fidaner, H. (2004). Panik-Agarafobi Spektrumu Kavramı. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 15(3):215-223
- Ontiveros, A., Fontaine, R., Breton, G., Elie, R., Fontaine, S., Dery, R. (1989). Correlation of Severity Of Panic And Neuroanatomical Changes On Magnetic Resonance İmaging. *American Psychiatric Press Inc*. 1(2), 404-408.

- Okasha, A., Rafaat, M., Mahallawy, N., El Nahas, G., El Dawla, A.S., Sayed, M., Kholi, S.E. (2000). Cognitive Dysfunction İn Obsessive Compulsive Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 101: 281-285.
- Olley, A., Malhi, G., Sachdev, P. (2007). Memory And Executive Functioning İn Obsessive-Compulsive Disorder: A Selective Review. *J Affect Disord* 104:15-23.
- Öktem, Ö. (2004). Nöroloji. Öge, E. Baykan, B. Bahar, S. Z. (Ed.). *Nöropsikolojik Değerlendirme İçinde (174-180)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Öktem, Ö. (2011). *Öktem Sözel Bellek Süreçleri Testi (Öktem – SBST)*. (1. Basım). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Özcan, M., Uğuz, F., Çilli, A. Ş. (2006). Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ve Ek Tanıları. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 17 (4), 276-285.
- Özcan, H., Özer, S., Yağcıoğlu, S (2016). Neuropsychological, Electrophysiological And Neurological İmpairments İn Patients With Obsessive Compulsive Disorder, Their Healthy Siblings And Healthy Controls: Identifying Potential Endophenotype (S). *Psychiatry Research*, 240, 110-117.
- Özdemir, A. (2007). *Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Konmuş Hastaların Nöropsikiyatrik Değerlendirmesi Ve Klinik Belirtilere Göre Sınıflandırılmış OKB Alt Grupları Arasında Bilişsel İşlevlerin Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Özdemir, A. Ç., Kocabaşoğlu, N. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu, E. Ve Güleç, C. (Ed.). *Yaygın Anksiyete Bozukluğu İçinde*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Özer, Ş. (2006). Anksiyete Bozuklukları. Tükel, R. Alkın, T. (Ed.). *Anksiyete Ve Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi İçinde (3–13)*. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi – No: 4. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Özer, Ş. (1988). Panik Bozukluğun Klinik Görünümünde Farklı Yönler. *Düşünen Adam Dergisi*. 11(2), 45-50.
- Özerdem, A. (1998). Obsesif Kompulsif Bozukluk Ve Psikoz Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2, 98-102.
- Öznur, T. (2006). *İlaç Almayan Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hastaların Noropsikolojik Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: GATA, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Servis Şefliği.

- Öznur, T., Erdem, M., Akarsu, S. (2013). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Nöropsikolojik Defisitlerin Beyin Bölgeleri İle İlişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 5 (3), 343-354.
- Özsoylar, G., Sayın, A., Candansayar, S. (2009). Panik Bozukluğu Ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Yeme Tutumları Açısından Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 11, 17-24.
- Öztürk, M.O. (1994). *Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları*. Hekimler Yayın Birliği. Ankara.
- Öztürk, M.O., Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları: Cilt 1*. Nobel Tıp Kitapevleri. Ankara.
- Parmaksız, S. (2008). *Panik Bozuklukta Ghrelin, Trigliserit, Kolestrol Ve Alt Tiplerinin Düzeyleri Ve Klinik Değişkenlerle İlişkisinin Araştırılması*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Elazığ: FÜ. Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı.
- Parmar, M.C., Shah, N.P. (2014). Phenomenology Of Obsessive Compulsive Disorder. *International Journal Of Pharmaceutical And Medical Research Volume, 2 Issue*. 13-23.
- Penadés, R., Catalán, R., Andrés, S. ve Ark. (2005) Executive Function And Nonverbal Memory İn Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Res* 133:81-90.
- Purcell, R., Maruff, P., Kyrios, M., Pantelis, C. (1998). Cognitive Deficits İn Obsessive Compulsive Disorder On Tests Of Frontalstriatal Function. *Biological Psychiatry*. 43: 348– 357.
- Purcell, R., Maruff, P., Kyrios, M. ve Ark. (1998) Neuropsychological Deficits İn Obsessive-Compulsive Disorder: A Comparison With Unipolar Depression, Panic Disorder, And Normal Controls. *Arch Gen Psychiatry* 55:415-23.
- Roberts, R.J., Pennington, B.F. (1996). An İnteractive Framework For Examining Prefrontal Cognitive Processes. *Developmental Neuropsychology*. 12: 105-126.
- Rapoport, J.L. (1990). Obsessive Compulsive Disorder And Basal Ganglia Dysfunction. *Psychological Medicine*. 20 : 465-469.
- Rauch, S.L., Savage, C.R., Alpert, N.M., Fischman, A.J., Jenike, M.A., (1997). The Functional Neuroanatomy Of Anxiety: A Study Of Three Disorders Using Positron Emission Tomography And Symptom Provocation. *Biol Psychiatry* 42, 446-452.

- Rauch, S. L. (2000). Neuroimaging Research And The Neurobiology Of Obsessive–Compulsive Disorder: Where Do We Go From Here?. *Biological Psychiatry*, 47(3), 168-170.
- Rauch, S.L., Whalen, P.J., Curran, T., Shin, L.M., Coffey, B., Savage, C.R., Mcinerney, S.C., Baer, L., Jenike, M. (2001). Probing Striato-Thalamic Function In Obsessivecompulsive Disorder And Tourette Syndrome Using Neuroimaging Methods. *Advances In Neurology*. 85:207-224.
- Reiman, E.M., Raichle, M.E., Robins, E., Butler, F.K., Hersovitch, P., Robins, E. (1986). The Application Of Positron Emission Tomography To Study Of Panic Disorder. *Am J Psychiatry*. 143: 77-469.
- Rodriguez, G., Cogorno, P., Gris, A., Marengo, S., Mesiti, C., Nobili, F., & Rosadini, G. (1989). Regional Cerebral Blood Flow And Anxiety: A Correlation Study In Neurologically Normal Patients. *Journal Of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, 9(3), 410-416.
- Roh, K.S., Shin, M.S., Kim, M.S., Ha, T.H., Shin, Y.W., Lee, K.J., Kwon, J.S. (2005). Persistent Cognitive Dysfunction In Patients With Obsessive-Compulsive Disorder: A Naturalistic Study. *Psychiatryclinical Neuroscience* 59:539-45.
- Roth, R.M., Baribeau, J., Milovan, D.L., O'Connor, K. (2004). Speed And Accuracy On Tests Of Executive Function In Obsessive-Compulsive Disorder. *Brain And Cognition*. 54: 263-265.
- Saatçioğlu, Ö. (2001). Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi Ve Yeni Yaklaşımlar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 11 (1), 60-77.
- Sarp, A., Arık, C. A., Güz, H., Şahin, A.R., Abanoz, Z. (2010). Possible Subtypes Of Panic Disorder. *Turkish Journal Of Psychiatry*. 1-9.
- Sawamura, K., Nakashima, Y., Inoue, M. ve Ark. (2005) Short-Term Verbal Memory Deficits In Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Clinical Neuroscience*. 59:527-32.
- Saxena, S., Brody, A. L., Schwartz, J. M., & Baxter, L. R. (1998). Neuroimaging And Frontal-Subcortical Circuitry In Obsessive-Compulsive Disorder. *The British Journal Of Psychiatry*.
- Saxena, S., Rauch, S.L. (2000). Functional Neuroimaging And The Neuroanatomy Of Obsessive Compulsive Disorder. *Pediatric Clinics Of North America*. 23: 563-586.

- Saxena, S., Bota, R.G., Brody, A.L. (2001). Brain-Behavior Relationships İn Obsessive Compulsive Disorder. *Seminars İn Clinical Neuropsychiatry*. 6 (2):82–101.
- Saygılı, S., Karamustafalıoğlu, O. (2010). Panik Bozukluğu Hastalarında Sosyodemografik Özellikler Ve Komorbidite. *Düşünen Adam Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. ;23:32-37
- Savage, C.R., Baer, L., Keuthen, N.J., Brown, H.D., Rauch, S.L., Jenike, M.A. (1999). Organizational Strategies Mediate Nonverbal Memory İmpairment İn Obsessive Compulsive Disorder. *Biological Psychiatry*. 45:905– 916.
- Schiffer, R.B., Klein, R.F., Sider, R.C. *Psikiyatrik Hastalıkların Medikal Değerlendirilmesi*. Kültür, S. Eğrilmez, A. Küey, L. İçelli, İ. (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Shin, M. S., Park, S. J., Kim, M. S., Lee, Y. H., Ha, T. H., & Kwon, J. S. (2004). Deficits Of Organizational Strategy And Visual Memory İn Obsessive-Compulsive Disorder. *Neuropsychology*, 18(4), 665.
- Sevinçok, L., Akoğlu, A. (2001). Panik Ve Depresyon: Etiyoloji, Tanı Ve Eştanı Sorunları. *Duygudurum Dizisi* 5. 215-227.
- Sevinçok, L. (2007). Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*. 10, 3-12.
- Sevinçok, L. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu, E. Ve Güleç, C. (Ed.). *Şizofrenide Obsesif-Kompulsif Belirtiler (Şizobsesif Bozukluk) İçinde*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Shimamura, A.P. (2000). The Role Of The Prefrontal Cortex İn Dynamic Filtering. *Psychobiology*. 28: 207-218.
- Sungur, M.Z. (1997). Fobik Bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası 1*. Ankara, 5-11.
- Şahan, A. (2007). *Obsesif Kompulsif Bozuklukta Sertralinin Bölgesel Kan Akımına Etkisinin SPECT Yöntemi İle İncelenmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: GATA. Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Programı.
- Şahin, A. R., Böke, Ö. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu, E. Güleç, C. (Ed.). *Obsesif Kompulsif Bozukluk İçinde (343-353)*. Ankara Hekimler Yayın Birliği.
- Şenormancı, Ö., Konkan, R., Güçlü, O.G., Sungur, M.Z. (2012). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Metakognitif Modeli. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 4 (3), 335-349.

- Tallis, F., Pratt, P., Jamani, N. (1999). Obsessive–Compulsive Disorder, Checking, And Non-Verbal Memory: A Neuropsychological Investigation. *Behaviour Research And Therapy*. 37: 161-166.
- Tamam, L. (1999). *Mitral Kapak Prolapsusu Ve Panik Bozukluk İlişkisinin Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Adana: ÇÜTF Psikiyatri Ana Bilim Dalı.
- Tamam, L., Saygılı, M., Ünal, M. (2003). Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Diğer Anksiyete Bozukluklarının Komorbiditesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 4.69-80.
- Tempesta D., Mazza M., Seroni N., Moschetta F. S., Di Giannantonio M., Ferrara M., De Berardis D. (2013). Neuropsychological Functioning In Young Subjects With Generalized Anxiety Disorder With And Without Pharmacotherapy. *Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 45 , 236–241.
- Tolin, D.F., Abramowitz, J.S., Brigidi, B.D., Amir, N., Street, G.P., Foa, E.B. (2001). Memory And Memory Confidence In Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research And Therapy*. 39:913-927.
- Topçuoğlu, V., Fıstıkçı, N., Ekinci, Ö., Gönentür, A. G., Agouridas, B. C., (2009). Sosyal Fobide Yönetici İşlevlerin Wisconsin Kart Eşleme Testi İle Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*.20 (4), 322-331.
- Topçuoğlu, V. (2003). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikanalitik Görüşler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 6, 46-50.
- Turgut, S. (2008). *Özgül Öğrenme Güçlüğünde Nöropsikolojik Profil*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: HÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tükel, R. (1997). Panik Bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası* 1: 12-17.
- Tükel, R. (Ed.). (2000). *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.
- Tükel, R., Polat, A.O., Aksüt, D., Türksöy, N. (2002). Comorbid Conditions In Obsessive-Compulsive Disorder. *Compr Psychiatry*. 43, 204-209.
- Tükel, R. (2002). Panik Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. (3), 5-13.
- Tükel, R., Demet, M.M., Topçuoğlu, (2006). Anksiyete Bozuklukları. Tükel, R. Alkın, T. (Ed.). *Obsesif Kompulsif Bozukluk İçinde (277-385)*. Ankara. Türk Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Tükel, R., Gürvit, H., Ertekin, B. A., Oflaz, S., Ertekin, E., Baran, B., Kalem, Ş. A., Kandemir, P.E., Özdemiroğlu, F. A. Atalay, F. (2012). Neuropsychological

- Function İn Obsessive-Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 53(2), 167-175.
- Uğuz, F., Aşkın, R., Çilli, A.S. (2006). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Eksen I Ve Eksen II Bozuklukları İle Birlikteliği. *Türkiyede Psikiyatri*. 8 (1), 1-5.
- Uyaver, A. (2010). *Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda Dini Tutum Ve Davranışlar İle Hastalık Semptomları Arasındaki İlişki*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: MÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ünsalver, B.Ö., Balcıoğlu, İ. (2006). Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Epidemiyoloji Prognoz Ve Farmakolojik Olmayan Tedaviler. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*. 37, 115-120.
- Wu, J. C., Buchsbaum, M. S., Hershey, T. G., Hazlett, E., Sicotte, N., & Johnson, J. C. (1991). PET İn Generalized Anxiety Disorder. *Biological Psychiatry*, 29(12), 1181-1199.
- Vardar, E. (2000). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Genetiği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 10(3): 153-159.
- Van Den Heuvel, O.A., Veltman, D.J., Groenewegen, H.J., Witte, R.M.P., Merkelbach, J., Cath, D.C., Van Balkom, J.K.M., Van Oppen, P., Van Dyck, R. (2005). Disorder-Specific Neuroanatomical Correlates Of Attentional Bias İn Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, And Hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*. 62, 922-933.
- Veale, D.M., Sahakian, B.J., Owen, A.M., Marks, I.M. (1996). Specific Cognitive Deficits İn Tests Sensitive To Frontal Lobe Dysfunction İn Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychol 105 Med*.26:1261-1269.
- Yalçın, K., Karakaş, S. (2007). Wisconsin Kart Eşleme Testi Performansında Gelişimin Niceliksel Ve Niteliksel Etkileri. *Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 14 (1), 24-32.
- Yalçın, Y., Şener, Ş., Konuş Boyunağa, Ö.L., Sarıpınar, E.G., Oğur, T., Güney, E., Akın Sarı, B., İşeri, E. (2011). Tedavi Almayan Pediatrik Obsesif-Kompulsif Bozukluk Hastalarının Beyin Magnetik Rezonans Spektroskopi Bulgularının Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 22 (4), 222-229.
- Yaluğ, İ., Kocabaşoğlu, N., Aydoğan, G., Günel, B. (2003). Obsesif Kompulsif Bozukluk Ve Panik Bozuklukta Depresyon Ve Kişilik Bozukluğu Komorbiditesi. *Düşünen Adam*. 16 (1), 28-34.

Yoo, H.K., Kim, M.J., Kim, S.J., Sung, Y.H., Sim, M.E., Lee, Y.S., Song, S.Y., Kee, B.S., Lyoo, I.K. (2005). Putiminal Gray Matter Volume Decrease İn Panic Disorder: An Optimized Voxel-Based Morphometry Study. *European Journal Of Neuroscience*. 22: 2089-2094.

Yüksel, E. (2004). *Panik Bozuklukta Aleksitimi Ve Kaygı Duyarlılığı*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Zayman E. P. (20016). DSM-5'te Obsesif Kompulsif Bozukluk. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi

Zitterl, W., Urban, C., Linzmayer, L., Aigner, M., Demal, U., Semler, B., Zitterl-Eglseer, K. (2001). Memory Deficits İn Patients With DSM-IV Obsessive–Compulsive Disorder. *Psychopathology*. 34: 113-117.



EKLER

EK- 1 GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırma amaçlı yapılacak olan ‘Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Almış Hastaların Nöropsikolojik Profili’ başlıklı çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizden alınacak olan bilgilerin nasıl kullanılacağı, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını ve varsa risklerini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın. Anlamadığınız yerler olursa bu durumu sorabilir ya da aileniz veya doktorunuzla tartışabilirsiniz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklardır. Bu rahatsızlıklar çeşitli psikofarmakolojik tedavi veya psikoterapi yöntemleriyle tedavi edilmeye çalışılıyor. Fakat bazı dirençli olgularda bu tedavi yöntemleri ile sonuç alınamayabilir. Bu durumlarda bu hastalıklar ciddi işlevsellik kaybına, akademik başarısızlığa, benlik saygısında azalma ve aile ve toplum içinde ilişki sorunlarına yol açabilirler. Bu çalışmanın amacı Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Almış Hastaların Nöropsikolojik Profili açıdan (dikkat, bellek, algı v.b) nasıl bir profil gösterdiğini anlamaktır. Bu konu ile ilgili dünyanın pek çok yerinde araştırma yapılmış ve yapılmaktadır. Bu hastalıkların nöropsikolojik profilinin anlaşılması bu durumdan kaynaklı olabilecek kısıtlılıkları gidermek ve daha iyi tedavi seçenekleri sunmak için bize farklı seçenekler sunabilir.

Bu çalışma Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezidir ve Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde gerçekleştirilmektedir. Araştırmaya her gruptan 20 toplamada 60 hasta grubu ve 30 kontrol grubu olmak üzere 90 kişinin katılması planlanmaktadır

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmaya katılmak istemez iseniz ya da çalışmadan ayrılmak isterseniz de doktorunuz tarafından size uygun olan tedavi uygulanacaktır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda çalışmayı bırakmakta özgürsünüz.

Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor, olası bir zararı var mı?

Çalışmaya katılacak olan tüm katılımcılara bazı nöropsikolojik testler uygulanacaktır. Bu testler size ya da herhangi bir katılımcıya olumsuz etkisi olamayacak testlerdir. Yapılacak olan testler bize sizin dikkat ve bellek gibi bilişsel fonksiyonlarınız hakkında bilgiler verecektir. Bununla birlikte verilecek olan anketler de hastalığınızla ilgili bilgiler sunacaktır. Test yaklaşık olarak 1 veya 1.5 saat sürecektir. Çalışmanın herhangi bir diliminde kendinizi kötü hissederseniz veya bırakmak isterseniz testi istediğiniz zaman kesebilirsiniz.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir ?

Eğer olası bir nöropsikolojik probleminiz varsa (dikkat, öğrenme, hafıza v.b.) bu durum önceden öğrenilebilir ve gereken önlemler alınabilir. Test sonucunda böyle bir sonuç ortaya çıkarsa bu durum hem sizinle hem de sizi takip eden hekim ile paylaşılacaktır. Merak için bile olsa nöropsikolojik durumunuzu öğrenebilirsiniz

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak, herhangi bir maliyeti var mı ?

Çalışmada kişisel bilgileriniz, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları tıbbi literatürde yayınlanır ise kimliğiniz açıklanmayacaktır. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim ?

Çalışma ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı: Ajda Ekinci

Görevi: Psikolog

Telefon: 0424-218 10 83-1141

KATILIMCI HASTANIN BEYANI

Sayın Psikolog Ajda Ekinci tarafından Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde araştırma yapılacağı belirtilerek, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim)*. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sorunun ortaya çıkması halinde, gerekli müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim). Araştırma ile ilgili herhangi bir sorun veya geri çekilme düşüncesi olduğunda; Psk. Ajda Ekinci’yi Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde 0424 - 218 10 83 - 1141 den arayabileceğimi biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Tel:

Adres:

İmza:

Araştırmacı

Adı, soyadı:

Tel:

Adres:

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Tel:

Adres:

İmza:

EK- 2- KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Cinsiyet: 1- K () 2- E ()

Yaş:

Eğitim: 1-Okur-Yazar () 2- İlkokul () 3- Ortaokul ()
4- Lise () 5- Üniversite ()

Meslek: 1) Çalışıyor () 2- Çalışmıyor ()

Ekonomik Durum: 1) Düşük () 2- Düşük orta () 3- Orta ()
4- Orta yüksek () 5- Yüksek ()

Hastalığın Başlangıç Yaşı:

Hastalığın Süresi: 1- 0-5 2- 6-10 3-11-15 4- 16 ve yukarısı

Soy Geçmişte Bilinen Hastalık Var mı? 1- Var () 2- Yok ()

Öz Geçmişte Bilinen Hastalık Var mı? 1- Var () 2- Yok ()

Soy Geçmişte Bilinen Psikiyatrik Hastalık Var mı? 1- Var () 2- Yok ()

Öz Geçmişte Bilinen Psikiyatrik Hastalık Var mı? 1- Var () 2- Yok ()

Tedavi Şekli: Ayakta () Yatarak () Varsa Sayısı:

Daha Önce İlaç kullanımı: Var () Yok ()

İlaç kullanımı: 1- Düzenli () 2- Düzensiz

Doktora Başvurma: 1- İlk kez () 2- Bir süredir tedavi görme

Demans: Var () Yok ()

EK 3- BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12-
0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13-
0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14-
0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15-
0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16-
0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

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

EK 4- BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 43

KONU: Etik Kurul İzni

28.01.2016

Sayın;Ajda EKİNCİ

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, Prof Dr. Öget Öktem TANOR'ın danışmanlığında planladığınız **“Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Almış Hastaların Nöropsikolojik Değerlendirilmesi”** isimli araştırmanız kurulumuzun 28.01.2016 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

S. Kayalı

Prof.Dr.Eyüp Sabri KAYALI
Etik Kurul Başkanı

EK.Etik Kurul Kararı

ÖZGEÇMİŞ

Ajda Ekinci, 11.10.1983 yılında Diyarbakır'da doğdu. Diyarbakır Fatih İlköğretim okulundan sonra, Diyarbakır Nevzat Ayaz Anadolu Lisesinde okudu. Burada ortaokul eğitimini tamamladıktan sonra İstanbul İzzet Ünver Lisesi'nde eğitimine devam etti. 2005 yılında Uludağ Üniversitesi Psikoloji Bölümüne girdi ve 2009 yılında eğitimini tamamladı. Lisans Eğitimi sırasında eğitiminin bir bölümünü, öğrenci değişim programıyla Università degli Studi di Torino'da devam etti. 2011 yılında Haliç Üniversitesi Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programına başladı. 2015 yılında Haliç Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programıyla eğitimine devam etti. Mezun olduktan sonra 2009-2012 yıllarında Özel Menekşeler Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinde çalıştı. 2012 Eylül'den 2015 Ağustos'a kadar Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde çalıştı. 2015 Eylül ayından itibaren Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalıştı ve hala orada devam etmektedir.