



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**PSİKOTROP İLAÇ KULLANIMINA RAĞMEN
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK BELİRTİLERİ
DEVAM EDEN VAKALARDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI
TERAPİ’NİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

TAMER NUMAN DUMAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2019

**PSİKOTROP İLAÇ KULLANIMINA RAĞMEN
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK BELİRTİLERİ
DEVAM EDEN VAKALARDA BİLİŞSEL
DAVRANIŞÇI TERAPİ’NİN ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

TAMER NUMAN DUMAN
20167723

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Füsün GÖKKAYA.

LEFKOŞA
2019

KABUL VE ONAY

Tamer Numan DUMAN tarafından hazırlanan “Psikotrop İlaç Kullanımına Rağmen Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirtileri Devam Eden Vakalarda Bilişsel Davranışçı Terapi’nin Etkinliğinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışma, 22/01/2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Yrd. Doç. Dr. Füsun GÖKKAYA (Danışman)
Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Ezgi ULU (Başkan)
Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Ayhan ÇAKICI EŞ
Yakın Doğu Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü

Ünvan, Ad, Soyad
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- ☐ Tezimin tamamı heryerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- ☐ Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih

İmza

Ad, Soyad

TEŞEKKÜR

Öncelikle bu araştırmaya katılmayı kabul ederek çalışmanın ortaya çıkmasını sağlayan; zorlu bir psikoterapi süreci yaşamayı göze alan ve kendini iyi hissetmek adına çaba gösteren tüm katılımcılara,

Tezimin hazırlık aşamasından son anına kadar bana rehberlik eden ve destek olan tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Füsun GÖKKAYA'ya,

Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimimin her safhasında bana 14 yıl boyunca her türlü desteği, bilgiyi, kaynağı esirgemedi veren ve bugün Bilişsel Davranışçı bir terapist olmamda herkesten çok emeği olan değerli hocam Prof. Dr. M. Hakan TÜRÇAPAR'a,

Bu çalışmanın hastanemizde gerçekleşmesine destek ve olanak sağlayan Klinik Eğitim Sorumlumuz kıymetli hocam Prof. Dr. Erol GÖKA'ya,

Bana bu araştırma için hasta yönlendiren, ölçek puanlamasına katkıda bulunan, çalışmanın yazım aşamasında da desteklerini esirgemeyen değerli çalışma arkadaşlarım başta Uzm. Dr. Hasan KAYA olmak üzere Uzm. Dr. Emine Merve AKDAĞ, Uzm. Dr. Rabia Nazik YÜKSEL ve Doç Dr. M. Tuncer OKAY'a ve diğer tüm çalışma arkadaşlarıma,

Bana desteğini esirgemeyen, gerektiğinde iş yükümü üzerine alan sevgili meslektaşlarım Psk. Dilek ERDEM GİRBALAR, Gülay YALÇINTAŞ ve Merve ÖZGER'e,

Teşekkür ederim.

ÖZ

PSİKOTROP İLAÇ KULLANIMINA RAĞMEN OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK BELİRTİLERİ DEVAM EDEN VAKALARDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ’NİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışmada OKB tanısı almış, halen ez az 12 haftadır psikotrop ilaç kullanımı devam ettiği halde en az orta düzeyde obsesyon ve kompulsiyon belirti şiddeti gösteren 39 kişiye 10 seans bilişsel davranışçı terapi uygulanmış ve terapi öncesi, beşinci seans ve onuncu seanstaki obsesif kompulsif belirti şiddeti, depresyon ve anksiyete şiddeti ve obsesif inanışlarının düzeyi ölçümleri karşılaştırılmıştır. Terapi sürecine başlanan 39 hasta’dan 9 ‘u terapiyi terk etmiş, diğer 30 kişi 10 seanlık bilişsel davranışçı terapi protokolünü tamamlamıştır. Çalışmanın verileri, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon derecelendirme Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Envanteri ve Obsesif İnançlar Ölçeği-44 aracılığıyla elde edilmiştir. Çalışma sonucunda tekrarlanan ölçümler arasında obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti, depresyon ve anksiyete düzeyi boyutlarında anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır. Bu farklılık hem terapi öncesi ve 5. Seans ölçümleri arasında, hem terapi öncesi ve 10. seans ölçümleri arasında hem de 5. seans ve 10 seans ölçümleri arasında görülmüştür. Terapiyi terk eden kişilerin en son ölçümlerinin sonraki ölçümlere aktarıldığı durumda bile bu sonuçlar değişmemiştir. Obsesif inançlar boyutunda toplam OİÖ-44 puanları ve sorumluluk/tehdit, mükemmeliyetçilik/kesinlik, düşüncelerin önemi/kontrol puanları terapi öncesine göre hem 5. Seansta, hem de 10. seansta anlamlı olarak azalmıştır. Ayrıca 10. seanstaki tüm OİÖ-44 puanları 5. seansa göre de anlamlı olarak azalmıştır. Bulgularımız OKB’nin etkili tedavisinde BDT’ ye daha fazla önem verilmesi ve BDT’nin daha yaygın kullanılmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Bilişsel Davranışçı Terapi, Depresyon, Anksiyete, Obsesif İnançlar.

ABSTRACT

THE EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY IN CASES WITH ONGOING SYMPTOMS OF OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER INSPITE OF USING PSYCHOTROPIC DRUGS

In this study 39 people who are diagnosed and shown mild, moderate and severe symptoms of obsession and compulsion despite having used psychotropic medicine for 12 weeks got cognitive psychological therapy. Additionally, before therapy, 5th therapy session and 10th therapy sessions level of Obsessive Compulsive Disorder (OCD) symptoms, depression and anxiety levels and level of obsessive beliefs are compared. Nine of the patients left the therapy. On the other hand, 30 people completed ten sessions of obsessive compulsive therapy protocol. Data collected by administering Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Inventory and Obsessive Beliefs Questionnaire-44. As a result of this study repeated assessment and analysis conducted indicate noticeable differences between OCD symptom levels and depression and anxiety levels. This difference is observed in both before therapy and 5th therapy session assessment results and before therapy and 10th therapy assessment results as well as the 5th and 10th therapy assessment results. The results did not change when the assessment results of the patients who left the therapy were transferred into the preceding assessment results. Obsessive Compulsive Belief Questionnaire scores, responsibility/ over estimation of threat, perfectionism/intolerance of uncertainty, importance and control of thoughts scores have significantly decreased in the 5th and 10th sessions. Furthermore, Obsessive Compulsive Belief Questionnaire scores in the 10th session have decreased sharply compared to the 5th session. Findings of this study would contribute to the wide spread and effective use of Cognitive Behavioral Therapy in OCD treatment.

Key Words: obsessive compulsive disorder, cognitive behavioural therapy, depression, anxiety, obsessive beliefs

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	
BİLDİRİM	
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZ	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLO VE ŞEKİLLER DİZİNİ	ix

1. BÖLÜM.....	1
GİRİŞ	1
1.1. Problem durumu	1
1.2. Araştırmanın amacı.....	2
1.3. Araştırmanın önemi	3
1.4. Sınırlılıklar.....	3
1.5. Tanımlar	4
2. BÖLÜM.....	5
KURAMSAL ÇERÇEVE, İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	5
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk	5
2.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanısı.....	5
2.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Yaygınlığı ve Cinsiyet Dağılımı ...	6
2.1.3. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Eş Tanı.....	7
2.1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Alt Tipleri	8
2.2. Bilişsel Terapiler	11
2.2.1. Beck Yönelimli Bilişsel Terapi	11
2.2.2. Akılcı Duygulanımcı Davranış Terapisi	12
2.2.3. Bilişsel Davranışçı Terapi.....	14
2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Modelleri.....	15
2.3.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Davranışçı Modeli	15
2.3.2. Beck'in Anksiyete Modeli	17

2.3.3. Abartılı Sorumluluk Modeli.....	18
Şekil 4. OKB için bilişsel davranışçı model (Salkovskis, 2007).	20
2.3.4. İstem Dışı Düşüncelerin Hatalı Yorumlanması Modeli.....	20
2.3.5. Bilişsel Kontrol Modeli	22
2.3.6. Obsesif Kompulsif Çalışma Grubu (OKBÇG)'nin OKB'ye Özgü Bilişsel Modeli	23
2.4. OKB'de Bilişsel Davranışçı Terapinin Etkinliğine Yönelik Çalışmalar	24
 3.BÖLÜM.....	27
ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	27
3.1. Araştırmanın Modeli	27
3.2. Evren ve Örneklem	27
3.2.1. Araştırmaya dahil etme kriterleri	29
3.2.2. Dışlama Kriterleri	29
3.2.3. Bilişsel Davranışçı Terapi süreci aşamaları.....	29
3.3. Veri Toplama Araçları	33
3.3.1. Demografik Bilgi Formu	33
3.3.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsif Derecelendirme Ölçeği (Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale-Y-BOCS)	33
3.3.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	33
3.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği.....	34
3.3.5. Obsesif İnanışlar Anketi OİÖ-44 gözden geçirilmiş form:	34
 4. BÖLÜM.....	36
BULGULAR.....	36
 5. BÖLÜM.....	46
TARTIŞMA	46
 6. BÖLÜM.....	52
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52

KAYNAKÇA	54
EKLER.....	72
EK-1 Aydınlatılmış Onam Formu	72
EK-2 Demografik Bilgi Formu:	73
EK-3 Beck Anksiyete Ölçeği	74
Ek-4 Beck Depresyon Envanteri (BDE)	75
Ek-5 Obsesif İnançlar Ölçeği (OIÖ-44)	77
Ek-6 Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (Y–BOCS)	79
ÖZGEÇMİŞ.....	80
İNTİHAL RAPORU	81
ETİK KURUL ONAYI.....	82

TABLO VE ŞEKİLLER DİZİNİ

Tablo 1. OKB tanılı hastaların bazı tanımlayıcı özellikleri	28
Tablo 2. OKB tanılı hastaların klinik özellikleri	37
Tablo 3. 10 seans BDT protokolünü tamamlayan OKB tanılı hastaların terapi öncesi ile 5. seans ve 10. seanstaki Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Envanteri puanlarının karşılaştırılması	38
Tablo 4. 10 seans BDT protokolünü tamamlayan OKB tanılı hastaların terapi öncesi ile 5. seans ve 10. seanstaki Y-BOCS puanlarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 5. 10 seans BDT protokolünü tamamlayan OKB tanılı hastaların terapi öncesi ile 5. seans ve 10.seanstaki OİÖ-44 puanlarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 6. 10 seans BDT protokolünü tamamlayan OKB tanılı hastaların terapi öncesine göre 10. seansta Y-BOCS puanındaki azalış miktarı ile BDE, BAE ve OİÖ-44 toplam puanlarındaki azalış miktarları arasındaki korelasyon katsayıları.....	41
Tablo 7. 10 seanslık terapi sürecini tamamlayan ve terk eden OKB tanılı hastaların tamamının terapi öncesi ile 5. seans ve 10. seanstaki Beck Depresyon ve Anksiyete Envanteri puanlarının karşılaştırılması.....	42
Tablo 8. 10 seanslık terapi sürecini tamamlayan ve terk eden OKB tanılı hastaların tamamının terapi öncesi ile 5. seans ve 10. seanstaki Yale Brown Obsesyon Kompülsiyon Derecelendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	43
Tablo 9. 10 seanslık terapi sürecini tamamlayan ve terk eden OKB tanılı hastaların tamamının terapi öncesi ile 5. seans ve 10. seanstaki BDE puanlarının karşılaştırılması.....	44
Tablo 10. 10 seanslık terapi sürecini tamamlayan ve terk eden OKB tanılı hastaların tamamının terapi öncesi ile 5. seans ve 10. seanstaki BAE puanlarının karşılaştırılması.....	45
Şekil 1. ADDT'nin ABC modeli	13
Şekil 2.OKB'nin davranışçı modeli	17
Şekil 3. Kaygının bilişsel formülü	18
Şekil 4. OKB için bilişsel davranışçı modeli	20
Şekil 5. OKB'nin bilişsel davranışçı modeli	23
Şekil 6. OKBÇG'nin OKB'ye yönelik bilişsel davranışçı modeli.	24
Şekil 7. 10 seans BDT protokolünü tamamlayan OKB tanılı hastaların terapi öncesi, 5. ve 10. seanstaki Y-BOCS puanlarının karşılaştırılması	39
Şekil 8. 10 seans terapinin tamamını tamamlayan OKB tanılı hastaların terapi öncesine göre 10. seansta Y-BOCS puanındaki azalış miktarı ile BDE puanındaki azalış miktarı arasındaki ve BDE puanındaki azalış miktarı ile BAE puanındaki azalış miktarı arasındaki ilişki.....	43

KISALTMALAR

ADDT	: Akılcı Duygulanımcı Davranış Terapisi
BAE	: Beck Anksiyete Envanteri
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
DSM – 5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (5.Basım)
DSM-IV	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (4. Basım)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgü
ERP	: Exposure-Response Prevention (Maruz Bırakma/Tepki Önleme)
OİÖ-44	: Obsesif İnanışlar Ölçeği-44
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem durumu

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) üzerine yapılan epidemiyolojik çalışmalar bozukluğun %60-85 kronik bir seyir izlediğini, tamamen iyileşmenin (asemptomatik olma durumu) ancak %20 olduğunu göstermektedir (Angst ve ark., 2004; Perugi ve ark., 1998; Skoog ve Skoog,1999). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “yaşam kalitesi” kavramını “kişinin kendi durumunu, kendi kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi” olarak tanımlanmıştır (DSÖ, 1997).

Yaşam kalitesi fiziksel sağlık, ruh sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre etkenleri ve kişisel inançlar boyutlarını kapsamaktadır. Ruhsal alandaki yaşam kalitesi olumlu-olumsuz duygular, bilişsel yetiler, benlik saygısı ve beden imgesi hakkında olup; bağımsızlık düzeyi alanı kişinin çocuk bakımı, ev işleri, mesleki uygulamalar gibi günlük işlerini, sosyal etkinliklerini başkasının yardımı olmadan yürütebilme becerisini ve hayatını devam ettirme konusunda tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyabileceğini yansıtmaktadır. OKB’de en fazla işlevsellik bozulmasının ruh sağlığı ve bağımsızlık düzeyi alanlarında olduğu gösterilmiştir (Koran ve ark. 1996, Beşiroğlu ve ark. 2002).

Görülme sıklığı şizofreni ve bipolar bozukluktan 2 kat daha fazla olan OKB’nin, kişinin yaşam kalitesini ve işlevselliğini birçok kronik hastalıktan çok daha fazla bozduğu bildirilmektedir (Eisen ve ark., 2006; Hollander, Kwon, Stein ve Broatch, 1996; Koran, Thienemann ve Davenport, 1996; Rosa ve ark., 2012). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) kullanılarak OKB hastalarının şizofreni hastalarıyla karşılaştırıldığı bir çalışmada OKB’nin psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alanlarında şizofreniye oranla daha fazla bozulmaya neden olduğu gösterilmiştir (Stengler-Wenzke,

Kroll, Matschinger ve Angermeyer, 2006). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise OKB hastarı sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alanlarındaki bozulma anlamlı bulunmuştur (Beşiroğlu, Uguz, Sağlam, Yılmaz, Agargün ve Askin, 2007). Dünya Sağlık Örgütü OKB’nin işlevselliği olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve ruhsal hastalıklar arasında onuncu sırada olduğunu bildirmiştir (DSÖ, 1999).

Psikotrop ilaç tedavilerinin OKB belirtilerinde %30-60 düzelmeye yol açtığı bildirilmiştir. Fakat psikiyatrik klinik pratiğinde en sık kullanılan seratonin geri alım inhibitörleri (SGİ) tedavileri ile OKB belirtilerinde ancak %20-40 azalma elde edilebilmektedir (Pigott ve Seay, 1999; Fineburg, Marazziti ve Stein, 2001; Hurley ve ark., 2002). İlaç tedavilerinde Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS) skorunda %25 azalma tedaviye yanıt olarak tanımlanmaktadır (Koran ve ark. 2002). Ancak özellikle yüksek Y-BOCS skorlarına sahip hastalar bu ölçüte göre tedaviye yanıt vermiş olsalar bile klinik olarak belirgin OKB semptomlarına sahip olmaya devam etmektedirler (Kuru ve Türkçapar, 2013).

Özetle OKB toplumda sık görülen, kişinin yaşam kalitesini ve işlevselliğini önemli ölçüde azaltan kronik bir ruh sağlığı sorunudur ve standart psikiyatrik tedavilerden tatmin edici düzeyde bir etki elde edilememektedir. Bu nedenle OKB tedavisini daha etkin hale getirecek alternatif tedavi yöntemlerine ve var olan tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

1.2. Araştırmanın amacı

Bu araştırmanın amacı OKB’de Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yönteminin psikotrop ilaç kullanımına rağmen belirtileri devam eden vakalarda etkinliğinin belirlenmesine katkıda bulunmaktır. Araştırmada özgül olarak aşağıdaki soruların yanıtlanması amaçlanmaktadır:

1. OKB’ye özgü BDT uygulaması OKB belirtilerinde terapi öncesine göre anlamlı bir fark oluşturmakta mıdır?
2. OKB’ye özgü BDT uygulaması depresyon düzeyi üzerinde terapi öncesine göre anlamlı bir fark oluşturmakta mıdır?
3. OKB’ye özgü BDT uygulaması anksiyete düzeyi üzerinde terapi öncesine göre anlamlı bir fark oluşturmakta mıdır?

4. OKB’de rol oynadığı düşünölen düşöncelerin önemi/kontrolö; sorumluluk/tehdit algısı ve mükemmeliyetçilik/kesinlik gibi bilişsel inanç boyutları OKB belirtilerinin şiddetini yordamakta mıdır?

1.3. Araştırmanın önemi

BDT’nin OKB’deki etkinliğini araştırmaya yönelik birçok bilimsel çalışma ve bu bilimsel çalışmaların birlikte ele alındığı meta-analiz çalışmaları, BDT’nin OKB tedavisinde etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymaktadır (Abramowitz 1996, 1998; Cottraux ve ark.,2001; Emmelkamp, Visser ve Hoekstra, 1988; Fisher ve Wells, 2005; Foa ve Kozak 1996; McKay ve ark., 2015; Olatunji, Davis, Powers ve Smits, 2013; Öst, Havnen, Hansen ve Kvale, 2015 van Oppen ve ark. 1995; Whittal, Thordarson ve McLean, 2005). Literatürde Türkiye’de BDT’nin OKB’deki etkinliği üzerine yapılan çalışmalara bakıldığında sadece bir çalışma göze çarpmaktadır. Şafak ve ark. (2013), yaptıkları çalışmada bilişsel davranışçı grup terapisinin de OKB’de etkin bir yöntem olduğunu göstermişlerdir. Ancak literatürde Türkiye’de BDT’nin bireysel uygulamasının OKB’deki etkinliği üzerine kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle OKB’de etkili bir tedavi yöntemi olan BDT’nin etkinliğini Türk kültüründe araştırmaya yönelik bir çalışmanın önemli olduğu düşünülmektedir.

1.4. Sınırlılıklar

Araştırmaya Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran 39 OKB tanısı almış kişi dahil edilmiştir. Örneklem sayısının az olması, kontrol grubu kullanılmaması ve araştırmanın tek bir merkezde yapılmış olması sınırlılıklar arasında yer almaktadır. Bir diğer sınırlılık, araştırmada kullanılan ölçeklerden Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) haricindeki ölçeklerin kendini bildirim ölçekleri olması ve kişilerin samimiyetine duyarlı olmasıdır. BDT uygulamasının tek bir terapist tarafından yapılmasının da araştırmanın bir sınırlılığı olduğu düşünülmektedir.

1.5. Tanımlar

Obsesyon (takıntı): 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 (APA, 2013).

Kompulsiyon (zorlantı): Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar ya da zihinsel eylemler (APA, 2013).

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB): Zihinde istem dışı beliren, kişide rahatsızlık ve sıkıntı uyandıran obsesyonlar ile bu obsesyonların ortaya çıkardığı kaygıyı azaltmak için istemli olarak belirli ritüeller şeklinde sergilenen zihinsel ya da davranışsal tepkiler olan kompulsiyonların eşlik ettiği kaygı bozukluğudur (TPD, 2012).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT): Uyum bozucu davranış ve duyguların psikoloji biliminin ortaya koyduğu öğrenme kuramları ve bilişsel psikoloji ilkelerinin psikoterapiye uyarlanması yoluyla değiştirilmesi etkinliğidir (Türkçapar, 2008).

Psikotrop ilaç: Psikotrop ilaçlar temelde merkezi sinir sistemi üzerinden etki gösteren, mental bozuklukların tedavisinde kullanılan ilaçlardır ve antidepresanlar, antipsikotikler, anksiyolitikler, duygudurum düzenleyicileri, sedatif-hipnotikler ve benzeri ilaç gruplarını içerirler (Metin ve Cinemre, 2013).

2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE, İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) zihinde istem dışı beliren, kişide rahatsızlık ve sıkıntı uyandıran obsesyonlar ile bu obsesyonların ortaya çıkardığı kaygıyı azaltmak için istemli olarak belirli ritüeller şeklinde sergilenen zihinsel ya da davranışsal tepkiler olan kompulsiyonların eşlik ettiği kaygı bozukluğudur (TPD, 2012). İlerleyen bölümlerde OKB'nin tanısı, yaygınlığı, cinsiyete göre yaygınlığı, başlangıç yaşı ve seyri, alt tipleri, eş tanılı bozukluklar gözden geçirilmiştir.

2.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanısı

DSM-5 obsesyonları kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da imgeler; kompulsiyonları ise kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar ya da zihinsel eylemler olarak tanımlamıştır (APA, 2013). Kişi obsesyonlara (düşünce, dürtü ya da imgeler) aldırmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce veya eylemle yüksüzleştirme girişimlerinde bulunur. Kompulsiyonlar ise yaşanan kaygıdan, sıkıntıdan korunma, bunları azaltma ya da korkulan bir olaydan, durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar veya zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı düzeydedir (APA, 2013). OKB tanısı konulabilmesi için obsesyon ve kompulsiyonların günde bir saatten daha fazla zaman alıyor olması, klinik olarak belirgin bir sıkıntıya ve kişinin işlevselliğinde önemli bir azalmaya neden olması, obsesif-kompulsif belirtilerin

bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilere bağlı olmaması ve klinik tablonun başka bir ruh sağlığı bozukluğuyla daha iyi açıklanıyor olmaması gerekmektedir (APA, 2013).

OKB, DSM-IV'de anksiyete bozuklukları içinde sınıflandırılırken, DSM-V ile birlikte "saplantı-zorlantı bozuklukları ve ilişkili bozukluklar" başlığı altında ayrı bir kategoride sınıflandırılmıştır. Yine DSM-IV'den farklı olarak DSM-V'de "kişi, obsesyonlarını kendi zihninin bir ürünü olarak görür" ve "obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder" kriteri çıkarılmış, bunun yanı sıra ayrıntılı bir içgörü değerlendirmesi eklenmiştir (APA, 2000; APA, 2013).

2.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Yaygınlığı ve Cinsiyet Dağılımı

Yedi ülkenin (Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Porto Riko, Almanya, Tayvan, Kore ve Yeni Zelanda) OKB ile ilgili epidemiyolojik çalışmalarının birlikte değerlendirildiği bir araştırmada, bir yıllık yaygınlık oranlarının %1.1 ile %1.9 arasında değiştiği, yaşam boyu görülme sıklığının ise ortalama %2.5 olduğu gösterilmiştir (Weissmann ve ark., 1994). Farklı araştırma bulgularına göre yaygınlık %1-2 arasında değişmektedir (Clark, 2004). ABD'de 2073 kişiyle yapılan daha güncel epidemiyolojik bir çalışmada katılımcıların yaşam boyu %2.3 veya 12 aylık %1.2 OKB için DSM-IV ölçütlerini karşıladığı gösterilmiştir (Ruscio, Stein, Chiu ve Kessler, 2010). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre 12 aylık bir sürede oran %0.5 gösterilmiştir (Kılıç, 1998).

OKB'de genel olarak cinsiyet dağılımında bir fark olmadığı, ancak alt tiplerde kadınlarda bulaşma/kirlilik obsesyonu-temizlik kompulsiyonu; erkeklerde cinsel, dini, şüphe obsesyonları-kontrol kompulsiyonları alt tiplerinin daha yaygın olduğu gösterilmiştir (Labad ve ark., 2008; Rasmussen ve Eisen, 1992). OKB tanısı almış olan erişkinlerin %50-80'inde bozukluğa ilişkin belirtilerin 18 yaşından önce başladığı bildirilmiştir (Pauls, Alsobrook, Goodman, Rasmussen ve Leckman, 1995). Çocuk ve ergenlerin yaklaşık %1'inde görüldüğü bildirilmiştir (Heyman ve ark., 2001). Araştırmalar OKB'nin genellikle 15-25 yaş arası ortaya çıktığını göstermektedir (Bogetto, Venturellos, Maina ve Ravizza, 1999; Karadağ ve ark., 2006; Rasmussen ve Eisen, 1992; Rasmussen ve Tsuang, 1983). OKB'si olan erişkinlerin yaklaşık üçte ikisi,

çocukluk veya ergenlik dönemindeki semptomların başlangıcını bildirmektedir (Rasmussen ve Eisen, 1992).

2.1.3. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Eş Tanı

Rasmussen (1990), OKB'nin fobiler, madde kullanımı ve major depresif bozukluktan sonra en sık rastlanan psikiyatrik bozukluk olduğunu bildirmiştir. OKB'de eş tanı olarak en sık anksiyete bozuklukları ve duygu durum bozukluğu görülmektedir (Angst ve ark., 2005; Ruscio ve ark., 2010). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda anksiyete bozukluklarının görülme sıklığının %75, depresyonun görülme sıklığının ise %30-75 arasında değiştiği rapor edilmiştir (Clark, 2004; Millet ve ark., 2004; Ruscio ve ark., 2010).

Yapılan çalışmalarda OKB'de kişilik bozukluğu eş tanısının %33 ile %82 arasında değiştiği görülmektedir (Torres ve Del Porto, 1995). Kişilik bozuklukları içinde çekingen, bağımlı, histrionik ve şizotipal kişilik bozuklukları OKB'de eş tanı olarak görülebilmektedir (Baer ve ark. 1990; Chmielewski ve Watson, 2008).

ABD'de yapılan bir epidemiyolojik çalışmada bipolar bozukluk ile OKB arasındaki eş tanı sıklığı %21 bulunmuş, normal popülasyonla karşılaştırıldığında bipolar bozukluk tanısı olan hastaların OKB eş tanısı bakımından 18 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Chen ve Dilsaver 1995). Bir başka çalışmada OKB hastalarında %7-21 bipolar bozukluk eş tanısı, bipolar duygudurum bozukluğu hastalarında ise %11-39 OKB eş tanısı gösterilmiştir (Krüger ve ark. 2000). Türkiye'de yapılmış bir çalışmada ise 214 bipolar bozukluk hastasının %16'sında OKB eş tanısı olduğu gösterilmiştir (Koyuncu 2010). DSM-IV için yapılandırılmış SCID ve Y-BOCS ölçüm araçları kullanılarak yapılan bir çalışmada kronik şizofreni tanısı almış hastaların %43.2'sinin obsesyon ve kompulsiyon belirtileri gösterdiği, %29.7 sinin ise OKB tanısı aldığı bildirilmiştir (Bermanzohn ve ark. 2000). Bir başka çalışmada 52 şizofreni tanısı almış hastanın %25'inin aynı zamanda OKB tanı ölçütlerini de karşıladığı gösterilmiştir (Tibbove Warneke, 1999).

2.1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Alt Tipleri

OKB heterojen nitelikte, pek çok farklı bozuklukla benzerlikler içeren ve kendi içinde de farklı alt tipleri olan bir bozukluktur (Abramowitz, McKay ve Taylor, 2008/2008). Nitekim OKB ile benzer nitelikler taşıyan beden dismorfik bozukluk, trikotilomani, deri yolma bozukluğu, biriktiricilik bozukluğu DSM-5’de “saplantı zorlantı bozuklukları ve ilişkili bozukluklar” kategorisi içinde yer almıştır. OKB’de sınıflandırma, özellikle OKB belirtilerine yönelik psikolojik tedavi planlamasında çok önemlidir; çünkü farklı alt tiplere yönelik psikolojik müdahaleler de farklılıklar gösterebilmektedir (Sookman ve ark., 2005). Örneğin kirlilik obsesyonu ve temizleme kompulsiyonu olan bir vaka için geliştirilen psikolojik tedavi planı, saldırganlık obsesyonu ve kontrol kompulsiyonları olan bir vakadan son derece farklı olabilmektedir (Abramowitz ve ark., 2008/2008). Obsesyonlar ve kompulsiyonların sınıflandırılmasına yönelik çalışmalar çoğunlukla gözlenebilen açık belirtilere yöneliktir (Abramowitz ve ark., 2008/2008). OKB’de en yaygın görülen alt tiplerin (a) Bulaşma/kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları; (b) Saldırgan, cinsel, dinsel, somatik obsesyonlar ve kontrol etme kompulsiyonları; (c) Simetri ile ilgili obsesyonlar ve sayma, düzenleme, simetri, tekrarlama kompulsiyonları; (d) Biriktirme davranışı; (e) Dinsel obsesyon ve kompulsiyonlar olduğu bildirilmiştir (Rasmussen ve Eisen, 1992). Taylor (2005), obsesyon ve ilişkili kompulsiyonları (a) Saldırganlık, cinsel, dinsel, somatik obsesyonlar ve kontrol kompulsiyonları; (b) Simetri obsesyonları ve düzenleme, sayma, tekrarlama kompulsiyonları; (c) Kirlilik obsesyonları ve temizleme kompulsiyonları; (d) Biriktirme davranışı olarak sınıflamıştır. Abramowitz, Franklin ve Furr (2003), daha önce tanımlanan zarar verme, kirlenme, biriktirme ve simetri alt gruplarına ek olarak dua etme, sayma, liste yapma, etkisizleştirme gibi zihinsel ritüelleri içeren ayrı bir grup tanımlamıştır. Çalışmalar genellikle bu sınıflamaları destekler niteliktedir (Abramowitz ve ark., 2008/2008). Ancak tek bir olguda birden çok alt tip bulunabilmektedir (McKay ve ark., 2004).

OKB’deki sınıflandırmaların çoğu daha çok kompulsiyon odaklıyken Lee ve Kwon (2003), obsesyon odaklı bir sınıflandırma öne sürmüştür ve obsesyonları niteliğine göre otojen ve reaktif obsesyonlar olmak üzere iki alt tipe

ayırmışlardır. Lee ve Kwon (2003)'e göre otojen obsesyonlar çoğunlukla bir uyaran olmaksızın zihne gelen, benliğe yabancı olan, cinsel, dinsel saldırganlık ve ahlaka aykırılık temaları içeren düşünce ve dürtülerdir. Reaktif obsesyonlar ise belirgin bir dış uyaranla ortaya çıkan, daha gerçekçi ve rasyonel görünen, kirlenme-bulaşma, simetri-düzen, hata, kaza, kayıp vb. temaları içeren obsesyonlardır. Lee ve Kwon'un yaklaşımı bu iki tip obsesyonun farklı psikolojik mekanizmalar üzerinden sürdürülüp alevlendirildiğini iddia ettiği için önem taşır (Doğan, Solak, Özdel ve Türkçapar, 2013).

Otojen obsesyonda kişi obsesyonel düşüncelerini egodistonik ve mantıksız algılar, bunları zihninden uzaklaştırmaya ve bastırmaya ya da kompulsif davranışlarla kontrol etmeye çalışır. Reaktif obsesyonlu kişiler ise obsesyonlarının görece gerçekçi ve akla yatkın olduğuna inanmaya eğilimlidirler. Bu yüzden, düşünceyi savuşturmaktan çok obsesif düşüncenin istenmeyen olası sonuçlarını engellemeye çalışırlar (Lee ve Kwon 2003, Lee, Kwon, Kwon ve Telch, 2005).

2.1.5. OKB'nin Nöropsikolojisi

Bilişsel davranışçı terapi, bilişsel psikolojinin konusu olan bilgi işleme modeline dayanmaktadır. Duyu organlarındaki girdinin işlenmesi, dünyanın algılanması ve anlaşılmasına yönelik işlevler bütünü bilişsel (cognitive) terimi altında ifade edilir ve tüm bu işlevleri inceleyen psikoloji alt dalı ise bilişsel psikolojidir (Karakaş ve Karakaş, 2000). OKB üzerine yapılan nöropsikolojik deneysel araştırmalar daha çok dikkat, bellek, yönetici işlevler ve üst bilişler üzerine olmuştur. Yapılan araştırmaların genel sonucu olarak OKB hastalarının dikkat performanslarında sanılanın aksine bir bozulma olmadığı, ancak bu hastaların seçici dikkat yanlılıklarının olduğu söylenebilir (Irak, 2009). OKB hastaları çevresel uyaranların bazı özelliklerine (kaygı durumuyla eşdeğer, tehdit içerikli uyaranlar) seçici olarak dikkat etmekte, buna karşın diğer uyaranlara dikkat etmemektedirler (Irak, 2009; Kuelz, Hohagen ve Voderholzer, 2004; Moritz, Jacobsen, Willenborg, Jelinek ve Fricke, 2006). OKB'de uyaranlar yanlı olarak kodlanmakta ve kişinin dikkati, tehlikeli olarak kodlanmış uyaranlara seçici olarak yönelmektedir. Bu durum bu bilginin daha

da etkin biçimde kodlanmasına yol açmakta ve varolan zihinsel şemalar bu bilginin kodlanmasını ve depolanmasını kolaylaştırmaktadır (Irak, 2009).

Klinik gözlemler ve yapılan araştırmalar OKB'de (örneğin şüphe obsesyonu/kontrol kompulsyonu alt türünde), OKB hastalarının kapıyı kilitleme, ocağı kapatma gibi kontrol etme eylemlerini yapıp yapmadıklarını hatırlayamadıklarını ya da bundan emin olamadıklarını düşündüklerini ve bunun da tekrarlama eğilimini arttırdığını göstermektedir. Bu durumun bir bellek bozukluğu mu yoksa başka süreçlerle ilgili ikincil bir durum mu olduğu tartışmalıdır (Irak, 2009). Yapılan çalışmalarda OKB hastaları olaysal bellek testlerinde kontrol gruplarından daha düşük, ancak anlamsal bellek testlerinde benzer performans göstermektedirler. Bu durum yeni bilgileri öğrenmeleri gereken ve test edileceklerini bildikleri durumlarda obsesyonlarının tetiklenmesi ve yaşadıkları kaygıyla ilişkili olabilir (Tuna, Tekcan ve Topçuoğlu, 2005; Woods ve ark., 2002). OKB hastalarının bellek performanslarının ölçüleceğinden haberleri olmadığı örtük bellek testlerinde kontrol grubundan farklı performans göstermemeleri bu görüşü desteklemektedir (Irak, 2009).

Yönetici işlevler kısaca bir amaca ulaşmak için uygun problem çözme kurulumunun oluşturulması ve bunun daha sonraki bir amaç için de sürdürülmesi olarak tanımlanabilir (Irak, 2009). Yönetici işlevler, kavramsallaştırma, perseverasyon, kurulumu sürdürme, öğrenme, soyutlama, akıl yürütme, problem çözme, zihinsel esneklik, yaratıcılık, karar verme, planlama, bozucu etkiye karşı koyabilme ve tepki ketlemesi gibi çok sayıda üst düzey zihinsel süreçleri kapsayan geniş bir kavramdır (Lezak, 1995; Spreen, Sherman ve Satrauss, 2006). Pennington ve Ozonoff (1996), yönetici işlevleri; kurulumu koruma ve değiştirebilme, planlama, bağlamsal bellek, ketleme (bozucu etkiye karşı koyabilme), zaman ve mekanda olayları bütünleştirebilme, akıcılık ve çalışma belleği olarak sınıflandırmıştır. Bir başka sınıflandırmada yönetici işlevlere, çalışma belleğinin yanı sıra güdü, duygulanım ve genel uyarılmışlık düzeyinin düzenlenmesi, dilin içselleştirilmesi, davranışın analiz ve sentezi de dahil edilmiştir (Barkley, 1997). Barkley (1997), tüm yönetici işlevlerin ortak unsurunun ketleme olduğunu ileri sürmüş ve yönetici işlevleri potansiyel bir davranış ketleme, süregiden bir

davranışı ketleme ve bozucu tepkinin kontrolü olarak sınıflamıştır. OKB’de yönetici işlevlerin ele alındığı çalışmalar genel olarak OKB hastalarında yönetici işlevlerde sorun olduğunu vurgulamaktadır (Cox; 1997; Kuelz ve ark., 2004; Moritz ve ark., 2002). Yönetici işlevlerin zayıf olması bilginin kodlanması ve kodlanmış bilginin hatırlanmasına olumsuz etki göstermektedir (Irak, 2009). Üst biliş, bilişsel psikoloji kapsamında çoğunlukla belleği içermektedir. Üst biliş, belleğe ilişkin olarak ele alınmakta ve yapılan çalışmalarda bellek üstü işlemler incelenmektedir (Irak, 2009).

Belleğin üstünde yapılan işlemleri ifade etmek için ise üst bellek kavramı kullanılmaktadır ve üst bellek, bellekteki olası tüm işleyişin farkında olmak ve bu işleyişi gerektiğinde amaçlı olarak yönlendirebilme işlevi olarak tanımlanmaktadır. (Irak, 2005; Karakaş, Irak ve Bekçi, 2003). OKB’de üst bilişler deneysel olarak incelenirken aslında üst belek işlevleri ele alınmaktadır. Yapılan deneysel çalışmalar özetle OKB tanısı almış hastaların kendi belleklerine güvenlerinin az olduğunu, ancak bu güvensizliğinin performans başarısından bağımsız olduğunu; sorunun bir bellek bozukluğu olmaktan çok bir deneyimi ya da bilgiyi hatırlamış olma hissini yeterli bulmamaları ya da bu konuda gerçekçi olmayan yüksek standartlar koymuş olmalarından kaynaklanmakta olduğunu göstermektedir. (McNally ve Kohlberg, 1993; McDonald ve ark., 2007; Woods ve ark., 2002).

2.2. Bilişsel Terapiler

2.2.1. Beck Yönelimli Bilişsel Terapi

Bilişsel Terapi, *bilişsel model* üzerine temellendirilmiştir. Bu modele göre, insanların duygu ve davranışları, olayları nasıl yorumladıklarından etkilenmektedir (Beck, 1995/2001). İnsanların ne hissettiğini belirleyen şey olayların kendisi değil, o olaya ilişkin olarak kişinin kendi zihninde verdiği anlamlardır (Beck, 1964; Ellis, 1962. Akt: Beck, 1995). Bilişsel terapinin felsefi kökeni stoacı felsefe yaklaşımı ve bu felsefi akımın öncülerinden Epictetus’a kadar uzanmaktadır. Epictetus, insanları rahatsız edenin yaşadığı şeyler değil, o şeylere verdiği anlamlardır der. Epictetus’a göre insanlara dış nesneler veya diğer insanlar zarar veremez. Bize ancak kendi tutumlarımız veya inançlarımız zarar verebilir. Modern bilişsel terapi A.T. Beck ve Albert Ellis’in

alışmalarından ortaya çıkmıştır (Türkçapar, 2008). Günümüzde bilişsel terapi sadece stoacı felsefi akımdan ibaret değil, araştırma ve deneye dayalı psikoloji literatürünün birikiminin bir ürünüdür.

Özetle *bilişsel model* hastanın duygu durumunu ve davranışlarını etkileyen, işlevsel olmayan düşüncelerin tüm psikolojik bozukluklarda yaygın olduğunu ve düşüncelerini daha gerçekçi ve uyum sağlayıcı bir şekilde değerlendirmeyi öğrendiklerinde, insanların duygu durumlarında ve davranışlarında da iyileşme yaşadıklarını savunur (Beck, 2001/2016).

Beck yönelimli bilişsel modele göre, bilişsel yapı otomatik düşünceler, ara inançlar ve temel inançlardan oluşur (Beck, 1995/2001; Türkçapar, 2008). Otomatik düşünceler, olayları yaşarken ya da bunları yeniden hatırladığımızda olumsuz duyguları hissederken zihnimizde olan içeriktir (Türkçapar, 2009, s. 164). Ara inançlar temel inançlarla baş etmek için geliştirilen kalıplaşmış tutum, inanç ve sayılılardır (Beck, 1995/2001). Temel inançlar ise, kişinin dünya ve diğer insanlarla ilgili olan ilk deneyimleriyle biçimlenen ve genellikle hiç sorgulanmamış olan algıları ve fikirleridir (Beck, 1995/2001). Yaşamın erken dönemlerinde kişisel deneyimler ve çevredeki önemli insanlarla yapılan zdeşimlerle oluşan temel inançlar, yaşamın ileriki yıllarındaki benzer deneyimler ve öğrenmelerle pekişir (Türkçapar, 2008). Bu fikirler kişi tarafından değişmez doğrular olarak, olduğu gibi kabul edilirler (Beck, 1995/2001). Kişilik denilen duygusal ve davranışsal örüntüler yaşamla ve kendilikle ilgili bu inançlardan oluşur (Türkçapar, 2008, s.86). Beck, temel inançları üç ana başlık altında değerlendirmektedir: Çaresizlik, sevilme ve değersizlik (Beck, 2011/2016).

2.2.2. Akılcı Duygulanımcı Davranış Terapisi

Albert Ellis'in öncülüğünü yaptığı Akılcı Duygulanımcı Davranış Terapisi'nin (ADDT) Beck yönelimli Bilişsel Davranışçı Terapiden farkı, Ellis'in otomatik düşüncelere tekabül eden çıkarımsal düşüncelerden çok değerlendirici (yorumlayıcı) düşüncelere odaklanmasıdır (Ellis ve Harper, 1997/2005). Ellis (1955), bu düşüncelere "akılcı olmayan inançlar" der ve insanın yaptığı yorumlama ve değerlendirmelerin altında rasyonel (akılcı) ve irrasyonel (akılcı olmayan) inançların karışımından oluşan bireyin "inanç sistemi" olduğunu

savunur (akt. Türkçapar, 2008; Güriz, 2015). Akılcı olmayan inançlar şu özelliklerden en az bir tanesini içinde barındırmaktadır (Köroğlu 2008; Ellis ve Harper, 1997/2005; Güriz, 2015).

- *Dayatmacıdır (meli-malı tarzı inançlar)*: Ben meli-malıyım (başkalarının arasında göze çarpacak kadar başarılı ve sevmeye değer olmalıyım), diğerleri meli-malı (diğer insanlar bana mutlaka iyi ve adil davranmalılar), dış dünya meli-malı (yaşam koşullarım doyurucu ve rahat olmalı).
- *Felaketleştiricidir*: Dayatmacı inançları gerçekleşmediğinde insanların bunun korkunç bir felaket, tahammül edilemez/katlanılmaz bir durum olduğuna inanmalarıdır.
- *Aşırı genelleştiricidir*: İnsanlar dayatmacı beklentilerinin karşılanmadığı durumlarda tek bir özellikten veya davranıştan yola çıkarak kendi benliklerini, diğer insanları ve dış dünyayı derecelendirirler. Kötü, değersiz, başarısız, zayıf, güçsüz gibi genel ve tanımlanamaz etiketler yapıştırırlar.
- *Engellenmeye tahammülsüzlük*: İnsanların kendilerinden diğerlerinden ve dış dünyadan beklentileri dayatmacı olduğunda beklentilerindeki en ufak bir engellenmeye bile tahammüllerinin olmaması durumudur.

Akılcı olmayan yerleşik düşünceler: mantıksal olarak tutarsızdırlar; gerçekliğe aykırıdırlar; saltçı ve dogmatiktirler; acı veren duygulara yol açarlar; kişiyi amaçlarına ulaştırmaktan alıkoyarlar (Köroğlu, 2008). ADDT'nin ABC modeli Şekil 1'de de sunulmuştur.

A(doğrulanabilir) olay yaşantı, durum

A'(algılanan) kişinin o olayı nasıl algıladığı

B değerlendirici düşünce yorum

C duygusal davranışsal fizyolojik sonuçlar

D usamlama

E nitel değişim (yeni duygu)

Şekil. 1. ADDT'nin ABC modeli (Köroğlu, 2008)

ADDT'nin bir diğer özelliği, olumsuz duyguları sağlıklı (üzüntü, kızgınlık, makul endişe gibi) ve sağlıklı (depresyon, öfke, anksiyete gibi) olarak ayrıştırmasıdır. Duygular eğer kişinin hayatta kalmasına, değerlerine, amaçlarına hizmet ediyorsa sağlıklı; hizmet etmiyorsa sağlıklı olarak değerlendirilir (Ellis ve Harper, 1997/2005). ADDT'nin diğer psikoterapi yaklaşımlarından önemli bir farkı benlik saygısını desteklemek yerine kendini koşulsuz kabulü savunmasıdır. Kendini koşulsuz kabul, kendi benliğini herhangi bir şarta bağlamaksızın, değerlendirmeden, derecelendirmeden, başkalarıyla kıyaslamaksızın pek çok hata yapmış ve yapacak, yanılabilir bir insan olduğunu, sınırlılıkların olduğunu kabul etmek demektir (Ellis ve Harper, 1997/2005). Terapi görüşmelerinde ilk aşamada danışanın irrasyonel inançları ile yaşadığı sağlıklı duygu arasındaki ilişkiyi farketmesine yardımcı olunur (ikinci düzey içgörü). Sonrasında bu irrasyonel inançlar mantıksal, ampirik, pragmatik ve semantik uslamayla sorgulanıp yerine rasyonel inançlar ve bu rasyonel inançlarla birlikte sağlıklı duygular yaşaması hedeflenir (Koroğlu, 2008).

A. T. Beck ve Albert Ellis'in adlarıyla anılan kuramın etkisi 1980'lerde çığ gibi büyüyerek neredeyse psikoterapi alanında bilişsel devrim de denilen bir dönüşümü başlatmıştır (Türkçapar, 2008). Beck ve arkadaşlarının geliştirdiği bilişsel yaklaşımın psikoterapide bu yüzyılın en önemli dönüştürücü katkılarından birisi olduğu ileri sürülmektedir (Teasdale, 1993).

2.2.3. Bilişsel Davranışçı Terapi

1980'li yıllarda davranışçı ve bilişsel terapinin bütünleşmesinden ortaya çıkan bilişsel davranışçı terapi hareketi, psikoterapilerde entegrasyonun en başarılı örneği kabul edilmektedir (Türkçapar ve Sargın, 2012). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), uyum bozucu davranış ve duyguların psikoloji biliminin ortaya koyduğu öğrenme kuramları ve bilişsel psikoloji ilkelerinin psikoterapiye uyarlanması yoluyla değiştirilmesi etkinliğidir (Türkçapar, 2008). Bilişsel davranışçı terapiler bilimsel yöntemlerin psikoterapi alanında kendini gösterdiği birçok kuram ve uygulamayı içinde barındıran bir çatı kavramdır. İlk olarak davranışçı okulun bulgularıyla klinik uygulamalara dönüşen öğrenme ilkeleri, daha sonrasında bilişsel kuramlarla zenginleşmiştir (Özdel, 2015).

BDT günümüzde majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, öfke, kronik ağrı, bipolar bozukluk, şizofreni gibi psikotik bozukluklar, sosyal fobi, somatoform bozukluklar, madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları, vücut dismorfik bozukluğu gibi ruh sağlığı bozukluklarında etkinliği klinik çalışmalarla da gösterilmiş psikoterapi türüdür (Beck, 2011/2016; Türkçapar, 2008).

2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Modelleri

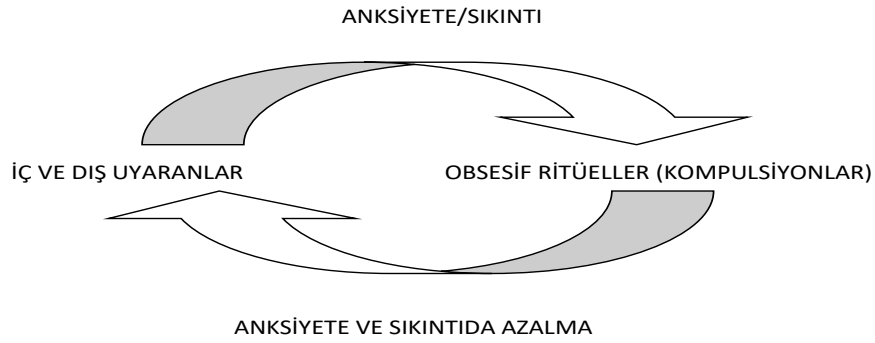
2.3.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Davranışçı Modeli

Mowrer'ın (1947, 1951, 1956, 1960), geliştirdiği İki faktör kuramı fobi ve anksiyete bozukluklarını davranışçı ilkelerle açıklayan ilk kuramdır. Klasik davranışçı yaklaşımın aksine öğrenmenin aracı kuramına göre davranışı çevresel bir uyarıcı doğrudan başlatmamakta; bunu daha çok birtakım aracı (mediatör) süreçlerle yapmaktadır (Davison ve Neale, 1998/2004). İki faktör kuramı hem klasik koşullanmayı hem de edimsel koşullanmayı içerir. İlk aşamada klasik koşullanmayla başlangıçta nötr bir uyaran korku tepkisini ortaya çıkaran koşullu uyarana dönüşür. İkinci aşamada organizma edimsel koşullanmayla korkuyu azaltmak ve kendini kurtarmak için birtakım açık davranışları öğrenir. Dollard ve Miller (1950), bu modeli OKB'yi açıklamak için de kullanmıştır. Buna göre obsesyonlar anksiyeteye koşullanmış uyarılar, kompulsiyonlar ise anksiyeteyi nötralize etmek için öğrenilmiş ve pekiştirilmiş davranışlardır. Kaçma, kaçınma, güvenlik sağlayıcı davranışlar ve nötralizasyon davranışları anksiyeteyi azaltarak olumsuz pekiştireç görevi görürler. Pekiştirilen bu davranışların sıklığı ve miktarı artar. Bu davranışlar anlık rahatlamaya yol açarken, kişi anksiyeteye koşullanmış obsesyonların bir yandan zihnine gelmesini engellemeye, diğer yandan obsesyonları zihninden koalamaya çalışır. Bu durum obsesyonların daha sık aklına gelmesine, dolayısıyla korku koşullanmasının sürmesine, hatta şiddetlenmesine yol açar. Mowrer'in (1947, 1951, 1956, 1960), anksiyete bozukluklarını açıklamaya yönelik iki faktör kuramı ve bu kuramın OKB'ye uyarlanması bir tedavi yöntemi olarak maruz bırakma-tepki önlemenin (exposure-response prevention/ERP) ortaya çıkışına yol açmıştır. Hayvanlarla yapılan öğrenme deneylerinden elde edilen bulgular doğrultusunda Meyer (1966), ERP'yi ilk kez iki OKB hastasında

uygulamış ve etkinliğini göstermiştir. Böylelikle ERP OKB’de etkili ilk psikolojik tedavi yöntemi olmuştur (Neziroğlu, Henricksen ve Yaryura-Tobias, 2006). Maruz bırakma (exposure), kişide kaygı uyandıran bir durum, nesne, düşünce ya da davranışla yüzleşmeyi; tepki önleme (response prevention) ise maruz bırakma esnasında ya da sonrasında kompüsyon, ritüel ve güvenlik davranışlarının engellenmesini ifade eder. Genellikle maruz bırakma ve tepki önleme aynı anda, kombine uygulanır (Neziroğlu, Henricksen ve Yaryura-Tobias, 2006). Foa, Steketee, Grayson, Turner ve Latimer (1984), kombine ERP uygulamasının tek başına maruz bırakma ve tek başına tepki önleme yönteminden daha etkili olduğunu göstermiştir. ERP’de kişi hem aklına gelmesinden rahatsızlık duyduğu düşünce, imge ve dürtülere, hem de kaçındığı, önlem aldığı ya da kompulsif davranışlar ve ritüeller sergilediği durumlara bunları yapmaksızın maruz bırakılır. Amaç, istem dışı girici düşünce, imge ya da dürtünün oluşturduğu anksiyeteyi söndürmek ve alışma durumunun ortaya çıkışını sağlamaktır (Sungur, 2006). ERP salt davranışçı terapide olduğu gibi OKB’nin bilişsel davranışçı terapisinde de temel tedavi yöntemidir (Clark, 2004).

ERP uygulanırken kişi kompulsif davranış, güvenlik davranışı ve diğer telafi edici yöntemleri kullanmasına izin vermeden (teпки önleme) obsesyonlara (düşünce, imge ya da dürtü), aynı zamanda bu obsesyonları tetikleyen durumlara (yere düşen kalemi almak, çimlere oturmak, yemek yaparken bıçak kullanmak gibi) maruz bırakılır. Kişi bunu yaparken kaygı, tikslenme gibi olumsuz duygular yaşamaya izin verir. Eğer obsesyon bir şüphe ise kişi şüpheyi tetikleyen durumlara maruz bırakılıp, beraberinde şüpheyi ortadan kaldırmaya yönelik herhangi bir girişimde bulunmaksızın belirsizlik hissine maruz bırakılır (örneğin tuttuğu muhasebe hesaplarını tekrar kontrol etmemek). Kişi obsesyonlarını tetikleyen durumlara maruz bırakılır (örneğin bayanların olduğu bir cafede oturmak, ya da tornavidayı eline almak). İğrenç/tiksindirici ya da zarar verme içerikli obsesyonlar söz konusu ise hem düşüncenin kendisine, aynı zamanda düşüncüyü tetikleyen durumlara maruz bırakılır (örneğin şiddet içerikli aksiyon filmleri seyretmek, çocuğunu kucağına alıp pencereden dışarıyı seyretmek gibi). Dini obsesyonlar söz konusu ise danışanla ibadetin, dua etmenin genel geçer standartları üzerinde ve nelerin

aşırı olacağı konusunda bir anlaşmaya varılır (örneğin ne sıklıkta ve hangi durumlarda besmele çekileceği gibi) ve danışan bunlar dışında ritüel ya da kompulsif davranışta bulunmaz. Dini obsesyon dini değerlere aykırı düşüncelerin akla gelmesi ise (küfür ya da günah işlemekle ilgili) danışandan bu düşüncelere maruz kaldığı halde kaçınma davranışında bulunmadan ve kompulsiyona başvurmaksızın (örneğin namaz kılmak, namaz kılarken tekrarlamamak gibi) ibadetini yerine getirmesi istenir (Clark, 2004; TPD, 2012). Maruz bırakmaya danışanın kaygısında belirgin bir azalma olana kadar devam edilir. Sonrasında aynı işleme tekrar tekrar (seansta ya da ev ödevi olarak), ta ki maruz bırakma asgari düzeyde sıkıntı yaratana kadar devam edilir. Terapist ERP uygulamasında modelleme yapar (örneğin yere düşen bir kalemi alır ve elini yıkamaz ya da lavaboya dokunur). Şekil 1’de OKB’nin davranışçı modeli gösterilmiştir.



Şekil 2. OKB'nin davranışçı modeli (Meyer, 1966).

2.3.2. Beck'in Anksiyete Modeli

Beck (1977/2008), anksiyete bozukluklarının bilişsel modelini ortaya koyarken ilk olarak genellikle eş anlamlı olarak kullanılan anksiyete ve korku kavramlarının farklı süreçleri tanımladığını ileri sürmüştür. Buna göre korku tehdit edici bir uyarana karşı bilişsel bir değerlendirmeyi, anksiyete ise bu değerlendirmeye verilen duygusal ve fizyolojik tepkileri (baş dönmesi terleme, titreme, bulantı vb.) içerir (Beck, 1977/2008). Bu durumda anksiyetenin şiddetini belirleyen şey korkunun derecesi olmaktadır. Beck (1977/2008)'e göre kaygı tepkisi ve şiddeti tehlike algısı ve bu tehlikenin verebileceği potansiyel zararlarla (birincil değerlendirme), kişinin bu tehlikeyle başa çıkma potansiyeline ilişkin değerlendirmesi (ikincil değerlendirme) arasındaki

dengeyle ilişkilidir. Tehlike büyük, başa çıkma kapasitesi küçük görüldüğünde kaçma savaşıma tepkileri (anksiyete) ortaya çıkacaktır. Genel kullanımın aksine anksiyete tepkilerinin bir bozukluk olmadığını, bilakis tehlike yorumuna karşı doğal kaçma/savaşıma tepkileri olduğunu öne sürmüştür. Kişinin tehlikeye ya da duruma ilişkin hatalı yorumları (nötr durumları tehlike olarak yorumlaması ya da tehlikeyi olduğundan büyük görmesi, felaketleştirmesi) ve kendi başa çıkma kaynakları ve becerilerini yetersiz olarak değerlendirmesi kaygının patolojik bir şekilde ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Padesky'nin formül haline dönüştürdüğü Beck'in anksiyete modeli Şekil 2'de sunulmuştur. Beck, önceleri OKB'nin bilişsel modele uymadığını söylerken Salkovskis (1985), Rachman (1997), Clark (2004) ve diğer araştırmacıların çalışmaları ve ortaya koydukları modellemelerle yanlışlığını ifade etmiştir (Clark, 2009).

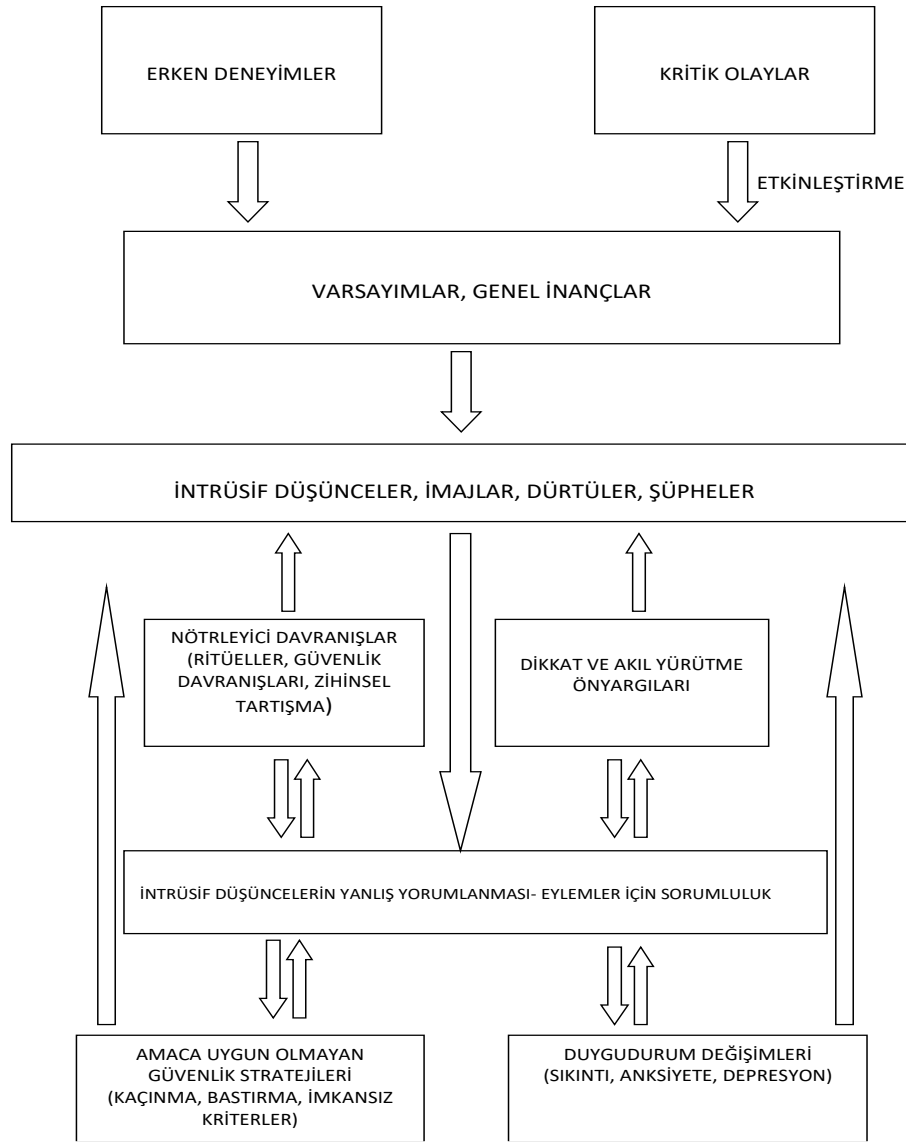
$$KAYGI = \frac{TEHLİKE}{BAŞA ÇIKMA KAPASİTESİNİ DEĞERLENDİRMESİ}$$

Şekil 3. Kaygının bilişsel formülü (Padesky, 2013)

2.3.3. Abartılı Sorumluluk Modeli

Salkovskis (1985), Obsesif-kompulsif bozukluğun kapsamlı bir bilişsel modelini ilk ortaya koyan kişidir. İlk olarak bilişsel formülasyonda ve tedavide önemli işlevi olan olumsuz otomatik düşünceler ve obsesif düşüncelerin, birbirinden farklı olduğuna işaret etmiştir (Savaşır, 1995). Salkovskis (1985)'e göre obsesif düşünceler olumsuz otomatik düşünceleri ortaya çıkaran uyarıcılardır ve obsesyonların duygu durum bozukluklarına yol açmaları ancak bazı olumsuz düşünceleri tetikledikleri zaman mümkün olmaktadır. Pek çok çalışma klinik olmayan nüfusun %80-90'ında OKB'dekine benzer içeriğe sahip düşünceler, imgeler veya dürtülerin görülebildiğini göstermektedir (Allsopp ve Williams, 1996; Freeston ve ark., 1994; Niler ve Beck, 1989; Parkinson ve Rachman, 1981; Rachman ve de Silva, 1978; Salkovskis ve Harrison, 1984). Bu nedenle genellikle obsesyonlar sanılanın aksine "normal bir deneyim" olarak kabul edilmektedir (Barrett ve Healey, 2003). OKB'deki obsesyonlar birincil olarak neden oldukları sıkıntı açısından klinik olmayan obsesyonlardan ayrılmaktadır (Wells, 1997).

Modelin ikinci önemli bileşeni *abartılı sorumluluk algısıdır*. Abartılı sorumluluk modeli OKB'nin ortaya çıkışı ve sürmesiyle ilgili yapılan çalışmalarda desteklenen ve en çok kabul gören modeldir (Yorulmaz, 2012). Bu modelde aşırı sorumluluk algısı olan kişi, kendisinin veya bir başkasının zarar görmesiyle ilgili, bu zarara neden olmak veya bu zararı önlemek konusunda kendini aşırı sorumlu görür. Muhtemel bir zararla ilgili obsesyonel düşünce, dürtü ya da imgeyi tehdit olarak değerlendirir ve bu zarara neden olmak veya önlemek ile ilgili aşırı sorumluluk duyar. Kişi kaygısını ve artmış sorumluluk hissini gidermek amacıyla nötrleştirme veya kompulsif davranışlarda bulunur (Salkovskis, 1989). Nötrleştirme ve kompulsif davranışlar geliştiğinde ise kişi, aşırı sorumluluk algısını ve bundan duyulan sıkıntıyı azalttığını düşünerek bu davranışları sürdürür ve böylece kısır bir döngü ortaya çıkmaktadır. Salkovskis'in bilişsel davranışçı modeli Şekil 3'de sunulmuştur.



Şekil 4. OKB için bilişsel davranışçı model (Salkovsk, 2007).

2.3.4. İstem Dışı Düşüncelerin Hatalı Yorumlanması Modeli

OKB'yi açıklamaya yönelik bir diğer bilişsel model Rachman'ın (1997), istem dışı düşüncelerin hatalı yorumlanması modelidir. Bu modele göre aslında herkes tarafından deneyimlenen istem dışı düşünce, imaj ve dürtüler kişi tarafından ahlak dışı, günah, iğrenç, delirme belirtisi, kişiliğin kontrol edilemeyen ya da gizli kalmış bir parçasının göstergesi olarak yorumlanır ve bir tehdit olarak algılanır (Yorulmaz, 2012). Bu tehdit değerlendirmesi kaygı, huzursuzluk, suçluluk gibi olumsuz duyguların yaşanmasına neden olur. Kişi, kontrol etme ve zihninden uzaklaştırma çabası içine girdiğinde bu düşünce, dürtü ve imajlar daha çok dikkatini çeker; daha çok aklına gelir ve nötr

uyaranlar koşullanarak tetikleyici rolü üstlenir. Rachman (1997), istem dışı düşüncelerin hatalı yorumlanmasını beş boyut üzerinden tanımlamıştır. Bunlar: a) girici düşüncenin önemli olarak değerlendirilmesi, b) istemdışı düşüncelerin kişiselleştirilmesi c) kişinin benliğine yabancı olarak değerlendirilmesi, d) gerçekleşme olasılığı çok düşük olsa bile potansiyel sonuçları olacağı değerlendirmesi e) bu sonuçların ciddi düzeyde tehlike ve zarara yol açacağı değerlendirilmesidir.

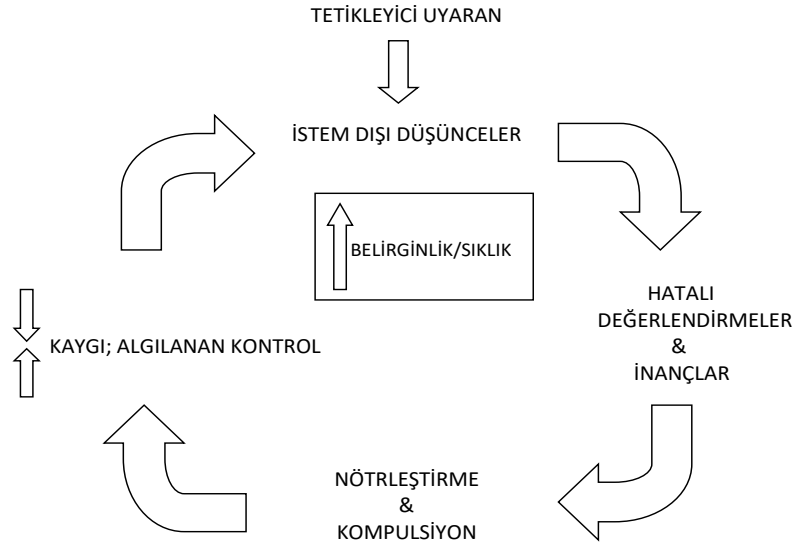
Rachman'ın (1997), modelindeki bir diğer önemli bilişsel faktör düşünce eylem kaynaşmasıdır. Olumsuz bir düşünceye sahip olmanın gerçekte o düşüncenin gerçekleşmesine katkıda bulunacağı inancı olarak tanımlanmaktadır (Rachman ve Shafran, 1999). "Olasılık" ve "ahlak" olmak üzere iki boyutu vardır. "Olasılık" boyutu rahatsız edici bir düşüncenin akla gelmesinin o olayın gerçekleşme olasılığını arttıracığına inanmak, "ahlak" boyutu ise bir şeyi düşünmekle yapmanın ahlaki olarak aynı şey olduğuna inanmak olarak tanımlanmıştır (Rachman ve Shafran, 1999).

Rachman (1997), "olasılık" boyutunu kendisi için ve diğerleri için olasılık olarak iki buyutta tanımlamaktadır. Kendisi için olasılıkta kişi, kendisiyle ilgili tehdit içerikli bir düşüncenin aklına gelmesinin vuku bulma olasılığını arttırdığını düşünür. Örneğin "tornavidayı gözüme saplarım" düşüncesini "aklıma geliyorsa yapabilirim" şeklinde yorumlayabilir. Başkaları için olasılıkta kişi, düşüncelerinin başkalarının başına zarar gelmesi olasılığını arttırdığını düşünür. Örneğin arkadaşının kaza geçirdiği düşüncesinin ya da hayalinin aklına gelmesinin kaza geçirme olasılığını arttırdığını düşünür (Shafran ve Rachman 2004). Bunun sonucunda her iki durumda da olası tehditin vuku bulmasından ve bu tehditin önlenmesinden kendisini sorumlu tutar. Tehditi önlemek adına ya düşünceyi nötralize etmeye yönelik kompulsif davranışlar ve ritüellerde bulunur ya da kaçınma ve önlem almaya başvurur. Kompulsif davranışlar, ritüeller ve kaçınma, obsesyonların sürmesine yol açar; çünkü hem kişinin obsesyonun felaketle sonuçlanacağı varsayımının yanlış olduğunu görmesini engeller, hem de kişi bu davranışların olmasından korktuğu sonuçları önlediğine inandığı için bu hatalı yorumları pekiştirmiş olur (Rachman, 1998).

Ahlak boyutunda kişi, ahlaka ayır bulunduğu obsesyonel düşünce, imge ve dürtülerinin aklına gelmesiyle bunları yapmanın ya da vuku bulmasının aynı şey olduğuna inanıyorsa bu düşüncelerin aklına gelmesinden dolayı kaygı ve suçluluk duyar. Yine düşünceyi etkisizleştirmek ya da olası sonuçları önlemek için bir takım nötralizasyon davranışları, kompulsiyonlar ve güvenlik davranışları geliştirebilir, tetikleyici durumlardan kaçınabilir.

2.3.5. Bilişsel Kontrol Modeli

Clark (2004), Salkovsk's'in (1985) aşırı sorumluluk ve Rachman'ın (1997) istem dışı düşüncelerin hatalı yorumu bilişsel modellerini kabul etmekle birlikte, düşünceleri kontrol etme sürecinin de önemli bir faktör olduğunun altını çizer. Bu modele göre OKB tanısı alan kişiler düşünceleri üzerinde tam bir kontrolleri olması gerektiğine inanırlar ve kendilerine bunu dayatırlar. Kişinin bu düşüncelere odaklanması düşüncelerin daha çok farkında olmasına (dikkat çekme), bu da daha çok aklına geliyormuş gibi değerlendirmesine yol açar. Bunun yanı sıra düşüncelerini kontrol etme çabasının paradoksal bir şekilde bu düşüncelerin daha çok aklına gelmesine neden olduğu deneysel olarak da gösterilmiştir. Wegner ve Zanak (1994), bu durumu "beyaz ayı etkisi" olarak tanımlamışlardır. Clark (2004), bu modelde iki düzey yorumlama sürecinden bahseder. Birinci düzeyde istem dışı düşünce, dürtü ve imajların yaşanması hatalı yorumlanarak (benlik değerine aykırı, ahlak dışı, saldırgan, sapıkça vb.) bir tehdit olarak algılanır ve bunları kontrol etme çabası içine girilir. İkinci düzeyde ise istem dışı düşünce, dürtü ve imgeler kontrol edilemediği için kişi bunu bir başarısızlık olarak yorumlar. Bu durum bir yandan birincil değerlendirme sürecini tekrar harekete geçirir, diğer yandanda kişinin zihinsel kontroldeki başarısızlığa anlam ve önem yüklemesine yol açar. İkincil değerlendirme sürecinde kişi obsesyonu zihninden uzaklaştırmazsa sıklığının ve şiddetinin giderek artarak davranışa dönüşeceği hatalı yorumunda bulunur. Bu da kaygısının şiddetini artırır. Zihinsel kontrol çabalarının başarısızlıkla sonuçlanması kontrol çabalarının daha da artmasına neden olur (Clark, 2004). Clark'ın OKB için bilişsel davranışçı modeli Şekil 3'de sunulmuştur.



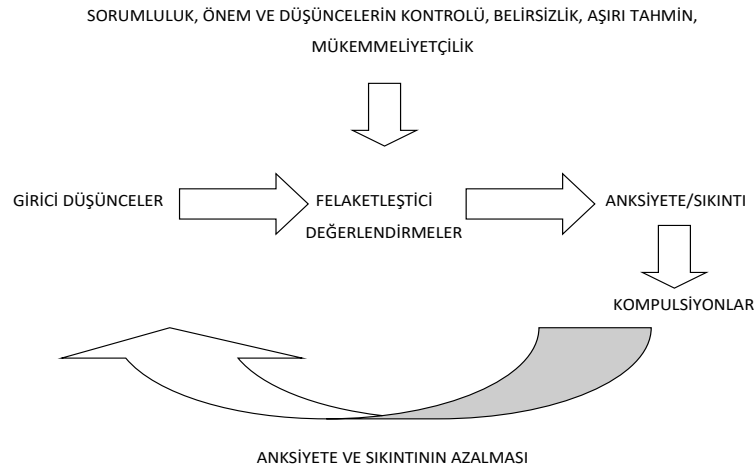
Şekil 5. OKB'nin bilişsel davranışçı modeli (Clark, 2004).

2.3.6. Obsesif Kompulsif Çalışma Grubu (OKBÇG)'nin OKB'ye Özgü Bilişsel Modeli

OKBÇG 1995 yılında yapılan Avrupa Bilişsel Davranışçı Terapiler kongresinde bir grup araştırmacı tarafından kurulmuştur. Grubun amacı OKB'ye ilişkin terim ve değerlendirme araçlarında uzlaşa sağlamak, OKB'ye özgü bilişsel faktörleri incelemek ve bilişsel süreçlere ilişkin ölçüm araçları sunmaktır (Yorulmaz, 2012). OKBÇG (1997), OKB'de birbiriyle ilişkili üç ölçüm düzeyi belirlemiştir: a) istem dışı düşünce/imge/dürtü deneyimi, b) bunların yorumlanması/değerlendirilmesi ve c) spesifik olaylardan daha geniş bir kapsama alanına sahip işlev dışı yaygın inanışlar ya da varsayımlar (akt. Yorulmaz ve Gençöz, 2008). Geliştirilen ölçeklerle yapılan çalışmalar ve literatürün araştırılması sonucu OKBÇG (1997), OKB'ye özgü 6 hatalı inanç tanımlamıştır. Bunlar: a) abartılı sorumluluk algısı; b) düşüncelere aşırı önem verme; c) düşünceleri kontrol etmeye verilen önem; d) abartılı tehdit algısı; e) mükemmeliyetçilik; f) belirsizliğe tahammülsüzlüktür.

Yapılan çalışmalar abartılı sorumluluk algısı, düşüncelere aşırı önem verme ve düşünceleri kontrol etmeye verilen önem boyutlarının OKB'ye özgü olduğunu destekler niteliktedir (Salkovskis ve ark., 2000; Berle ve Starcevic, 2005; Foa ve ark., 2002; Fergus ve Wu, 2010; Wells, 2000). Abartılı tehdit algısı, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük özellikle kaygı bozuklukları olmak üzere OKB dışındaki diğer psikopatolojilerde de görülmekle

birlikte, OKBÇG (1997) mükemmeliyetçilik haricindeki diğer 5 bilişsel boyutun OKB'ye özgü olduğunu göstermiştir. OKBÇG'nin OKB'ye özgü bilişsel modeli Şekil 6'da gösterilmiştir.



Şekil 6. OKBÇG (1997)'nin OKB'ye yönelik bilişsel davranışçı modeli.

OKB'nin bilişsel davranışçı modelinde tüm yaklaşımlar farklı bilişsel yapılara odaklanmış olmakla birlikte OKB'nin ortaya çıkışında, sürmesinde obsesyonel düşünce ve dürtülerin hatalı değerlendirmelerinin ve üst bilişlerin bu girici düşüncelerin yoğunluğunu ve sıklığını arttıran temel bilişsel süreçleri olduğunu belirtmişleridir (Clark, Purdon ve Wang, 2003). OKB'nin Bilişsel modelini açıklamaya yönelik kuramlar arasında ortak kanı, OKB'nin oluşumunda obsesyonların ham maddesi olan istenmeyen, rahatsız edici düşünce, imge ve dürtülerin hatalı yorumlanmasıdır (Clark, 2004; Salkovskis, 1999; Rachman,1997).

2.4. OKB'de Bilişsel Davranışçı Terapinin Etkinliğine Yönelik Çalışmalar

Özellikle son yirmi yılda, OKB'nin ortaya çıkışında şiddetlenmesinde önemli rol oynayan işlevsel olmayan inanç ve düşünceleri içine alan bilişsel modeller ve bu modellerin dayandığı temel ilkeler üzerine oturtulmuş olan tedavi yaklaşımları bozukluğa yönelik ilgiyi belirgin bir şekilde artırmıştır (TPD, 2012). Öyle ki bilişsel davranışçı terapi, Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI)

ile birlikte OKB'nin tedavisinde ilk tercih yöntemlerindendir (Rasmussen ve Eisen, 1997).

Davranışçı ekolün ortaya koyduğu öğrenme ilkelerine dayalı bir psikoterapi yöntemi olan davranışçı terapi, bilişsel davranışçı terapi akımları içinde birinci kuşağı temsil eder. Davranışçı bir yöntem olan ERP OKB'de etkin bir tedavi yöntemidir (Foa ve Kozak 1996, Abramowitz, 1996, 1998). ERP'nin etkinliğine yönelik yapılmış 13 kontrollü çalışmanın gözden geçirildiği bir meta-analizde OKB tanılı kişilerin %83'ünün orta ve belirgin iyileşme gösterdiği, terapinin sonlandırılmasından 2 yıl sonrasında bile bu hastaların %76'sının iyilik halini sürdürdüğü gösterilmiştir (belirtilerde %30 ve üzeri azalma, düzelme olarak tarif edilmiştir) (Foa ve Kozak 1996). Ancak tek başına davranışçı müdahalelerde tedaviyi bırakma oranları da oldukça yüksektir. Bilişsel terapi yöntemi temelde hastalara obsesyonla bağlantılı gerçekçi olmayan inançlarını tespit edip, onları inceleyip alternatifler geliştirmeyi ve olumsuz inançların doğruluğunu test etmek için davranış deneyleri yapmayı içermektedir. Günümüze kadar yapılan çalışmalar çoğunlukla bilişsel terapiyle geleneksel davranışçı tedaviyi karşılaştırmaya odaklanmış ve çoğu olguda bilişsel terapi, ERP'ye bir alternatif olarak etkili bulunmuştur (Türkçapar ve Şafak, 2012).

ERP'yi de içeren BDT, OKB tedavisinde etkili bir yöntemdir (McKay ve ark., 2004). Bilişsel terapi ve davranışçı teknikleri entegre etmek, tedaviyi bırakmayı azaltmaya, tedaviye uyumu arttırmaya, standart davranışçı tedavinin etkinliğini arttırmaya ve davranışçı tedaviye yanıt vermeyen hastaların tedavisine yardımcı olur (Leahy ve Holand, 2000/2009). ERP ve Bilişsel Terapinin OKB'de etkinliğinin karşılaştırıldığı birçok çalışmada bilişsel terapinin de en az ERP kadar etkili olduğu gösterilmiştir (Cottraux ve ark., 2001; Fisher ve Wells, 2005; Van Oppen ve ark. 1995; Whittal, Thordarson ve McLean, 2005). Bilişsel davranışçı terapilerin iki ana kolundan biri ADDT ile ERP'nin karşılaştırıldığı bir çalışmada 18 OKB tanısı almış kişi randomize olarak iki gruba ayrılmış, gruplardan birine invivo maruziyet, diğerine ADDT uygulanmış ve ADDT'nin daha etkili olduğu gösterilmiştir (Emmelkamp, Visser ve Hoekstra, 1988). 1993-2014 yılları arasındaki çalışmaları kapsayan bir meta analizde BDT'nin bekleme listesi ve plaseboya göre yüksek etki düzeyine sahip olduğu; tek başına BDT ile, tek başına ERP'nin etkinliği arasında anlamlı bir fark olmadığı;

BDT'nin OKB'de antidepresanlardan daha etkili olduğu; BDT artı ilaç tedavisi ile BDT artı plasebo arasında anlamlı bir fark olmadığı gösterilmiştir (Öst, Havnen, Hansen ve Kvale, 2015). Yine randomize kontrollü çalışmaların ele alındığı, toplam 756 kişiden elde edilen verilerle yapılan başka bir meta analizde BDT'nin daha iyi performans gösterdiği raporlanmıştır (Olatunji, Davis, Powers ve Smits, 2013).

3.BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma Obsesif-Kompulsif Bozuklukta BDT yönteminin psikotrop ilaç kullanımına rağmen belirtileri devam eden vakalarda etkinliğinin belirlenmesi amacıyla yönelik zaman serisi desen, yarı deneysel bir araştırmadır. Örneklem amaçsal örneklem yöntemi ile ulaşılmıştır. Yarı deneysel araştırmalar deneysel denetimin yapılamadığı durumlarda nedenselliğin incelenmesinde kullanılır. Tam deneysel desenin üç önemli ögesinden (yönetme, rastlantısallık ve denetim) en az birinin eksik olması durumunda geçerliği tehlikeye sokan birçok etmenin denetiminin sağlanması amacıyla geliştirilmiştir (Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2017). Zaman serisi desen aynı grupla ve aynı ölçüm araçlarıyla birden fazla kez ölçüm yapıp sonuçların karşılaştırıldığı araştırma desendir. Bu dizayn özellikle zamanla bağımlı değişkende meydana gelen değişimlerin gözlenmesinde faydalıdır (Sözbilir, 2012).

3.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın örneklemi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran OKB tanısı almış ve halen en az üç ay süredir (12 hafta) psikotrop ilaç tedavisi devam etmekte olan, ancak buna rağmen OKB belirtilerinin şiddetini belirlemede yaygın olarak kullanılan Y-BOCS skoru 18 ve üstü olan, 18-65 yaş arası yetişkin kişiler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü olarak 30 OKB tanısı almış kişi düşünülmüştür. OKB tanılı hastaların bazı tanımlayıcı bilgileri Tablo. 1'de sunulmuştur.

Tablo 1.*OKB tanılı hastaların bazı tanımlayıcı özellikleri*

	(n=39)
Yaş (yıl), Ort.±S (min-maks)	29.6±9.3 (19-49)
≤23 yaş, N (%)	13 (33.3)
24-32 yaş, N (%)	13 (33.3)
≥33 yaş, N (%)	13 (33.3)
Cinsiyet, N (%)	
Erkek	14 (35.9)
Kadın	25 (64.1)
Medeni Durum, N (%)	
Evli	12 (30.8)
Bekar	27 (69.2)
Çalışma Durumu, N (%)	
Çalışıyor	18 (46.2)
Çalışmıyor	9 (23.1)
Öğrenci	12 (30.8)
Öğrenim Durumu, N (%)	
İlkokul	2 (5.1)
Ortaokul	2 (5.1)
Lise	10 (25.7)
Üniversite öğrencisi	9 (23.1)
Üniversite	16 (41.0)
Öğrenim Yılı, Ort.±S (min-maks)	13.3±2.7 (5-16)
Hastalık Süresi (ay), Ort±S (min-maks)	74.9±45.2 (24-220)
≤3 yıl, N (%)	11 (28.2)
4-6 yıl, N (%)	14 (35.9)
≥7 yıl, N (%)	14 (35.9)
Tedavi Süresi (ay), Ort±S (min-maks)	30.8±32.5 (4-192)
≤12 ay, N (%)	15 (38.5)
13-36 ay, N (%)	16 (41.0)
≥37 ay, N (%)	8 (20.5)

Tablo 1’de de görüldüğü gibi İncelenen hastaların yaş ortalaması 29.6±9.3 (min:19-maks:49) yıl olup %64.1’i kadın ve %35.9’u erkektir. Hastaların %69.2’si bekar ve %30.8’i evlidir. %46.2’si gelir getiren bir işte düzenli olarak çalışırken, %23.1’i ise çalışmamaktadır. Hastaların %30.8’inin öğrenci olduğu görülmektedir. Öğrenim düzeylerine bakılacak olursa; OKB tanılı hastaların %5.1’i ilkokul mezunu, yine %5.1’i ortaokul mezunu, %25.6’sı lise mezunu, %23.1’i halen üniversitede öğrenim görmekte ve %41.0’ı üniversite

mezunudur. Hastaların ortalama öğrenim süresi 13.3 ± 2.7 (min:5-maks:16) yıl olup hastalık süresi ortalaması 74.9 ± 45.2 (min:24-maks:220) ay, (medyan 60 ay) ve tedavi süresi ortalaması 30.8 ± 32.5 (min:4-maks:192) ay, (medyan 24 ay) bulunmuştur. Hastalık ve tedavi süreleri gruplandırıldığında; hastaların %28.2'sinin 3 yıl ve daha az süredir, %35.9'unun 4-6 yıldır ve yine %35.9'unun 7 yıl ve daha uzun süredir OKB tanılı olduğu görülmektedir. Ayrıca hastaların %38.5'i 12 ay ve daha kısa süre, %41.0'ı 13-36 ay ve %20.5'i 37 ay ve daha uzun süre tedavi almıştır.

3.2.1. Araştırmaya dahil etme kriterleri

Birinci tanının OKB olması; şizofreni spektrum bozuklukları katagorisinde ya da bipolar duygulanım bozukluğu tanısının olmaması; 18 yaş üstü yetişkin olması; zeka geriliğinin bulunmaması; en az ilköğretim mezunu olması; en az 12 hafta boyunca psikiyatrik ilaç tedavisi kullanıyor olması, ancak buna rağmen Y-BOCS skorunun 18 ve üstü olması (orta düzeyde belirti şiddeti) araştırmaya dahil etme kriterleri olarak belirlenmiştir.

3.2.2. Dışlama Kriterleri

Birinci tanının OKB olmaması (başka bir bozukluğa eşlik eden OKB belirtilerinin olması); şizofreni spektrum bozuklukları katagorisinde bir tanısı veya bipolar duygulanım bozukluğu tanısı olması; 18 yaş altı olması, en az ilköğretim mezunu olmaması; mental retardasyon tanısının bulunması; Y-BOCS skorunun 18 altında olması; DSM-5'de Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili bozukluklar başlığı altında yer alan Vücut Dismorfik Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotilomani ve Deri Yolma Bozukluğu dışlama kriterleri olarak belirlenmiştir.

3.2.3. Bilişsel Davranışçı Terapi süreci aşamaları

OKB'ye yönelik bilişsel davranışçı terapi, Academy of Cognitive Therapy terapist sertifikasına ve Avrupa Bilişsel Davranışçı Terapiler Birliği (EABCT) akreditasyon sertifikasına sahip bir psikoterapist tarafından uygulanmıştır.

Bilişsel Davranışçı Terapi süreci David A. Clark (2004) modeline göre; danışanları BDT hakkında eğitmek, obsesyonları normalleştirmek,

değerlendirmeleri ve obsesyonları birbirinden ayırmak, bilişsel müdahaleler (aşırı sorumluluk, düşünce eylem kaynaşması, mükemmeliyetçilik, düşüncelere aşırı önem verme, düşünceleri kontrol etmeye verilen önem, abartılı tehdit algısı, belirsizliğe tahammülsüzlük, duygudan sonuç çıkarma gibi inanç alanlarına yönelik bilişsel müdahaleler, amprik denence test etme), davranışçı müdahaleler (ERP) ve relaps önleme aşamalarından oluşmaktadır.

Değerlendirme görüşmesinde danışanların Obsesyonları, kompulsiyonları, nötralizasyonları, kaçınma ve güvenlik davranışları tespit edilmiş ve buna göre vaka formülasyonu oluşturulmuştur.

Psiko-eğitim aşaması (1-2. seanslar): İlk aşamada OKB'nin BDT modeli üzerinden danışanların obsesyonları, bu obsesyonlara yönelik hatalı değerlendirmeleri ve bunun yol açtığı sıkıntıyı gidermek için başvurduğu kompulsif davranışları, nötralizasyonları, kaçınma ve güvenlik davranışları formüle edilerek açıklanmıştır. Devam eden süreçte obsesyonların normalleştirilmesine yönelik müdahaleler yapılmıştır. Örneğin normal popülasyonda da OKB'dekine benzer içerikteki obsesyonların çok yaygın görüldüğünü ortaya koyan araştırma verileri ele alınmış, kişinin yaşadığı sıkıntının asıl sebebinin aklına gelen obsesyonel düşüncenin değil, bu düşünceye yönelik değerlendirmelerinin olduğu örnekler üzerinden çalışılmıştır. Bu müdahalelerin amacı obsesyonu normalleştirmek, danışanların odağını obsesyonlardan hatalı değerlendirmelere kaydırmaktır. Obsesyonu kontrol etmeye yönelik çabaların negatif etkisini göstermek için "deve etkisi deneyi" yapılmıştır. Birinci aşama: "iki dakika boyunca sadece bir deveyi düşünün, bu deve dışında aklınıza başka hiçbir şeyin gelmesine izin vermeyin". İkinci aşama: "ne düşünürseniz düşünün, serbestsiniz ama iki dakika boyunca kesinlikle deve hakkında bir şeyin aklınıza gelmesine izin vermeyin".

Bilişsel yeniden yapılandırma (3-4. seanslar): Bu aşamada danışanların aşırı sorumluluk, mükemmeliyetçilik, aşırı önem, kontrol, belirsizliğe tahammülsüzlük, mükemmeliyetçilik, duygudan sonuç çıkartma ve tehdit ile ilgili hatalı değerlendirmelerini belirlemeye ve değiştirmeye yönelik bilişsel müdahale teknikleri uygulanmıştır.

ERP ve amprik denence test etme aşaması (5-8. seanslar): Bu aşamada danışanlar öncelikle ERP uygulamasına hazırlanmış, bu doğrultuda daha önceki seanslarda ele alınan zihinsel kontrol stratejilerinin işlevsizliği vurgulanmıştır. Bunun yanı sıra kompulsiyonların, nötralizasyon davranışlarının, kaçınma davranışlarının ve güvenlik davranışlarının anlık rahatlama etkisine karşın kişinin yaşadığı kaygı, iğrenme gibi duyguları pekiştirdiği, obsesyonların sıklığı ve şiddetini arttırdığı bilişsel teknikler ve psiko-eğitimle; OKB'nin bilişsel formülasyonu üzerinden ele alınmıştır. ERP yönteminin mantığı ve işlevi ele alındıktan sonra, danışanın en çok rahatsızlık duyduğu ve kaçındığı durumların bir hiyerarşisi çıkarılmış, ERP'nin nasıl yapılacağı açıklanmış ve en az rahatsızlık duyduğu durumdan başlanarak ERP uygulamaları yapılmıştır. Danışanın sağlığı için risk oluşturabilecek hiçbir şeye maruz bırakma uygulaması yapılmamıştır. ERP yönteminin OKB için en etkili müdahale yöntemi olduğu önemle vurgulanmıştır.

Eğer danışanın obsesyonu şüphe ise, şüpheyi kaldırmaya yönelik herhangi bir girişimde bulunmaksızın, belirsizlik hissine ve şüpheyi tetikleyen durumlara maruz bırakma uygulaması yapılmıştır.

İğrenç/tiksindirici obsesyonlara yönelik yine düşüncenin kendisine ve düşünceyi tetikleyen durumlara maruz bırakma işlemi yapılmıştır.

Kirlenme/bulaş obsesyonu söz konusu ise öncesinde makul el yıkama, banyo süre ve sıklığı, hangi durumlarda yıkamanın makul olacağı bilişsel tekniklerle ele alınmıştır. Maruz bırakma işlemi danışanın yaşadığı sıkıntı minimal düzeye azalincaya kadar devam ettirilmiştir.

Cinsel içerikli obsesyonlarda danışan yine obsesyonu tetikleyen, kaçındığı durumlara maruz bırakılmıştır. Rahatsız olduğu obsesyon bir imaj ise imajinasyon tekniği ile maruz bırakma işlemi uygulanmıştır.

Dini obsesyonlarda tepki önleme maruz bırakma çalışması dua, tövbe, ibadeti tekrarlama gibi ritüelleri yapmaksızın (tepki engelleme) obsesyonun aklına gelmesine izin verme şeklinde yapılmıştır. Yine dini obsesyonlarda bir din görevlisine danışma, Kuran'da ilgili ayetlere birlikte bakarak kanıt inceleme, bilgi toplama (bir defalığa mahsus) yöntemi de uygulanmıştır.

Zarar verme obsesyonlarına yönelik ERP uygulamalarında danışan bir taraftan obsesyonunu yazarken, diğer yandan kaçındığı şeye maruz bırakılmıştır. Örneğin eline tornavida alırsa istem dışı kendi gözüne sokacağı düşüncesinden rahatsız olan bir danışana bu düşüncüyü bir kağıda yazması, bunu yaparken de diğer elinde bir tornavidayı göz hizasında tutması istenmiştir. Yazdıktan sonra da kaygısı minimal düzeyde azalana kadar tornavidayı elinde tutmaya devam etmiştir.

Maruz bırakma uygulanırken terapist mümkün olduğu kadar davranışı modellemiştir. Örneğin danışanla birlikte musluğa, lavaboya dokunmak, umumi tuvalete birlikte girmek, kapı konulunu tutmak gibi.

ERP uygulamaları danışanlara hatalı değerlendirme ya da inanışlarıyla ilgili deneysel bir test olarak tanıtılmıştır. Her maruz bırakma uygulaması sonrası bu deneyimin sonuçları danışanla ele alınmıştır. Bu sonuçlar danışanın hatalı değerlendirmelerini destekliyor ya da çürütüyor mu? Obsesyonun aklına gelmesine izin vermenin sonucu ne oluyor? Kompulsiyon, nötralizasyon ve güvenlik davranışı yapmadığında ne oluyor, nasıl hissediyor? Tüm bunlardan nasıl bir sonuç çıkıyor? Tüm bu bilişsel yapılandırma çalışmaları maruz bırakma/tepki önleme uygulaması sonrası ya uygulamanın hemen sonunda ya da bir sonraki seansın başında yapılmıştır.

Sonraki seanslarda ERP uygulamaları danışanlara ödev olarak verilmiş, bu ödevleri nasıl yapacağı seansta ayrıntılı olarak konuşulmuştur. Danışanlardan ödevle ilgili kayıt tutmaları istenmiştir (örneğin önlem almaksızın ve kompulsif davranış sergilemeksizin üzerinde anlaşılan duruma maruz kalması ve ERP sonrası 15. dakikada, yarım saat sonra, bir saat sonra, iki saat sonra ve 4 saat sonra yaşadığı kaygı ya da sıkıntının şiddetini yazması istenir. Sonrasında dört saate kadar, saat başı kaygısının şiddetini yazar). Bir sonraki seansta verilen her ödev çalışması ve sonuçları bilişsel yeniden yapılandırma kapsamında ele alınmıştır.

Nüks önleme aşaması (9-10. seanslar): Bu aşamada danışanla birlikte OKB'de bilişsel davranışçı modelin üzerinden tekrar geçilerek danışanların modeli

anlaması pekiştirilmiştir. Danışanlara obsesyonların tekrar ortaya çıkması durumunda nasıl başa çıkacakları, terapi sürecindeki uygulama tecrübelerini de hatırlatarak anlatılmış ve bununla ilgili yazılı yönergeler verilmiştir. Olası tetikleyici durumlar belirlenmiş ve bu durumlarda nasıl başa çıkacağı ele alınmıştır. Kaçınma davranışlarının önemi vurgulanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Çalışma kapsamında araştırmacı tarafından düzenlenen Demografik Bilgi Formunda katılımcının cinsiyeti, yaşı, doğum tarihi, eğitim düzeyi, medeni durumu, mesleği sorulacaktır. Katılımcıların hastalığıyla ilgili ise belirtilerinin neler olduğu, ne zaman başladığı, ilk kez tedaviye başvuru tarihi, yatarak tedavi görüp görmediği, kullandığı psikiyatrik ilaçlar ve bu ilaçların kullanım süresi sorulacaktır.

3.3.2. Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Derecelendirme Ölçeği (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Y-BOCS)

Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından, Obsesif-Kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Psikopatoloji bilgisine sahip klinisyen tarafından uygulanır. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır ancak obsesyon ve kompulsiyonların şiddetinin saptanması için yalnızca ilk 10 madde kullanılır. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmektedir. OKB ile ilgili yapılan çalışmalarda sıklıkla Y-BOCS kullanılmaktadır (Kuru ve Türkçapar, 2013). Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve ark. (1993) ve Tek ve ark. (1995) tarafından yapılmıştır. Y-BOCS ölçeğine göre 10-17 puan hafif OKB, 18-29 puan orta düzeyde OKB, 30 ve üzeri ise şiddetli OKB olarak tanımlanabilir (Kuru ve Türkçapar, 2013).

3.3.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen BDE toplam 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme türü ölçektir. Türkçeye uyarlaması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Her sorunun puanlaması 0-3 arasında

derecelendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek maksimum toplam puanı 63'tür. Ölçeğin amacı depresyonun derecesini objektif belirlemektir. Ölçekten elde edilen 17 puan ve fazlası normalin üzerinde bir depresyonu %90 ve daha fazla ihtimalle belirleyebilmektedir (Hisli, 1988).

3.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Envanteri anksiyete belirtilerinin şiddetini belirlemek amacıyla geliştirilmiş, 21 maddeden oluşan kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Herbir madde 0-3 puan arasında değerlendirilir. Ölçekten alınabilecek puan 0-63 arasında değişmektedir. Beck, Epstein, Brown ve Steer (1988) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını Ulusoy ve ark. (1993) yapmıştır ve anksiyete düzeyini ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğu gösterilmiştir. Bir kesme değeri saptanmamıştır. Ölçek puanının yükselmesi anksiyete düzeyinin arttığını göstermektedir.

3.3.5. Obsesif İnanışlar Anketi OlİÖ-44 gözden geçirilmiş form:

Obsesif Kompulsif Bilişleri Çalışma Grubu'nun (2001, 2003) OKB'de önemli rol oynayan bilişsel inançları belirlemek amacıyla geliştirdiği 87 maddeden oluşan, Obsesif İnanışlar Anketi'nin gözden geçirilmiş formudur (OKBÇG, 2005). Anket 44 sorudan oluşan, 7'li Likert tipi bir ölçektir. OKB'ye özgü 6 bilişsel alanı 3 katagoride ölçmeyi amaçlamaktadır. Bunlar: Düşüncelerin önemi/kontrolü; sorumluluk/tehdit algısı ve mükemmeliyetçilik/kesinlik boyutlarıdır. Türkçe uyarlaması Yorulmaz ve Gençöz (2008) tarafından yapılmıştır ve klinik olmayan örnekleme geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur. Bir kesme ölçütü belirtilmemiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Bu araştırmada toplam 10 seanslık bir terapi süreci planlanmıştır. Katılımcılara sosyo-demografik bilgi formuyla birlikte Y-BOCS OlİÖ-44, BAE ve BDE verilecektir. İlk ölçek uygulaması terapi görüşmelerine başlamadan önce yapılacak, sonrasında 5. ve 10. seanslarda ölçümler tekrarlanacaktır. Böylelikle ölçeklerden elde edilen nicel ölçümler istatistiksel olarak analiz edilecektir. Y-BOCS ölçümleri araştırmadan bağımsız bir psikiyatri uzmanı

tarafından yapılacaktır. Diğer ölçekler kendini değerlendirme tarzı ölçekler olduğu için danışanlar tarafından doldurulacaktır.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırma verisi “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklenmiş ve değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma (minimum-maksimum), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Shapiro-Wilk Testi) kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için üç bağımlı grup arasındaki istatistiksel karşılaştırmalarda Friedman Testi kullanılmıştır. Anlamlı fark saptandığında farkın kaynağına yönelik yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalarda bonferroni düzeltmeli Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. İki bağımsız grubun karşılaştırmasında Mann-Whitney U Testi, üç bağımsız grup arasında ise Kruskal Wallis Testi istatistiksel yöntem olarak kullanılmıştır. Üç bağımsız grup arasında anlamlı fark saptandığında farkın kaynağına yönelik yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalarda bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Testi ile değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayısı 0-0.25 zayıf ilişki, 0.26-0.50 orta düzeyde ilişki, 0.51-0.75 güçlü ilişki ve 0.76-1.00 çok güçlü ilişki olarak yorumlanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Etki büyüklüğünü hesaplamak için $r = d \div \sqrt{((D^2) + 4)}$ Cohen's *d* formülü kullanılmıştır. Buna göre: 0-0.20: Küçük (small) etki büyüklüğü, 0.21-0.80: Orta (medium) etki büyüklüğü ve 0.81-1.00: Büyük (large) etki büyüklüğünü göstermektedir (Cohen, 1988).

Tedavi etkinliği çalışmalarında tedaviyi bırakanlar dahil tüm katılımcıların analize dahil edilmesi etkinlik çalışmaları için standart haline gelmiştir (Gadbury, Coffey ve Allison, 2003). Drop-out olan hastalar için eksik verileri tahmin etmek amacıyla farklı yöntemler kullanılır. Bu tekniklerden biri Last Observation Carried Forward (LOCF) yöntemidir (Mallinckrodt, Clark ve David 2001). Terapiden ayrılan 9 hastanın ayrıldıkları zamandaki BDE, BAE ve Y-BOCS puanları sonraki zamanlara aktararak (LOCF) istatistiksel bir analiz yapılmıştır.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amacı doğrultusunda yapılan istatistiksel analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Araştırmaya dahil etme kapsamında 52 kişiyle ön görüşme yapılmıştır. Ön görüşme yapılan kişilerin 10'u planlanan terapi saatleri ve sıklığına uyum sağlayamayacaklarını ifade ettikleri için (örneğin iki haftada bir gelebileceğini ya da iş yerinden izin alamayacağını ifade etmiştir), 4'ü Y-BOCS skoru araştırmaya dahil etme kriterinden (18 ve altı) düşük olduğu için çalışmaya dahil edilmemiştir. BDT uygulanmak üzere çalışmaya toplam 39 kişi dahil edilmiştir. Bu 39 kişiden 1 kişi, 1. seanstan, 4 kişi 2. seanstan, 2 kişi 3. seanstan, 1 kişi 4. seanstan ve 1 kişi 6. seanstan itibaren terapiye devam etmemişlerdir. OKB tanılı hastaların klinik özellikleri Tablo. 2'de sunulmuştur.

Tablo 2.*OKB tanılı hastaların klinik özellikleri*

	N (%)
Obsesyon Türü(n=39)	
Kirlenme/bulaş	21 (53.8)
Şüphe	5 (12.8)
Cinsel	4 (10.3)
Dini	3 (7.7)
Simetri	2 (5.1)
Sayı	2 (5.1)
Zarar	2 (5.1)
İkinci Obsesyonu Olanlar	20 (51.3)
İkinci Obsesyon Türü(n=20)	
Şüphe	5 (25.0)
Kirlenme/bulaş	5 (25.0)
Zarar	3 (15.0)
Dini	2 (10.0)
Simetri	2 (10.0)
Cinsel	2 (10.0)
Sayı	1 (5.0)
Kompülsiyonu Olanlar	37 (94.9)
Kompülsiyon Türü (n=39)	
Yıkama/temizlik	21 (53.8)
Dua-Tövbe	4 (10.3)
Zihinsel	6 (15.4)
Sayma	3 (7.7)
Tekrarlama-Kontrol	3 (7.7)
Düzeltilme	2 (5.1)
İkinci Kompülsiyonu Olanlar	15 (38.5)
İkinci Kompülsiyon Tipi (n=15)	
Tekrarlama-Kontrol	6 (40.0)
Yıkama/temizlik	3 (20.0)
Dua-Tövbe	2 (13.2)
Sayma	1 (6.7)
Zihinsel	1 (6.7)
Düzeltilme	1 (6.7)
Sorma-Araştırma	1 (6.7)
Kaçınma	
Var	30 (76.9)
Yok	9 (23.1)

Tablo 2’de görüldüğü gibi Araştırma kapsamında incelenen OKB tanılı hastaların obsesyon türüne bakılacak olursa; en sık obsesyon %53.8 ile

kirlenme/bulaş obsesyonudur. Bunu %12.8 ile şüphe ve %10.3 ile cinsel obsesyonlar izlemektedir. Dini obsesyonların, simetri, sayı ve zarar obsesyonlarının oranı her biri için %5.1 bulunmuştur. Hastaların %51.3'ünde ikinci bir obsesyon mevcut bulunmuştur. En sık saptanan ikinci obsesyon türleri %25.0 şüphe ve %25.0 kirlenme/bulaş obsesyonlarıdır. Bunu %15.0 ile zarar obsesyonları izlemektedir. En az saptanan ikinci obsesyon türü %5.0 ile sayı obsesyonu bulunmuştur.

OKB tanılı hastaların tamamında kompulsiyon mevcuttur. En sık saptanan kompulsiyon türü %53.8 ile yıkama/temizleme olup bunu %15.4 ile zihinsel ve %10.3 ile dua-tövbe kompulsiyonları izlemektedir. En az saptanan kompulsiyon türü %5.1 ile düzeltme kompulsiyonudur. İncelenen hastaların %38.5'inde ikinci bir kompulsiyon saptanmıştır. İkinci kompulsiyon tiplerine bakılacak olursa; ilk sırada %40.0 ile tekrarlama-kontrol yer alırken bunu %20.0 ile yıkama/temizlik ve %13.2 ile dua-tövbe kompulsiyonları izlemektedir. En az saptanan ikinci kompulsiyon türleri ise %6.7 ile sayma, zihinsel, düzeltme ve sorma-araştırma kompulsiyonlarıdır. Araştırma kapsamında incelenen OKB tanılı hastaların %76.9'unda kaçınma davranışı olduğu görülmüştür.

Terapilerin tamamına katılan 30 OKB tanılı hastanın terapi öncesi ile 5.seans ve 10.seanstaki Y-BOCS puanlarının karşılaştırılması Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3.

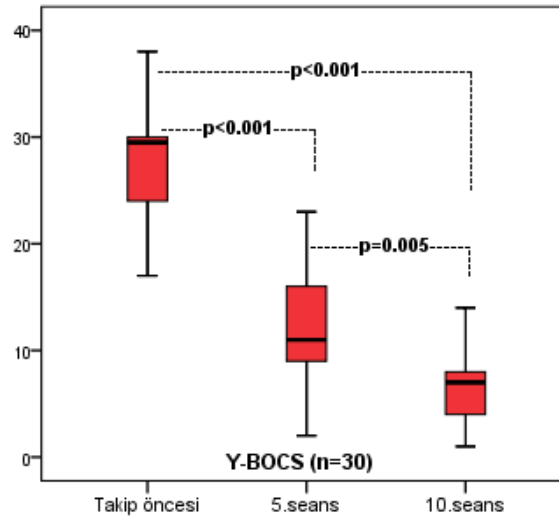
10 seans BDT protokolünü tamamlayan OKB tanılı hastaların terapi öncesi ile 5.seans ve 10.seanstaki Y-BOCS puanlarının karşılaştırılması

Tekrarlı Ölçümler	N	Ort. (S)	Sıra ortalaması	χ^2	p
Terapi Öncesi	30	27.7 (5.2) ^{bc}	3.00	53.966	<0.001**
5. Seans	30	12.5 (5.8) ^c	1.87		
10.Seans	30	6.7 (3.6)	1.13		

¹Friedman Testi, ^bPost-hoc ikili karşılaştırmada "5.seans" ile anlamlı fark saptandı; ^cPost-hoc ikili karşılaştırmada "10.seans" ile anlamlı fark saptandı; *p<0,05; **p<0,01.

OKB tanılı 30 hastanın terapi öncesi, 5. ve 10. seanslardaki Y-BOCS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0.05). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı farkların her üç zaman arasında da

olduğu görülmüştür. Tüm seansları tamamlayan OKB tanılı hastaların Y-BOCS puanı terapi öncesine göre hem 5. seansta hem de 10. seansta anlamlı olarak azalmıştır. Ayrıca 10. seanstaki Y-BOCS puanı 5. seansa göre de anlamlı olarak azalmıştır.



Şekil. 7. 10 seans BDT protokolünü tamamlayan OKB tanılı hastaların terapi öncesi, 5. ve 10.seanstaki Y-BOCS puanlarının karşılaştırılması

BDT tedavisinin tamamına katılan 30 OKB tanılı hastanın terapi öncesi ile 5. seans ve 10. Seanstaki BDE puanlarının karşılaştırılması Tablo. 4'de sunulmuştur.

Tablo 4.

10 seans BDT protokolünü tamamlayan OKB tanılı hastaların terapi öncesi ile 5.seans ve 10.seanstaki BDE puanlarının karşılaştırılması

Tekrarlı Ölçümler	N	Ort. (S)	Sıra Ortalaması	χ^2	p
Terapi Öncesi	30	23.8 (10.0) ^{bc}	2.98	57.617	<0.001**
5. Seans	30	13.2 (7.2) ^c	1.95		
10.Seans	30	7.2 (6.6)	1.07		

¹Friedman Testi, ^bPost-hoc ikili karşılaştırmada "5.seans" ile anlamlı fark saptandı; ^cPost-hoc ikili karşılaştırmada "10.seans" ile anlamlı fark saptandı; *p<0,05; **p<0,01.

OKB tanılı 30 hastanın terapi öncesi, 5. ve 10. seanslardaki BDE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı farkların her üç zaman arasında da olduğu görülmüştür. Tüm seansları tamamlayan OKB tanılı hastaların BDE puanı terapi öncesine göre hem 5. seansta hem de 10. seansta anlamlı olarak azalmıştır. Ayrıca 10. Seanstaki BDE puanları 5. seansa göre de anlamlı olarak azalmıştır ($p<0.05$).

Terapilerin tamamına katılan 30 OKB tanılı hastanın terapi öncesi ile 5.seans ve 10.seanstaki BAE puanlarının karşılaştırılması Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5.

10 seans BDT protokolünü tamamlayan OKB tanılı hastaların terapi öncesi ile 5.seans ve 10.seanstaki BAE puanlarının karşılaştırılması

Tekrarlı Ölçümler	N	Ort. (S)	Sıra Ortalaması	χ^2	p
Terapi Öncesi	30	22.1 (14.8) ^{bc}	2.73	32.638	<0.001**
5. Seans	30	14.0 (9.4) ^c	1.98		
10.Seans	30	9.7 (7.5)	1.28		

¹Friedman Testi, ^bPost-hoc ikili karşılaştırmada "5.seans" ile anlamlı fark saptandı; ^cPost-hoc ikili karşılaştırmada "10.seans" ile anlamlı fark saptandı; * $p<0,05$; ** $p<0,01$.

OKB tanılı 30 hastanın terapi öncesi, 5. ve 10. seanslardaki BAE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı farkların her üç zaman arasında da olduğu görülmüştür. Tüm seansları tamamlayan OKB tanılı hastaların BAE puanı terapi öncesine göre hem 5. seansta hem de 10. seansta anlamlı olarak azalmıştır. Ayrıca 10. Seanstaki BAE puanları 5. seansa göre de anlamlı olarak azalmıştır ($p<0.05$).

Terapilerin tamamına katılan 30 OKB tanılı hastanın terapi öncesi ile 5. seans ve 10. seanstaki OlÖ-44 puanlarının karşılaştırılması Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6.

10 seans BDT protokolünü tamamlayan OKB tanılı hastaların terapi öncesi ile 5. seans ve 10. seanstaki OİÖ-44 puanlarının karşılaştırılması

Tekrarlı Ölçümler		OİÖ-44			
		Sorumluluk / tehdit	Mükemmeliyetçi lik / kesinlik	Düşünce önemi / kontrol	OİÖ-44 Toplam
Terapi Öncesi	N	30	30	30	30
	Ortalama (S)	70.1 (19.3) ^{bc}	73.6 (24.2) ^{bc}	45.0 (15.9) ^{bc}	187.5 (51.0) ^{bc}
	Sıra Ortalaması	2.87	2.80	2.82	2.93
5.seans	N	30	30	30	30
	Ortalama (S)	51.2 (19.1) ^c	56.0 (20.4) ^c	31.7 (14.0) ^c	139.6 (47.7) ^c
	Sıra Ortalaması	1.93	1.97	1.98	1.90
10.seans	N	30	30	30	30
	Ortalama (S)	41.2 (16.7)	46.2 (19.0)	23.6 (12.2)	110.9 (43.6)
	Sıra Ortalaması	1.20	1.23	1.20	1.17
	χ^2	41.867	37.492	40.222	47.267
	p	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**

¹Friedman Testi; ^bPost-hoc ikili karşılaştırmada "5. seans" ile anlamlı fark saptandı; ^cPost-hoc ikili karşılaştırmada "10. seans" ile anlamlı fark saptandı; *p<0,05; **p<0,01.

OKB tanılı 30 hastanın terapi öncesi, 5. ve 10. seanslardaki OİÖ-44 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (her dördü için de p<0.05). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı farkların her üç zaman arasında da olduğu görülmüştür. Tüm seansları tamamlayan OKB tanılı hastaların toplam OİÖ-44 puanları ve sorumluluk/tehdit, mükemmeliyetçilik/kesinlik, düşüncelerin önemi/kontrol alt ölçek puanları terapi öncesine göre hem 5. seansta, hem de 10. seansta anlamlı olarak azalmıştır. Ayrıca 10. seanstaki tüm OİÖ-44 puanları 5. seansa göre de anlamlı olarak azalmıştır.

Araştırmaya dahil edilip tüm seansları tamamlayan 30 hastanın terapi öncesi BDE, BAE, OİÖ-44 ve Y-BOCS puanlarından 10. seanstaki puanları çıkarılarak azalış miktarları hesaplanmıştır. Buna göre, BDE puanındaki azalış miktarı ortalaması 16.6±8.9 (min:1-maks:39); BAE'deki 12.5±10.5 (-3;34); OİÖ-44 toplam puanındaki 76.6±50.6 (-8;200) ve Y-BOCS puanındaki azalış miktarı 21.0±5.3 (min:10-maks:30) bulunmuştur.

Tüm terapi seanslarını tamamlayan 30 OKB tanılı hastanın terapi öncesine göre 10.seansta Y-BOCS puanındaki azalış miktarı ile BDE, BAE ve OİÖ-44 puanlarındaki azalış miktarları arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7.

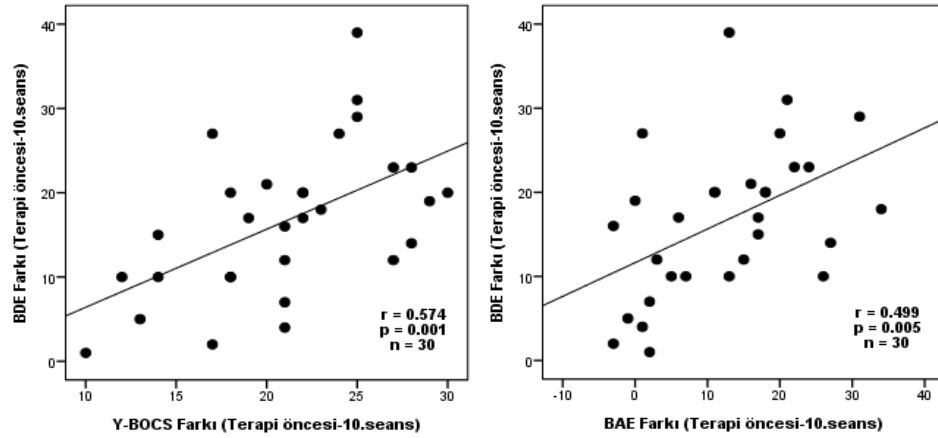
10 seans BDT protokolünü tamamlayan OKB tanılı hastaların terapi öncesine göre 10.seansta Y-BOCS puanındaki azalış miktarı ile BDE, BAE ve OİÖ-44 toplam puanlarındaki azalış miktarları arasındaki korelasyon katsayıları

(n=30)		Y-BOCS	BDE	BAE	OİÖ-44			OİÖ-44 Toplam
					Sorumluluk/ tehdit	Mükemmellik/ kesinlik	Düşünce Ön./kontrolü	
Y-BOCS	r	1.000	0.574**	0.201	0.182	0.242	0.350	0.347
BDE	r	0.574**	1.000	0.499**	0.260	0.252	0.229	0.331
BAE	r	0.201	0.499**	1.000	0.087	0.319	0.274	0.276

r: Spearman korelasyon katsayısı; *p<0.05; **p<0.01

Tablo 7’de görüldüğü üzere tüm seansları tamamlayan OKB tanılı 30 hastanın terapi öncesine göre 10. seansta Y-BOCS puanındaki azalış miktarı ile BDE puanındaki azalış miktarı arasında pozitif yönde ve güçlü düzeyde ($r=0.57$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). BDE’deki azalış miktarı ile BAE puanındaki azalış miktarı arasında ise pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0.50$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Y-BOCS puanındaki azalış miktarı ile BAE, OİÖ-44 toplam ve sorumluluk/tehdit, mükemmeliyetçilik/kesinlik ve düşüncenin önemi/kontrol alt ölçek puanlarındaki azalış miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).



Şekil. 8. 10 seans terapinin tamamını tamamlayan OKB tanılı hastaların terapi öncesine göre 10. seansta Y-BOCS puanındaki azalış miktarı ile BDE puanındaki azalış miktarı arasındaki ve BDE puanındaki azalış miktarı ile BAE puanındaki azalış miktarı arasındaki ilişki

OKB'ye özgü BDT etkinliğini daha tutucu olarak değerlendirebilmek için terapiden ayrılan 9 hastanın ayrıldıkları zamandaki BDE, BAE ve Y-BOCS puanları sonraki zamanlara aktararak (last observation carried forward-LOCF) istatistiksel analiz yapılmıştır. Buna göre çalışmaya dahil edilen 39 OKB tanılı hastanın terapi öncesi ile 5.seans ve 10.seanstaki Beck Depresyon (BDE) ve Anksiyete Envanteri (BAE) puanlarının karşılaştırılması Tablo. 8'de sunulmuştur.

Çalışmaya dahil edilen 39 OKB tanılı hastanın terapi öncesi ile 5. seans ve 10. seanstaki Y-BOCS puanlarının karşılaştırılması Tablo. 8'de sunulmuştur.

Tablo 8.

10 seans terapi sürecini tamamlayan ve terk eden OKB tanılı hastaların tamamının terapi öncesi ile 5. seans ve 10. seanstaki Y-BOCS puanlarının karşılaştırılması.

Tekrarlı Ölçümler	N	Ort. (S)	Sıra Ortalaması	χ^2	p
Terapi Öncesi	39	27.6 (5.0) ^{bc}	2.79	55.653	<0.001**
5. Seans	39	15.8 (8.3) ^c	1.88		
10.Seans	39	11.3 (9.5)	1.32		

¹Friedman Testi; ^bPost-hoc ikili karşılaştırmada "terapi öncesi" ile anlamlı fark saptandı;

^cPost-hoc ikili karşılaştırmada "5. seans" ile anlamlı fark saptandı; *p<0,05; **p<0,01.

Tablo 8’de görüldüğü üzere OKB tanılı 39 hastanın terapi öncesi, 5. ve 10. seanslardaki Y-BOCS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu hastaların YBOCS puanı terapi öncesine göre hem 5. seansta hem de 10. seansta anlamlı olarak azalmıştır. Ayrıca 10. seansdaki Y-BOCS puanı 5.seansa göre de anlamlı olarak azalmıştır.

OKB tanılı hastalarda cinsiyet, yaş, hastalık süresi, medeni durum, öğrenim durumu gibi demografik özelliklere göre karşılaştırıldığında gruplar arasında BDE, BAE, OİÖ-44 ve Y-BOCS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9.

10 seanslık terapi sürecini tamamlayan ve terk eden OKB tanılı hastaların tamamının terapi öncesi ile 5. seans ve 10. seanstaki BDE puanlarının karşılaştırılması

Tekrarlı Ölçümler	N	Ort. (S)	Sıra Ortalaması	χ^2	p
Terapi Öncesi	39	22.6 (10.6) ^{bc}	2.78	59.203	<0.001**
5. Seans	39	14.4 (8.8) ^c	1.95		
10.Seans	39	9.7 (9.4)	1.27		

¹Friedman Testi; ^bPost-hoc ikili karşılaştırmada “terapi öncesi” ile anlamlı fark saptandı; ^cPost-hoc ikili karşılaştırmada “5. seans” ile anlamlı fark saptandı; * $p<0,05$; ** $p<0,01$.

Tablo 9’da görüldüğü üzere OKB tanılı 39 hastanın terapi öncesi, 5. ve 10. seanslardaki BDE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu BDE puanı terapi öncesine göre hem 5. seansta, hem de 10. seansta anlamlı olarak azalmıştır. Ayrıca 10. seanstaki BDE puanı 5. seansa göre de anlamlı olarak azalmıştır.

Tablo 10.

10 seanslık terapi sürecini tamamlayan ve terk eden OKB tanılı hastaların tamamının terapi öncesi ile 5. seans ve 10. seanstaki BAE puanlarının karşılaştırılması

Tekrarlı Ölçümler	N	Ort. (S)	Sıra Ortalaması	χ^2	p
Terapi Öncesi	39	20.9 (14.1) ^{bc}	2.56	32.638	<0.001**
5. Seans	39	14.6 (9.8)	1.99		
10.Seans	39	11.3 (8.9)	1.45		

¹Friedman Testi; ^bPost-hoc ikili karşılaştırmada "terapi öncesi" ile anlamlı fark saptandı; ^cPost-hoc ikili karşılaştırmada "5. seans" ile anlamlı fark saptandı; *p<0,05; **p<0,01.

Tablo 10'da görüldüğü üzere OKB tanılı 39 hastanın terapi öncesi ile 5. ve 10. seanslardaki BAE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0.05). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu BAE puanı terapi öncesine göre hem 5. seansta, hem de 10. seansta anlamlı olarak azalmıştır. 10. seans ile 5. seans BAE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu araştırmanın temel amacı OKB hastalarında BDT'nin tedavi edici etkinliğinin araştırılmasıdır. Bu genel amaç doğrultusunda OKB olan bireylere yönelik uygulanan BDT sürecinde OKB belirtileri, depresyon düzeyi, anksiyete düzeyi ve OKB ile ilgili bilişsel inanç sistemlerindeki değişim araştırılmıştır. Katılımcılara 10 seanslık bir OKB'ye yönelik BDT protokolü uygulanmış, terapi öncesinde uygulanan ölçümler beşinci ve onuncu seanslarda tekrarlanmıştır. Literatürde en az 12 haftalık bir sürede Y-BOCS skoru 16'dan büyük olan ya da Y-BOCS skorunda %25'den az bir azalma kullanılan psikotrop ilaç tedavisine dirençli kabul edilmektedir (Goodman ve ark., 1989). Bu nedenle araştırmada olarak en az 12 haftalık bir süre boyunca psikiyatrik ilaç tedavisi devam ediyor olmak kriteri belirlenmiştir. Böylelikle terapi sonrasındaki Y-BOCS skorundaki azalmanın ilaç tedavisiyle ilişkili olmadığı öne sürülebilir.

Klinik Özellikler

Klinik özellikler açısından katılımcılar incelendiğinde örneklemimizin tamamında en az bir obsesyon ve kompulsiyon türü olduğu, %51.3'ünde ikinci bir obsesyon, %38.5'inde birden fazla kompulsiyon olduğu görülmektedir. OKB ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalar bir olguda birden çok alt tip bulunabildiğini göstermektedir (McKay ve ark., 2004). Bizim örneklemimizin de bu konuda literatür verileriyle uyumlu olduğu düşünülmektedir. OKB'de en yaygın görülen alt tiplerin (a) Bulaşma/kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları; (b) Saldırgan, cinsel, dinsel, somatik obsesyonlar ve kontrol etme kompulsiyonları; (c) Simetri ile ilgili obsesyonlar ve sayma, düzenleme, simetri, tekrarlama kompulsiyonları; (d) Biriktirme davranışı; (e) Dinsel obsesyon ve kompulsiyonlar olduğu bildirilmiştir (Rasmussen ve Eisen, 1992). Örneklemimiz obsesyon ve kompulsiyonların genel sınıflandırmalarını karşılar

niteliktedir. Biriktirme davranışı DSM-5'te OKB tanısına dahil edilmediği için araştırmamızda dışlama kriteri olarak belirlenmiştir. Obsesyon/kompulsiyon türü açısından örneklemin çoğunluğunu kirlenme/yıkama tipi oluşturmaktadır. Bu verinin de yapılan epidemiyolojik çalışmalarla benzer olduğu söylenebilir (Rasmussen ve Eisen, 1991). OKB'de kompulsif ritüellerle birlikte en sık görülen başa çıkma davranışı kaçınmadır. Çalışmaya dahil edilen OKB tanılı hastaların %76.9'unda kaçınma davranışı olduğu görülmüştür.

Klinik Özellikler Açısından Ölçümlerin Karşılaştırılması

Araştırmanın temel amacı doğrultusunda 10 seanslık OKB'ye özgü BDT sürecini tamamlayan hastaların terapi öncesi ve 10. seans puanları incelendiğinde Y-BOCS, BAE ve BDE puanlarının her biri için istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma tespit edilmiştir. Etki büyüklüğü terapiyi tamamlayan hastalarda Y-BOCS puanları için $r=0.92$ (yüksek etki düzeyi) bulunmuştur. Bu verilerden yola çıkarak BDT'nin hem OKB belirtilerinin hem depresyon ve kaygı belirtilerinin düzelmesinde ve azalmasında oldukça etkili bir yöntem olduğu söylenebilir. Bu bulgu OKB'de BDT etkinliğini araştırmaya yönelik yapılan çalışmalarla uyumludur (Cottraux ve ark.,2001; Fisher ve Wells, 2005; Katz, Laposa ve Rector, 2018; Olatunji ve ark., 2013; Öst ve ark., 2015; Van Oppen ve ark., 1995; Whittal ve ark., 2005). Elde edilen bulgular Y-BOCS, BAE ve BDE puanlarındaki azalışın 5. seansta bile terapi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Çalışmalar genel olarak BDT'nin birçok bozuklukta 6-8 seanta etki ettiğini göstermektedir (Beck, 2001/2016). Bu bulgudan yola çıkarak OKB'deki iyileşmenin de BDT teknikleri ile kısa sürede elde edilebildiği söylenebilir.

Bu araştırmada tamamen OKB belirtilerine yönelik müdahalelerde bulunulmuş, depresyona yönelik herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Buna rağmen çalışmaya katılan kişilerin depresyon düzeyi de tedavi öncesine göre anlamlı bir düzeyde azalmıştır. Ayrıca Y-BOCS puanındaki azalış miktarı ile BDE puanındaki azalış miktarı arasında pozitif yönde ve güçlü düzeyde ($r=0.57$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgular OKB de görülen depresyon belirtilerinin primer bir depresyon olmaktan çok OKB'ye özgü olduğunun bir göstergesi olabilir. Genel literatürde de yapılan

alışmalar OKB’de görülen depresyonun OKB’ye ikincil olduğunu göstermektedir (Brown, Campbell, Lehman, Grisham veMancill, 2001).

OKB’nin bilişsel modeline yönelik kuramsal çalışmalar farklı bilişsel alanlara vurgu yapsa da OKB’de istenmeyen, rahatsız edici düşünce, imge ve dürtülerin hatalı yorumlanmasının OKB’nin ortaya çıkışında ve sürmesinde kritik rol oynadığı varsayımı üzerinde tüm kuramcılar birleşmektedir (Clark, 2004; Salkovskis, 1999; Rachman,1997). BDT’de özellikle bilişsel müdahale tekniklerinin temel amacı bu hatalı yorumlama ve inanç alanlarını belirleyip değiştirmek ve böylelikle kişinin yaşadığı sıkıntıyı azaltmaktır. Bu çalışmada psikoterapi süreci içinde BDT modeline uygun olarak sokratik sorgulamayla hastaların OKB’de görülen; bu rahatsızlığın belirtilerinin ortaya çıkmasında ve sürmesinde kritik önem taşıyan (ařırđ sorumluluk; mükemmeliyetçilik; abartılı tehdit algısı; obsesyonel düşünce, dürtü ve imgelere ařırđ önem verme ve kontrol etme çabası; düşünce eylem kaynaşması; belirsizliğe tahammülsüzlük ve kesinlik beklentisi; duygudan sonuç çıkarma gibi) ilgili inanç alanları önce belirlenmiş, yine sokratik sorgulamayla ve diğer bilişsel tekniklerle bu bu hatalı, işlevsel olmayan sağlıksız inançlar değiştirilerek yerine daha işlevsel, realiteye uygun, sağlıklı inançlar geliştirmelerine yardım edilmiştir. Çalışmanın hipotezlerinden biri de BDT uygulamasının OKB olan kişilerde OKB’ye özgü inanç alanlarında bir değişime yol açıp açmadığını sorgulamaktır. OKB ile ilgili bilişsel inanç alanlarını belirlemek için Oİ-44 kullanılan çalışmada birleşik  boyuttun her biri için ve toplam skorda (yani sorumluluk/abartılı tehdit algısı, düşüncenin önemi/kontrol, mükemmeliyetçilik/kesinlik) terapi öncesine göre anlamlı fark bulunmuştur. Bu bulgu OKB nin bilişsel modelini destekler niteliktedir. OKB belirtilerindeki azalmanın kişinin bu üç boyuttaki altı inanç düzeyinin azalmasından etkilendiği söylenebilir. Tedaviye cevabın etkinliğinde bireysel farklılıkların araştırıldığı, ayaktan tedaviyle BDT uygulanan 93 hastanın ele alındığı bir çalışmada Oİ-44 değerlerinin tedavi sonrası yüksek semptom şiddeti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Katz, Laposa ve Rector, 2018). Bizim alışmamızda da her ne kadar Oİ-44 puanlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunsa da Y-BOCS ve Oİ-44 puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgu inanç düzeyindeki azalmanın OKB belirtilerine kısmen aracılık ettiğini, tepkisel ve edimsel

koşullanma faktörlerinin de işin içinde olduğunu destekler niteliktedir. Bir başka deyişle bilişsel ve davranışsal modellerin hem OKB'nin ortaya çıkışında hem de tedavisinde birlikte çalışmakta olduğu söylenebilir. Clark (2009), üst bilişlerin (aşırı sorumluluk, düşünce eylem kaynaşması, düşüncelere aşırı önem verme ve kontrol etme ihtiyacı, mükemmeliyetçilik, duygudan yorum çıkarma gibi inanç alanlarıyla ilgili) OKB'nin ortaya çıkmasında yatkınlık oluşturduğunu ama üst bilişlerin OKB nin tek nedeni olmadığını öne sürmüştür. Elde ettiğimiz bulgu bu görüşü destekler niteliktedir. Yatarak tedavi gören 70 hastayla yapılan 6 haftalık bir BDT uygulamasının değerlendirildiği bir çalışmada obsesif inançlardaki azalmanın OKB belirtilerine kısmen aracılık ettiği raporlanmıştır (Diedrich ve ark., 2016).

Her ne kadar DSM-5 OKB'yi *kaygı bozuklukları* sınıflamasından ayrı tutsa da OKB'den müzdarip kişilerin tarif ettikleri duygusal sıkıntı genellikle kaygıdır. Nitekim OKB, DSM-5'e kadar *kaygı bozuklukları* sınıflamasında gösterilmiştir. OKB'de BDT'nin etkinliğinin araştırıldığı tüm çalışmalarda kaygı düzeyi de standart olarak ele alınmıştır (Abramowitz 1996, 1998; Cottraux ve ark., 2001; Emmelkamp ve ark., 1988; Fisher ve Wells, 2005; Foa ve Kozak 1996; McKay ve ark., 2015; Olatunji ve ark., 2013; Öst ve ark., 2015; van Oppen ve ark. 1995; Whittal ve ark., 2005). Bizim araştırmamızın da bir hipotezi OKB tanılı kişilerde BDT'nin kaygı belirtileri üzerindeki etkisini araştırmaktır. Terapiye katılan OKB tanılı hastaların BAE ile ölçülen kaygı düzeyi, terapi öncesiyle karşılaştırıldığında 10. seansta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır. Bu bulgu genel literatürle de uyumludur (Abramowitz 1996, 1998; Cottraux ve ark., 2001; Emmelkamp ve ark., 1988; Fisher ve Wells, 2005; Foa ve Kozak 1996; McKay ve ark., 2015; Olatunji ve ark., 2013; Öst ve ark., 2015; van Oppen ve ark. 1995; Whittal ve ark., 2005).

Çalışmaya dahil edilen ve psikoterapi uygulamasına başlanan 39 katılımcıdan 9'u (%23,1) terapiden ayrılmıştır. Tedavi bırakma oranı literatürle benzerlik göstermektedir (Franklin ve Foa 2002). Tedavi etkinliği çalışmalarında, çalışma tamamlanmadan katılımcıların tedaviyi bırakma (drop-out) oranı genellikle yüksek olmaktadır ve drop-out katılımcıların verileri analizlere dahil edilmezse randomize çalışmalar yanlış sonuçlar doğurabilir (Molnar, Hutton ve Fergusson, 2008). Tedavi etkinliği çalışmalarında tedaviyi bırakanlar dahil tüm

katılımcıların analize dahil edilmesi etkinlik çalışmaları için standart haline gelmiştir (Gadbury, Coffey ve Allison, 2003). Drop-out olan hastalar için eksik verileri tahmin etmek amacıyla farklı yöntemler kullanılır. Bu tekniklerden biri Last Observation Carried Forward (LOCF) yöntemidir ve drop-out olan kullanıcıları değerlendirmeye almak için katılımcıdan elde edilen son ölçümler sonraki ölçümlere aktarıldıktan sonra analiz edilir (Mallinckrodt, Clark, ve David, 2001). Ayrıca, bu teknik eksik değerlerin “tamamen rastgele eksik” olduğunu varsayar (yani, bırakma olasılığının hastalık şiddeti, semptomlar, grup ataması veya ilaç yan etkileri gibi değişkenlerle ilişkili olmadığı). (Mallinckrodt, Clark ve David 2001).

Bu doğrultuda OKB'ye özgü BDT etkinliğini daha radikal olarak değerlendirebilmek için terapiden ayrılan bu 9 hastanın ayrıldıkları zamandaki BDE, BAE ve Y-BOCS puanları sonraki zamanlara aktararak (LOCF) istatistiksel bir analiz yapılmıştır ve hem Y-BOCS skoru, hem BAE ve BDE skorlarının terapi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı görülmüştür. Terapiye devam etmeyen hastaların ölçümlerinin sonraki ölçümlere aktarıldığı verilerle hesaplandığında $r=0.73$ (orta etki büyüklüğü) bulunmuştur.

Demografik Özellikler ve Demografik Özellikler Açısından Ölçümlerin Karşılaştırılması

Katılımcılar demografik özellikler açısından incelendiğinde örneklemin çoğunluğunu kadın katılımcılar oluşturmaktadır. Klinik örnekleme yapılan epidemiyolojik çalışmalar, kadınlarda erkeklere oranla OKB'nin biraz daha yüksek oranlarda görüldüğünü; tanı almayan yarı klinik örneklemede ise cinsiyet açısından bir fark bulunmamakla birlikte, temizlik/bulaş türü OKB'nin kadınlarda daha sık görüldüğünü göstermektedir (Clark, 2004; Rasmussen ve Eisen, 1991; Labad ve ark., 2008; Grabe ve ark., 2000). Bu çalışma da örneklemin çoğunluğunu kirlenme/bulaş obsesyonu olan kişiler oluşturduğu için elde edilen bu verinin literatürle uyumlu olduğu söylenebilir. Çalışmada psikoterapiden yarar görme açısından farklı cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu bulgu literatürle uyumludur (Foa ve ark. 1983; Benazon, Ager ve Rosenberg, 2002; Mataix-Cols ve ark. 2002). Bu veriden

yola çıkarak BDT'nin tedavi edici etkisini cinsiyetten bağımsız gösterdiği söylenebilir. Katılımcıların yaş ortalaması 29.6 ± 9.3 (19-49) olup homojen bir dağılım göstermektedir. Yetişkinlerle yapılan çalışmalarda, yaşın BDT etkinliği üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır (Mataix-Cols ve ark. 2002). Sadece bir çalışmada genç yaşın tedavi sonrası takipte daha iyi remisyonu öngördüğü gösterilmiştir (Benazon ve ark. 2002).

Yaşın tedavi etkinliği üzerinde anlamlı farka yol açmaması bulgusu literatürün geneliyle uyumludur. Yaş faktörü BDT'nin tedavi edici etkisinde herhangi bir fark oluşturmamaktadır. OİÖ-44 skoru bakımından 23 yaş ve altı hastalarla 33 yaş üstü hastalar arasında terapi öncesi ve sonrası ölçümlerde OİÖ-44 toplam puanı ve sorumluluk/tehdit alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). 23 yaş altı hastalarda bu inanç alanlarında daha fazla azalma görülmüştür. Bu veriden yola çıkılarak BDT ile OKB'de görülen inanç sistemlerindeki değişimin genç yaşlarda daha kolay ve kısa sürede olabildiği, yaş ilerledikçe bilişsel alanlardaki değişimin de zorlaştığı yorumu çıkarılabilir. Araştırmada yaş faktörü gibi hastalık süresi bakımından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Genel literatürde hastalık süresi ve tedavi sonucu arasında bir ilişki bulunamamıştır (Olatunji ve ark. 2013). Bir çalışma hastalık süresi uzadıkça tedavi yanıtının azaldığını, yine bir çalışma hastalık süresi kısaldıkça belirtilerde tam düzelme eğiliminin arttığını bildirmiştir (Mataix-Cols ve ark., 2002; Keijsers, Hoogduin ve Schaap, 1994). Öğrenim durumu açısından ele alındığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu BDT'nin etkinliğinin öğrenim düzeyinden etkilenmediğini göstermektedir.

Özetle bu çalışmamızda değerlendirilen demografik özelliklerin hiçbirinin BDT'nin sonuçları açısından farklılık göstermediği saptanmıştır. Bu bulgulardan yola çıkılarak BDT'nin etkisini ele alınan yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, hastalık süresi gibi demografik özelliklerden bağımsız gösterdiği söylenebilir.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada OKB tanılı bireylerde BDT'nin tedavi etkinliği ve OKB'ye özgü olduğu öne sürülen bilişsel inançlardaki değişime etkisi araştırılmıştır. Çalışmamızın OKB'ye özgü BDT tekniklerinin gelişimine ve daha yaygın kullanımına katkı sağlayacağı; dolayısıyla kişinin yaşam kalitesini ve işlevselliğini önemli ölçüde bozan OKB'nin daha etkili tedavisine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Elde ettiğimiz bulgular, 10 seanlık BDT uygulaması sonucunda terapi öncesine göre OKB hastalarının obsesyon ve kompulsiyon belirtilerinde, anksiyete ve depresyon düzeyinde anlamlı düzeyde bir azalmayı göstermektedir. Obsesyon ve kompulsiyon belirtilerindeki; depresyon ve anksiyete düzeyindeki azalma 5. Seansta da anlamlı bulunmuştur. Terapiyi terk eden katılımcıların en son ölçümlerinin sonraki ölçümlere aktarılarak yapılan istatistiksel analizden elde edilen bulgulara göre de obsesyon ve kompulsiyon belirtilerinde, anksiyete ve depresyon düzeyindeki azalma anlamlı bulunmuştur.

Çalışmamızda 10 seanslık BDT sonucunda, terapi öncesine göre OKB'nin ortaya çıkışında ve sürmesinde etkili olduğu öne sürülen Düşüncelerin önemi/kontrolü, sorumluluk/tehdit algısı ve mükemmeliyetçilik/kesinlik inanç alanlarında da inanç düzeyinde anlamlı bir azalmanın olduğu bulgusu elde edilmiştir.

Çalışmamızın diğer bulguları değerlendirildiğinde 10 seanslık BDT sonucunda, terapi öncesiyle karşılaştırıldığında OKB belirtilerindeki azalmayla depresyon düzeyindeki azalma anlamlı biçimde ilişkili bulunmuştur. Yaş cinsiyet, eğitim durumu, hastalık süresi gibi demografik verilere bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç olarak araştırmamızın sınırlılıklarına rağmen elde edilen bulgular doğrultusunda BDT'nin OKB tedavisinde oldukça etkili bir tedavi yöntemi olduğu söylenebilir. Çalışmanın sonuçlarının BDT yönteminin OKB de kullanımının yaygınlaşmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırmanın sınırlılıkları doğrultusunda birden fazla terapistle ve evreni daha iyi temsil edecek sayıda OKB hastasıyla; kontrol gruplarının kullanıldığı çalışmalar yapılmasında fayda olduğu düşünülmektedir.

Günümüzde Ruh sağlığı bozukluklarının oluşumunda ve sürmesinde biyo-psikososyal model yaygın olarak kabul görmektedir. Ancak özellikle ülkemizde ruh sağlığına tedavi yaklaşımında psiko-sosyal müdahale yaklaşımlarına yeterince ağırlık verilmediği görülmektedir. Psikoterapi yöntemleri özellikle de kanıta dayalı Bilişsel Davranışçı Terapi birçok ruh sağlığı bozukluğunda oldukça etkili tedavi sonuçları vermektedir. OKB tedavisi zor, kişinin işlevselliğinde ve yaşam kalitesinde ciddi azalmaya yol açabilen bir ruh sağlığı bozukluğudur. Hatta bir dönem ruh sağlığı bozukluklarının kanseri olarak tanımlandığı olmuştur. Son yıllarda bilişsel davranışçı terapide araştırmacılar tarafından OKB'ye yönelik oldukça etkili müdahale teknikleri geliştirilmiştir. Ancak bu terapiyi etkili bir şekilde uygulayacak psikoterapist sayısı maalesef son derece yetersizdir. Psikoterapist sayısının artması ve yaygınlaşması için öncelikle psikoterapi kavramının ülkemizde kurumsal, yasal bir zemine oturtulması gerekmektedir. Birçok batılı ülkede psikoterapi enstitüleri bulunmakta ve devlet bu enstitüleri referans almakta, o ülkede psikoterapist olarak çalışabilmek için o enstitünün sertifikasyonu ya da akreditasyonu gerekmektedir. Avrupa Birliği'ne aday olan ülkemizde de benzer bir yapılanma önerilebilir. Sağlık Bakanlığı ruh sağlığı hizmetleri içinde psikolojik müdahalelere daha fazla önem ve ağırlık vermelidir. Bu bağlamda yapılacak ilk iş psikologların unvan, mesleki uyumlama yetkinliği, yeterliliği gibi konuların evrensel normlara uygun hale getirilmesidir.

KAYNAKÇA

- Abramowitz J. S., McKay D. ve Taylor S. (2008). *Obsesif-kompulsif bozukluk ve bağlantılı sorunlar el kitabı*. (1. Baskı). (Y. B. Doğan, Çev.). İstanbul: Okuyan Us Yayın. (Orijinal çalışma basım tarihi 2008).
- Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27(4), 583-600.
- Abramowitz, J. S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy*, 29(2), 339-355.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. Schwartz, S. ve Furr, J. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1049-1057.
- Allsopp, M. ve Williams, T. (1996). Intrusive thoughts in a non-clinical adolescent population. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5(1), 25-32.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), (2001). *DSM-IV-TR Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı* (4.Baskı). (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: HYB. (Orijinal çalışma basım tarihi 2000).
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), (2014). *Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı (DSM-5)* (5. baskı). (E. Köroğlu, çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. (Orjinal çalışma basım tarihi 2013).
- Angst, J. Gamma, A., Endrass, J., Hantouche, E., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D. ve Rössler, W. (2005). Obsessive-compulsive syndromes and disorders. *European Archives of Psychiatry Clinical and Neuroscience*, 255(1), 65-71.

- Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D. ve Rössler, W. (2004). Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 254(3), 156-164.
- Baer, L., Jenike, M. A., Ricciardi, J. N., Holland, A. D., Seymour, R. J., Minichiello, W. E. ve Buttolph, M. L. (1990). Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47(9), 826-830.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, 121(1),
- Barrett, P. M. ve Healy, L. J. (2003). An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41(3), 285-299.
- Beck, A. T. (2006). *Anksiyete bozuklukları ve fobiler: Bilişsel bakış açısı* (T. Özakkaş Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 1985).
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. ve Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893.
- Beck, J. S. (2001). *Bilişsel terapi: Temel ilkeler ve ötesi* (N. H. Şahin, Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 1995).
- Beck, J. S. (2016). *Bilişsel davranışçı terapi: Temelleri ve ötesi* (2. baskı). (M. Şahin, I. Cömert, Çev.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 2011).

- Benazon, N. R., Ager, J. ve Rosenberg, D. R. (2002). Cognitive behavior therapy in treatment-naïve children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 40(5), 529-539.
- Bermanzohn, P. C., Porto, L., Arlow, P. B., Pollack, S., Stronger, R. ve Siris, S. G. (2000). At issue: hierarchical diagnosis in chronic schizophrenia: a clinical study of co-occurring syndromes. *Schizophrenia Bulletin*, 26(3), 517-525.
- Besiroglu, L., Çilli, A. S. ve Aşkın, R. (2002). Obsesif kompulsif bozukluk ve yaşam kalitesi. 38. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Kongre Bildirileri Özet Kitabı*, 184-185.
- Besiroglu, L., Uguz, F., Saglam, M., Yilmaz, E., Agargün, M. Y. ve Askin, R. (2007). Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler/Factors associated with quality of life in obsessive compulsive disorder. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(1), 5.
- Bogetto, F., Venturellos, A. U., Maina, G. ve Ravizza, L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 14(8), 434-441.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. ve Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2017). Bilimsel araştırma yöntemleri. *Pegem Atıf İndeksi*, 1-360.
- Chen, Y. W. ve Dilsaver, S. C. (1995). Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 57-64.

- Chmielewski, M. ve Watson, D. (2008). The heterogeneous structure of schizotypal personality disorder: Item-level factors of the schizotypal personality questionnaire and their associations with obsessive-compulsive disorder symptoms, dissociative tendencies, and normal personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 364.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. New York: The Guilford Press.
- Clark, D. A. (2009). *OKB'nin tedavisinde bilişsel-davranışçı tedavi teknikleri çalıştayı*. ODTÜ Psikoloji Bölümü Klinik Psikoloji Ünitesi, Ankara.
- Clark, D. A., Purdon, C. L. ve Wang, A. (2003). The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: development of a measure of obsessional beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 41(6), 655-669.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* Hillsdale. NJ: Lawrence Earlbaum Associates, 2.
- Cottraux, J., Note, I., Yao, S. N., Lafont, S., Note, B., Mollard, E., ... ve Dartigues, J. F. (2001). A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(6), 288-297.
- Cox, C. S. (1997). Neuropsychological abnormalities in obsessive-compulsive disorder and their assessments. *International Review of Psychiatry*, 9(1), 45-60.65.
- Davison, G. C. ve Neale, J. M. (2004). *Anormal Psikoloji* (7). (İ. Dağ, Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. (Orijinal basım tarihi 1998).
- Diedrich, A., Sckopke, P., Schwartz, C., Schlegl, S., Osen, B., Stierle, C. ve Voderholzer, U. (2016). Change in obsessive beliefs as predictor and

mediator of symptom change during treatment of obsessive-compulsive disorder—a process-outcome study. *BMC Psychiatry*, 16(1), 220.

Doğan, K., Solak, Ö. S., Özdel, K. ve Türkçapar, M. H. (2013). Obsesif kompulsif bozukluk alt tiplerinde ve sağlıklı kontrol grubunda üstbilişlerin karşılaştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2, 34-40.

Dollard, J. ve Miller, E. (1950). *Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York: McGraw-Hill.

Dryden, W. (Ed.). (1999). *Rational emotive behaviour therapy: A personal approach*. Winslow Press.

Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., Coles, M. E., Pagano, M. E., Stout, R., Rasmussen, S. A. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive psychiatry*, 47(4), 270-275.

Ellis, A. ve Harper, R. A. (2005). *Akılcı yaşam klavuzu* (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: HYB Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 1975).

Emmelkamp, P. M. G., Visser, S. ve Hoeksrt, R. J. (1988). Cognitive therapy versus exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsives. *Cognitive Therapy and Research*, 12(1), 103-114.

Eser, S. Y., Fidaner, H., Fidaner, C., Elbi, H., Eser, E. ve Göker, E. (1999). Yaşam kalitesinin ölçülmesi. *WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref. 3P dergisi*, 7(2), 5-13.

Fineburg, N., Marazziti, D. ve Stein D. J. (2001). *Obsessive Compulsive Disorder: a practical guide*. London, UK: Martin Dunitz.

Fisher, P. L. ve Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1543-1558.

- Foa, E. B. ve Kozak, M. J. (1996). *Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., Grayson, J. B., Steketee, G. S., Doppelt, H. G., Turner, R. M. ve Latimer, P. R. (1983). Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 287.
- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., Turner, R. M. ve Latimer, P. R. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy*, 15(5), 450-472.
- Franklin, M. E. ve Foa, E. B. (2002). Cognitive behavioral treatments for obsessive compulsive disorder. *A guide to treatments that work*, 2, 367-386.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Letarte, H., Gagnon, F. ve Thibodeau, N. (1994). Self-report of obsessions and worry. *Behaviour Research and Therapy*, 32(1), 29-36.
- Gadbury, G. L., Coffey, C. S. ve Allison, D. B. (2003). Modern statistical methods for handling missing repeated measurements in obesity trial data: beyond LOCF. *Obesity Reviews*, 4(3), 175-184.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R. ve Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1012–1016.
- Grabe, H. J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Freyberger, H. J., Dilling, H. ve John, U. (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250(5), 262-268.
- Güriz, S. O. (2015). Akılcı Duygulanımcı Davranış Terapisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 8(2), 39-44.

- Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H. ve Goodman, R. (2001). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 179(4), 324-329.
- Hisli, N. (1988). Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*.
- Hollander, E., Kwon, J. H., Stein, D. J. ve Broatch, J. (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: Overview and quality of life issues. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Hurley, R. A., Saxena, S., Rauch, S. L., Hoehn-Saric, R. ve Taber, K. H. (2002). Predicting treatment response in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 14(3), 249-253.
- Karadağ, F., Kalkan Oğuzhanoğlu, N., Özdel, O., Ateşçi, F. Ç. ve Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depresyon and Anxiety*, 23(3), 145-152.
- Karakaş, S. ve Karakaş, H. M. (2000). Yönetici işlevlerin ayrıştırılmasında multidisipliner yaklaşım: Bilişsel psikolojiden nöroradyolojiye. *Klinik psikiyatri*, 3(4), 215-27.
- Karakaş, S., Irak, M., ve Bekçi, B. (2003). Sağlıklı insanda bilgi işleme süreçleri: Biliş ve üst-biliş. *Beyin ve Nöropsikoloji: Temel ve Klinik Bilimler Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi*, 31-53.
- Karamustafalıoğlu, K. O, Üçışık A. M, Ulusoy, M. ve ark. (1993). Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. 29. *Ulusal psikiyatri kongresi program ve bildiri özetleri kitabı* içinde (s. 86). Bursa: Savaş Ofset.

Karancı, N. ve Gençöz, T. (Rd.). (2012). *Osesif-kompulsif bozukluk: Bilişsel davranışçı yaklaşım, terapi ve sık kullanılan ölçekler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Katz, D., Laposa, J. M. ve Rector, N. A. (2018). Anxiety sensitivity, obsessive beliefs, and the prediction of CBT treatment outcome for OCD. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(1), 31-43.

Keijsers, G. P., Hoogduin, C. A. ve Schaap, C. P. (1994). Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 165(6), 781-786.

Kılıç, C. (1998) *Türkiye Ruh sağlığı Profili*, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

Koran, L. M., Hackett, E., Rubin, A., Wolkow, R. ve Robinson, D. (2002). Efficacy of sertraline in the long-term treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 88-95.

Koran, L. M., Thienemann, M. L. ve Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 153(6), 783.

Koyuncu, A., Tükel, R., Özyıldırım, İ. ve Meteris, H. (2010). Impact of obsessive-compulsive disorder comorbidity on the sociodemographic and clinical features of patients with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(3), 293-297.

Köroğlu, E. (2008). *Düşünsel duygulanımcı davranış terapisi* (2. baskı). Ankara: HYB.

Krüger, S., Bräunig, P. ve Cooke, R. G. (2000). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in recovered inpatients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2(1), 71-74.

- Kuelz, A. K., Hohagen, F. ve Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biological psychology*, 65(3), 185-236.
- Kuru, T. ve Türkçapar M. H. (20013). Farmakoterapi ve Elektrokonvulsif Tedaviye Dirençli Bir Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastasının Bilişsel Davranışçı Terapisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 173-181.
- Labad, J., Menchon, J. M., Alonso, P., Segalas, C., Jimenez, S., Jaurrieta, N.,Vallejo, J. (2008). Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depression and Anxiety*, 25(10), 832-838.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Dugas, M. J., Gagnon, F., Thibodeau, N. ve Fournier, S. (2000). Strategies used with intrusive thoughts: A comparison of OCD patients with anxious and community controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 179.
- Leahy, R. L., Holland, S. J. (2009). *Depresyon ve anksiyete bozukluklarında tedavi planları ve girişimleri* (E. Köroğlu ve M. H. Türkçapar Çev.) Ankara: HYB. (Orijinal çalışma basım tarihi 2000).
- Lee, H. J, Kwon, S. M, Kwon J. S. ve Telch, M. J. (2005). Testing the autogenous reactive model of obsessions. *Depresion and Anxiety*, 21(3), 118-129.
- Lee, H. J. ve Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 11- 29.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment* (3. Baskı). New York: Oxford University Press.

- Macdonald, P. A., Antony, M. M., Macleod, C. M. ve Richter, M. A. (1997). Memory and confidence in memory judgments among individuals with obsessive compulsive disorder and non-clinical controls. *Behaviour Research and Therapy*, 35(6), 497-505.
- Mallinckrodt, C. H., Clark, W. S. ve David, S. R. (2001). Accounting for dropout bias using mixed-effects models. *Journal of biopharmaceutical statistics*, 11(1-2), 9-21.
- Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Greist, J. H., Kobak, K. A. ve Baer, L. (2002). Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 71(5), 255-262.
- McKay, D., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D.,Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symtoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 24 (3), 283-313.
- McKay, D., Sookman, D. ve Neziroğlu, F. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 225(3) 236-246.
- McNally, R. J. ve Kohlbeck, P. A. (1993). Reality monitoring in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 31(3), 249-253.
- METİN, Ö. ve CİNEMRE, B. (2013). Psikotrop İlaç Kullanımında Temel İlkeler. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 6(4), 1-4.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour research and therapy*, 4(4), 273-280.
- Millet, B., Kochman, F., Gallarda, T., Krebs, M. O., Demonfaucon, F., Barrot, I.,Hantouche, E. G. (2004). Phenomenological and comorbid features associated in obsessive–compulsive disorder: influence of age of onset. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 241-246.

- Molnar, F. J., Hutton, B. ve Fergusson, D. (2008). Does analysis using “last observation carried forward” introduce bias in dementia research?. *Canadian Medical Association Journal*, 179(8), 751-753.
- Moritz, S., Jacobsen, D., Willenborg, B., Jelinek, L. ve Fricke, S. (2006). A check on the memory deficit hypothesis of obsessive–compulsive checking. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(2), 82-86.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning—a reinterpretation of conditioning and problem solving. *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Mowrer, O. H. (1951). Two-factor learning theory: Summary and comment. *Psychological Review*, 58, 350-354.
- Mowrer, O. H. (1956). Two-factor learning theory reconsidered, with special reference to secondary reinforcement and the concept of habit. *Psychological Review*, 63, 114-128.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Neziroglu, F., Henricksen, J. ve Yaryura-Tobias, J. A. (2006). Psychotherapy of obsessive-compulsive disorder and spectrum: established facts and advances, 1995–2005. *Psychiatric Clinics*, 29(2), 585-604.
- Niler, E. R. ve Beck, S. J. (1989). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population. *Behaviour Research and Therapy*, 27(3), 213-220
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the

interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39(8), 987-1006.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2003). Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), 863-878.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43(11), 1527-1542.

Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B. ve Smits, J. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1), 33-41.

Öst, L. G., Havnen, A. ve Hansen, B. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-69.

Özdel, K. (2015). Dünden Bugüne Bilişsel Davranışçı Terapiler: Teori ve Uygulama. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 10-20.

Padesky, C. A. (2013). *Anksiyete Tuzaklarına Kognitif Davranışçı Terapi Çözümleri*. 2 günlük work shop eğitimi, İstanbul.

Parkinson, L. ve Rachman, S. (1981). Part II. The nature of intrusive thoughts. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3(3), 101-110.

- Pauls, D. L., Alsobrook, J. P., Goodman, W., Rasmussen, S., ve Leckman, J. F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152(1), 76.
- Pennington, B. F. ve Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 37(1), 51-87.
- Perugi, G., Akiskal, H. S., Gemignani, A., Pfanner, C., Presta, S., Milanfranchi, A. ve Cassano, G. B. (1998). Episodic course in obsessive-compulsive disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 248(5), 240-244.
- Pigott, T. A. ve Seay, S. M. (1999). A review of the efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(2), 101-106.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 35(9), 793-802.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 385-401.
- Rachman, S. ve deSilva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 233-248.
- Rachman, S. ve Shafran, R. (1999). Cognitive distortions: Thought–action fusion. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 6(2), 80-85.
- Rasmussen, S. A. ve Eisen, J. L. (1990). Epidemiology of Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51(2), 10-13.

- Rasmussen, S. A. ve Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 743-758.
- Rasmussen, S. A. ve Eisen, J. L. (1997). Treatment strategies for chronic and refractory obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, (58), 9-13.
- Rasmussen, S. A., ve Tsuang, M. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143(3), 317-322.
- Rosa, A. C., Diniz, J. B., Fossaluza, V., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., De Mathis, A. S., ... ve Shavitt, R. G. (2012). Clinical correlates of social adjustment in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*, 46(10), 1286-1292.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T. ve Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53-63
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T. ve Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessive compulsive problems; A cognitive behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27(6), 677-682.
- Salkovskis, P. M. (2003). Obsessions and compulsions. *Cognitive therapy in clinical practice* içinde (s. 39-54). London and Newyork: Routledge.

- Salkovskis, P. M. (2007). Psychological treatment of obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry*, 6(6), 229-233.
- Salkovskis, P. M. ve Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22(5), 549-552
- Savaşır, I. (1995). Obsesif kompulsif bozukluk: Bilişsel davranışçı yaklaşım. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34), 14-19.
- Savaşır, I. ve Şahin, N. H. (1997). *Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Shafran, R. ve Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: a review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(2), 87-107.
- Skoog, G. ve Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, 56(2), 121-127.
- Sookman, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Wilhelm, S. ve McKay, D. (2005). Subtypes of obsessive-compulsive disorder: Implications for specialized cognitive behavior therapy. *Behavior Therapy*, 36(4), 393-400.
- Sözbilir, M. (2012). *Deneyisel araştırma desenleri*. <http://fenicay.wordpress.com>.
- Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H. ve Angermeyer, M. C. (2006). Subjective quality of life of patients with obsessive–compulsive disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(8), 662-668.
- Strauss, E., Sherman, E. M. ve Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary*. American Chemical Society.

- Sungur, M. Z. (2006). Obsesif kompulsif bozukluğun psikoterapisi. *Anksiyete bozuklukları* içinde (363-382). Ankara: Türkiye Psikiyatri Dernegi Yayinlari.
- Şafak, Y., Karadere, M. E., Özdel, K., Özcan, T., Türkçapar, M. H., Kuru, E. ve YÜCENS, B. (2014). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı grup psikoterapisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25, 225-233.
- Taylor, S. (2005). Dimensional and subtype models of OCD. *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* içinde (s. 27-41). New York: Springer.
- Teasdale, J. D. (1993). Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. *Behaviour Research and Therapy*, 31(4), 339-354.
- Tek, C., Uluğ, B., Rezaki, B. G., Tanrıverdi, N., Mercan, S., Demir, B. ve Vargel, S. (1995). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand.* 91(6), 410-3.
- Tibbo, P. ve Warneke, L. (1999). Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: epidemiologic and biologic overlap. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 24(1), 15-24.
- Torres, A. R. ve Del Porto, J. A. (1995). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorders. *Psychopathology*, 28(6), 322-329.
- Tuna, Ş., Tekcan, A. I. ve Topçuoğlu, V. (2005). Memory and metamemory in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(1), 15-27.

- Türkçapar, M. H. (2008). *Bilişsel terapi: temel ilkeler ve uygulamalar* (3. baskı). Ankara: HYB Yayıncılık.
- Türkçapar, M. H. (2009) *Depresyon: Klinik Uygulamada Bilişsel Davranışçı Terapi*. Ankara: HYB Basım Yayın.
- Türkçapar, M. H. ve Sargın, A. E. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 7-14.
- Türkçapar, M. H. ve Şafak, Y. (2012). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel özellikler ve bilişsel tedaviler. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 5(3), 69-75.
- Ulusoy, M. (1993). Beck Anksiyete Envanteri: *Geçerlik ve güvenirlik çalışması* (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
- van Oppen, P. V., Dehaan, E., Van Balkom, A. J., Spinhoven, P., Hoogduin, K. ve van Dyck, R. V. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33(4):379-90.
- Wegner, D. M. ve Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62(4), 615-640.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwal, S., Hwu, H. G. ve Lee, C. K. (1994). The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-10.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.

- Whittal, M. L., Thordarson, D. S. ve McLean P. D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1559-1576.
- Woods, C. M., Vevea, J. L., Chambless, D. L. ve Bayen, U. J. (2002). Are compulsive checkers impaired in memory? A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(4), 353-366.
- World Health Organization (1997). WHOQOL, Measuring Quality of Life. World Health Organization, WHO/MSA/MNH/PSF/4.
- World Health Organization (1999). The “newly defined” burden of mental problems. Geneva, WHO.
- Yorulmaz, O. (2012). OKB’de bilişsel modeller, obsesif-kompulsif bilişleri çalışma grubu ve güncel bulgular. *Obsesif-kompulsif bozukluk: bilişsel davranışçı yaklaşım, terapi ve sık kullanılan ölçekler* (1. Baskı) içinde (s.127-137). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Yorulmaz, O. ve Gençöz, T. (2008). Obsesif-kompulsif bozukluk semptomlarının değerlendirilmesinde kullanılan İstem Dışı Düşünceleri Yorumlama Envanteri, Obsesif İnanışlar Ölçeği ve Düşünceleri Kontrol Etme Ölçeği’nin Türk örnekleminde incelenmesi. *Türk Psikoloji*

EKLER

EK-1 Aydınlatılmış Onam Formu

Bu psikoterapi sürecinde kullanılan ölçüm araçlarından elde edilen bulgular Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Tamer Numan DUMAN tarafından, Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Doç. Dr. Füsün Gökkaya danışmanlığında, tez çalışması olarak yürütülmektedir. Çalışmanın amacı Obsesif- Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi yönteminin psikotrop ilaç kullanımına rağmen belirtileri devam eden vakalarda etkinliğinin belirlenmesine katkıda bulunmaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Elde edilecek bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır.

Terapi seansları 45-60 dakika arası sürmektedir ve toplam terapi süreci 10 seanstan oluşmaktadır. Haftada iki terapi seansı uygulanacaktır. Terapi görüşmelerine başlamadan önce, beşinci seansta ve onuncu seansta aynı ölçeklerle tekrar ölçüm yapılacaktır.

Araştırmayı Yürüten: Tamer N. DUMAN

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Füsün GÖKKAYA.

Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Psikoloji Ana Bilim Dalı.

“Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.”

Tarih

İmza

EK-2 Demografik Bilgi Formu:

1) Uygulama Tarihi:

2) Cinsiyet: () Kadın () Erkek

3) Doğum Tarihi:

4) Öğrenim Düzeyi (Toplam yıl):

5) Medeni durum:

1. () Bekar

2. () Evli

6) Çocuk sayısı:.....

7) Evde yaşadığı kişiler:

8) Çalışıyor mu?

Çalışıyorsa işi:.....

9) Başvurma şikayetleri:

10) Şikayetlerin başlama zamanı:

11) İlk psikiyatri kliniğine/doktoruna başvuru zamanı:

.....

12) Halen kullandığı psikiyatrik ilaçlar ve kullanım süresi:

.....

13) Geçmişte kullandığı psikiyatrik ilaçlar:

EK-3 Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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)				

Toplam BECK-A skoru:.....

Ek-4 Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Yönerge: Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki rakamın üzerine (x) işareti koyunuz.

1.Hüzün 0 Kendimi üzgün hissetmiyorum 1 Kendimi üzgün hissediyorum 2 Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum 3 Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum 2. Karamsarlık 0 Gelecekte umutsuz değilim 1 Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum 2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok 3 Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek 3. Geçmiş başarısızlıklar 0 Kendimi başarısız görmüyorum 1 Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır 2 Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum 3 Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum 4.Zevk alamama 0 Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum 1 Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum 2 Artık hiçbirşeyden gerçek bir zevk alamıyorum 3 Bana zevk veren hiçbirşey yok. Her şey çok sıkıcı 5.Suçluluk Duyguları 0 Kendimi suçlu hissetmiyorum 1 Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor 2 Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum 3 Kendimi her an için suçlu hissediyorum	6.Cezalandırılma Duyguları 0 Cezalandırıldığımı düşünmüyorum 1 Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum 2 Cezalandırılmayı bekliyorum 3 Cezalandırıldığımı hissediyorum 7.Kendinden hoşlanmama 0 Kendimden hoşnutum 1 Kendimden pek hoşnut değilim 2 Kendimden hiç hoşlanmıyorum 3 Kendimden nefret ediyorum 8.Kendini Eleştirme 0 Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum 1 Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum 2 Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum 3 Her kötü olayda kendimi suçluyorum 9.İntihar Düşünceleri veya İstekleri 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok 1 Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam 2 Kendimi öldürebilmeyi isterdim 3 Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm 10. Ağlama 0 Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum 1 Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum 2 Şu sıralarda her an ağlıyorum 3 Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum
--	--

11.Sinirlilik 0 Her zamankinden daha sinirli değilim 1 Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum 2 Çoğu zaman sinirliyim 3 Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum 12.İlgi kaybı 0 Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim 1 Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim 2 Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim 3 Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı 13.Kararsızlık 0 Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum 1 Şu sıralar kararlarımı vermeyi erteliyorum 2 Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum 3 Artık hiç karar veremiyorum 14.Dış Görünüm 0 Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum 1 Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum 2 Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum 3 Çok çirkin olduğumu düşünüyorum 15.Çalışma 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum 1 Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor 2 Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum 3 Hiçbir iş yapamıyorum 16.Uyku düzeninde değişiklik 0 Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum 1 Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum 2 Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum 3 Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum	17.Kolay yorulma 0 Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum 1 Eskisinden daha çabuk yoruluyorum 2 Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor 3 Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum 18.İştahta Değişiklik 0 İştahım eskisinden pek farklı değil 1 İştahım eskisi kadar iyi değil 2 Şu sıralarda iştahım epey kötü 3 Artık hiç iştahım yok 19.Kilo Kaybı 0 Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum 1 Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim 2 Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim 3 Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim <i>Daha az yemeğe çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum</i> Evet () Hayır () 20.Sağlık Endişesi 0 Sağlığım beni pek endişelendirmiyor 1 Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var 2 Ağrı, sızı gibi bu sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor 3 Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünmüyorum 21.Cinsel İsteğin Kaybolması 0 Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok 1 Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum 2 Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim 3 Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı
---	---

Ek-5 Obsesif İnançlar Ölçeği (OİÖ-44)

Bu envanter insanların kapıldıkları farklı tutum ve inançları sıralamaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve ifadeye katılıp katılmadığınızı belirtiniz. Her bir ifade için sizin *düşüncenizi en iyi tanımlayan* rakamı işaretleyiniz. Soruların doğru ve yanlış cevabı yoktur. Verilen ifadenin sizin genel bakış açınızı temsil edip etmediğine karar verirken *çoğu zaman* nasıl düşündüğünüzü gözünüzün önüne getiriniz.

Cevaplarken aşağıdaki ölçeği kullanınız:

	1	2	3	4	5	6	7
	Kesinlikle katılmıyorum	Orta düzeyde katılmıyorum	Çok az katılmıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Çevremdeki şeylerin genellikle tehlikeli olduklarını düşünürüm.						1	2 3 4 5 6 7
2. Bir şeyden tam olarak emin değilsem hata yapmam kaçınılmazdır.						1	2 3 4 5 6 7
3. Benim kendi ölçütlerime göre her şey mükemmel olmak zorundadır.						1	2 3 4 5 6 7
4. Değerli bir insan olabilmek için yaptığım her şeyde mükemmel olmak zorundayım.						1	2 3 4 5 6 7
5. Fırsatını bulduğum zaman kötü şeylerin olmasını engellemek için harekete geçmem gerekir.						1	2 3 4 5 6 7
6. Zarar görme olasılığı olmasa bile her ne pahasına olursa olsun zararı engellemeye çalışmam gerekir.						1	2 3 4 5 6 7
7. Bana göre kötü isteklere sahip olmak, onları gerçekten yapmak kadar kötüdür.						1	2 3 4 5 6 7
8. Tehlikeyi önceden gördüğümde harekete geçmezsem her türlü sonuçtan ben sorumlu olurum.						1	2 3 4 5 6 7
9. Bir şeyi mükemmel şekilde yapamayacaksam onu hiçbir şekilde yapmamalıyım.						1	2 3 4 5 6 7
10. Her zaman bütün potansiyelimi kullanmak zorundayım.						1	2 3 4 5 6 7
11. Bir duruma ilişkin olası bütün sonuçları dikkate almak benim için önemlidir.						1	2 3 4 5 6 7
12. Küçük hatalar bile bir işin tamamlanmadığı anlamına gelir.						1	2 3 4 5 6 7
13. Sevdiklerim hakkında saldırgan düşüncelere ve dürtülere sahipsem, bu benim içten içe onlara zarar vermek isteyebileceğim anlamına gelir.						1	2 3 4 5 6 7
14. Kararlarımdan emin olmak zorundayım.						1	2 3 4 5 6 7
15. Gündelik karşılaşılabilecek her türlü durumda, zarara engel olamamak kasten zarara sebep olmak kadar kötüdür.						1	2 3 4 5 6 7
16. Ciddi problemlerden (örneğin, hastalık veya kazalar) kaçınmak benim açımdan sürekli çaba harcamayı gerektirir.						1	2 3 4 5 6 7
17. Benim için bir zararı engellemek zarara neden olmak kadar kötüdür.						1	2 3 4 5 6 7
18. Bir hata yaparsam üzüntü duymam gerekir.						1	2 3 4 5 6 7
19. Benim kararlarımın veya yaptıklarımın olumsuz sonuçlarının başkalarına herhangi bir zarar vermeyeceğinden emin olmam gerekir.						1	2 3 4 5 6 7
20. Bana göre mükemmel olmayan şeyler doğru değildir.						1	2 3 4 5 6 7
21. Müstehcen düşüncelere sahip olmak korkunç bir insan olduğum anlamına gelir.						1	2 3 4 5 6 7

22.	Ekstra önlemler almazsam, ciddi bir kaza geçirme veya ciddi bir kazaya neden olma olasılığım bir başkasına göre çok daha fazladır.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Kendimi güvende hissedebilmek için ters gidebilecek herhangi bir şeye olabildiğince hazırlıklı olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Tuhaf veya tiksinti uyandıran düşüncelerim olmamalı.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Benim için bir hata yapmak tümüyle başarısız olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Küçük meselelerde bile her şeyin açıkça belirlenmiş olması önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Dine aykırı bir düşünceye sahip olmak din dışı bir şey yapmak kadar günahdır.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Zihnimi istenmeyen düşüncelerden uzak tutabilmeliyim.	1	2	3	4	5	6	7
29.	Kendime veya başkalarına kazara zarar vermeye diğer insanlardan daha yatkınım.	1	2	3	4	5	6	7
30.	Kötü düşüncelere sahip olmak benim acayip veya anormal biri olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Benim için önemli olan şeylerde en iyi olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
32.	İstenilmeyen bir cinsel düşünce veya hayale sahip olmak onu gerçekten yapmak istediğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
33.	Muhtemel bir felaketin yaşanmasında yaptıklarımın az bir etkisi bile olsa ortaya çıkacak sonuçtan ben sorumlu olurum.	1	2	3	4	5	6	7
34.	Dikkatli olduğum zamanlarda bile genellikle kötü şeylerin olacağı düşüncesine kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
35.	İstem dışı gelen düşüncelere sahip olmak kontrolden çıktığım anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
36.	Çok dikkatli olmazsam zarara sebep olacak olaylar meydana gelecektir.	1	2	3	4	5	6	7
37.	Bir şeyler tam olarak doğru bir şekilde yapılana kadar üzerinde çalışmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
38.	Saldırgan düşüncelere sahip olmak kontrolü kaybedeceğim ve saldırganlaşacağım anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
39.	Bana göre bir felakete engel olamamak ona neden olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
40.	Bir işi mükemmel şekilde yapmazsam insanlar bana saygı göstermezler.	1	2	3	4	5	6	7
41.	Hayatımdaki sıradan deneyimler bile risk doludur.	1	2	3	4	5	6	7
42.	Kötü bir düşünceye sahip olmak ahlaki olarak kötü bir iş yapmaktan farklı değildir.	1	2	3	4	5	6	7
43.	Ne yaparsam yapayım yeterince iyi olmayacak.	1	2	3	4	5	6	7
44.	Düşüncelerimi kontrol etmezsem cezalandırılacağım.	1	2	3	4	5	6	7

Ek-6 Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (Y–BOCS)

Hastanın Adı, Soyadı:

Tarih:

Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:

Değerlendirici:

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

ÖZGEÇMİŞ

Tamer Numan DUMAN 1970 yılında Doğubeyazıt'da doğmuştur. İlkokul ve ortaokul eğitimini Aşkale'de, lise eğitimini Çorlu'da tamamlamış, 1992 yılında Ankara Üniversitesi DTCTF Psikoloji Bölümünden psikolog unvanı ile mezun olmuştur. Yüksek lisansını 2002 yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinler Arası Sosyal Psikiyatri alanında tamamlayarak bilim uzmanı derecesi almıştır. Bağımlılık alanında önce 1998-2003 yılları arasında Çocuk Eğitim ve Tedavi merkezinde, daha sonra 2003-2014 yılları arasında Numune Eğitim Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniği'nde psikolog olarak çalışmıştır. Halen Numune Eğitim ve Araştırma hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde çalışmaktadır. Özellikle Bilişsel Davranışçı Terapiler üzerine uzmanlaşsan Tamer N. DUMAN Academy of Cognitive Therapy psikoterapist/diplomate sertifikasına ve EABCT (Avrupa Bilişsel Davranışçı Terapiler Birliği) psikoterapist akreditasyon sertifikasına sahiptir. Yine Bilişsel Davranışçı Terapilerin iki ana kolundan biri olan REBT (Rational Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy) temel ve ileri düzey eğitim sertifikalarına sahiptir.

İNTİHAL RAPORU

PSİKOTROP İLAÇ KULLANIMINA RAĞMEN OBSESİF
KOMPULSİF BOZUKLUK BELİRTİLERİ DEVAM EDEN
VAKALARDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN
ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ORIGINALITY REPORT

15%

SIMILARITY INDEX

12%

INTERNET SOURCES

10%

PUBLICATIONS

7%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

www.ejmanager.com

Internet Source

2%

2

www.turkpsikiyatri.com

Internet Source

1%

3

Submitted to Yakın Doğu Üniversitesi

Student Paper

1%

4

www.gazianteppsikoloji.com

Internet Source

1%

5

YORULMAZ, Orçun and GENÇÖZ, Tülin.
"Obsessif-Kompulsif bozukluk semptomlarının
değerlendirilmesinde kullanılan istem dışı
düşünceleri yorumlama envanteri, Obsessif
inancılar ölçeği ve düşünceleri kontrol etme
ölçeği'nin Türk örnekleminde incelenmesi",
Türk Psikologlar Derneği, 2008.

Publication

1%

Submitted to TechKnowledge Turkey

ETİK KURUL ONAYI



BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK

KURULU

20.06.2018

Sayın Yrd. Doç. Dr. Füsün Gökkaya

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2018/209 proje numaralı ve **“Psikotrop İlaç Kullanımına Rağmen Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirtileri Devam Eden Vakalarda Bilişsel Davranışçı Terapi’nin Etkinliğinin Değerlendirilmesi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

Direnç Kanol

Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.