

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**YETİŞKİNLERDEKİ OBSESİF KOMPULSİF
BOZUKLUK BELİRTİLERİNİN ÜSTBİLİŞLER,
RUMİNASYON VE BİLİŞSEL ESNEKLİK
ÇERÇEVESİNDE İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe Hilal ÖZMEN

İstanbul
Temmuz-2022

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

YETİŞKİNLERDEKİ OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK
BELİRTİLERİNİN ÜSTBİLİŞLER, RUMİNASYON VE
BİLİŞSEL ESNEKLİK ÇERÇEVESİNDE İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe Hilal ÖZMEN

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

İstanbul
Temmuz-2022

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

Üye Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BİLGE

Üye Dr. Öğr. Üyesi Volkan KOÇ

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Metin TOPRAK

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Yetişkinlerdeki Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirtilerinin Üstbilişler, Ruminasyon ve Bilişsel Esneklik Çerçevesinde İncelenmesi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Ayşe Hilal ÖZMEN

ÖN SÖZ

Araştırmamda bana destek olan ve güvenen değerli tez danışmanım Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK başta olmak üzere lisans ve yüksek lisans eğitimimdeki tüm öğretmenlerime bana kattıkları her şey için çok teşekkür ederim.

Beni en güzel şekilde yetiştirmek için elinden geleni yapan; dualarını, maddi ve manevi desteğini benden esirgemeyen, sabahlara kadar her türlü konuda konuşup dertleşebileceğim güzel annem Sevgi GÖKDEMİR ve yine dualarını, desteğini, emeğini ve eğitimci oluşuyla akademik katkılarını yadsıyamayacağım sevgili babam Nedim YONGACI'ya; her zamanki gibi yardımına koşarak araştırmam için gereken katılımcılara ulaşmamdaki katkıları ve bu süreci tamamlayabilmem için gösterdikleri manevi destek için çok teşekkür ediyor; hayatımdaki varlıkları için Allah'a şükrediyorum. Öncelikle aynı karnı sonrasında ise hayattaki tüm sevinç ve hüznüleri paylaşabildiğim, teknik konularda benden kat ve kat donanımlı oluşuyla sıkıştığım anlarda imdâdına yetişen, “Hadi abla başlayalım.” diyerek adeta başlatma kodunu vazifesi görüp beni motive eden, benim tez yolculuğum kendisinin ise DUS yolculuğunda çalışma arkadaşım ve eğlenceli kişiliğiyle neşeli yönümü besleyen canım kardeşim Sevde Nihal YONGACI'ya da her şey için koca bir teşekkürü borç bilirim.

Tanımaya devam ettikçe muhabbetimin arttığı, çalışma disiplini ve azmini örnek aldığım, her koşulda yanımda olan, anlayışlı, sevgi dolu, sabırlı hayat arkadaşım, destekçim, şükür sebebim olan biricik eşim Mevlüt ÖZMEN'e; akademik anlamda ilerlemem adına yüreklendirdiği ve desteklediği için ve bütün koşullarda -özellikle bu süreçte- gösterdiği sabır, anlayış ve fedakârlık için çok teşekkür ederim. Aile olabilme nasibimize şükrettiğim ÖZMEN ailesinin babası, kıymetli kayınpederim Yaşar ÖZMEN'e yüksek lisans hayatıma başlamamdaki maddi-manevi desteği ve güveni için; beni çok iyi anlayan, her türlü destek olan, sevgisini esirgemeyen kıymetli kayınvalidem Dilek ÖZMEN'e duaları, desteği ve hayatıma kattığı tüm güzellikler için teşekkür ederim.

Yüksek lisans sürecinde tanışma şansına erişebildiğim, birbirimizi motive etmekten hiç vazgeçmediğimiz, dertleşebildiğimiz, yeri geldiğinde yeme ataklarında yeri geldiğinde diyet serüvenlerinde eşlikçim, sıcacık ailesiyle beni tanıştıran canım arkadaşım Berivan GÜNDÜZ'e arkadaşlığı ve tüm desteği için teşekkür ederim.

Yine yüksek lisans sürecinde tanıma şansı elde ettiğim, zorlandığım noktalarda yardımına koşan, tez sürecimdeki desteğini yadsıyamayacağım, değerli arkadaşım Ecenur PEKÇETİN'e de ilgisi, desteği ve arkadaşlığı için teşekkür ederim.

Araştırmama katılımcı bulmamda destek olan tüm akraba ve arkadaşlarıma ve araştırmamda yer alan tüm katılımcılara da teşekkürlerimi sunuyorum.

Son olarak, konfor alanımdan çıkarak yüksek lisans sürecime başlayabildiğim için ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı almış biri olarak kendi kırılganlığımla yüzleşip tez konumu OKB belirtileriyle ilgili seçebilme cesaretini ve stresin etkisiyle belirginleşen OKB belirtilerime rağmen tezimi tamamlama azmini gösterebildiğim için şükrediyorum.

Ayşe Hilal ÖZMEN
İstanbul-2022

ÖZET

YETİŞKİNLERDEKİ OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK BELİRTİLERİNİN ÜSTBİLİŞLER, RUMİNASYON VE BİLİŞSEL ESNEKLİK ÇERÇEVESİNDE İNCELENMESİ

Ayşe Hilal ÖZMEN

Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

Temmuz-2022, 140 Sayfa

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) işlevsellikte önemli bozulmalarla giden, toplumda yaygın görülen ve diğer psikolojik bozukluklarla da eş tanı alabilen bir ruh sağlığı sorunudur. Dolayısıyla, OKB belirtileriyle çalışmanın toplumun ruh sağlığı açısından önemli bir konu olduğu düşünülmektedir. Konunun önemine dayanarak; klinik açıdan OKB tanısı almamış 18-64 yaş aralığındaki bireylerdeki OKB belirtileriyle ilişkisi olabileceği düşünülen üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esneklik değişkenlerinin OKB belirtileriyle olan ilişkisini ve OKB belirtilerini yordayıcı özelliklerini incelemek mevcut araştırmanın temel amacını oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemi, 112'si (%33,7) erkek ve 220'si (%66,3) kadın olmak üzere 18-64 yaş aralığındaki OKB tanısı almamış 332 yetişkin bireyden oluşmaktadır. Araştırma verilerinin toplanması amacıyla katılımcılardan Bilgilendirilmiş Onam Formu, Demografik Bilgi Formu, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30), Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ) ve Bilişsel Esneklik Envanteri'nden (BEE) oluşan bir çevrimiçi anket formunun doldurulması istenmiştir. Elde edilen verilere ilişkin karşılaştırma analizleri t-testi ve tek yönlü ANOVA aracılığıyla; araştırmada temel amaç olan ilişkisel ve yordayıcı etkilerle ilgili analizler ise Pearson Korelasyon Analizi ve Regresyon Analizi yöntemleriyle incelenmiştir. Korelasyon analizinin sonucunda, OKB belirtileri ve OKB'nin temizlik ve yavaşlık dışındaki tüm alt boyutları ile patolojik üstbilişler ve patolojik üstbilişlerin tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu; OKB belirtileri ve OKB belirti alt boyutlarının tümü ile ruminasyon arasında da pozitif yönlü, orta veya yüksek güçte anlamlı ilişkiler olduğu; OKB belirtilerinin bilişsel esneklik ve bilişsel esnekliğin kontrol alt boyutu ile negatif yönlü anlamlı ilişkide,

bilişsel esnekliğin alternatifler alt boyutu ile ise pozitif yönlü anlamlı ilişkide olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Regresyon analizleri sonucunda ise patolojik üstbiliş alt boyutlarından kontrol edilemezlik ve tehlike ile bilişsel farkındalığın birlikte OKB belirtilerini pozitif yönde yordadığı ve belirtilere ilişkin varyansın %49'unu açıkladığı; ruminasyonun OKB belirtilerini pozitif yönde yordadığı ve belirtilere ilişkin varyansın %42'sini açıkladığı; bilişsel esnekliğin kontrol boyutunun OKB belirtilerini negatif yönde yordayarak belirtilere ilişkin varyansın %18'ini açıkladığı; ÜBÖ-30'un kontrol edilemezlik ve tehlike ile bilişsel farkındalık alt boyutlarının ve ruminasyonun birlikte OKB belirtilerini pozitif yönde yordadığı ve belirtilere ilişkin varyansın %52'sini açıkladığı görülmüştür. Bilişsel esneklik ise üstbilişler ve ruminasyonla birlikte OKB belirtilerini yordamamıştır. Sonuç olarak bu çalışmanın OKB tanısı almamış yetişkinlerdeki OKB belirtileri, üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esneklikle ilgili sunduğu detaylı sosyodemografik karşılaştırma bulguları ve OKB belirtileri, üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esnekliğin birbiriyle ilişkine yönelik sunduğu veriler aracılığıyla alana katkı sağlayacağı umulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yetişkinlik, Obsesif Kompulsif Bozukluk, OKB Belirtileri, Üstbilişler, Ruminasyon, Bilişsel Esneklik

ABSTRACT
**THE INVESTIGATION OF OBSESSIVE COMPULSIVE
DISORDER SYMPTOMS IN ADULTS WITHIN THE FRAME OF
METACOGNITIONS, RUMINATION AND COGNITIVE
FLEXIBILITY**

Ayşe Hilal ÖZMEN

Master, Clinical Psychology

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Ahmet ÖZTÜRK, M.D.

July-2022, 140 Pages

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a mental health problem that leads to significant impairments in functionality, is common in society, and can be co-diagnosed with other psychological disorders. Therefore, it is thought that working with OCD symptoms is an important issue for the mental health of the society. Based on the importance of the issue, the main purpose of the present study is to examine the relationship between metacognitions, rumination, and cognitive flexibility, which are thought to be related to OCD symptoms, with OCD symptoms in individuals aged 18-64 who are not clinically diagnosed with OCD, and to examine their predictive properties for OCD symptoms. The sample of the study consisted of 332 adults, 112 (33.7%) male and 220 (66.3%) female, between the ages of 18-64 who were not diagnosed with OCD. In order to collect the research data, an online questionnaire, which consists of Informed Consent Form, Demographic Information Form, the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI), the Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ-30), the Ruminative Thought Style Questionnaire (RTS), and the Cognitive Flexibility Inventory (CFI), was requested to be filled from participants. Comparative analyzes of the obtained data were analyzed by t-test and one-way ANOVA, and analyzes related to relational and predictive effects, which are the main purpose of the research, were analyzed by Pearson Correlation Analysis and Regression Analysis methods. As a result of the correlation analysis, it was found that there was a statistically significant positive correlation between OCD symptoms and all sub-dimensions of OCD symptoms except cleanliness and slowness, and pathological metacognitions and all sub-dimensions of pathological metacognitions. It

was also found that OCD symptoms and all OCD symptom sub-dimensions were positively, moderately or highly correlated with rumination, and this relationship was statistically significant. In addition, it was found that OCD symptoms had a statistically significant negative relationship with cognitive flexibility and control sub-dimension of cognitive flexibility, and a statistically significant positive relationship with the alternatives sub-dimension of cognitive flexibility. As a result of the regression analysis, uncontrollability and danger, and cognitive awareness, which are among the sub-dimensions of pathological metacognition, predicted OCD symptoms positively and explained 49% of the variance regarding the symptoms; rumination positively predicted OCD symptoms and explained 42% of the variance regarding the symptoms; the control dimension of cognitive flexibility predicted OCD symptoms negatively and explained 18% of the variance regarding the symptoms, and the MCQ-30's uncontrollability and danger, and cognitive awareness sub-dimensions and rumination together predicted OCD symptoms positively and explained 52% of the variance regarding the symptoms. However, cognitive flexibility did not predict OCD symptoms together with metacognitions and rumination. As a result, it is expected that this study will contribute to the field through detailed sociodemographic comparison findings regarding OCD symptoms, metacognitions, rumination, and cognitive flexibility in adults who have not been diagnosed with OCD, and findings regarding the relationship between OCD symptoms, metacognitions, rumination, and cognitive flexibility.

Keywords: Adulthood, Obsessive Compulsive Disorder, OCD Symptoms, Metacognitions, Rumination, Cognitive Flexibility

İÇİNDEKİLER

| | |
|-------------------------------|------|
| TEZ ONAYI..... | i |
| BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ | ii |
| ÖN SÖZ..... | iii |
| ÖZET..... | v |
| ABSTRACT | vii |
| İÇİNDEKİLER..... | ix |
| TABLolar LİSTESİ..... | xiii |
| ŞEKİLLER LİSTESİ..... | xiv |
| KISALTMALAR LİSTESİ | xv |

BİRİNCİ BÖLÜM

| | |
|----------------------------------|---|
| GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Araştırmanın Problemi | 2 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 3 |
| 1.3. Araştırmanın Önemi..... | 3 |
| 1.4. Varsayımlar | 4 |
| 1.5. Sınırlılıklar..... | 4 |
| 1.6. Tanımlar | 4 |

İKİNCİ BÖLÜM

| | |
|---|----------|
| OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK BELİRTİLERİ, ÜSTBİLİŞLER, RUMİNASYON VE BİLİŞSEL ESNEKLİK | 6 |
| 2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)..... | 6 |
| 2.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanımı..... | 6 |
| 2.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanı Kriterleri..... | 7 |

| | |
|--|----|
| 2.1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Yaygınlığı | 8 |
| 2.1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Cinsiyete Göre Dağılımı | 9 |
| 2.1.5. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Başlangıç Yaşı..... | 10 |
| 2.1.6. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Klinik Seyri | 11 |
| 2.1.7. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Alt Tipleri..... | 13 |
| 2.1.8. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Eş tanısı..... | 16 |
| 2.1.9. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Bilişsel Modelleri..... | 17 |
| 2.1.10. Klinik Tanı Almayan Örneklemede Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirtileri..... | 25 |
| 2.1.11. Türkiye’de Obsesif Kompulsif Bozukluk Çalışmaları | 27 |
| 2.2. Üstbiliş..... | 29 |
| 2.2.1. Üstbilişsel Bilgi | 29 |
| 2.2.2. Üstbilişsel Deneyim | 30 |
| 2.2.3. Üstbilişsel Kontrol Stratejileri | 30 |
| 2.3. Psikolojik Bozuklukların Üstbilişsel Modeli..... | 32 |
| 2.3.1. Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS) | 33 |
| 2.3.2. Üstbilişsel İnançlar | 35 |
| 2.3.3. Yürütücü Kontrol | 36 |
| 2.3.4. Zihinsel Modlar | 38 |
| 2.4. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbilişsel Modeli | 40 |
| 2.5. OKB ve Üstbilişler ile İlgili Yapılmış Çalışmalar | 44 |
| 2.6. Ruminasyon | 48 |
| 2.7. OKB ve Ruminasyon ile İlgili Yapılmış Çalışmalar | 50 |
| 2.8. Bilişsel Esneklik..... | 52 |
| 2.9. OKB ve Bilişsel Esneklik ile İlgili Yapılmış Çalışmalar | 54 |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

| | |
|--|-----------|
| YÖNTEM..... | 58 |
| 3.1. Araştırmanın Modeli | 58 |
| 3.2. Örneklem | 58 |
| 3.3. Veri Toplama Araçları | 58 |
| 3.3.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu ve Demografik Bilgi Formu | 59 |
| 3.3.2. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) | 59 |
| 3.3.3. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)..... | 60 |
| 3.3.4. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ)..... | 61 |
| 3.3.5. Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE) | 62 |
| 3.4. İşlem..... | 62 |
| 3.5. Veri analizi | 63 |

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

| | |
|---|-----------|
| BULGULAR | 64 |
| 4.1. Betimsel Bulgular | 64 |
| 4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarının Güvenirliği ve Normallik Varsayımının İncelenmesi..... | 66 |
| 4.3. Ölçek ve Ölçek Alt Boyutu Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması..... | 67 |
| 4.4. Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular | 75 |
| 4.5. Regresyon Analizine İlişkin Bulgular | 77 |

BEŞİNCİ BÖLÜM

| | |
|---|-----------|
| DEĞERLENDİRME VE TARTIŞMA | 80 |
| 5.1. Genel Değerlendirme ve Tartışma | 80 |
| 5.1.1. Karşılaştırma Analizi Sonuçlarına İlişkin Değerlendirme ve Tartışma | 80 |

| | |
|--|------------|
| 5.1.2. Korelasyon Analizi Sonuçlarına İlişkin Değerlendirme ve Tartışma..... | 88 |
| 5.1.3. Regresyon Analizi Sonuçlarına İlişkin Değerlendirme ve Tartışma..... | 89 |
| 5.2. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler | 92 |
| 5.3. Sonuç | 93 |
| KAYNAKÇA..... | 96 |
| EKLER..... | 112 |
| ÖZGEÇMİŞ | 124 |



TABLolar LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Tablo 2.1: Normal ve Anormal Obsesyonların Karşılaştırılması | 27 |
| Tablo 2.2: Nesne Modu ve Üstbilişsel Mod Özellikleri | 39 |
| Tablo 4.1: Örneklemin Demografik Özellikleri | 64 |
| Tablo 4.2: Örneklemin Yaş Özellikleri..... | 66 |
| Tablo 4.3: Çalışmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarının Güvenirliği ve Normallik Varsayımı | 67 |
| Tablo 4.4: Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması..... | 68 |
| Tablo 4.5: Ölçek ve Ölçek Alt Boyutu Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması..... | 69 |
| Tablo 4.6: Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması..... | 71 |
| Tablo 4.7: Ölçek ve Ölçek Alt Boyutu Puanlarının Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre Karşılaştırılması..... | 72 |
| Tablo 4.8: MOKSL Toplam ve MOKSL Kontrol, Yavaşlık, Kuşku ve Ruminasyon Alt Boyut Puanlarının Psikiyatrik Tanı Türüne Göre Karşılaştırılması..... | 74 |
| Tablo 4.9: Çalışmada Kullanılan Ölçekler, Ölçek Alt Boyutları ve Yaş Arasındaki İlişkiler | 76 |
| Tablo 4.10: Üstbilişlerin OKB Belirtilerini Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları..... | 78 |
| Tablo 4.11: Ruminasyonun OKB Belirtilerini Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları..... | 78 |
| Tablo 4.12: Bilişsel Esnekliğin OKB Belirtilerini Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları..... | 79 |
| Tablo 4.13: Üstbilişler ve Ruminasyonun OKB Belirtilerini Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları..... | 79 |

ŞEKİLLER LİSTESİ

| | |
|--|----|
| Şekil 2.1: Nelson ve Narens'ın (1990) Üst Düzey-Nesne Düzeyi Modeli | 32 |
| Şekil 2.2: Obsesif Kompulsif Bozukluğu Etkileyen Faktörlerin Üstbilişsel Modeli..... | 41 |



KISALTMALAR LİSTESİ

A.g.e.: Adı Geçen Eser

Akt: Aktaran

Çev: Çeviren

Ed: Editör

vd: Ve Diğerleri

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECA: Epidemiologic Catchment Area

ICD: International Classification of Diseases

SPSS: (Statistical Package for the Social Sciences) Sosyal Araştırmalar için İstatistiksel Program Paketi

OCCWG: Obsessive Compulsive Cognitions Working Group

APA: American Psychiatric Association

KDYİ: Kendini Düzenleyen Yürütücü İşlevler

S-REF: Self-Regulatory Executive Function

BDS: Bilişsel Dikkat Sendromu

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

YKB: Yaygın Kaygı Bozukluğu

MCQ-30: Metacognitions Questionnaire-30

OK: Obsesif Kompulsif

TND: Tekrarlayıcı Negatif Düşünme

RDS: Ruminatif Düşünme Stili

BEE: Bilişsel Esneklik Envanteri

CFI: Cognitive Flexibility Inventory

MOKSL: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi

RDBÖ: Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği

ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği-30

PB: Panik Bozukluk



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB); istem dışı ve zorla zihne geliyor gibi yaşanan ve kişiyi belirgin bir biçimde rahatsız eden yineleyici fikir, görüntü veya dürtülerden oluşan obsesyonlarla bu rahatsızlık ve sıkıntıdan kurtulma amacıyla ortaya konan ve yapılmak zorunda hissedilen davranışsal veya zihinsel tepkilerden oluşan kompulsiyonların eşlik ettiği, kişinin işlevselliğine olumsuz etki eden bir tür bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014: 129-131). Klinisyenlerin büyük bir çoğunluğu OKB'nin belirgin kategorik bir bozukluk olduğunu ve nüfusun az bir kısmını etkilediğini varsaymaktadır (Clark, 2020: 9). Aslında, OKB nedeni ile psikiyatri kliniklerine başvurma oranı az olsa da eşik altındaki obsesif kompulsif belirtilerin genel nüfustaki oranı çok daha fazladır ve obsesif kompulsif belirtilere sahip birçok kişi psikiyatri klinikleri dışındaki kliniklere başvurarak yardım aramaktadır (Berthier, 2000: 26-27). Örneğin; bireyler detaylı el yıkama davranışları yüzünden elleri zarar görmüş olduğundan dermatologlara, bedensel obsesyonları nedeniyle estetik cerrahlarına, hasta olmaya yönelik obsesyonları sebebi ile ise aile hekimlerine başvurumaktadırlar (Stein ve Fineberg, 2007: 9). Ayrıca, Clark'a (2020: 38-39) göre normal popülasyondaki obsesif kompulsif belirtilerle çalışmanın önemli nedenlerinden birisi de OKB'nin kategorik değil boyutsal olarak ele alınmasını sağlamasıdır. Bu doğrultuda, mevcut tez çalışmasında incelenecek değişkenlerden biri OKB tanısı almamış yetişkin bireylerdeki OKB belirtileridir.

OKB belirtilerine ilişkin literatürdeki çalışılmalarda yer alan ve mevcut araştırmada da incelenecek olan bir diğer değişken ise üstbilişlerdir. Flavell'a (1987: 21) göre üstbilişler, içsel durumların anlamı ve onları kontrol etme yöntemleri hakkındaki bilgi ve deneyimlerimizden oluşmaktadır. Benzer şekilde, Wells'e (1995: 301) göre de üstbiliş, bireyin kendine ait bilişsel sistemiyle ilgili inançları ya da uzun vadeli deneyimlerden öğrenilen bilgilerini içermektedir. Aynı zamanda, bilişle ilgili mevcut durumunun farkındalığı ile düzenlenmesi ve düşünce ile anıların öneminin belirlenmesi de üstbilişsel süreçlerin bir ürünüdür (A.g.e.). Üstbilişler ile OKB belirtilerinin incelendiği çalışmalarda, üstbilişsel süreçler ile OKB belirtileri ilişkili bulunmuştur (Doğan, vd., 2013: 34; Irak ve Tosun, 2008: 1316; Pazvantoglu, vd., 2013: 65; Yılmaz, vd., 2020: 11).

Mevcut çalışmada incelenmesi planlanan bir diğer değişken ise ruminasyondur. Nolen-Hoeksema, Wisco ve Lyubomirsky'e (2008: 400) göre ruminasyon, bireyin bir problemi çözmesi için aktif harekete geçmesi yerine edilgen bir şekilde yineleyici olarak kendi duygu durumuna ve yaşadığı belirtilerin olası neden ve sonuçlarına odaklanmasıdır. Bu tanım ışığında, literatürde ruminasyon daha çok depresyon ile ilgili çalışmalarla ilişkilendirilmiş bir değişken olarak ele alınmış olup (Broderick ve Korteland, 2004: 383; Nolen-Hoeksema, Wisco ve Lyubomirsky, 2008: 400; Papageorgiou ve Siegle, 2003: 243; Papageorgiou ve Wells, 2003: 261) eski çalışmalara bakıldığında OKB patolojisine ilişkin bilişsel faktörlerden en az dikkat çeken olmuştur (Raines, vd., 2017: 63). Günümüze yaklaştıkça ruminasyonun OKB patolojisindeki yeriyle ilgili daha fazla çalışmayla karşılaşılmaktadır (Ghovati, vd., 2021: 7; Raines vd., 2017: 63).

Bu tez çalışması kapsamında OKB belirtileriyle ilişkisinin inceleneceği son değişken ise bilişsel esnekliktir. Bilişsel esneklik, Martin ve Rubin (1995: 623) tarafından bireyin farklı seçeneklerinin farkında olması, yeni durumlara uyum sağlama konusunda esnek olması ve esnek olduğu durumlarda da kendini yetkin olarak hissetmesi şeklinde tanımlanmıştır. Literatüre bakıldığında hem OKB tanısı almış hastalarda bilişsel esnekliğin bozulduğu yönünde sonuca ulaşılmış (Gottwald, vd., 2018: 1900) hem de OKB tanısı almamış bireylerdeki OKB belirtileri ile bilişsel esnekliğin zayıf oluşu arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur (Sternheim, vd., 2014: 573).

Bu bölümde mevcut tez çalışmasına ait araştırmanın problemi, amacı, önemi, varsayımları, sınırlılıkları ve çalışmada kullanılan temel kavramlara dair tanımlar yer almaktadır.

1.1. Araştırmanın Problemi

Literatür kısmında detaylıca ele alındığı üzere OKB; işlevsellikte önemli bozulmalarla giden toplumda yaygın görülen ve başka psikolojik rahatsızlıklarla da eş tanı alabilen bir ruhsal sağlık problemidir. Dolayısıyla OKB belirtileriyle çalışmanın da toplumun ruh sağlığı ile ilgili önemli bir husus olduğu düşünülmektedir. Konunun önemine dayanarak mevcut araştırmanın ana problemi; OKB tanısı almamış yetişkin bireylerdeki OKB belirtilerinin yordayıcılarını tespit etmektir. Bu doğrultuda, aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmıştır:

S₁: OKB belirti düzeyi, üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esneklik düzeyi; cinsiyet, yaş, medeni durum, psikiyatrik tanının olup olmaması gibi demografik özelliklere göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaşmakta mıdır?

S₂: OKB belirtileri belirli psikiyatrik tanılara göre farklılaşmakta mıdır?

S₃: OKB belirtileri ile yaş, üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esneklik arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler var mıdır?

S₄: Üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esneklik ayrı ayrı OKB belirti düzeyini istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordamakta mıdır?

S₅: Üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esneklik birlikte OKB belirti düzeyini istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordamakta mıdır?

1.2. Araştırmanın Amacı

Mevcut tez çalışmasının amacı, klinik açıdan OKB tanısı almayan yetişkin bireylerdeki OKB belirtilerinin ortaya çıkışıyla ilişkisi olabilecek değişkenleri değerlendirmektir. Bu değişkenlerin; üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esneklik olduğu düşünülmektedir. Buna bağlı olarak bu değişkenlerin OKB belirtileriyle olan ilişkisinin düzeyine, OKB belirtilerini yordayıcı rollerinin olup olmadığına, bu değişkenlerin ve OKB belirtilerinin cinsiyet, yaş, medeni durum, psikiyatrik tanı gibi faktörlere göre değişip değişmediğine dair araştırmanın problemi kısmında belirtilen araştırma sorularına cevap aramak tez çalışmasının amaçlarını oluşturmaktadır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Literatüre bakıldığında OKB tanısı alan hastaların üstbilişleriyle veya üstbilişlerin obsesif kompulsif belirtileri yordamasıyla ilgili çalışmalar bulunurken ruminasyon ve bilişsel esneklik değişkenlerinin yordayıcı etkilerini de araştırmaya ekleyen bir çalışmaya rastlanmamasının, mevcut araştırmayı özgün kılacağı düşünülmektedir. Girişte de belirtildiği üzere önceki araştırmalarda ruminasyon değişkeninin daha çok depresyonla olan ilişkisi değerlendirilmişken mevcut çalışmada, literatürde daha az çalışılan ruminasyon ve OKB belirtilerinin ilişkisinin çalışılması da araştırmanın özgünlüğüne katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte, daha önceki çalışmalarda ya OKB tanısı alan bireylerin üstbilişleri araştırılmış ya da tanı almayan üniversite öğrencileri veya ergenlik dönemindeki bireyler örnekleminin üstbilişleri çalışılmıştır. Mevcut tez çalışmasında ise OKB tanısı almayan yetişkin grupla çalışılacak olmasının literatüre

katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ruscio ve diğerlerinin (2010: 56) geniş bir örneklem olan 2073 katılımcıyla OKB üzerine yaptıkları çalışmaya göre örneklemin dörtte birinden fazlası hayatının bir döneminde obsesyonlar ya da kompulsiyonlar yaşamaktadır. Bahsedilen çalışmadan yola çıkıldığında toplum ruh sağlığı açısından önemli bir konu olduğu anlaşılabilen OKB tanısı almamış bireylerdeki OKB belirtileriyle çalışılmasının da mevcut tez çalışmasının önemini ortaya koyduğu düşünülmekte ve bu gibi araştırmaların OKB ile ilgili önleyici çalışmalara destek sağlayabileceği umulmaktadır.

1.4. Varsayımlar

1-Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının ve yöntemlerin geçerli ve amaca uygun olduğu varsayılmıştır.

2-Araştırmaya katılan bireylerin demografik bilgi formunu ve ölçek maddelerini içtenlikle ve kendilerini dürüstçe ifade edecek şekilde cevaplandıkları varsayılmıştır.

1.5. Sınırlılıklar

1- Araştırmanın örneklemini, çevrimiçi anket linki şeklinde sunulan ölçeklere ulaşabilen katılımcılarla sınırlıdır.

2- Araştırma, 18-64 yaş aralığındaki bireylerle sınırlıdır.

3- Araştırma, araştırmacının hazırladığı demografik bilgi formu ve kullanılan öz bildirim ölçeklerinin ölçümlendiği boyutlarla sınırlıdır.

4- Araştırma, kadın ve erkek katılımcı sayısının eşit olmaması ile sınırlıdır.

5- Araştırmanın örneklemini OKB tanısı almamış bireylerden oluştuğundan elde edilen bulguların OKB tanısı alan bireylere genellenebilirliği sınırlıdır.

1.6. Tanımlar

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB): OKB, istem dışı ve zorla zihne geliyor gibi yaşanan, kişiyi belirgin bir biçimde rahatsız eden yineleyici fikir, görüntü veya dürtülerden oluşan obsesyonlar ve bu rahatsızlık ve sıkıntıdan kurtulma amacıyla ortaya konan ve yapılmak zorunda hissedilen davranışsal veya zihinsel tepkilerden oluşan kompulsiyonların eşlik ettiği, işlevsellikte azalmalara sebep olan bir tür bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014: 129-131).

Üstbiliş: Üstbiliş, "bilişsel fenomenler hakkında biliş" veya daha basit olarak "düşünme hakkında düşünmek" anlamına gelmektedir (Flavell, 1979: 906). Klinik psikoloji perspektifiyle üstbiliş; düşünme eyleminin kontrolü, değiştirilmesi ve yorumlanmasıyla ilgili psikolojik yapıları, inançları, olayları ve süreçleri ifade etmektedir (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004: 386).

Ruminasyon: Ruminasyon hem geçmiş hem de geleceğe yönelik olabilen; olumlu, olumsuz ve nötr düşünceleri içerebilen; nükseden, tekrarlayan, girici ve kontrol edilemeyen düşünme biçimidir (Brinker ve Dozois, 2009: 1, 14).

Bilişsel esneklik: Bilişsel esneklik, bireyin farklı seçeneklerinin farkında olması, yeni durumlara uyum sağlama konusunda esnek olması ve esnek olduğu durumlarda da kendini yetkin olarak hissetmesidir (Martin ve Rubin, 1995: 623). Bilişsel esnekliğin; zor durumları kontrol edilebilir olarak algılama eğilimi, insan davranışları ve yaşam olaylarına ilişkin çok sayıda alternatif açıklamayı algılama yeteneği ve zor durumlara birden fazla çözüm yolu üretme yeteneği olmak üzere üç yönünden bahsedilebilir (Dennis ve Vander Wal, 2010: 241).

İKİNCİ BÖLÜM

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK BELİRTİLERİ, ÜSTBİLİŞLER, RUMİNASYON VE BİLİŞSEL ESNEKLİK

Bu bölümde; mevcut çalışmanın temel değişkenleri olan Obsesif Kompulsif Bozukluk belirtileri, üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esneklikle ilgili alan yazın bilgileri sunulmaktadır.

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

Bu kısımda, OKB'nin tanımı, tanı kriterleri, toplumlardaki yaygınlığı, cinsiyete göre dağılımı, başlangıç yaşı, klinik seyri, belirti tipleri, eş tanı gösterdiği diğer psikolojik bozukluklar, OKB'yi açıklayan bilişsel kuram yaklaşımları, klinik tanı almayan örnekleme OKB belirtileri ve Türkiye'de yapılan OKB çalışmaları alt başlıklar halinde ele alınmaktadır.

2.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanımı

Amerikan Psikiyatri Birliği (2014: 129-131), OKB'yi obsesyonların, kompulsiyonların ya da hem obsesyon hem kompulsiyonların birlikte olduğu, kişinin belirli zamanını alan, kişide belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte azalmaya sebep olan bir bozukluk olarak tanımlamıştır. Obsesyonlar; istenmeden geliyor gibi yaşanan, kişide belirgin bunaltı oluşturan, yineleyici düşünce, dürtü ya da imgelerdir. Kompulsiyonlar ise; kişinin obsesyonlarına bağlı olarak ya da katı bir kuralmışcasına yapmaya zorlanmış hissettiği yineleyici davranış veya zihinsel eylemlerdir (A.g.e.: 129).

Franklin ve Foa (2011: 230), yaygın görülen obsesyonları; kirlenme, başkalarına zarar verme ve bir yerin kapısını kilitleyip kilitlemediğine dair şüphe etme şeklinde tekrarlayan düşünceler olarak; yaygın görülen kompulsiyonları ise el yıkama, denetleyip durma ve sessizce tekrarlanan dualar gibi zihinsel kompulsiyonlar şeklinde örneklendirmiştir.

2.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanı Kriterleri

Aşağıda OKB'nin Amerikan Psikiyatri Birliği (2014: 129-131) tarafından belirlenmiş DSM-5 tanı kriterleri yer almaktadır:

A. Takıntılar (obsesyonların), zorlantıların (kompulsyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

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

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.

2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldirmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

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

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

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

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

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

bağlanamaz.

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

2.1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Yaygınlığı

Clark'a (2020: 8) göre obsesif kompulsif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığıyla ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda sonuçların birbirinden çok farklı çıkmış olmasının sebebi çalışmaların yöntemsel farklılıklarıdır. Epidemiologic Catchment Area (ECA) programı kapsamında, Birleşik Devletlerdeki 18572 katılımcıyla yapılan bir çalışmada, DSM-III kriterlerine göre obsesif kompulsif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı ortalama %2,5 olarak bulunmuş ve bu %2 ile %3 arasında değişen oranın önceki klinik çalışmalardan 40 ile 60 kat kadar daha yüksek bir oran olduğu rapor edilmiştir (Karno, vd., 1988: 1094-1095). Weismann ve diğerlerinin (1994: 5) gerçekleştirdiği, yine DSM-III kriterlerinin baz alındığı ve yedi farklı ülkenin bir arada değerlendirildiği çalışmada ise OKB'nin yıllık görülme sıklığının Tayvan'da diğer ülkelerden düşük olmakla beraber; Birleşik Devletler, Kanada, Porto Riko, Almanya, Kore ve Yeni Zelanda'da birbiriyle tutarlı olarak %1,1 ile %1,8 arasında değiştiği belirtilmiştir. Ruscio ve diğerleri (2010: 56) tarafından yapılan çalışmada ise DSM-IV kriterleri temel alınmış, buna bağlı olarak obsesif kompulsif bozukluğun yaşam boyu

yaygınlığı %2,3, 12 ay boyunca süreklilik gösteren OKB yaygınlığı ise %1,2 olarak bulunmuştur. Alman Ulusal Sağlık Mülakat ve Muayene Anketi kullanılarak yapılan, Almanya’da ulusal toplum sağlığıyla ilgili ilk kesitsel çalışma niteliği taşıyan ve DSM-IV ile ICD-10 kriterlerini temel alarak gerçekleştirilen çalışmada ise OKB’nin 12 ay boyunca gözlemlenme yaygınlığı %0,7 olarak bulunmuştur (Adam, vd., 2012: 341-343). Yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarında çeşitlilik olsa da OKB’nin yaşam boyu yaygınlığının popülasyonların %1’i ile %2’si arasında değişen oranlarda olduğu sonucuna varılabilmektedir (Clark, 2020: 8).

2.1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Cinsiyete Göre Dağılımı

Yapılan epidemiyolojik çalışmaların çoğunda, kadınlarda erkeklere göre OKB görülme oranının biraz daha fazla olduğu rapor edilmiştir (Clark, 2020: 9). Rasmussen ve Eisen (1992: 743-745) yaptıkları derleme çalışmasında kendilerinden önceki çalışmalarla beraber, kendi çalıştıkları örneklemin verilerini birleştirmiş ve OKB’nin cinsiyete göre dağılımının %53 kadın ve %47 erkek şeklinde olduğu sonucuna ulaşmıştır. Grabe ve diğerlerinin (2000: 262), Almanya örnekleminde yaptığı bir çalışmada ise, DSM-IV’e göre OKB tanı kriterlerini karşılayan kadın ve erkek katılımcı dağılımına bakıldığında, kadınların erkeklere oranının 5,7 olduğu ve diğer çalışmalara kıyasla kadınların belirgin şekilde erkeklerden yüksek oranda OKB tanı kriterlerini karşıladığı görülmüş; aynı zamanda DSM-IV tanı kriterlerini baz alarak oluşturdukları sisteme göre yarı klinik OKB olarak tanımlanan kriterleri sağlayan katılımcılardaki dağılımda ise, kadınların erkeklere oranının 1,2 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Horwath ve Weissman’ın (2000: 498-500) yürüttüğü çalışmada ise; Birleşik Devletler, Almanya, Kanada, Kore, Tayvan, Porto Riko olmak üzere 6 farklı ülkeden veriler toplanmış, OKB’nin yaşam boyu görülmesinde kadın: erkek oranı Kore’de 1,2, Porto Riko’da 1,2, Kanada’da 1,3, Amerika’da 1,6 ve Tayvan’da 1,8 olarak bulunmuş; sonuç olarak Almanya dışındaki ülkelerde kadınlarda yaşam boyu OKB görülme oranının erkeklere kıyasla tutarlı bir şekilde fazla olduğu bildirilmiştir. Horwath ve Weissman’ın (2000: 498) bu çalışmasında, Grabe ve diğerlerinin (2000: 262) aynı yıl gerçekleştirdiği çalışmanın bulgularının aksine; Almanya’daki erkeklerde yaşam boyu OKB görülme sıklığının kadınlardan daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Adam ve diğerleri (2012: 343) ise Almanya örnekleminde yaptıkları çalışmada, OKB’nin cinsiyetlere göre dağılımında bir fark bulmadıklarını belirtmiştir. Tüm bunlar değerlendirildiğinde, bozukluğun seyrinde cinsiyet etmenin

etkisi olup olmadığı konusunda bir netliğe ulaşılmamıştır (Clark, 2020: 9).

Cinsiyetin OKB'nin gidişatı üzerindeki etkisi ile ilgili çalışmalar netlik kazanmış olmamakla beraber, OKB belirtilerinin ve semptom boyutlarının ortaya çıkışı açısından cinsiyete göre bir farklılaşma olduğunu ifade eden çalışmalar bulunmaktadır (Clark, 2020: 9). Noshirvani ve diğerleri (1991: 260-261) DSM-III kriterlerini temel alan çalışmalarında, kadınlarda erkeklere kıyasla temizleme kompulsiyonlarının, erkeklerde ise kadınlara kıyasla kontrol etme kompulsiyonlarının daha yaygın olduğu bulgusuna erişmişlerdir. Lensi ve diğerlerinin (1996: 104) yaptığı çalışmada ise erkeklerde cinsel obsesyonlar, simetri ve doğruluk obsesyonları yaygınken kadınlarda saldırganlık obsesyonlarının daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Aynı çalışmada, batıl inançlara dayanan garip ritüellerin erkeklerde daha yaygın olduğu da belirtilmiştir. Labad ve diğerleri (2008: 833-835) tarafından DSM-IV kriterlerini temel alarak gerçekleştirilen çalışmada ise, yukarıda belirtilen Noshirvani ve diğerinin (1991: 261) çalışmasının bulgularına paralel şekilde kadın hastaların daha fazla kirlenme obsesyonu ve temizleme kompulsiyonu bildirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Labad ve diğerlerinin (2008: 834) gerçekleştirdiği bu çalışma, erkeklerde daha çok cinsel obsesyonların rapor edildiğinin bildirilmesi açısından da yine yukarıda belirtilmiş olan Lensi ve diğerlerinin (1996: 104) çalışma sonuçlarıyla paralellik taşımaktadır. OKB'nin 5 semptom boyutuna ayrıldığı ve bu alt tiplerin cinsiyete göre farklılaşmasının da incelendiği bu çalışmanın bulgularında, kirlenme/temizlenme boyutunun kadınlarda ve cinsel/dinî boyutun erkeklerde daha yaygın olduğu da yer almaktadır (Labad, vd., 2008: 835).

2.1.5. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Başlangıç Yaşı

Karno ve diğerleri (1988: 1096), Amerika'da beş farklı eyaletten katılımcılarla gerçekleştirdikleri çalışmanın sonuçlarına göre, OKB'nin başlangıç yaş ortalamasını 22,7 olarak bildirmişlerdir. Aynı çalışmaya göre, kadınların ve erkeklerin bozukluğun başlangıcı açısından yaş ortalamaları birbirine benzer olarak bulunmuştur. Noshirvani ve diğerleri (1991: 260-261) ise, DSM-III kriterlerine göre OKB tanısını karşılayan 307 katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların yaş ortalamasının 34,5 olduğunu fakat; erkeklerde OKB'nin başlangıç yaşı ortalamasının kadınlara göre daha erken yaşlara tekabül ettiğini belirtmişlerdir. Erkeklerde erken başlangıç yaşlarının 5-15 yaş arasında değişirken, kadınlarda geç başlangıcın daha yaygın olduğu ve 26-35 yaş arasında değiştiği de aynı çalışmanın bulguları arasında yer almaktadır. Yine aynı

çalışmada, erken başlangıçlı OKB'nin daha çok kontrol etme kompulsiyonlarıyla ve geç başlangıçlı OKB'nin daha çok yıkama kompulsiyonlarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Lensi ve diğerleri (1996: 101-102) ise; İtalya'da DSM-III-R tanı kriterlerine göre OKB tanısı alan 263 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmada katılımcıların yaş ortalamasını 33,1 olarak bildirirken erkek hastaların yaş ortalamalarının belirgin şekilde daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, yukarıda belirtilen Noshirvani ve diğerlerinin (1991: 261) çalışma sonuçlarına paralel şekilde, erkeklerde OKB başlangıç yaşının kadınlara kıyasla daha düşük olduğu rapor edilmiştir. Labad ve diğerleri (2008: 833-834) tarafından İspanya'da, DSM-IV kriterlerine göre OKB tanısı almış 186 poliklinik hastasıyla gerçekleştirilen bir çalışmada ise, katılımcıların yaş ortalamasının 32 olduğu bildirilmiştir. OKB'nin başlangıç yaş ortalaması ise aynı çalışmanın sonucunda 19,4 olarak saptanmış ve OKB'nin başlangıç yaşı açısından cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında, bir farklılaşma göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca bu çalışmada, OKB'nin simetri/düzenleme semptom boyutu ve cinsel/dini semptom boyutunun OKB başlangıcında daha erken yaş ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Ruscio ve diğerleri (2010: 56), Amerika'da 18 yaşından büyük katılımcılarla gerçekleştirdikleri çalışmada OKB'nin başlangıç yaşını ortalama 19,5 olarak bildirmişlerdir. Aynı zamanda, erkeklerle kadınların OKB başlangıç yaşı açısından belirgin oranda farklılaştığı belirtilen çalışmada, çok erken başlangıçlı OKB vakalarının büyük çoğunluğunun erkek katılımcılarda görüldüğü de rapor edilmiştir. Erkeklerdeki OKB vakalarının dörtte birinin 10 yaşından önce başlamış olduğu, kadınlarda ise vakaların çoğunluğunun 10 yaşından sonra başlayıp en yüksek başlangıcın ergenlik dönemine tekabül ettiği ve 30'lu yaşların başından sonra her iki cinsiyet için de çok az yeni vaka bildirildiği aynı çalışmanın bulguları arasında yer almaktadır. Taylor (2011: 1087) sistematik derleme çalışmasında, 11 yaş ortalamalı erken başlangıç grubu OKB ve 23 yaş ortalamalı geç başlangıç grubu OKB olmak üzere iki grubun varlığından söz edilebileceğini ve meta analizler sonucu erken başlangıçlı OKB'nin genelde erkeklerde ortaya çıktığını belirtmiştir.

2.1.6. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Klinik Seyri

Herhangi bir bozukluğun doğal seyrine yönelik yapılan araştırmalar uzun süreli takip çalışmaları gerektirdiğinden ve bu takip çalışmaları esnasında eğer bireyler tedavi alırsa bozukluğun doğal seyrinde sapmalar meydana gelebileceğinden ötürü, bu

çalışmalar yöntemsel açıdan birçok zorluğu barındırır. Buna rağmen, bozukluğun seyriyle ilgili bazı gözlemler yapılabilmektedir (Clark, 2020: 13).

Rasmussen ve Tsuang (1986: 317-319) tarafından, DSM-III kriterlerine göre OKB tanısını karşılayan 44 hasta ile gerçekleştirilen bir çalışmada, hastalığın başlangıcından ilk defa tedavinin aranmasına kadar geçen sürenin ortalama 7,6 yıl olduğu, bununla beraber, orta-ağır dereceli vakaların çoğunda ise hastalığın başlangıcından ilk defa tedavi arayışının gerçekleşmesine kadar geçen sürenin 10-20 yıl arasında değiştiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada, her hastada bozukluğun seyrini tanımlamak adına epizodik, sürekli ve kötüye giden olmak üzere üç kategori oluşturulmuş, çalışmanın gerçekleştiği yıl içinde başlangıç gösteren vakalar için ise akut başlangıçlı OKB sınıflaması yapılmıştır. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre, 4 hasta akut başlangıçlı OKB sınıfına girmiş, kalan hastaların ise bozukluğun başlangıcından çalışmanın gerçekleştiği zamana kadar 5 ile 25 yıl kadar değişen bir sürede OKB tanısı karşılamış olduğu rapor edilmiştir. Bu hastaların sadece %2'si epizodik seyir gösterirken, %84'ü sürekli seyir, %14'ü ise kronik kötüye giden seyir göstermiştir. Kötüleşen seyri olan hastaların çoğu obsesif veya kompulsif semptomlarına direnmekten vazgeçmiş ve flooding ya da duyarsızlaştırma teknikleriyle dindirilemeyen şiddetli kaygı ortaya çıkarma eğilimi göstermiştir (A.g.e.: 319). Perugi ve diğerlerinin (1998: 241) DSM-III-R kriterlerine göre OKB tanısı alan 345 hastayı değerlendirdiği 10 yıl süren çalışmada ise, 10 yıldan az süre boyunca bozukluk gösteren hastalar elenmiş ve kalan 135 hasta bozukluğun seyri açısından gruplandırılmıştır. Bu gruplandırmaya göre; hastaların %27,4'ünün en az 6 ay süreyle OKB semptomlarının gerilediği epizodik seyir, %72,6'sının ise sürekli seyir gösterdiği sonucu rapor edilmiştir. Skoog ve Skoog (1999: 121) ise OKB'nin uzun dönem seyriyle ilgili literatür eksikliğini göz önünde bulundurmuş ve alana katkı sağlayacak 40 yılı aşkın süreli takip çalışması içeren araştırmalarını gerçekleştirmiştir. İlk olarak 251 hasta ile çalışıp, daha sonra ise 176 hasta ile takip çalışmasını gerçekleştirdikleri bu araştırmada; hastaların %83'ünde gelişmeler görülmekle beraber %20'sinin tamamen iyileştiği, %28'inin eşik altı belirtilerle iyileştiği ve kalan %52'sinin ise OKB tanısını karşılamaya devam ettiği sonucuna ulaşılmıştır (A.g.e.: 122-124). Yine aynı çalışmada, ilk gözlemde epizodik seyir gösterdiği fark edilen hastaların %40'ının ikinci gözlemde kronik seyir göstermeye başladığı ve ilk gözlemde kronik seyri olan hastalarının %62'sinin de kronik seyir

göstermeye devam ettiği sonucu dikkat çekmektedir (A.g.e.: 125). Angst ve diğerleri (2004: 156-159) ise, 19-20 yaşındaki 591 kişiyle ilk görüşmeyi gerçekleştirdikleri ve 40-41 yaşlarına gelinceye kadar örnekleme azalmalar olmakla beraber aynı kişilerle 6 kere daha görüşme yaparak veri elde ettikleri kohort çalışmalarında, DSM-IV kriterlerine göre OKB tanısını karşılayan katılımcıların %62'sinde kronik seyir olduğu sonucuna ulaşmış; aynı zamanda, OKB'nin kişinin yaşam kalitesini düşürdüğü, psikolojik iyi oluş halini, işini ve sosyal hayatını olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir. Benzer şekilde, Pinto ve diğerleri (2006: 703) DSM-IV kriterlerine göre OKB tanısı almış 293 yetişkin bireyle gerçekleştirdikleri kapsamlı boylamsal çalışmada; OKB belirtilerinin dereceli bir artış göstererek başladığı, başlangıç yaşı ne olursa olsun bozukluğun kronik seyir izlediği ve genellikle başka bir psikiyatrik bozuklukla beraber görülerek sosyal ve mesleki anlamda sorunlara sebebiyet verdiği sonucuna ulaşmıştır. Eisen ve diğerleri (2013: 233) DSM-IV'e göre OKB tanı kriterlerini karşılayan 213 yetişkinle gerçekleştirdikleri, 5 yıl boyunca her yıl yapılan izlemleri içeren boylamsal çalışmalarında ise; semptom boyutunun düzelme üzerinde etkili olduğunu, örneğin; zarar vermeye dair obsesyonları olan bireylerde düzelme oranının biriktirmeciliğe yönelik kompulsiyonları olan bireylerden daha yüksek olduğunu, bozukluğun şiddeti ve süresinin düzelmeye ters orantılı olduğunu ve kısmî düzelme gösteren hastalarda tam düzelme gösteren hastalara oranla bozukluğun tekrar nüksetmesinin daha olası olduğunu belirtmekle beraber; tüm katılımcıların %22,1'inin kısmî, %16,9'unun tam düzelme gösterdiğini ve düzelme gösteren katılımcıların da %59'unda sonradan bozukluğa geri dönüşler olduğunu bildirmiştir.

Sonuç olarak; OKB'nin genellikle kronik seyir gösterdiği, bazı bireylerde zamanla semptomlarda artış ve azalışın gözlemlenebildiği aralıklı bir gidişat bulunduğu ve bireylerdeki OKB semptomlarında meydana gelen alevlenmenin stresli yaşam olaylarıyla ilişkili olduğu söylenebilmektedir (Clark, 2020: 13; Kracker Imthorn, 2020: 3371; Rasmussen ve Tsuang, 1986: 319; Skoog ve Skoog, 1999: 121).

2.1.7. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Alt Tipleri

Obsesif Kompulsif Bozukluk her ne kadar bütün bir tanı yapısı olarak düşünülse de aslında çok farklı semptomların ortaya konabildiği heterojen bir bozukluktur (McKay, vd., 2004: 284). OKB'si olan bireyler birbirinden tamamen farklı semptomlar gösterebilmekte, bu da tanının geçerliliği ve klinik uygulamalardaki faydası açısından bir problem teşkil etmektedir (Bloch, vd., 2008: 1532). Tanının netliği, dolayısıyla

tedavinin etkililiği açısından bu problemin çözülebilmesi için OKB'nin alt tiplere ayrılmasının faydalı olacağı düşünülmüştür (Clark, 2020: 23).

OKB'nin alt tiplere ayrılmasında öne çıkan iki farklı yaklaşım tarzı bulunmaktadır. Bunlardan birisi belirti alt tipi yaklaşımı, diğeri ise belirti boyutları yaklaşımıdır. Belirti alt tipi yaklaşımı, OKB'nin alt tiplere ayrılmasında yapılan ilk çalışmaların benimsediği yaklaşım olup bu çalışmalar, bireylerdeki kompulsiyonların farklılıkları üzerine yapılmış sistematik gözlem ve deneylere dayanır (A.g.e.). Örneğin; Steketee, Grayson ve Foa (1985: 197) yıkama ve kontrol etme kompulsiyonlarının OKB'de en yaygın görülen ritüelistik davranış biçimleri olduğunu ve bir bireyde her iki davranış da sergilenebilmesine rağmen vakaların büyük çoğunluğunda bir tür ritüelin baskın olmasının bireyin ya "yıkayıcı" ya da "denetleyici" olarak sınıflandırılmasına olanak sağladığını söylemiş; yaptıkları çalışmada yıkayıcıların ve denetleyicilerin korku yapısı ve ebeveyn tutumlarındaki farklılıkları incelemişlerdir (A.g.e.: 198-200). Rasmussen ve Eisen (1992: 749) ise belirti alt tipleriyle ilgili yapılan kapsamlı çalışmalarında, OKB tanısı almış Amerikan 560 kişinin gösterdikleri belirtileri kategorize etmiş; en yaygın obsesyonları, katılımcıların yarısında gözlemlenen kirlenme korkusu ve %42'sinde gözlemlenen patolojik şüphe olarak bildirirken en yaygın kompulsiyonları ise katılımcıların yine yarısında gözlemlenen yıkama/temizleme ve %61'inde gözlemlenen kontrol etme kompulsiyonları olarak bildirmiştir. Aynı çalışmada, cinsel obsesyonların en az yaygınlık gösteren obsesyonlar; biriktirmecilik kompulsiyonlarının ise en az yaygınlık gösteren kompulsiyonlar olduğu belirtilmiştir.

OKB'nin alt tiplere ayrılmasında belirti alt tipi yaklaşımı benimsenerek yürütülen ilk çalışmalar, alandaki uygulayıcıların obsesif kompulsif belirtilerin heterojenliği ile baş etmelerine yardımcı olsa da bu yaklaşım tarzı birtakım sorunları barındırmaktadır (Clark, 2020: 24). Bu sorunlardan biri belirti alt tipi yaklaşımını benimseyenlerin OKB'li bireylerde temel bir çeşit obsesif veya kompulsif belirti olduğunu varsaymalarıdır; halbuki OKB'li bireylerin çoğunda alt tip sınırlarını aşan birden fazla sayıda obsesyon ve kompulsiyon bulunmaktadır (A.g.e.). Çoğu OKB hastası zamanla obsesif kompulsif belirtilerinde ciddi değişiklikler de göstermekte (Skoog ve Skoog, 1999: 123) fakat belirti alt tipi yaklaşımıyla gerçekleştirilen çalışmalar kesitsel olduğundan belirtilerin değişen doğasını gözden kaçırmaktadır (Clark, 2020: 24). Ayrıca, önerilen belirti alt tipleri bilimsel açıdan geçerli ve belirgin psikiyatrik alt

tipler olarak kabul edilebilmeleri için gereken temel kriterleri de karşılamamaktadır (Rowse ve Francis, 2015: 414). Tüm bu durumları göz önünde bulundurarak araştırmacılar geçerli ve güvenilir alt tipler oluşturabilmek adına çok değişkenli belirti boyutları yaklaşımını ortaya atmışlardır (Clark, 2020: 24).

Belirti boyutu yaklaşımı, OKB'li bireylerin belirli belirti alt tipi gruplarına ait olduğu varsayımı yerine bireylerin değişen oranlarda farklılıklar gösterdiği farklı semptom boyutlarının olduğu varsayımını kabul etmektedir (A.g.e.: 25). Farklı semptom boyutları, obsesif kompulsif belirti ölçümlerinin küme ya da faktör analizinin gerçekleştirilmesi aracılığıyla tanımlanmaktadır (A.g.e.). Mataix-Cols, do Rosario-Campos ve Leckman (2005: 228) OKB'nin çok boyutlu modelini bilimsel olarak ispatlamak amacıyla OKB boyutsal yaklaşımı ile yürütülmüş 12 faktör analizi çalışmasını gözden geçirerek gerçekleştirdikleri derleme çalışmasının sonucunda, tutarlı bir şekilde en az dört belirti boyutunun çalışmalarda ortak görüldüğünü bildirmekte ve bu boyutların; simetri/düzenleme, istifleme, bulaş/temizlik ve takıntılar/kontrol olduğunu belirtmektedir. Bloch ve diğerleri (2008: 1532) ise 21 faktör analizi çalışmasının derlendiği çalışmalarının sonucunda çıkarılan ortak dört belirti boyutunu simetri obsesyonları ile tekrarlama, sıralama ve sayma kompulsiyonlarını içeren simetri boyutu; saldırganlık, cinsel, dini ve somatik obsesyonlar ile kontrol kompulsiyonlarını içeren yasak düşünceler boyutu; bulaş obsesyonları ve temizlik kompulsiyonlarını içeren temizlik boyutu ve istifleme obsesyonları ve kompulsiyonlarını içeren istifleme boyutu olarak sıralamaktadır. Yapılan çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde somatik obsesyonlar, karma obsesyonlar ve kontrol kompulsiyonlarının hangi boyut altında kabul edileceği ile ilgili belirsizlikler olduğu görülmekle beraber dört belirti boyutunun OKB'nin heterojenliğini açıkladığı hususunda fikir birliği olduğu söylenebilmektedir (Clark, 2020: 25). Olatunji, Ebesutani ve Abramowitz (2017: 45), Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği'ni (The Dimensional Obsessive Compulsive Scale; Abramowitz vd., 2010) kullanarak gerçekleştirdikleri doğrulayıcı faktör analizi çalışmasında ise OKB'nin belirti heterojenliğinin en iyi; kontaminasyon, zarar sorumluluğu, kabul edilemez saplantılı düşünceler ve düzen/simetri olmak üzere belirli 4 belirti boyutuyla birlikte var olan genel bir obsesif kompulsif belirti faktörü ile açıklanabildiğini belirtmiştir. Sonuç olarak Clark'a (2020: 28) göre OKB'nin alt tip araştırmaları birbirleriyle tutarsızlıklar göstermesine rağmen OKB'nin belirti heterojenliği

yadsınamaz bir durumdur ve bu sebeple OKB için geçerli bir alt tip sınıflandırması arayışı devam etmektedir.

2.1.8. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Eş tanısı

OKB, literatürde eş tanı oranı yüksek bir bozukluk olarak belirtilmektedir (Clark, 2020: 14). Çoğu çalışmaya göre OKB tanısı alan bireylerde en az bir bozukluğun daha görülme oranı %50 ile %75 arasında değişmektedir (A.g.e.). Ruscio ve diğerleri (2010: 56) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise DSM-IV'e göre yaşam boyu OKB tanısı almış katılımcıların %90'ının başka bir yaşam boyu psikiyatrik tanı için de DSM-IV kriterlerini karşıladıkları belirtilmiştir. Torres ve diğerlerinin (2016: 511) gerçekleştirdiği çalışmada da Ruscio ve diğerlerinin (2010: 56) çalışma sonuçlarına paralel olarak OKB ile herhangi bir yaşam boyu psikiyatrik eş tanının görülme oranı %92,1 olarak bildirilmiştir.

OKB'nin eş tanı gösterdiği bozuklukların araştırılması adına yapılan çalışmalarda benzer bozukluklarla eş tanı gözlemlense de hangi bozuklukla hangi oranda eş tanı yakalandığı ile ilgili farklı sonuçlar bulunmaktadır. Örneğin; Brown ve diğerlerinin (2001: 586-588) kaygı bozuklukları ve ilişkili bozukluklarla ilgili değerlendirme ve tedavi için başvuru yapmış 968 hastadan oluşan geniş bir örnekleme yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre birincil tanısı OKB olan bireylerden %57'si herhangi bir Eksen I bozukluğu, %53'ü herhangi bir kaygı ya da duygudurum bozukluğu, %39'u herhangi bir kaygı bozukluğu ve %32 herhangi bir duygudurum bozukluğu tanısını daha ek tanı olarak almıştır. Aynı çalışmada, birincil tanısı OKB olan bireylerin en yaygın eş tanı gösterdikleri bozukluk %26 oranı ile kaygı bozukluklarından Sosyal Fobi; en yaygın eş tanı gösterdikleri ikinci bozukluk ise %22 oranı ile duygudurum bozukluklarından Majör Depresyon Bozukluğu olarak bildirilmiştir (A.g.e.: 588). Torres ve diğerlerinin (2016: 511) 1001 katılımcıyla gerçekleştirdiği çalışmada ise OKB'nin en yaygın eş tanı gösterdiği bozukluklar; %56,4 oranıyla Majör Depresyon Bozukluğu, %34,6 oranıyla Sosyal Fobi, %34,3 oranıyla Yaygın Kaygı Bozukluğu ve %31,4 oranıyla Özgül Fobi olarak bildirilmiştir. Brakoulias ve diğerlerinin (2017: 79) Brezilya, Hindistan, İtalya, Güney Afrika, Japonya, Avustralya ve İspanya olmak üzere 7 farklı ülkeden 3711 katılımcıyla gerçekleştirdikleri çalışmada ise OKB'nin mevcut eş tanı gösterdiği bozukluklara bakılmıştır. Günümüze daha yakın tarihte gerçekleştirilen bu araştırmanın sonucunda OKB ile en yaygın mevcut eş tanı gösteren bozukluklar; %28,4 oranında Majör Depresyon Bozukluğu, %24,5 oranında Obsesif

Kompulsif Kişilik Bozukluğu, %19,3 oranında Yaygın Kaygı Bozukluğu, %19,2 oranında Özgül Fobi ve %18,5 oranında Sosyal Fobi olarak bildirilmiştir (A.g.e.). Majör depresyonun %50,5 oranıyla OKB ile en yaygın yaşam boyu eş tanı gösteren bozukluk olduğu da aynı çalışmanın bulguları arasında yer almaktadır (A.g.e.).

Yukarıda belirtildiği üzere yapılan çalışmalarda OKB'nin duygudurum bozuklukları ve kaygı bozukluklarıyla eş tanı oranı genel olarak daha yüksek bildirilmiş olmakla beraber (Brakoilas vd., 2017: 79; Brown vd., 2001: 588; Torres vd., 2016: 511) OKB'nin tik bozukluklarıyla eş tanı oranının da görece yüksek olduğu söylenebilmektedir (Clark, 2020: 19). Örneğin; Lochner ve diğerlerinin (2014: 1517) çalışmasında OKB ile tik bozukluklarının eş tanı oranı %12,5 olarak bildirilmiştir. Torres ve diğerlerinin (2016: 511) çalışmasında ise herhangi bir tik bozukluğuyla OKB'nin eş tanı oranı %28,4 olarak daha yüksek oranda bildirilirken yalnız Tourette Bozukluğu ile eş tanı gösterme oranı %8,8 olarak belirtilmiştir. DSM-5, OKB ve eş tanı tik bozukluğu olan bireyleri tanımlamak için "tikle ilişkili" şeklinde bir belirteç kullanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014: 131). Tik ile ilgili semptomlar, hastalığın klinik görünümünü ve seyrini etkileyebildiğinden klinisyenlere bu durumun farkında olmaları önerilmektedir (Clark, 2020: 19).

2.1.9. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Bilişsel Modelleri

OKB olgusunu açıklayan birçok bilişsel model bulunmaktadır. Bu bilişsel yaklaşımlarda ortak nokta; nesnelere, durumların ya da olayların kişisel önemini öznel değerlendirilmesi sonucunda tüm duygusal durumların ortaya çıktığını ifade eden değerlendirmeye dayalı kuramın (appraisal-based theory) esas alınmasıdır (Clark, 2020: 108). Aşağıda, bilişsel perspektife katkıda bulunan başlıca modeller ele alınacaktır.

OKB'yi açıklamak için önerilen ilk modellerden birisi Carr (1974: 311-318) tarafından ortaya konulmuştur. Carr (1971) öncelikle obsesif-kompulsif nevrozda gerçekçi olmayan tehdit değerlendirmelerinin etiyolojik önemini fark etmiş ve bozukluğa dair kendi bilişsel model formülasyonunu desteklemek için deneysel çalışmalar gerçekleştirmiştir (Akt. McFall ve Wollersheim, 1979: 334). Kompulsif nevrozlar üzerine yapılan psikofizyolojik çalışmalarına dayanarak Carr (1970) kompulsif nevrozların tüm durumlarda olumsuz sonuçların meydana gelme olasılığına dair anormal derecede yüksek öznel varsayımları olduğu sonucuna

ulaşmıştır (Akt. Carr, 1974: 315). Ayrıca Carr (1970, 1971) tarafından kompulsif davranışların sergilenmesi ve kesintiye uğraması sırasında çeşitli otonomik parametrelerin izlendiği bir çalışma gerçekleştirmiş; bu çalışmada kompulsif davranışların yüksek otonomik etkinlik seviyelerinde ortaya çıktığı ve bu davranışların yüksek otonomik seviyelerin bireyin dinlenme durumundaki otonomik seviyelerine indirilmesine hizmet ettiği sonucuna varılmıştır (Akt. Carr, 1974: 312). Bu sonuç kompulsif davranışların yüksek kaygı düzeyinin varlığında gerçekleştiği ve yüksek kaygı düzeyini kabul edilebilir bir düzeye indirdiğine dair çalışmaları desteklemektedir (A.g.e.). Lazarus'un (1966) "tehdit değerlendirmesi" olarak tanımladığı fenomen (Akt. Carr, 1974: 315) ile birlikte kompulsif nevroitiklerin olumsuz sonuçların gerçekleşmesine ilişkin anormal derecede yüksek öznel varsayımlara sahip oldukları bulgusu, hem motor hem de bilişsel kompulsiyonların bir modelinin geliştirilmesini sağlamıştır (Carr, 1974: 315). Bu modele göre, olumsuz sonuçların gerçekleşme olasılığının yüksek olduğuna yönelik öznel değerlendirmeler sebebiyle bireyde birçok durumda yüksek düzeyde kaygı oluşacak; olumsuz sonucun yaşanacağına dair öznel olasılığın ve bundan doğan kaygının azaltılması için de obsesif-kompulsif ritüeller geliştirilecektir (Akt. Van Oppen ve Arntz, 1994: 80). Geliştirilen ritüeller tehdidi azaltacak, buna bağlı olarak kaygı düzeyi düşecek, dolayısıyla istenmeyen sonuçların önlenmesinde obsesif-kompulsif davranışların kullanımı başarılı bir strateji olarak pekişecektir (A.g.e.). OKB'deki tehdit algısı ve ritüellerin gerçekleşme mekanizmasını açıklayan bu modelin zayıf yönü, obsesif kompulsif hastaların neden olumsuz olayların gerçekleşme olasılığına ilişkin kuvvetli öznel varsayımları olduğuna dair bir açıklama içermemesidir (A.g.e.).

OKB'yi açıklayan bir diğer model, McFall ve Wollersheim (1979: 333-348) tarafından geliştirilmiştir. Bu OKB modeli, Lazarus (1966) ve Carr'ın (1974) çalışmalarının bir araya getirilip detaylandırılmasıyla oluşturulmuştur (McFall ve Wollersheim, 1979: 334). Model, kaygıya yol açan tehdit deneyimine bilişsel süreçlerin aracılık ettiğine dair bilimsel kanıta dayandırılmıştır (A.g.e.). Bu modele göre, OKB'nin oluşunda "birincil" ve "ikincil" değerlendirme süreçleri etkilidir (A.g.e.). Birincil değerlendirme, anlık değerlendirmedir (A.g.e.). Bu değerlendirmede birey, herhangi bir olayın tehlikesini onunla başa çıkmak için algıladığı kişisel kaynaklarına göre değerlendirir ve böylelikle deneyimlenen tehdit meydana gelir (A.g.e.). Birincil değerlendirme sonrasında ise kişinin tehdit ile başa çıkma çabalarının

olası sonuçlarının ne olacağına ilişkin ikincil değerlendirmesi gerçekleşir (A.g.e.). İkincil değerlendirmenin referans alınmasıyla da duygusal tepkiler ve davranışsal tepkiler başlatılır (A.g.e.). Carr (1974: 315), obsesif-kompulsif bireylerin, olumsuz olayların meydana gelme olasılığını ve sonucunda oluşabilecek olası zararı olduğundan fazla tahmin ettikleri için yüksek derecede tehdit yaşadıklarını ileri sürmüştür. Bu sebeple, yanlış bir karar vermenin sonuçları ya da bulaş tehdidi gibi durumlar obsesif kompulsif bireyler tarafından birincil değerlendirmeleri sonucunda gerçekdışı şekilde tehlikeli olarak algılanabilir (McFall ve Wollersheim, 1979: 334). McFall ve Wollersheim'in (1979: 335) modelinde, obsesif-kompulsif bireylerin öğrenmiş olduğu bazı mantıksız inançların veya varsayımların olduğu ve bu inançların birincil değerlendirmeleri etkileyerek tehdidin deneyimlenmesine neden olduğu öne sürülmüştür. Bahsedilen inançlardan bazıları; değerli olmak ve kendinden ya da bir başkası tarafından eleştiri almamak için mümkün olan her açıdan eksiksiz olmak gerektiği, hata yapmanın ya da başarısızlığın cezalandırılması gerektiği, insanın tekrarlayan düşünce ve ritüellerinin bir felaketi başlatacak ya da durduracak güçte olduğu, belirli düşünce ve hislerin kabul edilemez olduğu ve bu düşünce ya da hisleri taşıdığı için kişinin cezalandırılması gerektiğidir (A.g.e.). Bu inançlar bireyden bireye değişebilmekte ve bireyler bu inançların ya da bu inançların durumları algılayış biçimlerini etkilediğinin her zaman farkında olamayabilmektedirler (A.g.e.). Bu inançların etkilediği birincil değerlendirmeyle tehdidin oluşmasından sonra gerçekleşen ikincil değerlendirme sürecinde ise obsesif kompulsif birey, tehditle uyumlu ve gerçekçi başa çıkma becerilerini azımsar (A.g.e.). Kişinin ikincil değerlendirme süreçlerini etkileyen de birtakım inançları vardır (A.g.e.: 336). Bu inançlardan bazıları ise kişinin duygu ve düşünceleriyle yüzleşmesindense obsesif düşünce ve büyüsel ritüelleri gerçekleştirmesinin daha efektif olduğu, obsesif düşünce ve büyüsel ritüellerin istenmeyen sonuçları önleyebileceği, bir şey tehlikeliyse ya da tehlikeli olma ihtimali varsa kişinin bundan oldukça olumsuz etkilenmesi gerektiği ve belirsizliğin ve kontrol kaybının tahammül edilemez olduğu, kişinin bu hislerden korkması ve bu hisleri önlemek için birşeyler yapması gerektiğidir (A.g.e.). Birincil ve ikincil değerlendirme sonucunda obsesif kompulsif bireyde kontrol kaybı, kaygı ve belirsizlik hisleri yükselir (A.g.e.: 335). Bu hislerle gerçekçi ve işlevsel yollarla baş edemeyeceğini varsayan birey obsesif kompulsif semptomların, sıkıntısıyla baş etmek için en iyi seçenek olduğunu düşünür ve böylelikle bireyde obsesyon ve

kompulsiyonlar meydana gelir (A.g.e.: 336). Bu model; kabul edilemez düşünce ve hisler olarak ifade edilen ve bireyin farkındalığına daha yakın olduğu söylenen bilinç öncesi ve bilinçdışı bilişlerin varlığına fazla önem atfetmesi, 'büyülü ritüellere' aşırı inancın varlığını vurgulamak dışında OKB'li bireylerde gerçekleşen süreçlerin bilişsel ve davranışsal karşılıklarını açıklamak için yetersiz kalması ve obsesif bireylerdeki tehdit değerlendirme hataları ile diğer patolojilere sahip bireylerdeki tehdit değerlendirme hataları arasında ayırım yapamaması sebepleriyle Salkovskis (1985: 571-571) tarafından eleştirilmiştir.

OKB'ye ilişkin bilişsel modellerden bir diğeri ise Salkovskis (1985: 571-583) tarafından öne sürülmüştür. Salkovskis (1985: 571) farklı bilişsel-davranışçı modelleri de incelemesi sonucunda; girici düşüncelerin bilişsel tepki yerine bilişsel uyarınlar olarak ele alınmasının ve bu uyarınlara karşı oluşturulan bilişsel tepkilerin yani olumsuz otomatik düşüncelerin ise genellikle kendine ya da başkalarına zarar verme ile ilgili sorumluluk ya da suçluluk inançlarıyla bağlantılı olarak açıklanmasının uygun olacağını belirtmiştir. Ayrıca, oluşturduğu modelin taslağının klinik veriler ışığında çizildiğini ve klinik olarak gözlemlenen birçok vaka ile ilgili spesifik tahminler yapmakta etkili bir şekilde kullanıldığını ifade etmiştir (A.g.e.). Bu modele göre girici düşüncenin kendisinden ziyade o düşüncenin nasıl değerlendirildiği patolojinin açığa çıkmasının açıklanmasında önemli role sahiptir (A.g.e.: 573). Girici düşünceye dair değerlendirmeler, OKB'li bireylerde özellikle kendine veya başkalarına gelen hasar veya zarardan sorumlu olma fikirleriyle veya benzer nitelikteki imgelerle ilgili görünmektedir (A.g.e.: 574). Yani modele göre girici düşünceler obsesif düşüncelere benzer fakat tek başına onlar gibi rahatsızlık vermezler (A.g.e.). Girici düşüncenin klinik obsesyon olarak isimlendirilebilmesi için bireyde o girici düşünceyi önlemek için harekete geçmediği takdirde kendine ya da bir başkasına zarar vermekten sorumlu olacağına dair bir değerlendirme olmalıdır (A.g.e; Salkovskis, 1989: 678). “Abartılmış sorumluluk” algısı girici düşünceyi, imgeyi veya dürtüyü hem bastırma hem de nötrleştirme girişimleriyle sonuçlanır (Salkovskis, 1985: 574; Salkovskis, 1989: 678). Nötrleştirme; algılanan sorumluluğu azaltma etkisine sahip olması amaçlanan, kompulsif davranışlar gibi açık veya düşünsel ritüeller gibi örtük şekilde meydana gelen ve kişinin isteğine bağlı olarak başlattığı aktivite olarak tanımlanır (Salkovskis, 1989: 678). Nötrleştirmeye beraber girici bilişler daha sık ve belirgin hâle gelir (A.g.e.). Daha sık ve belirgin hâle gelen bu bilişler, bireyde daha fazla rahatsızlık

hissine sebep olur ve bireyin sıkıntıdan kurtulmak için yine nötrleştirme stratejisini kullanması ihtimali artar (A.g.e.). Tekrarlayan düşünce bastırma ve nötrleştirmelerin etkisiyle kısır bir döngü oluşur (A.g.e.). Bu modele göre tedavi, bireyin tehdit ve tehlike hakkındaki varsayımlarını çürüten maruz kalmaya dayalı deneyimler yoluyla bireyin hatalı inançlarını ve zarar sorumluluğuna ilişkin yanlış yorumlarını değiştirme aracılığıyla gerçekleştirilebilir (Salkovskis, 1985: 581).

OKB'yi açıklayan bir diğer model ise Rachman (1997: 793-802; 1998: 385-401) tarafından geliştirilmiştir. Bu modele göre obsesyonlar; kişinin girici düşünce, imge ya da dürtülerinin öneminin hatalı yorumlanmasından kaynaklanır (Rachman: 1997: 793). Buna bağlı olarak da obsesyonların, yanlış yorumlamalar devam ettiği sürece devam edeceği ve yanlış yorumlamaların zayıflaması ya da ortadan kaldırılmasına bağlı olarak azalacağı ya da yok olacağı çıkarımı yapılmıştır (A.g.e.). Modele göre, tekrarlayan obsesyonları olan bireyleri obsesyonları olmayan bireylerden ayıran özellikleri; girici düşüncelere aşırı önem ve anlam atfetmeleridir (A.g.e.). Bu bağlamda, tekrarlayan obsesyonları olan bireylerde aşırı önem atfedilen girici düşünceler, obsesyonlar şeklinde kendini gösterirken asgari düzeyde önem atfedilen girici düşüncelerin obsesyon olarak yer almayacağı öne sürülmüştür (A.g.e.). Rachman, modelinin merkezinde yer alan hatalı yorumlamaya yönelik yatkınlık faktörlerini ise kaygıya yatkınlık, ahlaki mükemmeliyetçilik, abartılmış sorumluluk inançları ve düşünce-eylem kaynaşması gibi bilişsel yanlılıklar ve depresyonun varlığı olarak belirtmiştir (A.g.e.: 798-799). Ayrıca Rachman, obsesyonların kaynağına dair teorisini (Rachman: 1997: 793-802) obsesyonların sıklığını ve neden devam ettiklerini açıklamak amacıyla detaylandırmıştır (Rachman, 1998: 385-401). Bu detaylandırma çalışmasında ise bireyin istenmeyen girici düşüncelerinin önemine ilişkin tamamen yanlış yorumlamalar gerçekleştirmesinin, potansiyel açıdan tehdit edici uyarıların çeşitliliğini ve şiddetini arttıracaklarını belirtmiştir (A.g.e.: 386). Yani özünde nötr olan birçok uyarı, bireyin hatalı değerlendirmesi sebebiyle tehlide dönüştürülmüş olmaktadır (A.g.e.). Böylelikle önceden fark edilmeyecek kadar önemsiz olan uyarılar, son derece belirgin hale gelmektedir (A.g.e.). Belirgin hale gelen uyarı çeşitliliği de bireyde obsesyonları daha çok tetiklemektedir (A.g.e.). Örneğin; birey diğer insanlara zarar verme konusundaki istenmeyen girici düşüncelerini kendisinin potansiyel olarak tehlikeli biri olduğunun işareti şeklinde hatalı yorumluyorsa önceden önemsiz olan bir dizi uyarıyı potansiyel tehdit olarak algılamaya başlar (A.g.e.). Böyle

bir bireyin keskin nesnelere potansiyel saldırı aracı gibi algılanması, bu tehdit algısına örnek olarak verilebilir (A.g.e.). Yine aynı birey, kendini ve keskin nesnelere tehdit olarak algıladığından ötürü bu nesnelere kaçınması gerektiğini de düşünebilir (A.g.e.). Benzer olaylar silsilesi kişinin içsel uyarıları ile ilgili de gerçekleşebilmektedir (A.g.e.). Örneğin; kişi zarar vermekle ilgili girici düşüncelerini kendisinin tehlikeli biri olduğu ve kontrolünü kaybedip bir çocuğa zarar verebileceği şeklinde hatalı yorumluyorsa bu kişi, çocukların yanında hissettiği kaygı ve rahatsızlığa dayalı terleme ya da titreme gibi duyumlarını da ciddi bir kontrol kaybının yaklaşmakta olan belirtileri olarak yorumlayabilir (A.g.e.). Aynı kişi kaygılı hissetme gerçeğini de tehdit olarak algılayabilir (A.g.e.). “Eğer bir çocuğun yanında kaygılıysam ortada bir tehlike vardır ve ben o tehlikenin ta kendisiyim!” şeklindeki yorumlama biçimi, bu tehdit algısına örnek olarak verilebilir (A.g.e.). İster içsel ister dışsal uyarılara ilişkin olsun, hatalı yorumlamalar kişide kaçınma davranışıyla sonuçlanır (A.g.e.). Tekrar eden kaçınma davranışları kişinin kendini, nesnelere ya da hislerini tehlikeli olarak değerlendirmesini değiştirmez ve yanlış yorumlamalara dayalı içsel uyarıların genişleyen yelpazesinin etkisiyle obsesyonların ortaya çıkma ihtimali artar (A.g.e.). Böylelikle obsesyonlar hem devam etmiş hem de sıklaşmış olur (A.g.e.). Rachman’a göre bir kişinin obsesyonlarının içeriği ise yalnız girici düşüncelerine atfettiği önemle değil, aynı zamanda kişisel değerler sisteminde en çok önem atfettiği konulara paralel şekilde oluşmaktadır (A.g.e.: 390). Ancak; bireyin değerler sistemi birinci aşamadır ve girici düşüncenin obsesyona dönüşmesi için bu düşüncenin anlamının felaketleştirilerek yorumlanması gerekmektedir (A.g.e.). Son olarak Rachman tedavinin ana bileşenlerini; bilişlerin doğasının ve anlamının değerlendirilmesi, obsesif aktivitenin danışan tarafından günlük öz kaydının tutulması, danışana psikoeğitim sağlanması; felaketleştirici yanlış yorumlamaların ortadan kaldırılması ve bireyi tatmin edici bir şekilde değiştirilmesinin teşvik edilmesi ve süreçle ilgili anormal davranışı değiştirme yoluyla tedavinin desteklenmesi şeklinde bildirmiştir (A.g.e.: 395)

OKB’nin bilişsel modellerinden bir diğeri, Clark ve Purdon (1993: 161-167) ile Clark’ın (2004: 134-148) çalışmaları sonucunda ortaya çıkmıştır. Öncelikle Clark ve Purdon (1993: 166), düşünce kontrolü hakkındaki işlevsel olmayan inançların obsesyonların patogeneğinde önemli bir katkıda bulunduğunu iddia etmiştir. Bu formülasyona göre, OKB’ye yatkın olan birey istenmeyen girici düşünceler ve bu

düşünceler üzerinde kontrol uygulama ihtiyacı ile ilgili gerçekçi olmayan inançlara sahip olabilmektedir (A.g.e.). Bu bireyler, girici düşünce üzerinde tam kontrol sağlayamadıkları takdirde algıladıkları zihinsel kontrol kayıplarının feci sonuçları olacağını da öngörebilmektedirler (A.g.e.). Kontrolü elde etmek için ise kişinin ilk tepkisi; dikkati dağıtma, düşünce değiştirme, tetikleyicilerden kaçınma, düşünce bastırma gibi daha olağan düşünce kontrol stratejilerini kullanmak olabilmektedir (A.g.e.). Bununla birlikte, yeterli düzeyde kontrol elde edememek kişinin nötrleştirme çabalarını açık veya örtük kompulsif ritüeller gibi daha aşırı stratejileri kullanarak arttırmasına neden olabilmektedir (A.g.e.). Clark ve Purdon, bu nötralize edici tepkilerin varlığının istenmeyen girici düşüncelerin klinik obsesyonlara dönüşmesini tam olarak açıklamasının olası olmadığını; gelecek çalışmalarda nötrleştirme tepkilerinden ziyade genel olarak zihinsel kontrolde bozulmaya yol açan faktörlerin incelemesinin yararlı olacağını önermiştir (A.g.e.). Daha sonra Clark (2004: 134-148), zihinsel kontrolün ayrıntılı bir incelemesini gerçekleştirerek Bilişsel Kontrol Modeli'ni oluşturmuştur. Bu çalışmada Clark, OKB'li bireylerin obsesyonlarını kontrol edememenin algılanan sonuçları ve zihinsel kontrol çabaları ile ilgili hatalı değerlendirmeler gerçekleştirdiklerini öne sürmüştür (A.g.e.: 134, 136). Bu detaylandırılmış modele göre, obsesif kompulsif eğilimli bireyler obsesyonu tatmin edici bir şekilde kontrol altına alamamalarını oldukça önemli bir tehdit olarak görebilmektedir (A.g.e.: 136). Bu bireyler, istenmeyen düşüncelerini kontrol edebilmeleri gerektiğine inanmakta ve bu nedenle kontrolü kaybetmelerinin eylemlerinin kontrolünü kaybetme olasılığı gibi daha ciddi bir duruma işaret ettiğini düşünmektedir (A.g.e.: 143). Bu durumda kişi, "Eğer obsesyonu kontrol edemiyorsam bu, zihinsel olarak zayıf olduğum ve tüm kontrolü kaybedebileceğim anlamına gelir" şeklinde inanmaktadır (A.g.e.). Buna bağlı olarak eksik zihinsel kontrol sağlamayı kabul edilemez ve sorunlu bulan bireyler, girici bilişler üzerinde daha fazla kontrol uygulamak için motive olabilmektedir (A.g.e.). Sonuç olarak, obsesyona meyilli bireyler hem istenmeyen girici düşünceyi bilinçli farkındalıktan tamamen çıkarmak istediklerinden hem ne zaman bunu başarabildiklerine karar vermekte güçlük çektiklerinden hem de kontrol edilemezlik düşüncesine ilişkin hatalı yorumlarından ötürü OKB'nin ayırt edici özelliği haline gelen obsesyona direnmek için yoğun ve kalıcı bir meşguliyet içine girmektedir (A.g.e.: 145-146). Tüm bu bilişsel süreçler, obsesyonun başarılı ve kalıcı zihinsel kontrolünün gerçekleşebilmesinin OKB'li

bireyin kavrayışının ötesinde kalmaya devam etmesine sebep olmaktadır (A.g.e.). Obsesyonun kontrolüne daha fazla dikkat kaynağı ayrılması, daha fazla bilişsel yük ve obsesyon üzerindeki algılanan kontrolün daha da zayıflamasıyla sonuçlanacaktır. Nihayetinde; obsesyona ilişkin sıklık, yoğunluk ve sıkıntıda sarmal bir artış gözlenecektir (A.g.e.). Bu bakış açısına göre BDT vaka formülasyonu; danışanların obsesyonlarına tepki olarak kullandıkları zihinsel kontrol stratejilerinin, zihinsel kontrol başarısızlığına ilişkin değerlendirmelerinin ve zihinsel kontrol hakkındaki inançlarının bir değerlendirmesinden oluşmalıdır (Clark, 2020: 117). Bilişsel yeniden yapılandırma ve davranışsal deneyler ise danışanın zihinsel kontrol paradoksuna düşüp düşmediğini ve zihinsel kontrol çabalarını bırakmanın obsesyonla başa çıkmanın daha etkili bir yolu olup olmadığını değerlendirmeye yönelik kullanılabilir (A.g.e.). Tedavinin amacı ise bireyin; odaklanmış dikkat dağıtmayı (focused distraction), zihinsel kontrolde başarısızlıkların kaçınılmaz ve kabul edilebilir olduğunu ve aşırı kontrol çabasıdan vazgeçmenin obsesyonların belirginliğini azaltmada en etkili yol olduğunu öğrenme gibi obsesyona karşı daha etkili tepkileri keşfetme yolculuğunda ona rehberlik etmektir (A.g.e.).

OKB'yle ilgili bilişsel yaklaşımlardan daha güncel olanı ise OCCWG (1997: 667-681) tarafından oluşturulmuştur. Temmuz 1995'te Danimarka'da düzenlenen Dünya Davranışsal ve Bilişsel Terapiler Kongresi'nde OKB ile ilgili inançlar üzerine gerçekleştirilen bir sempozyumu takiben, bir grup katılımcı OKB'nin bilişsel değerlendirmesini tartışmak için bir araya gelmiş; çeşitli değerlendirme stratejileri geliştirmek ve bu stratejileri değerlendirmek için eşgüdümlü bir çabaya girmeyi kabul ederek Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu'nu (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group; OCCWG) oluşturmuştur (OCCWG, 1997: 668). Giderek artan üye sayısı ile beraber grup tarafından farklı zamanlarda toplantılar gerçekleştirilmiş; toplantılar sonucunda OKB ile ilişkili belirli inanç boyutlarının olduğu konusunda fikir birliğine varılmıştır (A.g.e.: 668, 671). Bu boyutlar; abartılmış sorumluluk, düşünce-eylem kaynaşması ve düşüncelerin sonuçlarına aşırı önem vermeyle ilgili olan diğer inançları kapsayan düşüncenin aşırı önemi, düşünceleri kontrol etmenin önemi, tehdidin abartılması, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik olarak sıralanmıştır (A.g.e.: 671-674). Aynı zamanda, tüm obsesif kompulsif inanç alanları için ortak bir element olan inançların kuvvetliliği de bu grup çalışmalarında değerlendirilmiştir (A.g.e.: 674). Ayrıca çalışmadaki alt gruplar,

mevcut ölçeklerden yararlanarak ve yeni ölçek maddeleri üreterek her bir ana inanç boyutu için belirli maddeler tanımlamıştır (A.g.e.: 679). Son olarak, OKB'ye ilişkin bilişlerin ölçülmesi amacıyla yapılan çalışmaların OKB tedavisindeki ilerlemelere katkıda bulunabileceği yorumu yapılmış ve gerçekleştirilen bu grup çalışmasının OKB ile ilgili biliş çalışmalarını aksi takdirde meydana gelebilecek olandan daha hızlı bir şekilde ilerleteceği umulmuştur (A.g.e.).

2.1.10. Klinik Tanı Almayan Örneklemede Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirtileri

DSM-5 (APA, 2013), OKB'ye bireylerin tanı ölçütlerini karşıladıkları veya karşılamadıklarını değerlendiren kategorik bir bakış açısından bakmaktadır (Clark, 2020: 37). Rachman ve de Silva (1978) ise bu kategorik kavramsallaştırmaya meydan okuyan bir çalışma gerçekleştirmiştir (Clark, 2020: 37). Rachman ve de Silva (1978: 233-234) obsesyonları açıklamak için teori geliştirme sürecinde tüm bireylerin “klinik” ya da “anormal” obsesyonlar olarak tabir edilebilecek fenomenin benzeri deneyimlere sahip olması gerektiği varsayımını test etme, normal ve anormal obsesyonlar arasındaki benzerlik ve farklılıkları tespit etme ve obsesyonların alışma benzeri süreçlere tabi olduğu postulatını destekleyen ön deneysel çalışma verileri elde etme amacıyla gerçekleştirdikleri üç çalışmanın birleşiminden oluşan çalışmalarında; klinik açıdan OKB tanısı almamış katılımcıların %78,8'inin klinik (anormal) obsesyonlara niteliksel olarak benzeyen normal obsesyonları olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada, OKB tanısı alan ve almayan katılımcılarda görülen obsesif belirtilerin farkına bakıldığında ise klinik tanı alanlardaki obsesyonların klinik tanısı olmayan bireylerin obsesif belirtilerinden daha sık, yoğun, kontrol edilemez ve nötrleştirme tepkileriyle daha ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (A.g.e.: 239-244). İlerleyen yıllarda bu çalışmaya benzer çalışmalar yapılmıştır (Clark, 2020: 37). Örneğin; Morillo, Belloch ve García-Soriano (2007: 1321-1327) 31 OKB hastasındaki obsesyonlar ile 22 depresif hasta, 31 kaygı bozukluğu olan hasta ve 30 tanı almamış bireydeki obsesyon benzeri girici düşüncelerin özelliklerini sıklık, içerik, duygusal etki, bilişsel değerlendirme ve kontrol stratejileri bakımından kıyaslayan çalışmalarında OKB hastalarında girici düşüncelerin daha sık geldiğini ve agresyon, şüphe ve kontaminasyona dair girici düşüncelerin diğer gruptaki bireylerden daha yoğun olduğunu; girici düşüncelere ilişkin memnuniyetsizliğin OKB hastalarında diğer tüm gruptan yüksekken girici düşüncelere sahip olmayla ilgili suçluluğun depresyon grubunda da OKB grubundaki kadar yüksek olduğunu; tüm işlevsel

olmayan bilişsel değerlendirme biçimlerinde OKB hastalarının sonuçlarının yüksek çıktığını; aleni nötrleştirme, kendi kendine akıl yürütme, güvence arama, bastırma, belirli sözcükleri söyleme ve kendini rahatlatma gibi kontrol stratejilerinden sadece belirli sözcükleri söyleme stratejisini kullanmada OKB grubunun tanı almayan gruptan daha aktif olduğu fakat kaygı ve depresyon grubundan farklılaşmadığı görülürken diğer tüm stratejileri kullanmada OKB grubunun tüm gruplardan daha aktif olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada, yukarıda bahsedilen Rachman ve de Silva'nın (1978) çalışma sonuçlarına paralel şekilde OKB tanısı alan bireylerdeki anormal obsesyonlar ile tanı almamış grupta görülen normal obsesyonların farkının niteliksel değil niceliksel olduğu bulunmuştur (Morillo, Belloch ve García-Soriano, 2007: 1328). Günümüze daha yakın zamanda yapılmış olan García-Soriano ve Belloch'un (2013: 441) çalışmasında ise OKB tanısı alan ve almayan grupta hem obsesyon hem kompulsiyonlara ilişkin veriler kıyaslanmış; hem obsesyon hem kompulsiyon şiddetinin OKB tanısı alanlarda daha yüksek olduğu bulunmuş; obsesyonların şiddetinin rahatsız olma, müdahâle etme ve işlevsel olmayan değerlendirmelerle ilişkili olduğu belirtilirken kompulsiyonların şiddetinin belirli kontrol stratejilerinin seçimiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (A.g.e.: 441,444).

Normal obsesyonların genel popülasyondaki varlığı Bilişsel Davranışçı Teori'nin (BDT) OKB'ye yaklaşımında kilit role sahiptir (Clark, 2020: 38). Bilişsel Kuram perspektifinden bakıldığında; istenmeyen girici düşünceler normal obsesyonlarken bireylerin onları etkisiz hale getirilmesi gereken kişisel bir tehdit olarak yanlış yorumlanmasıyla patolojik obsesyonlara dönüşmektedirler (Rachman, 2003: 14). Yani normal ve klinik obsesyonlar arasındaki kritik fark, belirli biliş türlerinin içeriğinden veya oluşumundan ziyade girici düşüncelerin nasıl değerlendirildiği ve bu düşüncelere nasıl tepki verildiğinde yatmaktadır (Gibbs, 1996: 748). Tablo 2.1.'de normal ve anormal obsesyonların ayrımı ile ilgili kriterlere yer verilmiştir. Bir bireyin tekrarlayan olumsuz düşünce deneyiminin klinik obsesyon özelliklerini karşılayıp karşılamadığını ve dolayısıyla BDT protokolleri için uygun olup olmadığını belirlemek için bu karşılaştırmadan yararlanılabilmektedir (Clark, 2020: 39).

Tablo 2.1: Normal ve Anormal Obsesyonların Karşılaştırılması

| Normal Obsesyonlar | Anormal Obsesyonlar |
|--|--|
| Sıklığı daha azdır. | Sıklığı daha fazladır. |
| Kabul edilmezliği/sıkıntı vericiliği daha azdır. | Kabul edilmezliği/sıkıntı vericiliği daha fazladır. |
| Suçluluk hissi ile ilişkisi azdır. | Önemli düzeyde suçluluk hissiyle bağlantılıdır. |
| İstemsizce gelmesine gösterilen direnç zayıftır. | İstemsizce gelmesine gösterilen direnç güçlüdür. |
| Kontrol edilebileceği algısı belirli düzeyde mevcuttur. | Algılanan kontrol azalmıştır. |
| Benlikle uyumludur. | Benliğe yabancıdır. |
| Bilinçli farkındalığın önüne geçemeyen sınırlı girici düşüncelerdir. | Bilinçli farkındalığın önüne geçebilen zaman tüketen girici düşüncelerdir. |
| Düşünce kontrolü ile meşguliyet azdır. | Düşünce kontrolü ile meşguliyet artmıştır. |
| Obsesyonun verdiği sıkıntının giderilmesinin üzerinde daha az durulur. | Obsesyonun verdiği sıkıntının giderilmesinin üzerine odaklanılmıştır. |
| Günlük yaşamı pek etkilemez. | Günlük yaşamı önemli düzeyde etkiler. |

Kaynak: Clark, 2020: 39.

2.1.11. Türkiye’de Obsesif Kompulsif Bozukluk Çalışmaları

Alan yazına bakıldığında ülkemizde OKB’nin fenomenolojisi, epidemiyolojisi ve klinik özellikleri ile ilgili farklı çalışmalara rastlanmıştır. Bu başlık altında Türkiye’de gerçekleştirilen çalışmalardan bazıları ele alınmıştır.

Eğrilmez ve diğerleri (1997: 106) DSM-III-R kapsamında OKB tanısı alan 45 Türk hastayla yaptıkları çalışmalarında hastaların obsesyon ve kompulsiyonlarını biçim ve içerik bakımından incelemiş; en yaygın obsesyonların kapı, pencere veya gaz vanası kapatıp kapatmama gibi günlük etkinlik obsesyonlar ve kirlenme-bulaş ile ilgili obsesyonlar olduklarını bildirmişlerdir (A.g.e.: 109). Dini içerikli ve agresyon içerikli obsesyonların ise daha nadir görüldüğü aynı çalışmanın bulguları arasında yer almaktadır (A.g.e.:108). Çalışmada OKB’nin genelde ergenlik döneminde ya da yirmili yaşlarda başladığı da bildirilmiştir (A.g.e.: 109). Çalışmanın bulguları, mevcut tez çalışmasının ilgili bölümlerinde değinilmiş olan uluslararası çalışmaların bulgularına büyük ölçüde paralellik göstermiştir (Bkz. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Alt Tipleri, Obsesif Kompulsif Bozukluğun Başlangıç Yaşı). Tezcan ve Millet (1997: 342) ise Türkiye’nin doğusunda 108 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmada, yukarıda bahsedilen Eğrilmez ve diğerlerinin (1997: 109) çalışma

sonuçlarına paralel şekilde en yaygın obsesyon türünü kirlenme-bulaş ile ilgili obsesyonlar olarak bulmuştur. Tükel ve diğerleri (2002: 204) ise OKB'nin eş tanısı ile ilgili gerçekleştirdikleri çalışmada yurtdışında gerçekleşen çalışmaların sonuçlarına paralel olarak en yaygın eş tanının Majör Depresyon Bozukluğuyla görüldüğünü bulmuştur. Çilli ve diğerlerinin (2004: 367, 369) Konya örneğinde gerçekleştirdikleri çalışmada ise DSM-IV tanı kriterlerine göre OKB'nin 12 aylık yaygınlığı araştırılmış ve bu oran %3 olarak bulunmuştur. Çalışmaya göre OKB'nin kadınlardaki yaygınlığı daha fazla olmakla beraber istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşma bulunmamaktadır (A.g.e.: 369). Çalışmanın bulgularıyla mevcut tez çalışmasının ilgili bölümlerinde yer verilen farklı ülkelerde gerçekleştirilen çalışmaların bulguları arasında benzerlikler de farklılar da olduğu görülmüştür (Bkz. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Yaygınlığı, Obsesif Kompulsif Bozukluğun Cinsiyete Göre Dağılımı). Karadağ ve diğerlerinin (2006: 145) OKB'nin klinik özelliklerini ve obsesif kompulsif belirtilerle kültürel özellikler arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla DSM-IV tanı kriterlerine göre OKB tanısını karşılayan 141 Türk hastayla gerçekleştirdikleri çalışmada ise OKB'nin erkeklerde daha erken başlangıç gösterdiği, en yaygın eş tanının Majör Depresyonla olduğu, en yaygın obsesyonların bulaşla ilgili olduğu, erkeklerde simetri obsesyonları ve cinsel obsesyonlar yaygınken kadınlarda kir ve bulaş obsesyonlarının yaygın olduğu ve erkeklerde kontrol etme kompulsiyonları yaygınken kadınlarda yıkama kompulsiyonlarının yaygın olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada dinî obsesyonların görülme oranının Batı ülkelerinde yapılan çalışmalardaki dini obsesyon görülme oranından yüksek fakat Doğu ülkelerinde yapılan çalışmalardaki orandan düşük olduğu bulunmuş; bu sonuç kültürün etkisi bakımından açıklanmıştır (A.g.e.: 150). Yorulmaz, Gençöz ve Woody (2009: 401, 404) ise Türkiye'den Müslüman örneklem ve Kanada'dan Hristiyan örneklemin özelliklerini karşılaştırarak din ve OKB arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında Müslüman örnekleme dinî obsesyonlar da dahil olmak üzere incelenen tüm OKB boyutlarındaki belirti düzeyinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Uzgan ve diğerlerinin (2021: 443) gerçekleştirdikleri günümüze yakın tarihli çalışmada ise OKB'nin en yüksek eş tanı gösterdiği bozukluk hem Türkiye'de hem de yurtdışında gerçekleşen çalışmaların sonuçlarına paralel olarak Majör Depresyon Bozukluğu olarak belirtilmiştir.

2.2. Üstbiliş

Üstbiliş terimini psikoloji alanına kazandıran Flavell'a (1979: 906) göre üstbiliş, "bilişsel fenomenler hakkında biliş" veya daha basit olarak "düşünme hakkında düşünmek" anlamına gelmektedir. Terim geliştirildikten sonra orijinal anlamına paralel olarak alandan başka araştırmacılarca da kullanılmıştır. Örneğin; Cross ve Paris (1988: 131), üstbiliş terimini, çocukların kendi düşünme ve öğrenme aktiviteleri üzerindeki bilgi ve kontrolleri olarak; Hennessey (1999: 3), kişinin kendi düşüncelerinin ve kavrayışının farkında oluşu, bilişsel süreçlerini aktif izlemesi ve bilişsel süreçlerini öğrenme ve problem çözme konusunda düzenleme girişimi olarak; Kuhn ve Dean (2004: 270), kişinin kendi düşünceleriyle ilgili farkındalığı ve düşüncelerini idaresi olarak; Martinez (2006: 696) ise, düşüncenin izlenmesi ve kontrolü olarak kullanmıştır.

Klinik psikoloji perspektifinden bakıldığında üstbiliş, düşünme eyleminin kontrolü, değiştirilmesi ve yorumlanmasıyla ilgili psikolojik yapıları, bilgileri, olayları ve süreçleri ifade etmektedir (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004: 386). Üstbiliş; bilişi değerlendiren, izleyen veya kontrol eden bilgiyi (inançları), süreçleri ve stratejileri içerdiğinden çok yönlü bir kavram olarak değerlendirilebilir (Wells, 2000: 7). Bu çok yönlü yapı; üstbilişsel bilgi, üstbilişsel deneyim ve üstbilişsel kontrol stratejileri olmak üzere temelde 3 çeşit yapıya ayrılabilir (A.g.e.: 9).

2.2.1. Üstbilişsel Bilgi

Üstbilişsel bilgi, kişilerin kendi bilişlerine dair inançlarını ifade eder. Açık ve örtük üstbilişsel bilgi olmak üzere iki türü olduğundan söz edilebilir (Wells, 2000: 9). Açık üstbilişsel bilgi, kişinin bilinç düzeyindedir ve sözel olarak ifade edilebilmektedir (A.g.e.). Örneğin; Yaygın Kaygı Bozukluğu olan bir bireyin "Endişelerim kontrol edilemezdir." şeklindeki inancı (Wells, 1995: 303; Wells, 2000: 9) ya da OKB'li bir bireyin belirli düşüncelerin negatif olaylara ya da istenmeyen eylemlere sebebiyet vereceğine olan ilancı açık üstbilişsel bilgidir (Emmelkamp ve Aardema, 1999: 139; Purdon ve Clark, 1999: 102; Rachman, vd., 1995: 779; Wells, 2000: 9). Örtük üstbilişsel bilgi ise, açık üstbilişsel bilginin aksine, normalde bilinç düzeyine getirilmeye elverişli değildir ve kelimelerle ifade edilemez; fakat, dikkatin ayrılması, bellek yoklaması, buluşsal kısa yolların kullanımı gibi kişinin işlemlerini etkileyen yapılardır (Wells, 2000: 9).

2.2.2. Üstbilişsel Deneyim

Üstbilişsel deneyim, kişinin düşünceleri gibi zihinsel olaylarının, duygularının ve bilişe dair yargılarının değerlendirilmesini içerir (Wells, 2000: 10). Bu değerlendirmeler, bilişin değerlendirilmesi için üstbilişsel bilginin kullanımını ve kişinin bilişsel deneyimi ile ilgili bilinç düzeyinde yorumlamalarını içerir. Çok yaygın yaşanan bir durum olan “dilimin ucunda” etkisi, yani aslında aranan bilginin bellekte olduğuna yalnız şimdilik hatırlanamadığına dair güçlü bir öznel duyumun olması, üstbilişsel deneyime iyi bir örnektir (A.g.e.: 7). Üstbilişsel deneyimlerin psikopatolojiyle ilgisi ise, negatif üstbilişsel değerlendirmelerin ve yargıların varlığından kaynaklanabilir. Örneğin, OKB’li bireyler düşüncelerini ya da belleklerini negatif bir şekilde değerlendirebilmektedir (A.g.e.: 10).

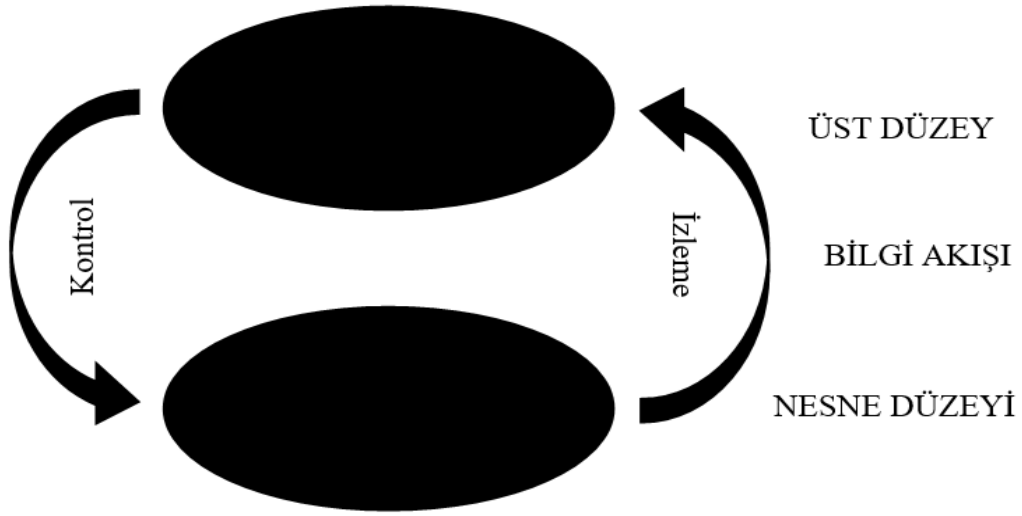
Nelson, Kruglanski ve Jost’a (1998: 71) göre anlık duygular veya duyular üstbilişsel yargılamaya ve değerlendirme için önemli bilgi kaynaklarıdır. Wells ve Matthews (2015: 12) duyguların bilgi kaynağı olarak kullanılması mantığının psikolojik bozukluklarda geçerli olduğunu belirtmiş; duyguların, örtük düzeyde kişinin işleme için kullanacağı plan seçimini yanıltabileceği gibi açık düzeyde de duygusal bozukluğu olan bireylerin tehdidin değerlendirilmesi ve uygun baş etme stratejisinin yürütülmesinin düzenlenmesinde duygu temelli bilgileri kullanma eğiliminde olduklarını ifade etmiştir.

2.2.3. Üstbilişsel Kontrol Stratejileri

Üstbilişsel kontrol stratejileri, bireylerin bilişsel sistem faaliyetlerini kontrol etmeleriyle ortaya çıkan tepkilerdir (Wells, 2000: 10). Bu stratejiler, düşünme stratejilerini baskılayabilir, yoğunlaştırabilir ya da izleme süreçlerini geliştirebilir (A.g.e.). Klinik bozukluklarda, üstbilişsel kontrol stratejileri genellikle bilinç akışını kontrol etmeye yönelik girişimleri içerir (A.g.e.). Örneğin; obsesyonlardan muzdarip olan bir bireyin dua ederken zihnine girici imge olarak şeytanın imgesi geldiğini ve kişinin üstbilişsel inancının da bu imgenin tehlikeli olduğu ve kötülöklere sebep olabileceği şeklinde olduğunu düşünebiliriz. Bu durumda kişi, kendine ya da sevdiğilerine zarar gelmemesi için duadaki her bir kelimeye yoğun dikkat ederek ve Hz. İsa’nın mükemmel bir tasvirini zihninde canlandırmaya çalışarak zihnini kontrol etme çabasında olabilir. Bu işleyişte, kişi hem üstbilişsel kontrol stratejilerini kullanmakta hem de Hz. İsa’nın mükemmel imgesi için yoğun bir izleme süreci

tecrübe etmektedir. Eğer bu strateji işe yaramazsa kişi de duayı tekrarlama gibi kompulsiyonlar geliştirebilmekte ve kişi kendince mükemmel olana erişinceye kadar bu süreci devam ettirebilmektedir. Kişi istediği mükemmelliğe eriştiğinde, uygulanan stratejinin tehdidin giderilmesini ve kaygının azalmasını sağlamış olacağı söylenebilmekle beraber; bu stratejiyi uygulamak ve istenilen amaca ulaşmak yoğun bir çaba ve tekrarlanan girişimler olmadan başarılması zor bir durumdur (A.g.e.: 11).

Yukarıda örneklendirilmiş olan bilişlerin kontrolü ve izlenmesi sürecini, Nelson ve Narens (1990: 125-127) üst düzey (meta-level) ve nesne düzeyi (object-level) olmak üzere birbirleriyle ilişkili iki düzeyden oluşan bir modelle açıklamaktadır (Şekil 2.1.). Bu modele göre; üst düzey ile nesne düzeyi arasında devamlı bir bilgi akışı meydana gelmektedir. Bilişlerin kontrolü sürecinde bilgi akışı, üst düzeyden nesne düzeyine doğrudur ve üst düzeyden nesne düzeyine aktarılan bilgi ya nesne düzeyindeki sürecin durumunu ya da nesne düzeyindeki sürecin kendisini değiştirir (A.g.e.: 127). Bu değişim, nesne düzeyinde bir eylemin başlatılması, durdurulması ya da devam edilmesi yönünde olabilir (Nelson ve Narens, 1990: 127; Wells, 2000: 13). İzleme sürecinde ise, bilgi akışı nesne düzeyinden üst düzeye doğrudur ve bu sayede üst düzey, nesne düzeyinin durumu ile ilgili bilgilendirilir. İzleme süreci için üretilen veriler, temelde, kişinin iç gözlemleriyle ortaya çıkan öznel bildirimlerini içermektedir ve izleme sürecinde, üst düzeyin yaşanan durum ile ilgili modelinde değişim yaşanmaktadır (Nelson ve Narens, 1990: 127). Bu modelde nesne düzeyini kontrol eden bir üst düzeyden bahsedilirken, üst düzeyi kontrol eden herhangi bir mekanizmanın varlığından söz edilmemiştir (Wells, 2000: 7-8). Wells'e (2000: 8) göre; üst düzeyi kontrol eden mekanizma, Kendini Düzenleyen Yürütücü İşlevler (KDYİ) modelinde (self-regulatory executive function model, S-REF) (Wells ve Matthews, 1994) olduğu gibi, üst düzeyin nesne düzeyinde gerçekleştirmek istediği değişim hedefleriyle ilgili bilişsel ve davranışsal stratejilerinin bireysel değerlendirmesinden oluşan geri bildirim mekanizmasıdır.



Şekil 2.1: Nelson ve Narens'in (1990) Üst Düzey-Nesne Düzeyi Modeli

Kaynak: Nelson ve Narens (1990: 126).

2.3. Psikolojik Bozuklukların Üstbilişsel Modeli

Psikolojik bozuklukların üstbilişsel modeli temelini Wells ve Matthews (1994) tarafından geliştirilmiş olan Kendini Düzenleyen Yürütücü İşlevler (KDYİ) modelinden (self-regulatory executive function model, S-REF) almaktadır (Fisher ve Wells, 2009: 7; Wells, 2009: 9). Bu modele göre, bilişsel süreçler birbiriyle etkileşim hâlindeki 3 düzeyde gerçekleşir (Wells, 2009: 9). Bu düzeyler; düşük düzey işleme diye de bilinen otomatik ve refleksif işleme düzeyi, bilişsel tarz olarak isimlendirilen düşünce ve davranışların bilinçli işlenmesi düzeyi ve uzun süreli bellekte depolanan üstbilişsel bilgi ve inançların bulunduğu üst düzey işlem düzeyidir (A.g.e.).

İlk bahsedilen düzeyde, işleme uyarana bağlı olarak gerçekleşir ve bilinç farkındalığının dışındadır (Wells, 2000: 16). İkinci düzeyde ise; olaylar bilinçli değerlendirilir, düşünce ve eylemler kontrol edilir (A.g.e.). Bazı klinik bozukluklarda farkındalığın azalabilmesi mümkün olmakla birlikte; ikinci düzeyde yürütülen işleme istemlidir ve kişi kendi istemli kontrolünün de farkındadır (A.g.e.). Bahsedilen iki düzeyin kaynak gereksinimleri de birbirinden farklıdır (A.g.e.). İlk düzey, baskın olarak otomatik olduğundan işleme için dikkate ihtiyaç çok az iken;

ikinci düzeyde işlemlenin gerçekleşmesi dikkat kaynaklarının kullanımına bağlıdır (A.g.e.). İkinci düzeyde işlemlenin gerçekleşmesi için üçüncü düzeyden gelecek bilgi ve inançlara da gereksinim duyulmaktadır (A.g.e.). Üçüncü düzey olan üst sistem (meta-system) ise, üstbilişsel bilgi ve inançları depolamanın yanı sıra mevcut bilişsel işlemlenin bir temsilini de barındırarak bilişsel işlemleri etkinleştirilmiş bir plan hedefi doğrultusunda yönlendirir (Wells, 2009: 9-10).

Kendini Düzenleyen Yürütücü İşlevler Modeli, isminin de çağrıştırdığı üzere, psikolojik bozuklukları yukarıdan aşağı yani bilinçli süreçler ve öz düzenleme stratejileri üzerinden açıklamaktadır (Fisher ve Wells, 2009: 7). KDYİ modeline göre; bireylerin düşünme tarzlarında veya duygularıyla, düşünceleriyle ve stresle baş etme tarzlarında bir bozulma olmakta; bu bozulma da kişide duygusal sıkıntının yoğunlaşmasına ve devam etmesine neden olmaktadır (A.g.e.). KDYİ modeli, duygusal sıkıntının oluşumunu 4 temel kavram kullanarak açıklamaktadır (Wells, 2013: 187). Bu kavramlar; Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS) (the Cognitive Attentional Syndrome, CAS), üstbilişsel inançlar, yürütücü kontrol ve zihinsel modlardır (A.g.e.).

2.3.1. Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS)

Wells'e (2009: 10-11) göre BDS (Cognitive-Attentional Syndrome, CAS), işlevsel olmayan belirli bir düşünme biçimidir ve kökenini bireyin kendi ve dünya ile ilgili üstbilişsel bilgi ve inançlarından alır. KDYİ modeline göre, çoğu psikolojik bozukluğun temelinde BDS yatmaktadır (Wells, 2013: 187). Normalde, bireyler için "kaygı, üzüntü, öfke" gibi olumsuz duyguların ya da "değersizlik" gibi olumsuz değerlendirmelerin gerçekleştiği dönemler kısa süreli ve geçici olabilirken; BDS, bireylerin bu gibi durumlardan uzun süreli veya tekrarlayan bir şekilde rahatsız olmasına sebep olmaktadır (Wells, 2009: 10).

BDS, genelde endişe ya da ruminasyon şeklindeki aşırı kavramsal işlemlerden oluşur (Wells, 2009: 11; Wells, 2013: 187). Ruminasyon, ağırlıklı olarak geçmiş odaklı bir düşünme biçimi iken yine BDS'nin bir parçası olan endişe ise, gelecek odaklıdır (Fisher ve Wells, 2009: 11). Ruminasyonda kişi, "neden" sorusuna cevap ararken endişede ise kişi, "ya eğer..." sorusuna cevap aramaktadır (A.g.e.). Örneğin; kaygılı bir birey gelecekte "ya hasta olursa" diye endişelenirken, depresif bir birey zamanının çoğunu "ruh halinin neden o şekilde olduğuyla" ilgili analizler yapmakla

geçirir (Wells, 2013: 188). Olumsuz düşünce ya da hislere tepki olarak bireyde gelişen endişe, tehdidin tahmin edilmesi ve tehditle baş edecek ya da ondan kaçınacak yolların oluşturulması için çalışır (Fisher ve Wells, 2009: 12). Bunu yaparken bir dizi tehdit oluşturduğundan, tehlike hissini artırdığından, kaygıya neden olduğundan veya mevcut kaygı tepkisini sürdürmeye sebebiyet verdiği endişe, sorunlu bir düşünme şeklidir (A.g.e.). Ruminasyon ise; kişinin cevap aradığı soruların ayırt edici ya da tek bir cevabı olmamasından dolayı kişide ne bildiği ile neyi bilmeyi arzu ettiği arasındaki belirsizliği ve uyuşmazlığı sürdürdüğünden ötürü sorunlu bir süreçtir (Wells, 2009: 14). Ayrıca, endişe ve ruminasyon bireyde tehdit duygusunu etkinleştirip sürdürerek kaygı ya da depresyonun geçici olması yerine kalıcı hâle gelmesine sebebiyet verir (A.g.e.). Bu süreçler, önemli dikkat kaynaklarını harcadıklarından dolayı bireyin baskı altındayken doğru ve kontrollü düşünme veya karar verme becerisini zayıflatabilir (A.g.e.). Tekrarlanan endişe ve ruminasyonun alışkanlık gücü pekişir ve dolayısıyla, kişinin bu tepkilere olan farkındalığı azalır ve kişi bu tepkilerin kontrol edilmeden sürdürülmesine izin verir (A.g.e.). Alışkanlığın güçlenmesi ve farkındalığın azalması ise bu zihinsel süreçlerdeki kontrolünü kaybetme duygusunu besler (A.g.e.). Endişe ve ruminasyon düşük düzey işleme üzerinde de olumsuz bazı etkileri olabilmektedir (Fisher ve Wells, 2009: 12). Özellikle, Travma Sonrası Stres Bozukluğunun (TSSB) Üstbilişsel Modelinde (Wells, 2000; Wells ve Sembi, 2004) endişe ve ruminasyonun bireyde yerleşik olan travma sonrası normal iyileşme süreçlerini bozduğu ve TSSB belirtilerinin devam etmesine sebep olduğu düşünülmüştür (Fisher ve Wells, 2009: 12). Bu bozulma ve TSSB belirtilerinin devam etmesi, kısmen bireyin beyindeki duyu işleme ağlarındaki aktivite üzerinde uygun yukarıdan-aşağıya (top-down) kontrollü yürütmede başarısız olmasından kaynaklanmaktadır çünkü; kontrol süreci için kullanılması gereken dikkat kaynakları duygusal ağlardaki aktiviteyi duyarlı hâle getiren ya da sürdüren endişe ve ruminasyonun duyu yüklü süreçlerine yönlendirilmiştir (A.g.e.). BDS' nin bir diğer parçası da geçmişe takılıp kalmanın özel bir formu olan "boşluk doldurmadır" (Wells, 2013: 188). Travma tepkisi olarak ortaya çıkabilen bu süreçte birey, travmatik olayla ilgili anıyı gözden geçirir ve var olan boşlukları doldurmaya çalışır (A.g.e.). Bu stratejinin kullanılmasındaki sorun, anıyı yeniden bilince sunması sebebiyle, zamanla anıların daha az belirgin hâle gelmesini sağlayan süreçlere müdahale etmesidir (A.g.e.). Sonuç olarak, tüm bu işlevsel olmayan tepkiler genelde geri tepmekte ve tehdit hissini ya da olumsuz benlik görüşünün

sürdürülmesine ya da derinleşmesine neden olmaktadır (A.g.e.).

Ruminasyon ve endişe dışında, BDS'nin bir diğer bileşeni de Wells ve Matthews (1994) tarafından terim hâline getirilmiş olan "tehdit izlemedir" (Wells, 2009: 11). Tehdit izleme, dikkati tehditle ilgili uyaranlara sabitleme şeklindeki dikkat yanlılığıdır (A.g.e.). Tehdit izlemede birey, dikkatini olası içsel veya dışsal tehditlere odaklanmaktadır (Wells, 2013: 188). Psikolojik bozukluklarda tehdit ile ilgili uyaranlar; duygular, düşünceler ya da bedensel duyular gibi genellikle içsel uyaranlardır (Fisher ve Wells, 2009: 12). Örneğin; hastalık kaygısı olan bir hasta, tüm vücudunu tarayarak kanser belirtileri arayabilir ya da obsesyonları olan bir hasta, yasak ya da tehlikeli olduğuna inandığı bazı düşüncelerin ortaya çıkıp çıkmayacağına dair düşüncelerine odaklanabilir (A.g.e.: 12-13; Wells, 2013: 188). Sosyal fobisi olan bireylerin başkalarının onlar hakkında ne düşüncelere olabileceğini izlemesi ya da kirlenmeyle ilgili obsesyonları olan kişilerin etraftaki şüpheli görünen lekelerle odaklanması da dışsal tehditlerin izlendiği tehdit izlemesine örnek olarak verilebilir (Fisher ve Wells, 2009: 13).

BDS'nin içerdiği son bileşen ise, öz düzenleme üzerinde uyumsuzluklara sebebiyet veren diğer başa çıkma davranışlarıdır (Wells, 2013: 188). Örneğin; bireyler sıkıntıyla baş etmek adına madde kullanımı, kaçınma, onay arama, kendini cezalandırma ya da düşünce bastırma gibi davranışlarda bulunabilirler (Fisher ve Wells, 2009: 13; Wells, 2009: 10). Bu gibi stratejiler; hatalı fikirleri düzeltebilecek bilgiye açık olmayı önlediğinden, normal bilişsel ya da biyolojik süreçleri kesintiye uğratabildiğinden ve başkaları üzerinde de olumsuz etkileri olduğundan işlevsel değildir (Fisher ve Wells, 2009: 13).

2.3.2. Üstbilişsel İnançlar

BDS gibi düşünme biçimlerinin seçilmesi ve uygulanması üstbilişe bağlıdır (Wells, 2013: 188). Yani, BDS aslında yanlış üstbilişsel inançlar tarafından kontrol edilmektedir (Wells, 2009: 15). Üstbilişsel modele göre, az sayıdaki belirli üstbilişsel inançlar çoğu bozukluğun ortaya çıkışını açıklamaktadır (Wells, 2013: 188). Düşünme tarzının seçimini ve dolayısıyla bozukluğun oluşumunu etkileyen bu üstbilişsel inançlar, olumlu ya da olumsuz üstbilişsel inançlar olabilmektedir (Wells, 2009: 15).

Olumlu üstbilişsel inançlar, BDS'nin bileşenleri ile ilgilidir (Wells, 2013: 188). Daha detaylı ifade edilirse, olumlu üstbilişsel inançlar; ruminasyon gerçekleştirilmenin,

endişelenmenin, bilişi kontrol etmenin ve tehdidi izlemenin yararlı olduğuna dair inançlardır (Fisher ve Wells, 2009: 15). Olumlu üstbilişsel inançlara; “Neden böyle hissettiğimi analiz edersem, aradığım cevapları bulurum.”, “Endişelenirsem, hazırlıklı olurum”, “Düşüncelerimi kontrol etmeliyim, yoksa kötü bir şeyler yaparım.” ve “Tehlikeye odaklanmak beni güvende tutar.” örnek olarak verilebilir (Wells, 2009: 15). Olumsuz üst bilişsel inançlar ise, düşünceler ve genel inançlar gibi içsel bilişsel olayların anlamı ve önemine dair olumsuz yaklaşımlardır (A.g.e.: 16). Bu inançlar; düşüncenin kontrol edilemezliği, önemi ve tehlikeli sonuçlarıyla ilgilidir (Fisher ve Wells, 2009: 15). Olumsuz üstbilişsel inançlar; “Endişem üzerinde kontrolüm yoktur.” (Wells, 2009: 16), “... hakkında düşünmek aklımı kaçırabilir.” (Fisher ve Wells, 2009: 15), “Kazalar ile ilgili düşünceler, onların gerçekleşmesine neden olur.” (Wells, 2013: 188) gibi örneklendirilebilir. Olumsuz üst bilişsel inançlar, “Kaygılı hissetmek, tehlikede olduğum anlamına gelir.” örneğinde olduğu gibi duygusal deneyimleri ve duygu durumlarını da etkileyebilir (Wells, 2009: 16).

Olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar; bireylerin kendi bilişsel içerik ve süreçlerini nasıl kullandıklarını ve onlarla nasıl ilişki kurduklarını etkilerler (Wells, 2013: 189). Bu üstbilişsel inançlar; tehdit izlemeyi, endişeye dayalı ya da ruminatif düşünmeyi kalıcı hâle gelecek şekilde desteklediklerinden BDS’ye yol açmakla beraber; belirli düşünceleri bastırma girişimleri gibi veya endişe ya da ruminasyon gibi esasında kontrol edilebilen bazı zihinsel süreçleri devre dışı bırakamama gibi, öz düzenlemede işlevsel olmayan bazı kalıpların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Fisher ve Wells, 2009: 15). Örneğin; düşünme eyleminin kontrol edilemezliği ve tehlikeli olduğuna dair olumsuz üstbilişsel inançları olan bir birey, bilişlerinin kontrolünü eline almak için onları kontrol etme çabasından ya da farklı önlemleri kullanma çabalarından vazgeçer (Wells, 2013: 189). Bu örnekten de yola çıkılabileceği üzere, olumsuz üstbilişsel inançlar psikolojik bozukluklardaki en yaygın ve güçlü etkilerin sebebi olarak kabul edilebilir; çünkü, bu inançlar bilişi bir potansiyel olmaktan çıkarıp umutsuzluk, yetersizlik ve akut tehlike hissi uyandıran öznel bir tehlike kaynağına dönüştürürler (A.g.e.: 188-189).

2.3.3. Yürütücü Kontrol

KDYİ modelinin üçüncü yapısı, dikkat kontrolü ya da bir başka ifadeyle yürütücü kontroldür (Wells, 2013: 189). Kraft ve diğerlerine (2017: 2) göre; KDYİ modelinin merkezinde, üstbilişlerin uyumsuz ve katı başa çıkma mekanizmalarını nasıl

pekiştirdiği vardır. Üst bilişler, başa çıkma mekanizmalarının işlemesi için yukarıdan aşağıda genel prosedürleri sağlamaktadır; dolayısıyla, çevrimiçi bir süreç olan denetleyici yürütücü kontrolleri (the supervisory executive controls) etkinleştiren de üstbilişlerdir (A.g.e.). Wells'e (2013: 189) göre de üstbilişler, dikkat kontrolünün önemli bir yönüdür; çünkü dikkat kontrolü, düşünmeyi düzenlemek için üstbilişlerdeki bilişsel sistem bilgisine ve rutinlerin bir listesine ihtiyaç duyar.

Miyake ve diğerleri (2000: 54) yürütücü fonksiyonları; görevler arası ya da zihinsel durumlar arası geçiş yapma, çalışan bellek temsillerinin güncellenmesi ile izlenmesi ve baskın ya da güçlü tepkilerin kısıtlanması olmak üzere üç başlıkta incelemiştir. Yürütücü fonksiyonların bu üç bileşenli modelini temel alarak gerçekleştirdikleri çalışmada Kraft ve diğerleri (2017: 4), endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikeli oluşu ile ilgili olumsuz üstbilişsel inançlar ve düşüncenin kontrol edilmesi gerektiğine dair olumlu üstbilişsel inançların; zihinsel durumlar arası geçiş yapabilme becerisinde azalmayla ilişkili olduğunu gözlemlemişler ve görevler ya da zihinsel durumlar arasında geçiş yapma türündeki yürütücü fonksiyonla, üstbilişler arasında temel bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Aynı çalışmada, olumlu ya da olumsuz üstbilişsel inanç seviyelerinin yüksek olduğu bireylerde endişe ya da ruminasyonun durdurulup daha işlevsel bir başa çıkma mekanizmasına geçilememesinin nedeninin de zihinsel durumlar arası geçiş yapma becerisinin azalmasından kaynaklanmış olduğu düşünülmüştür (A.g.e.).

Wells'e (2013: 189) göre psikolojik bozukluklara sahip bireylerde uyumsuz yürütücü kontrol mekanizmaları olduğu söylenebilir. Bu bireylerde ruminasyon ya da endişe döngüsünü kırmak için çok çaba harcanmaz; çünkü bireylerin endişe ya da ruminasyon gibi süreçleri sorundan ziyade bir çözüm yolu olarak görme eğilimleri ya da bu süreçlerin kontrol edilemeyeceğine dair inançları vardır (A.g.e.). Bazı bireyler ise, zihinsel düzenleme için uygun stratejiye sahip olmadıklarından olumsuz düşünce ya da inançlarını bir kenara koymak yerine; işlevsel olmayan bir mekanizma olan düşünceyi bastırma ya da tehdidi izleme stratejisini kullanabilirler (A.g.e.). Bazen üstbilişler, birbiriyle çatışan düşünme stratejilerinin eşzamanlı kullanımında ya da sürekli işlemenin durdurulması veya devam ettirilmesi girişimlerinde de kararsızlıklara neden olabilir (A.g.e.). Bazen de birey, bilişlerini kontrol etmede uygun stratejilere sahip olsa bile bilişsel kaynakların eksikliğinden ya da kendi kontrolü ile ilgili farkındalığındaki azalmadan ötürü kontrolü sağlayacak bilişsel kapasiteden

yoksun olabilmektedir (A.g.e.).

2.3.4. Zihinsel Modlar

Üstbilişsel Kuram'ın kuramsal açıdan ayırt edici bir özelliği de bilişin, bilişsel ya da üstbilişsel olmak üzere iki sisteme ayrılabilceği fikridir (Fisher ve Wells, 2009: 21). Buradan hareketle işleme, doğası gereği bilişsel ya da üstbilişsel olabilmektedir (A.g.e.). Dolayısıyla da birey, düşüncelerini farklı tarzlarda deneyimleyebilmektedir (A.g.e.). Bu düşünce tarzları da farklı zihinsel modları ifade etmektedir (A.g.e.).

Zihinsel modlar, KDYİ modelindeki son bileşendir ve bireyin kendi bilişleriyle ilişki kurma biçimine karşılık gelir (Wells, 2013: 189). Bir başka deyişle zihinsel modlar, bilişin içeriği ve ürünlerini deneyimlerken kurulan doğrudan ilişkinin ya da kullanılan bakış açısının türüdür (A.g.e.). Zihinsel modlar, nesne modu (object mode) ve üstbilişsel mod (metacognitive mode) olmak üzere iki türdür (A.g.e.). Nesne modu, bireydeki kusurlu işleme modudur (A.g.e.) ve nesne modunda düşünceler, gerçekte meydana gelen olaylardan ayırt edilemeyen dışsal olaylar gibi deneyimlenmektedir (Fisher ve Wells, 2009: 21). Nesne modunun aksine, üstbilişsel modda ise düşünceler, benlikten ve dış dünyadan ayrı olarak deneyimlenir (Wells, 2013: 189). Bu modda düşünceler, anda gözlemlenebilecek olan büyük resmin bir parçası gibidir (A.g.e.). Tablo 2.2.'de de görülebileceği üzere bu iki modda; amaçlar, stratejiler, üstbilişler ve bu modların doğuracağı olası sonuçlar farklıdır (Wells, 2000: 27-28). Örneğin; kirlenme/bulaş obsesyonları olan bir birey, halka açık bir alanda lekeler gördüğünde “bunlar dışkıyla kirlenmiş” diye düşünüp kendi düşüncesiyle leke algısını birbirinden ayırtamazsa; bu bireyde nesne modunun aktif olduğu söylenebilir (Fisher ve Wells, 2009: 21). Aynı örnekte birey üstbilişsel zihin modundaydı, düşüncesinin farkındadır ve düşüncesini lekeden bağımsız zihnindeki bir olay olarak değerlendirebilmektedir (A.g.e.). Böylelikle de sorun, “her yerde bulaş riski” olmasından çıkıp bireyin düşüncelerine gereğinden fazla önem atfettiği ve onları gerçeklikle karıştırdığı hâlini alır (A.g.e.).

Tablo 2.2: Nesne Modu ve Üstbilişsel Mod Özellikleri

| | Nesne Modu | Üstbilişsel Mod |
|-----------------------|--|--|
| Üstbilişler | Düşünceler gerçekliği betimler (tehdit nesnelidir). Düşüncelere göre hareket edilmelidir. | Düşünceler olgulardır, gerçeklik değillerdir (tehdit öznelidir). Düşünceler değerlendirilmelidir. |
| Amaçlar | Tehdidi yok etmek. | Düşünmede değişiklik yapmak. |
| Stratejiler | Tehdidi değerlendirmek. Tehdit azaltıcı davranışlar sergilemek (endişe ya da tehdit izleme gibi). | Düşünceleri değerlendirmek. Üstbilişsel kontrol davranışları gerçekleştirmek (endişeyi uzaklaştırma ya da dikkat yönünü değiştirme gibi). |
| Olası sonuçlar | Uyum bozucu bilgi güçlenir. | Bilgi yeniden yapılandırılır. Yeni planlar geliştirilir. |

Kaynak: Wells, 2000: 28.

Wells (2013: 190) nesne modu ile üstbilişsel modu, normal rüya görme ve lüsid rüya (lucid dreaming) deneyimleme metaforu üzerinden açıklar. Normal rüya görürken deneyimlenen düşünceler, nesne modundaki gibi gerçekten farksız iken; kişi uykusunda üstbilişsel moda geçerek rüyasını kontrol edebildiği ve yeni hikayeler yazabilme imkânı elde edebildiği lüsid rüyayı deneyimleyebilir (A.g.e.). Üstbilişsel mod, aynı uykuda olduğu gibi uyanırken de bireyin biliş ve davranışının kontrolünde daha çok seçeneğe ve esnekliğe sahip olmasını sağlamaktadır (A.g.e.). Örneğin; bir birey “ben değersizim” şeklindeki bir olumsuz düşünceyi deneyimlediğinde, işleme tipik olarak nesne modunda gerçekleşir ve düşünce doğrudan bir veri olarak ele alınır (Fisher ve Wells, 2009: 21). Bundan dolayı kişi, neden değersiz olduğu ve nasıl daha değerli olabileceği üzerine analizler yapar (A.g.e.). Aynı düşünce üstbilişsel modda işlendiğinde ise, kişi bir adım geriye gidip bu deneyimlediği şeyin zihnindeki bir düşünce olduğunu fark edebilir (A.g.e.). Üstbilişsel moda geçilmesi, olumsuz düşünceye verilen tepkide esneklik kazanılmasını sağlayan ve BDS tarafından belirlenen alışılmış düşünme tarzlarının etkin hâle gelmesinin önünde tampon vazifesi gören önemli bir kaynak olarak düşünülebilir (A.g.e.: 21-22).

Psikolojik bozukluklarda ise düşünceler, devamlı olarak tehdit ve tehlikeye işaret ederler (Wells. 2013: 190). Bu durumda işleme nesne modundadır ve BDS'nin de etkinleşmesiyle bu mod, bilişlerden sıyrılıp etkili bir kontrol sağlanması için gereken esneklikte azalmayı beraberinde getirir (A.g.e.). Ayrıca, psikolojik bozukluklara sahip

bazı bireylerde nesne modu o kadar güçlü ve katıdır ki onlar için bir düşüncenin gerçeklikle eşdeğer oluşu doğrudan bir algıdır ve kalıplaşmış inançlara yol açar (A.g.e.).

2.4. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbilişsel Modeli

Yukarıda detaylı bahsedildiği üzere KDYİ modeli (Bkz. Psikolojik Bozukların Üstbilişsel Modeli), Wells ve Matthews (1994) tarafından oluşturulmuş ve birçok psikolojik bozukluğun açıklanmasında kullanılmıştır (Akt. Fisher ve Wells, 2009: 7). Wells ve Matthews (1994), bu modelde duygusal bozukluklara yatkınlığı ayrıntılı bilişsel işleme çerçevesinde açıklayarak OKB'nin prototipik bir üstbilişsel modelini de ortaya koymuştur (Akt. Wells, 1997: 239). OKB'nin prototipik bu modelinde girici düşünce, imge ya da dürtülerin; bu girici bilişlerin önemine ilişkin inançları harekete geçirdiği ileri sürülmüştür (A.g.e.). Modelde bahsedilen inançlar yalnızca girici bilişler hakkındaki bilgilerden değil, aynı zamanda bu girici bilişlere yönelik davranışsal tepkiler hakkındaki bilgilerden de oluşmaktadır (A.g.e.). Ayrıca Wells ve Matthews (1996: 885), OKB'de girici düşüncelerin anlamı ve önemine yönelik değerlendirmelerin gerçekleştiğini ve bu değerlendirmelerin ise girici düşüncenin düşük düzeydeki temsillerinin etkinliğinin sürdürülerek girici düşüncelerin ortaya çıkmasını daha olası kıldığını dile getirmiştir. Wells ve Matthews (1994, 1997) OKB'de üst-bilişsel inançların ve deneyimlerin patolojideki yerini belirtmenin yanı sıra hastalar tarafından benimsenen dikkat stratejilerinin de OKB'yi sürdürmesinin muhtemel olduğuna değinmiştir (Akt. Wells, 1997: 240). Ayrıca Wells ve Matthews (1994), obsesyonlu bireylerin dışsal olaylardan ziyade içsel olarak oluşturulan olaylara öncelik verme eğiliminde olduklarını da belirtmiştir (Akt. Wells, 1997: 240).

Wells (1997: 236-265, 2000: 180-199) ise OKB'ye ilişkin oluşturulan örnek modeli detaylandırarak OKB'nin üstbilişsel modelini kurmuştur. Bu modelde ise OKB'li bireylerdeki temel bir özelliğin dikkati düşünce süreçlerine yönlendirme eğilimi olduğu belirtilmiştir (Wells, 1997: 241; Wells, 2000: 180). Bu yüksek bilişsel öz farkındalığın ise istenmeyen hedef düşüncelerin tespitini arttırdığı ve girici bilişleri tetikleyebileceği ileri sürülmektedir (Wells, 1997: 241; Wells, 2000: 180). Ayrıca Wells (1997: 241, 2000: 180) obsesyonlu bireylerin dışsal olaylardan ziyade içsel olaylara öncelik tanınması nedeniyle bu bireylerin duygusal girdileri bir davranışın gerçekleştirildiğini doğrulamasına rağmen bireylerin eylemi gerçekleştirilmemesinin

OKB’li bireyler herhangi bir olaya dair belirli bir düşünceye sahip olmanın bu olayı gerçekleştireceğine veya olayla ilgili belirli düşünceye sahip olmanın muhtemelen olayın gerçekleştiği anlamına geldiğine inanırlar (A.g.e.: 181-182). Bu tür inançlar, düşünce-olay kaynaşması (thought-event fusion; Wells, 1997: 241) ve düşünce-eylem kaynaşması (thought-action fusion; Rachman ve Shafran, 1999: 80) olarak adlandırılmıştır. Düşünce-eylem kaynaşması aynı zamanda girici bir düşünceye sahip olmanın yasaklanmış bir eylemi gerçekleştirmekle ahlaki açıdan eşdeğer olduğu inancını da kapsamaktadır (Wells, 2000: 182). Üstbilişsel inançların diğer alt kategorilerinin de OKB’nin açıklanmasında önem arz ettiği görülmektedir (A.g.e.). Bu inançlar, dürtülerin ve duyguların anlamı ile ilgilidir (Wells, 1997: 239-241). Obsesif bireylerin çoğu, telafi edici önlemler alınmadığı müddetçe olumsuz dürtülerin ya da duyguların dayanılmaz, tehlikeli veya kalıcı olacağına inanır (Wells, 2000: 182). Son olarak, bazı bulaş obsesyonlarının düşünce-nesne kaynaşması (thought-object fusion) olarak adlandırılabilir inançlarla ilişkili olduğu düşünülmektedir (A.g.e.). Bu inanç biçiminde bireyler, düşüncelerin veya hislerin nesnelere aktarılabilmesine ve bu düşünce ya da hislerle kontamine olmuş nesnelere ise bulaş yoluyla mevcut düşünce ve hisleri diğer insanlara veya nesnelere aktarabileceğine inanırlar (A.g.e.). Üstbilişsel modele göre, üstbilişsel inançlar girici bilişlerin değerlendirilmesini etkiler (Wells, 2000: 182). Bu girici bilişlerin değerlendirilmesi üzerindeki bir diğer etki ise bireyin ritüeller ve davranışsal tepkilerle ilgili taşıdığı inançlardan kaynaklanmaktadır (A.g.e.). Bu inançlar olumlu ya da olumsuz olabilmektedir (A.g.e.). Örneğin birey, “ritüelimi yerine getirmezsem bu kötü hissin sonu gelmeyecek” şeklinde ritüeli gerçekleştirmeye yönelik olumlu bir inanç taşıyabildiği gibi “ritüellerim kontrolden çıktı” şeklinde ritüelle ilgili olumsuz bir inanç da taşıyabilir (A.g.e.). Mevcut tepkilerin tehlikeli veya avantajlı oluşuyla ilgili inançlar, hem harekete geçirilecek davranışların seçimini ve uygulanmasını hem de kısa vadeli duygusal tepkilerin yoğunluğunu etkiler (A.g.e.). Bireyler, içsel belirlenen bir hedef gerçekleştirme durumu tatmin edilene kadar ritüelleri veya kontrol davranışlarını gerçekleştirmeyi sürdürürler (A.g.e.). Dolayısıyla bu davranışlara rehberlik eden inançlar veya bilgiler içsel olarak belirlenmiş hedefin bir temsiliyle beraber izleme ve kontrol işlemlerini içerir; böylece işleme için bir plan hazırlarlar (A.g.e.). Herhangi bir ritüelin başarılı ya da başarısız oluşu, kaygı ve tehdit algılarını azaltması ya da arttırmasına göre değerlendirilebilir (A.g.e.). Şekil 2.2.’de de gösterildiği üzere süreçte iki geribildirim

mekanizması aktiftir (A.g.e.). Girici bilişlerin değerlendirilmesi sonucunda ortaya çıkan kaygı ve diğer olumsuz duygusal tepkiler, olumsuz yorumlanmaya meyillidir (A.g.e.). Örneğin kaygı belirtileri, kontrol kaybının veya girici bilişle ilişkili başka tehlikelerin bir işareti olarak hatalı yorumlanabilir (A.g.e.: 182-183). Bazı durumlarda ise kaygı belirtileri, girici düşüncenin olumsuz yorumlanmasını destekleyen kanıtlar şeklinde yanlış yorumlanabilir (A.g.e.: 183). Duygusal tepkiler, tetikleyiciyi geri besleme yoluyla daha fazla girici bilişin oluşma olasılığını da arttırabilir (A.g.e.). Yine duygusal tepkiler, obsesyon etkili uyaranların saptanması için gereken eşik düzeyini düşürebilir ve nötrleştirme tepkilerini durdurmak için işaret olarak algılan içsel durumların elde edilmesini engelleyebilir (A.g.e.). Bazı durumlarda ise duygusal durum başlı başına bir tetikleyici olarak hareket edebilir ve kişiler, olumsuz duygular altında ezileceklerine veya bir ritüel gerçekleştirilmedikleri sürece duyguların hafiflemeyeceğine inanırlar (A.g.e.). OKB'li bireyler tarafından gerçekleştirilen davranışsal tepkiler de sorunu iki geribildirim döngüsü aracılığıyla sürdürür (Şekil 2.2.) Kişinin içsel hedeflerini karşılayan davranışsal tepkiler, girici bilişlerin işlevsel olmayan değerlendirmelerine olan inancın reddedilmesinin önüne geçer (A.g.e.). Böylelikle birey, girici bilişlerden kaynaklanan yıkıcı eylem ya da olayların meydana gelmemesi gerçeğinin obsesif düşüncelerin sonuçlarına ilişkin hatalı inançlarının varlığından değil de gerçekleştirilen ritüelden kaynaklı olduğunu düşünür (A.g.e.). Bununla birlikte ritüelde belirlenen amaca tam anlamıyla ulaşamaması (örneğin, kapı kilitleme sesine odaklanma ritüelinde kapı kilitleme sesini net olarak hatırlayamama) gerçekleştirilmesi istenen bir eylemin yapılmadığının kanıtı olarak yorumlanabilir. Ya da OKB'li birey, eylemler ile ilgili belleğinde eksiklikler oluşunu istenmeyen bir eylemin gerçekleşmiş olduğuna kanıt olacak şekilde tersine mantık yürüterek yorumlayabilir (A.g.e.). Davranışsal tepkilerden tetikleyiciye geri bildirim döngüsünde ise davranışsal tepkilerin girici bilişleri nasıl şiddetlendirdiği üç temel mekanizma üzerinden açıklanabilir (A.g.e.). İlk olarak düşünceleri bastırma girişimleri istenmeyen düşüncelerin farkındalığının artmasına neden olabilir (A.g.e.). İkinci olarak girici bilişler üzerinde tekrarlayıcı düşünme veya onları zihinsel olarak etkisiz hâle getirme girişimleri zihinsel olaylarla meşgul olmayı sürdürerek girici bilişleri daha olası hâle getirebilir (A.g.e.). Üçüncü olarak ise tekrarlanan kontrol veya temizlik gibi davranışsal tepkiler, çeşitli uyaranlar ve girici bilişler arasında bağlantılar kurarak giderek sayısı artan uyaran ya da eylemlerin girici bilişleri tetiklemesine yol

açabilir (A.g.e.). Bu davranışsal tepkiler; kontrol etme, ritüeller gerçekleştirme, sıralama, tekrarlama, yıkama/temizleme, düşünce bastırma, ruminasyon, sayma, odaklanma, zihnini kontrol etme ve dikkati dağıtma gibi farklı açık veya örtük tepkiler olarak tanımlanabilir (A.g.e.).

OKB'nin tedavisiyle ilgili ise üstbilişsel model, terapide bireyin altta yatan üstbilişsel inançlarını ve uyum bozucu iç ölçütlerini değiştirmeye odaklanmak gerektiğini öne sürmektedir (A.g.e.: 185).

2.5. OKB ve Üstbilişler ile İlgili Yapılmış Çalışmalar

Günümüze yaklaştıkça üstbilişlerin psikolojik bozukluklardaki yerini araştıran çalışmaların sayısının arttığı gözlemlenmektedir (Yörük ve Tosun, 2015: 198). Yapılan çalışmalarda üstbilişlerin psikopatolojinin açıklanmasında önemli bir yeri olduğu anlaşılmaktadır (A.g.e.). Bu başlık altında, OKB ile üstbiliş ilişkisini ve üstbilişlerin OKB belirtilerini yordayıcı etkilerini inceleyen farklı çalışmalara yer verilmektedir.

Cartwright-Hatton ve Wells (1997: 279) endişeye ve girici düşüncelere ilişkin inançları ölçümlemek amacıyla Üstbilişler Ölçeği'nin (Meta-Cognitions Questionnaire) geliştirilişini açıkladıkları çalışmalarında ölçeğin; endişeyle ilgili olumlu inançlar, düşüncenin kontrol edilebilirliği ve tehlikeye ilişkin olumsuz inançlar, bilişsel güven ve düşünceyle ilgili olumsuz inançlar olmak üzere dört üstbilişsel inanç faktörü ve bilişsel farkındalık olmak üzere bir üstbilişsel süreç faktörüyle beraber toplam 5 faktör içerdiğini bildirmiştir. Aynı çalışmada ölçek puanları; Yaygın Kaygı Bozukluğu (YKB), OKB, klinik kontrol grubu ve klinik olmayan kontrol grubu için kıyaslanmış ve OKB'li bireylerde bilişsel farkındalık alt boyutuna ait puanların diğer tüm gruplardan istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu sonucu bildirilmiştir (A.g.e.: 293).

Janeck ve diğerleri (2003: 181,188,189) OKB'li bireylere özgü olduğunu varsaydıkları üstbilişsel süreç olan bilişsel farkındalığı detaylı incelemek adına gerçekleştirdikleri çalışmada, kaygı grubu ile OKB grubunun bilişsel farkındalık puanlarını kıyaslamış ve OKB grubunun bilişsel farkındalığının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Aynı çalışmada; bilişsel farkındalığın yüksek oluşunun girici düşüncelerin olumsuz değerlendirilme ihtimalini arttırabileceği, düşüncenin önemiyle ilgili olumsuz inançları teşvik edebileceği ve dolayısıyla OKB'nin oluşum olasılığını

arttırabileceği belirtilmiştir (A.g.e.: 181).

Sica ve diğerleri (2007: 258, 261, 263-264) klinik olmayan örnekleme yaptıkları çalışmada endişeyle ilgili olumlu inançlar, düşüncenin kontrol edilemezliği ve tehlikeli oluşuna ilişkin inançlar, düşük bilişsel güven, düşünceyi kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık olmak üzere beş üstbiliş boyutunu, beş farklı düşünce kontrol stratejisini, endişe ve obsesif belirtileri ölçümlenmiş; endişenin ve obsesif belirtilerin yordayıcısının düşüncenin kontrol edilemezliği ve tehlikeli olduğu ile ilgili üstbilişsel inançlar olduğunu bildirmiştir.

Irak ve Tosun (2008: 1316, 1320) üstbilişler ile obsesif kompulsif belirtiler ve kaygı arasındaki ilişkiyi ve obsesif kompulsif belirtileri ve kaygı belirtilerini yordayan üstbilişleri inceledikleri çalışmalarında; obsesif kompulsif belirtilerle üstbilişlerin tüm alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler olduğunu, obsesif kompulsif belirtilerle üstbiliş alt boyutlarından düşüncelerin kontrol edilmezliği ve tehlikeye dair inançlar boyutu arasındaki korelasyonun en yüksek olduğunu ve üst biliş alt boyutlarından düşünceleri kontrol etme ihtiyacı, kontrol edilemezlik ve tehlike, olumlu inançlar ve bilişsel farkındalık boyutlarının obsesif kompulsif belirtilerin önemli yordayıcıları olduğunu bildirmiştir.

Myers, Fisher ve Wells (2009: 132, 135-139) klinik olmayan örnekleme obsesif kompulsif belirtilerin yordayıcıları olarak bilişler ve üstbilişlerin göreceli katkısını kıyasladıkları çalışmalarında mükemmeliyetçilik, sorumluluk ve tehdidin abartılması ile ilgili bilişsel inançlar ile düşünce kaynaşmalarına ve düşüncenin önemine ilişkin üstbilişsel inançları ölçümlenmiş; bilişsel inanç boyutlarından hiçbirinin tek başına obsesif kompulsif belirtilere ilişkin yordayıcı rolü olmadığını fakat üstbilişsel inançlardan düşünce kaynaşmasına ilişkin inançların diğer inançlardan bağımsız şekilde obsesif kompulsif belirtilerin yordayıcısı olduğunu belirtmiştir.

Solem ve diğerleri (2010: 79), Wells'in (1997) OKB modelinde yer alan üstbilişsel inançların rolünü detaylı incelemek amacıyla bir çalışma gerçekleştirmiş; düşünce-eylem kaynaşması, düşünce-olay kaynaşması ve düşünce-nesne kaynaşması inançlarının hem OKB grubunda hem de kontrol grubunda OKB belirtileriyle olumlu yönde ilişkisinin olduğu bildirilmiştir. OKB grubunun OKB belirti düzeylerinin ve üstbiliş yapılarından aldıkları puanların kontrol grubundan daha yüksek olduğu da çalışmanın bulguları arasında yer almıştır (A.g.e.). Aynı çalışma kapsamında durma

sinyallerinin OKB'deki rolü de araştırılmış fakat istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuca ulaşılamamış; düşünce kaynaşmasıyla ilgili inançların ve ritüellerle ilgili inançların ise OKB'yi yordadığı bildirilmiştir (A.g.e.: 79, 84-85).

McNicol ve Wells (2012: 330, 335, 338) ritüellerle ilgili inançların ve düşünce kaynaşmasına ilişkin inançların obsesif kompulsif belirtilere katkıda bulunduğu varsayımından yola çıkılarak yapılan çalışmaları tekrarlamak ve üstbilişin alt türleri arasında obsesif kompulsif belirtilerin en iyi yordayıcılarının hangileri olduğunu belirlemek amacıyla klinik olmayan örnekleme yaptıkları çalışmalarında; eski çalışmaların sonuçlarına paralel şekilde obsesif kompulsif belirtilerle bahsedilen iki tür inanç arasında olumlu ilişkiler bulunduğunu, obsesif kompulsif belirtilerin sıklığının yordanmasında hem ritüellere ilişkin inançların hem de düşünce kaynaşması inançlarının ayrı ayrı katkıları olduğunu ve obsesif belirtilerin oluşturduğu sıkıntının yordanmasında da iki tür inancın birbirinden bağımsız olarak katkıları olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada düşünce-eylem kaynaşmasına dair inançlar, düşünce-nesne kaynaşmasına dair inançlar ve ritüellerin kaygıyı önleyeceğine ilişkin inançların hem obsesif kompulsif belirtilerin sıklığının hem de belirtilerin oluşturduğu sıkıntının güçlü yordayıcıları olduğu ve düşünce-olay kaynaşması dışındaki tüm değişkenlerin obsesif kompulsif belirtilerin sıklığı ya da oluşturduğu sıkıntıdan en az birinin yordayıcısı olduğu belirtilmiştir (A.g.e.: 336, 338).

Pazvantoglu ve diğerleri (2013: 65) OKB hastalarıyla sağlıklı kontrol grubu bireylerinin işlevsel olmayan üstbilişler açısından farklılaşıp farklılaşmadığını ve OKB belirti türleri ile üstbilişler arası ilişkileri incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada; OKB'li bireylerin kontrol grubuna göre üstbiliş toplam puanlarının daha yüksek olduğu, OKB'de üstbilişlerin kontrol edilmezlik ve tehlike alt boyutu ile düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutunun daha kritik bir öneme sahip olduğu ve OKB'deki kuşku belirtilerinin diğer belirtilere nazaran üstbilişlerle daha ilişkili olduğu sonuçlarına ulaşmıştır.

Doğan ve diğerleri (2013: 34, 37-38) OKB tanısı almış bireyler ile tanısı olmayan kontrol grubu arasında ve OKB'nin otojen ve reaktif alt tipleri arasında üstbilişlerin farklılaşıp farklılaşmadığını inceledikleri çalışmalarında; OKB'nin otojen ve reaktif tiplerinde üstbilişsel özellikler açısından anlamlı bir farklılaşma olmadığını fakat OKB grubu ile kontrol grubunun üstbiliş alt boyutlarından endişeye dair olumlu inançlar dışındaki tüm alt boyutlarda anlamlı şekilde farklılaştığını ve OKB hastalarının

patolojik üstbiliş düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Rees ve Anderson (2013: 1) OKB modellerindeki üstbilişlere dair alanyazını; OKB'nin kuramsal modellerinde üstbilişin rolü ve bu rolü destekleyen kanıtları, OKB'de üstbiliş ölçümlerini ve OKB için üstbilişsel tedavi yaklaşımları ve bu yaklaşımları destekleyen kanıtları içerecek şekilde gözden geçirmiştir. Aynı çalışmada, üstbilişin OKB etiolojisinde kilit bir rol oynadığı ve bu nedenle tedavi programlarında dikkate alınmasının önemli olduğu ifade edilmiştir (A.g.e.). Yine bu çalışmada, üstbiliş temelli tedavilerin OKB'li bireylerde klinik açıdan önemli gelişmelere yol açabileceğini gösteren kanıtların giderek arttığı belirtilmiştir (A.g.e.).

Mohammadkhani (2013: 97, 101) İran'da klinik olmayan örnekleme gerçekleştirdiği çalışmada düşünce kaynaşması inançları ve üstbiliş boyutlarından endişeyle ilgili olumlu inançlar, düşüncenin kontrol edilmez ve tehlikeli oluşuyla ilgili inançlar, düşünce kontrol ihtiyacı, bilişsel güven ve bilişsel farkındalık ile obsesif kompulsif belirtiler arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada düşünce eylem kaynaşması inançları ve üstbilişsel süreç olan bilişsel farkındalığın obsesif kompulsif belirtileri yordadığı bulgusu sunulmuştur (A.g.e.: 100).

Önen, Karakaş Uğurlu ve Çayköylü (2013: 541, 545) OKB'de üstbilişler ve iç görü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada OKB tanılı bireyler ve sağlıklı kontrol grubunda iç görü, obsesif kompulsif belirtiler ve üstbilişleri ölçümlenmiş; iç görüşü iyi olan OKB'li bireylerin ÜBÖ-30'un tüm alt boyutlarından aldıkları puanların iç görüşü zayıf olan OKB'li bireylerin ve kontrol grubunun aldıkları puanlardan yüksek olduğunu bildirmiştir.

Grøtte ve diğerleri (2016: 82) OKB'de üstbilişsel inançların ve süreçlerin rolünü destekleyen çalışmalar olsa da OKB hastalarında MCQ-30'un (Wells & Cartwright-Hatton, 2004) psikometrik özelliklerini ve faktör yapısını kendilerinden önce inceleyen hiçbir çalışma olmadığını belirtmiş ve gerçekleştirdikleri çalışmada, psikolojik tedavi almış ve almamış OKB hastalarından oluşan bir örnekleme MCQ-30'un faktör yapısını ve yakınsak geçerliliğini keşfederek bu sınırlamanın üstesinden geldiklerini dile getirmiştir. Çalışmanın sonucunda, doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizlerinin MCQ-30'un orijinalinde kabul edilmiş beş faktörlü yapıyı desteklediği ve üstbiliş boyutlarının obsesif kompulsif belirtilerle önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur (A.g.e.).

Nance ve diğeri (2018: 234) hem obsesif inançların hem de üstbilişsel inançların obsesif kompulsif (OK) belirti boyutlarını yordadığı varsayımını test etmek amacıyla klinik olmayan örnekleme gerçekleştirdikleri çalışmada; hem obsesif inançların hem de üstbilişsel inançların bulaş belirtilerini yordamadığını, hem obsesif hem de üstbilişsel inançların OK belirti boyutlarından zarar sorumluluğu boyutunu yordadığını, yalnızca üstbilişsel inançların kabul edilemez obsesif düşünce boyutunu yordadığını ve simetri belirtilerini ise yalnızca üstbilişsel inançların yordadığını bildirmiştir.

Tümkeya ve diğeri (2018: 358, 361) ise obsesif kompulsif belirtiler ve üstbilişler arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada OKB’li bireylerle sağlıklı kontrol grubunun üstbilişlerini kıyaslamış; OKB’li bireylerin düşüncenin kontrol edilmezliği ve tehlike ile ilgili üstbilişsel inanç boyutunda kontrol grubundan daha yüksek puanlar aldıklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada düşüncenin kontrol edilmesi ihtiyacı ile ilgili inançlar; kontrol etme, temizleme ve ruminasyon belirtilerini yordarken bilişsel farkındalığın yavaşlık belirtilerini; kontrol edilmezlik ve tehlike boyutunun şüphe belirtilerini; endişeyle ilgili olumlu inançların ise kontrol etme belirtilerini yordadığı bildirilmiştir (A.g.e.).

2.6. Ruminasyon

Watkins’e (2008: 163) göre tekrarlanabilir olma; endişe, ruminasyon, plan yapma, problem çözme, perseveratif biliş gibi birçok biliş türünün belirgin bir özelliğidir. Benzer şekilde Harvey ve diğeri (2004) kişinin kendisi, ilgilendiği konular ve deneyimleri hakkında tekrarlayan, uzun süreli ve yineleyici düşüncelerini; tüm insanlarda ortak gerçekleşen zihinsel süreçler olarak tanımlamıştır. Transdiagnostik bir kavram olarak kabul edilen tekrarlayıcı düşünce, “kişinin kendisi ve dünya hakkında dikkatle, tekrarlayarak veya sıklıkla düşünme sürecidir” (Segerstrom, vd., 2003: 909). Tekrarlayıcı düşünme biçiminin bir türü olan ruminasyon için ise farklı bakış açılarından bir dizi tanım önerilmiştir (Papageorgiou ve Wells, 2004: 4).

Nolen-Hoeksama (1991: 569) ruminasyonu açıklamak adına Tepki Biçimleri Kuramını (The Response Styles Theory) önermiştir. Bu kuramda ruminasyon, depresyonla ilişkili bir değişken olarak ele alınmıştır (A.g.e.). Kurama göre ruminatif tepkiler; kişinin depresyonda olduğu gerçeğine, depresyon belirtilerine ve depresif belirtilerin nedenleri, anlamları ve sonuçları üzerine odaklanmasını içermektedir

(A.g.e.). Ayrıca bu kuramda, ruminatif tepkiler kişinin dikkatini kendi olumsuz duygularına odakladığı davranışlar ya da düşünceler olarak ele alınmış; kişi kendi hayat olayları üzerinde ruminasyon gerçekleştirse bile odağın bireyin duygularında olduğu vurgulanmıştır (A.g.e.). Kuramda ruminatif tepkilerin depresyon döneminin uzamasına neden olduğu ortaya atılmış, ilgili kanıtlar kontrollü laboratuvar çalışmalarından ve ilişkisel çalışmalardan elde edilmiştir (A.g.e.: 570). İlerleyen yıllarda Nolen-Hoeksema, Wisco ve Lyubomirsky (2008: 400) ruminasyon kavramını tekrar ele aldıkları çalışmalarında ruminasyonu, kişinin belirli düşünce içeriğine bağlı tekrarlı düşünceleri yerine kişinin duyguları ve sorunları hakkında ısrarlı bir şekilde düşünme süreci olarak tanımlamıştır.

Hedefe İlerleme Kuramı (The Goal Progress Theory; Martin, Tesser ve McIntosh, 1993) ise ruminasyonu, bir ruh haline tepki olarak değil; belirli bir hedefe doğru tatmin edici bir şekilde ilerleme yönünde yaşanan başarısızlığa bir tepki olarak tanımlamaktadır (Akt. Smith ve Alloy, 2009: 117).

Wells ve Matthews (1994) tarafından geliştirilmiş ve psikolojik bozuklukların açıklanmasında kullanılan KDYİ modelinin alt yapılarından biri olan Bilişsel Dikkat Sendromu, genelde endişe ya da ruminasyon şeklindeki aşırı işlemlerden oluşmaktadır (Wells, 2013: 187). Bu yaklaşımda ise ruminasyon, “neden” sorularına cevap aranan ve ağırlıklı olarak geçmiş odaklı bir düşünme süreci olarak ele alınmıştır (Fisher ve Wells, 2009: 11). Wells’e (2009: 14) göre kişinin cevap aradığı soruların net bir cevabı olmamasından ötürü bireyde belirsizlik hissini devam etmesine sebep olduğundan ruminasyon problemleri bir süreçtir (Wells, 2009: 14).

Conway ve diğerleri (2000: 404) ise gerçekleştirdikleri çalışmada ruminasyonu, kişinin üzüntüsü ya da üzüntüsüyle ilgili durumlar hakkında tekrarlayıcı düşünmesi olarak tanımlar. Aynı çalışmada ruminasyonun ölçülmesi adına Hüzün Üzerine Ruminasyon Ölçeği (The Rumination on Sadness Scale) geliştirilmiştir (A.g.e.: 407). Literatürde Hüzün Üzerine Ruminasyon Ölçeği yaygın olarak kullanılmadığından ötürü üzüntüye tepki olarak ruminasyonu ne kadar ölçülediği ya da farklı psikopatolojilerin yordanmasında yararlı olup olmadığı açık değildir (Smith ve Alloy, 2009: 117).

Alloy ve diğerleri (2000) ise Tepki Biçimleri Kuramına katkıda bulunarak ruminasyonun Stres-Reaktif Modelini (The Stress-Reactive Model) geliştirmiş ve

ruminasyonu, stresli durumlarla ilgili olumsuz çıkarımlar üzerine tekrarlı düşünme eğilimi olarak tanımlamıştır (Akt. Smith ve Alloy, 2009: 117, 119).

Mevcut tez çalışmasında ruminasyon değişkeninin ölçümü için kullanılan Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği'nin (RDBÖ) orijinalini geliştiren Brinker ve Dozois (2009: 1), Tepki Biçimleri Kuramı'nı ruminasyonu depresyona ilişkin yanlı açıklaması ve dolayısıyla ruminasyonun incelenmesiyle ilgili araştırma alanını kısıtlaması sebebiyle eleştirmiş; RDBÖ ölçeğinin geliştirilmesi çalışmasında ruminasyonu hem geçmiş ve geleceğe yönelik hem de olumlu, olumsuz ve nötr düşünceleri içerebilen daha geniş bir kavram olarak ele almıştır.

2.7. OKB ve Ruminasyon ile İlgili Yapılmış Çalışmalar

Son yıllarda obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) patogeneğinde rol oynayan bilişsel süreçleri anlamaya yönelik ilgi artmıştır (Raines, vd., 2017: 63). Aşağıda, bu bilişsel süreçlerden birisi olan ruminasyonun OKB ile ilişkisini araştıran araştırmalara yer verilmiştir.

Grisham ve Williams (2009: 395) OKB semptomlarıyla ilişkili olabilme potansiyeline sahip ve istenmeyen düşüncelere verilen tepkiyi etkileyebilecek olan algılanan düşünce kontrol etme yeteneği ve ruminasyon eğilimi gibi bilişsel tarz özelliklerini araştırdıkları çalışmada; OKB belirtilerinin ruminasyonla pozitif yönlü ilişkisi olduğu bulgusuna ulaşmıştır.

Wahl ve diğerleri (2011a: 217, 220-221) klinik olmayan örnekleme OKB belirtileri ile ruminatif düşünme biçimi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; ruminatif düşünme ile obsesif belirtilerin ruminasyon boyutu arasında yüksek ve anlamlı bir korelasyon, OK semptom şiddeti ve obsesif belirtilerin dürtüler boyutu ile ruminatif düşünme arasında orta düzeyde ve anlamlı korelasyonlar ve obsesif belirtilerin kontrol ve yıkama boyutları ile ruminatif düşünme arasında küçük ama anlamlı korelasyonlar elde ettiklerini bildirmiştir.

Wahl ve diğerleri (2011b: 454) OKB hastaları ve depresyon hastalarında ruminatif düşünceler ve obsesif düşünceleri inceledikleri çalışmada obsesif düşünceler ve ruminatif düşüncelerin ayrı yapılar olduklarını belirtmiş; depresif hastalarda obsesif düşüncelerin sık olmayan bir şekilde geldiğini ve olumsuz duygularla çok eşleşmediğini fakat obsesif bireylerde ruminatif düşüncelerin sık geldiğini ve rahatsızlık verici olduğunu bildirmiştir.

Kim ve diğeri (2012: e77, e80) farklı psikiyatrik bozukluklara sahip hastalardaki ruminasyonu inceledikleri çalışmalarında hem depresyonu olan hem kaygı bozukluğu olan hem de OKB'si olan bireylerde ruminatif tepkilerin yüksek olduğunu ve bu sonuçların ruminasyonun transdiagnostik bir özellik olduğunu düşündürdüğünü ifade etmiştir.

Gülüm ve Dağ (2014: 244, 249-250) yetişkinlerdeki bağlanma stiliyle psikopatolojiler arasındaki ilişkide tekrarlayıcı düşünme ve kontrol odağının aracı etkisini inceledikleri çalışmada; tekrarlayıcı düşünmenin kadınlarda OKB belirtilerini yordadığı ve OKB belirtilerine ilişkin varyansın %8'ini açıkladığı bulgusuna ulaşmıştır. Aynı çalışmada tekrarlayıcı düşünmenin erkeklerde de OKB belirtilerini yordadığı ve OKB belirtilerine ilişkin varyansın %5'ini açıkladığı bulgusuna ulaşılmıştır.

Ulusoy ve diğeri (2015: 173, 178) OKB belirti türü ve şiddetinin ruminasyon, duygusal şemalar ve düşünce-eylem kaynaşmasıyla ilişkisini inceledikleri çalışmalarında; ruminasyon ile OKB belirtilerinin obsesyon boyutu, kompulsiyon boyutu ve toplam puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada ruminasyonun OKB belirtilerinin obsesyon ve kompulsiyon boyutlarını ve OKB belirtilerinin toplam puanını pozitif yönde yordadığı da bildirilmiştir (A.g.e.: 178-179).

Shaw ve diğeri (2017: 532, 540) OKB belirti boyutları ile depresyon arası ilişkide bilişsel stillerin aracı rolünü inceledikleri çalışmada, ruminasyonun tüm OKB belirti boyutlarıyla anlamlı ilişkileri olduğunu bildirmiştir.

Raines ve diğeri (2017: 63, 65-66) OKB belirtilerinde ruminasyonun rolünü inceledikleri çalışmada; ruminasyonun olumsuz duygulanmayla beraber OKB'nin kabul edilemez düşünceler/nötrleştirme boyutunu yordadığı ve kabul edilemez düşünceler/nötrleştirme boyutuna ilişkin varyansın %17'sini açıkladığı bildirilmiştir. Ayrıca, ruminasyonun OKB'nin bahsedilen boyutunun yordanmasında %4'lük varyansı açıklayarak modele katkıda bulunduğu da belirtilmiştir (A.g.e.: 65-66).

Wahl ve diğeri (2019: 45) tekrarlayıcı negatif düşünme (TND) biçiminin temel süreçlerini ve kaçınma işlevini farklı klinik gruplarda ve sağlıklı kontrol grubunda kıyasladıkları çalışmalarında; klinik tanısı olan tüm bireylerin TND'nin temel süreçlerini ve TND'nin kaçınma işlevini sağlıklı kontrol grubu bireylerinden daha yüksek olarak değerlendirdiğini ve Majör Depresyon Bozukluğu, YKB ve OKB tanısı

alan bireyler arasında TND'nin temel süreçleri ve kaçınma işlevi açısından fark olmadığını bildirmiştir.

Boger ve diğerlerinin (2020: 1, 5) çocuklukta kötü muamele görme ile yetişkinlikteki OKB belirti şiddeti arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlükleri, ruminasyon, bağlanma, ayrışma ve travma sonrası stres belirtilerinin aracı rolünü inceledikleri çalışmada; ruminasyon ile OKB belirti şiddeti arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu ve ruminasyonun OKB belirti şiddetini yordamada aracı rolü olduğu bildirilmiştir.

Kollárik ve diğerleri (2020: 1) klinik olmayan örnekleme ruminasyonun obsesif düşünceler üzerindeki etkisiyle ilgili gerçekleştirdikleri çalışmada, obsesif düşünceye ilişkin ruminasyonun hem o düşünceyi nötralize etme arzusunu hem de o düşünceye ilişkin sıkıntıyı sürdürdüğünü bildirmiştir.

Abak ve Güzel (2021: 368) ilişki ve partner odaklı OK belirtileriyle ilişkili değişkenleri inceledikleri çalışmalarında, ruminatif düşünme stiline partner odaklı ve romantik ilişki odaklı obsesif kompulsif belirtileri yordadığını bildirmiştir.

Heinzel ve diğerleri (2021: 575) kendilerinden önce yapılmış çalışmaların, ruminatif düşünme stiline (RDS) OK belirti şiddeti ile pozitif olarak ilişkili olduğunu ve OKB'nin sürdürülmesinde rol oynayabileceğini düşündüğünü söylemiş; RDS ve OKB belirti şiddeti arasındaki ilişkiyi, OKB'li bireylerden oluşan klinik örnekleme depresif belirtilerin ve kaygı şiddetini kontrol ederek ve OK belirti şiddetini hem envanter hem görüşme aracılığıyla ölçümleyerek incelemiş ve RDS'nin envantere dayalı OKB belirti şiddetini yordadığını bildirmiştir.

Wang ve diğerleri (2021: 1, 4-5) zihin gezintisi (mind-wandering) ile OKB arasındaki ilişkide ruminasyon ve olumsuz duygulanımın aracı etkisini inceledikleri çalışmada, OKB belirtileri ile ruminasyon arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğunu ve ruminasyonun OKB'yi yordadığını bildirmiştir.

2.8. Bilişsel Esneklik

Epiktetos'a göre "İnsanlar olanlardan değil, olan şeyler hakkındaki görüşlerinden rahatsız olurlar. " (Akt. Epictetus, 1991). Dryden (2018: 78) psikolojik rahatsızlıkların bilişsel modelinin bu söze dayanmakta olduğunu ifade etmektedir. Bu modelde vurgu, kişilerin olaylar hakkındaki görüşlerindedir (A.g.e.). Paralel şekilde Beck (1995: 1),

bilişsel modelde bireyin ruh halini ve davranışını etkileyen çarpık veya işlevsiz düşüncenin tüm psikolojik rahatsızlıklarda ortak olduğu yaklaşımının bulunduğunu belirtmektedir. Bilişsel modele göre gerçekçi değerlendirmelerin gerçekleştirilmesi ve düşüncenin değiştirilmesi, bireyin ruh hali ve davranışında gelişme sağlamaktadır (A.g.e.).

Dryden'e göre (2018: 78) ise bireyler, kendi geliştirdikleri katı tutumlar sebebiyle olaylarla ilgili olumsuzluklardan rahatsız olmaktadır (A.g.e.). Rahatsız olmamanın yolu ise bireylerin aynı olumsuzluklara ilişkin daha esnek bir dizi alternatif tutumu geliştirebilmesinde yatmaktadır (A.g.e.). Benzer şekilde; Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi'nin (Rational Emotive Behavioural Therapy) kurucusu Albert Ellis, psikolojik rahatsızlığın "mutlakçı" düşünmeye ve psikolojik sağlığın ise "zorlama gerektirmeyen" düşünmeye dayandığını savunmuştur (Akt. Dryden, 2018: 2). Kuram kurucuları ve alandaki diğer uzmanlar tarafından vurgulanmış düşüncelerde esneklik sağlama fikri, beraberinde bilişsel esneklikle ilgili çalışmaları getirmiştir (Örn. Dennis ve Vander Wal, 2010: 241-253).

Bilişsel esneklikle ilgili birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen bu yapının tam olarak nasıl tanımlanacağı veya ölçüleceği konusunda literatürde bir fikir birliği bulunmamaktadır (Dennis ve Vander Wal, 2010: 242; Ionescu, 2012: 191). İletişimsel perspektiften kavramı ele alan Martin ve Rubin (1995: 623) bilişsel esnekliği; bireyin herhangi bir durumda eldeki alternatiflerin ve seçeneklerin farkında oluşu, duruma uyum sağlama ve esnek olmaya istekli oluşu ve esnek olma konusundaki öz-yeterliliği olarak tanımlamıştır. Nöropsikolojik perspektiften ise bilişsel esneklik, 3 temel yürütücü işlevden birisi olarak tanımlanmıştır (Diamond, 2013: 135). Bu tanımlamaya göre bilişsel esneklik kavramı; yaratıcı düşünmeyi, bir şeyleri farklı perspektiflerden görmeyi ve değişen koşullara hızlı ve esnek bir şekilde uyum sağlamayı içermektedir (A.g.e.). Literatüre bakıldığında bilişsel esneklik ile yaratıcılık, görev değiştirme ve set değiştirme kavramları arasında çok fazla örtüşmeler bulunmaktadır (A.g.e.: 149). Bundan dolayı bilişsel esneklik genelde çeşitli görev değiştirme ve küme değiştirme performanslarını içeren ölçme yöntemlerinden herhangi biri kullanılarak araştırılmıştır (A.g.e.).

Mevcut tez çalışmasında bilişsel esneklik ölçümü için kullanılan Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE; CFI) ise bireylerin uyum bozucu düşüncelerle mücadele etmesi ve bu düşünceleri daha dengeli ve uyumlu düşüncelerle değiştirmesi için gerekli olan bilişsel

esneklik türünün bir ölçüsü olarak geliştirilmiştir (Dennis ve Vander Wal, 2010: 241). Bu ölçüm; zor durumları kontrol edilebilir olarak algılama eğilimi, insan davranışları ve yaşam olaylarına ilişkin çok sayıda alternatif açıklamayı algılama yeteneği ve zor durumlara birden fazla çözüm yolu üretme yeteneği olmak üzere bilişsel esnekliğin üç yönünü ele almaktadır (A.g.e.). Bu ölçüm yönteminin bilişsel esnekliğin pratik olarak ölçülerek araştırmalarda ve klinik yaklaşımlarda yaygın olarak kullanılabilmesini sağlayabileceği varsayılmıştır (Gülüm ve Dağ, 2012: 217).

2.9. OKB ve Bilişsel Esneklik ile İlgili Yapılmış Çalışmalar

OKB'nin katı, tekrarlayan, uyum bozucu biliş ve davranış kalıpları ile karakterize oluşu bilişsel esnekliğin eksik oluşunu düşündürmektedir (Gruner ve Pittenger, 2017: 243). Bu klinik gözleme paralel şekilde birçok nörobilişsel çalışma, OKB'li bireylerin bilişsel esneklikleriyle ilgili davranışsal ve nörobiyolojik birtakım anormallikler olduğunu öne sürmektedir (A.g.e.). Bu başlık altında; OKB ile bilişsel esnekliğin ilişkisini ve bilişsel esnekliğin OKB belirtilerini yordayıcı etkilerini inceleyen farklı çalışmalara yer verilmektedir.

Chamberlain ve diğerleri (2007: 654) OKB'li bireylerle Trikotillomanili bireylerin nöropsikolojik özelliklerini kıyasladıkları çalışmada, OKB'li bireylerin Trikotillomanili bireylerden farklı olarak düşünme-dürtüsellik (reflection-impulsivity) testindeki koşullar arasında davranışlarını değiştiremediklerini ve bunun da bilişsel katılıklarının göstergesi olduğunu ifade etmiştir.

D'Alcante ve diğerleri (2012: 310) OKB'li bireylerin BDT tedavisine verdikleri yanıtın yordayıcılarını inceledikleri çalışmada; bilişsel esnekliği ve diğer yürütücü işlevleri daha iyi olan hastaların BDT tedavisine daha olumlu yanıt verdikleri bulgusuna ulaşmıştır.

Dağ ve Gülüm (2013: 240-247) tarafından yapılan bir çalışmada yetişkin bağlanma örüntüleri ile OKB'nin de aralarında olduğu çeşitli psikopatolojiler arasındaki ilişkide bilişsel esnekliğin aracı rolü incelenmiş; bilişsel esnekliğin kontrol alt boyutunun hem kadınlarda hem de erkeklerde OKB belirtilerini yordadığı, kadınlarda OKB belirtilerine ait varyansın %21'ini açıklarken erkeklerde OKB belirtilerine ait varyansın %12'sini açıkladığı bulunmuştur (A.g.e.: 243-244). Aynı çalışmada kaygılı bağlanma ve OKB belirtileri arasında bilişsel esnekliğin kontrol boyutu üzerinden olan dolaylı etkinin açıkladığı varyans kadınlar için %19, erkekler içinse %25 olarak

bildirilmiştir (A.g.e.). Kaçınmacı bağlanma ve OKB belirtileri arasında bilişsel esnekliğin kontrol boyutu üzerinden giden dolaylı etkinin açıkladığı varyans ise kadınlar için %5 olarak bildirilirken; erkeklerde kaçınmacı bağlanma bilişsel esnekliğin kontrol boyutunu yordamadığından böyle bir dolaylı etkiden söz edilememiştir (A.g.e.).

Aydın Çetinay ve Öyekçin Güleç (2013: 266, 269) OKB ve bilişsel işlevlerle ilgili alanyazını gözden geçirdikleri çalışmalarında; OKB'li bireylerdeki birincil bilişsel işlev bozulmalarının yürütücü işlevlerle ilgili olarak gözlemlendiğini ve nöropsikolojik testlerde OKB'li bireyler kontrol grubuna benzer performanslar gösterse de yanıt sürelerinin daha uzun ve perseverasyon oranlarının daha yüksek oluşunun OKB'li bireylerin değişikliklere uyumlarının zor olduğu şeklinde yorumlanabileceğini bildirmiştir. Aynı çalışmada, perseverasyon oranlarının yüksek oluşunun OKB'li bireylerin bilişsel esneklikle ilgili zorluklar yaşadığını ifade eden bir bulgu olduğu belirtilmiştir (A.g.e.: 269).

Sternheim ve diğerleri (2014: 573) tarafından OKB belirtileri olan ve olmayan yetişkin kadın öğrencilerde bilişsel esnekliği ve bilişsel esnekliğin nasıl deneyimlendiğinin incelendiği bir çalışma gerçekleştirmiş, OKB belirtileri ile hem zayıf bilişsel esneklik hem de bilişsel esneklik gerektiren durumların olumsuz olarak deneyimlenmesi arasında pozitif yönlü ilişkiler bulunmuştur. Aynı çalışmada OKB belirtileri gösteren bireylerin hem bilişsel esneklik gerektiren performans testinde OKB belirtileri göstermeyen bireylerden daha zayıf performans gösterdiği hem de bilişsel esnekliğin ölçek maddeleriyle ölçülmesinde bilişsel esnekliklerinin zayıf olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (A.g.e.: 573, 576).

Whitton, Henry ve Grisham (2014: 152) OKB'li bireylerde ahlaki katılığın bilişsel esneklik, inhibisyon kontrolü ve öğrenme ile olan ilişkisini inceledikleri çalışmalarında; bilişsel esnekliğin OKB'de kişisel olmayan ikilemlere yönelik faydacı yargılar ile negatif yönlü bir ilişkisi olduğunu bildirmiştir.

Benzina ve diğerleri (2016: 82) OKB'deki bilişsel işlev bozukluklarına yönelik gerçekleştirdikleri derleme çalışmalarında; OKB'nin tekrarlayan katı davranışlarla karakterize oluşuna dair gözlemlerin OKB hastalarının bağlamsal ipuçlarına göre davranışlarını değiştirme yeteneğinin -yani davranışsal esnekliklerinin- azalmış olduğu fikrini keşfetmeye yol açtığını ifade etmektedir. Aynı çalışmada; davranışsal

esneklikteki bozulmanın bilişsel boyutu ile ilgili birçok farklı çalışma yapıldığı ve yapılan çalışmaların sonuçlarında tutarsızlıklar olmasına rağmen konuyla ilgili derleme çalışmalarının OKB hastalarındaki bilişsel esnekliğin azalmasını doğrular nitelikte olduğu belirtilmiştir (A.g.e.: 82-83).

Şahin ve diğerleri (2018: 376, 377) OKB hastalarında obsesif inanç düzeyleri ile bilişsel esneklik arasındaki ilişkiyi inceleme amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada; OKB hastalarını yüksek obsesif inanca sahip (OKB-Y) ve düşük obsesif inanca sahip (OKB-D) grup olmak üzere ayırmış ve kontrol grubu olarak Panik Bozukluk grubunu kullanmıştır. Bahsedilen çalışmada nörobilişsel esnekliği değerlendirmek için Wisconsin Kart Eşleme Testi'nde (WKET) yapılan toplam hata sayısı, perseveratif hatalar, perseveratif olmayan hatalar ve tamamlanan kategori sayısı dikkate alınmıştır (A.g.e.: 377). WKET'e göre alt gruplar karşılaştırıldığında OKB-Y grubunda tamamlanan kategori sayısı istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük; toplam hata, perseveratif hata ve perseveratif olmayan hata sayısı anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur (A.g.e.: 376, 378). Çalışmanın sonuçları, obsesif inançları yüksek olan OKB hastalarında bilişsel esnekliğin bozulduğunu göstermektedir (A.g.e.: 376).

Fineberg ve diğerleri (2018: 42, 48) gerçekleştirdikleri derleme çalışmasında, OKB ve ilişkili bozukluklardaki kompulsif tutumların bilişsel yönü incelenmiş ve bu bozukluklarda görülen önce ödüllendirilmiş, daha sonra zararlı sonuçlarla ilişkilendirilmiş bir davranışta ısrar etme tutumunun beklenmedik durumla ilgili bilişsel esneklik kapasitesindeki eksikliği yansıtabileceği ifadesinde bulunmuştur.

Altınöz, Köşger ve Eşsizoglu (2019: 47, 50-51) OKB'li bireylerdeki yürütücü işlevler ile sosyal-bilişsel ve sosyal-algısal zihin kuramı işlevleri arasındaki ilişkiyi inceleme amaçlı gerçekleştirdikleri çalışmada OKB'li bireylerle kontrol grubunun bilişsel esneklik düzeylerini kıyaslamış ve OKB'li bireylerin bilişsel esneklik düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu bildirmiştir.

Oguz ve diğerleri (2019: 157, 168) OKB, Panik Bozukluk (PB) ve sağlıklı kontrol grubunun üstbilişsel inançları, duygusal şemaları ve bilişsel esnekliklerini kıyasladıkları çalışmada; sağlıklı kontrol grubunun bilişsel esneklik düzeyinin OKB ve PB gruplarının bilişsel esneklik düzeyinden anlamlı şekilde yüksek olduğu fakat OKB ve PB gruplarının bilişsel esneklik bakımından anlamlı olarak farklılaşmadığı bulgusuna ulaşmıştır.

Albertella ve diğeri (2020: 101580, 101584, 101585) ödüle ilişkin dikkati toplama ve bilişsel esnekliğin, obsesif-kompulsif davranışlar bildiren katılımcılar arasında daha fazla kompulsif tutumlar ile ilgili sorunları yordadığını bildirmiştir. Takip analizleri, OKB davranışları için bilişsel katılığın dikkat toplama ve kompulsif davranış arasındaki ilişkide aracı rolü olduğunu göstermiştir (A.g.e.).

Caudek ve diğeri (2020: 103, 108) obsesif kompulsif (OK) belirtileri olan klinik olmayan bir grup ile yine OKB ile ilişkili kabul edilen tamamlanmamışlık hissi ile ilgili (Not Just Right Experiences; NJRE) belirtileri olan klinik olmayan diğeri bir grup bireyin bilişsel esnekliklerini kıyasladıklarında; yüksek düzeyde OK belirtileri olan bireylerin, yüksek düzeyde NJRE'leri olan bireylere kıyasla bozulmuş bilişsel esneklik gösterdiği bulgusuna erişmiştir.

Rosa-Alcázar ve diğeri (2020: 20) OKB, Yaygın Kaygı Bozukluğu (YKB) ve sağlıklı kontrol grubunun bilişsel esnekliklerini kıyasladıkları çalışmada; klinik tanı almış grupların kontrol grubuna kıyasla bilişsel esneklikte daha olumsuz sonuçları olduğunu ve OKB grubunun YKB grubuna göre de bilişsel esneklikte daha kötü sonuçlar gösterdiğini bildirmiştir.

Martínez-Esparza ve diğeri (2021: 267) gerçekleştirdikleri bir çalışmada OKB grubu ile kontrol grubunun bilişsel esneklik, inhibisyon ve işleyen bellekteki farklılıklarını incelemiş ve kontrol grubunun bilişsel esneklik, inhibisyon ve görsel-uzaysal çalışma belleğine ilişkin görevlerde OKB grubundan daha iyi performans gösterdiğini bildirmiştir.

Önder Uzgan ve diğeri (2021: 339) OKB oluşumundan sorumlu olabileceğini düşündükleri nörobilişsel esneklik, mükemmelliyetçilik ve obsesif inanışlar arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; nörobilişsel esnekliği ölçümlemek için kullanılan performans testlerinden birinde OKB'li bireylerin sağlıklı kontrol grubundan daha kötü performans gösterdikleri bulgusuna erişilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırma yöntemi ele alınmaktadır. Araştırmanın modeli, örnekleme, veri toplama araçları, işlem ve veri analizi ilgili ayrıntılı bilgiler bu bölümde yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmalarda, iki ya da daha çok değişkenin birbirini arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarma amacı varsa, genel tarama modellerinin bir alt modeli olan ilişkisel tarama modeli kullanılır (Gürbüz ve Şahin, 2017: 107). Mevcut araştırmanın temel amacı; OKB tanısı almamış yetişkinlerdeki OKB belirtilerinin üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esneklik tarafından ne ölçüde yordandığını belirlemektir. Bu amaca yönelik olarak araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modeline uygun gerçekleştirilmiştir.

3.2. Örneklem

Mevcut araştırmanın örnekleme, Google Forms uygulamasıyla oluşturulan anket linkinin çevrimiçi yollardan rastgele örnekleme tekniğiyle iletilmesiyle ulaşılmıştır. Çalışmaya 349 kişi gönüllü olarak katılmış olup katılanlardan 11'i, araştırmada OKB tanısı almama kriteri bulunduğundan dolayı örneklemden çıkarılmıştır. Araştırmanın bir diğer kriteri olan yalnızca yetişkin bireylerin örnekleme dahil edilmesi kriterinden ötürü ise, 18 yaşından küçük 2 kişi ile 65 yaş ve üstündeki 4 kişi de araştırma amacına uygun şekilde örneklemden çıkarılmıştır. Bu doğrultuda, araştırmanın örnekleme 220 kadın ve 112 erkek olmak üzere toplam 332 kişiden oluşmaktadır. Örneklemin yaş aralığı 18-64 yaş olup yaş ortalaması ise 36,5'tur. Örneklemin %3,9'u ilk ya da ortaokul, %16,3'ü lise, %66,3'ü üniversite, %10,2'si yüksek lisans ve %3,3'ü doktora mezundur. Örneklemin %38,6'sı bekar, %61,4'ü ise evli bireylerden oluşmaktadır. Örneklemin %10,2'si sosyoekonomik düzeyini düşük, %80,1'i orta ve %9,6'sı yüksek olarak tanımlamaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada; Bilgilendirilmiş Onam Formu, Demografik Bilgi Formu, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) (Erol ve Savaşır, 1988), Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) (Tosun ve Irak, 2008), Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ)

(Karatepe, Yavuz ve Türkcan, 2013) ve Bilişsel Esneklik Envanteri'nden (BEE) (Gülüm ve Dağ, 2012) oluşan bir çevrimiçi anket formu veri toplama amacıyla kullanılmıştır. Veri toplama araçlarıyla ilgili detaylı bilgi aşağıda sunulmuştur.

3.3.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu ve Demografik Bilgi Formu

Katılımcılara iletilen Bilgilendirilmiş Onam Formunda; katılımcıların araştırmanın kim tarafından yürütüldüğü, başlığı ve amacı ile ilgili bilgi sahibi olması sağlanmaya çalışılmakta ve tamamen gönüllülük esasına dayandığı ile ilgili onamları alınmaktadır.

Araştırmacı tarafından geliştirilen Demografik Bilgi Formunda ise katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği, sosyoekonomik durumu, medeni durumu, herhangi bir psikiyatrik tanı alıp almadığı ve tanı aldıysa hangi psikiyatrik tanıyı aldığı gibi yanıtları araştırma için önem arz eden sorular bulunmaktadır.

3.3.2. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), orijinali Hodgson ve Rachman (1977) tarafından geliştirilmiş, 30 maddeden oluşan bir ölçektir (A.g.e.: 389) Obsesif kompulsif belirtilerin türü ve yaygınlığını ölçmek için kullanılır (A.g.e.: 390). Kendini değerlendirme ölçeğidir (A.g.e.). Orijinal ölçek; kontrol etme, temizlik, yavaşlık ve kuşku olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır (A.g.e.: 391). Erol ve Savaşır (1988) tarafından gerçekleştirilen Türkçe uyarlama çalışmasında ise, ruminasyon alt boyutu ile ilgili maddelerin eklenmesiyle Türkçe formun alt boyut sayısı 5'e, madde sayısı 37'ye çıkmıştır (A.g.e.:107). Ölçek maddeleri doğru ya da yanlış şeklinde yanıtlanır (Hodgson ve Rachman, 1977: 392). Doğru yanıtlar için 1, yanlış yanıtlar için ise 0 puan verilir (A.g.e.: 390). Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 37, en düşük puan ise 0'dır (Erol ve Savaşır, 1988: 107). Puan artışı, Obsesif kompulsif belirtilerin artışı anlamına gelmektedir (Hodgson ve Rachman, 1977: 390). Ölçeğin, Türkçe uyarlamasındaki güvenilirlik değerlendirilmesinde Cronbach alfa katsayısı ölçek için .86, alt ölçekler için .61-.65 arasında değişen değerlerde bulunmuştur (Erol ve Savaşır, 1988: 107). Ölçeğin tamamı için test-tekrar test güvenilirliği katsayısı ise, .88'dir (A.g.e.). Yapılan çalışmada, MOKSL'un geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (A.g.e.).

Mevcut tez çalışmasında ise ölçeğe ait Cronbach alfa değerleri; tüm ölçek için .87, kontrol boyutu için .73, temizlik boyutu için .68, yavaşlık boyutu için .50, kuşku boyutu için .41 ve ruminasyon boyutu için .82 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.).

3.3.3. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30), Wells ve Cartwright-Hatton (2004) tarafından Üstbilişler Ölçeği'nin (The Metacognitions Questionnaire) kısaltılmış versiyonu olarak geliştirilmiştir (A.g.e.: 385). Ölçek, 30 maddeden oluşmaktadır (A.g.e.). Ölçeğin amacı, bireylerin üstbilişsel inanç, yargı ve izleme eğilimleri gibi üstbiliş özelliklerini ölçmektir (A.g.e.). Ölçeğin Türkçe uyarlaması, Tosun ve Irak (2008) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek, beş faktörlü yapıdan oluşmaktadır (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004: 385). Bu faktörler; endişe ile ilgili olumlu inançlar, bilişsel güven, düşüncenin kontrol edilemezliği ve tehlikeli oluşu ile ilgili olumsuz inançlar, bilişsel farkındalık ve düşünceleri kontrol ihtiyacıdır (Tosun ve Irak, 2008: 69; Wells ve Cartwright-Hatton, 2004: 385). Beş boyutun her biri ise altışar maddeden oluşmaktadır (Tosun ve Irak, 2008: 69; Wells ve Cartwright-Hatton, 2004: 387-388). ÜBÖ-30, “(1) kesinlikle katılmıyorum” ile “(4) kesinlikle katılıyorum” değerleri arasında yanıtlanan 4 birimli Likert tipi bir ölçektir (Tosun ve Irak, 2008: 69). Ölçekten alınabilecek puanlar en az 30, en fazla 120'dir ve puan artışı, patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetlerin arttığını gösterir (A.g.e.). Türkçeye uyarlama, geçerlik güvenilirlik çalışmasında, test tekrar-test korelasyon katsayıları ölçek maddeleri için .40 (ÜBÖ19) ile .94 (ÜBÖ9) arasında; alt ölçekler için .70 ile .85 arasında bulunmuştur (A.g.e.: 70). Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı; ölçeğin ilk yarısı için .72, ikinci yarısı için .79 ve tamamı için ise .86'dır (A.g.e.: 70-71). Sonuçlara göre, ölçek Türk örnekleme için güvenilir bir ölçme aracıdır (A.g.e.: 70). ÜBÖ-30'un yapı geçerliğini belirlemede faktör analizi tekniği kullanılmış, faktör çıkartma yöntemi olarak temel bileşenler analizi (TBA) yapılmıştır (A.g.e.: 71). Buna göre, ölçek maddelerinin TBA'ya uygunluğunun bir ölçütü olan KMO indeksi .89 olarak bulunmuştur (A.g.e.). Bununla beraber, öz değeri (eigen value) birden büyük olan altı faktör elde edilmiş ve elde edilen faktörler, beşli faktör çözümlemesi ile varimax rotasyonu sonucunda 5 faktörlü yapıya dönüştürülmüştür (A.g.e.: 71-72). Bu 5 faktörün, toplam varyansın %52,4'ünü açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır (A.g.e.: 72). Ölçeğin yakınsak geçerliği için ise MOKSL ve Sürekli Kaygı Envanteri ile korelasyonlarına bakılmış; iki ölçekle de yüksek korelasyonları olduğu bulunmuştur (A.g.e.: 75). Bu sonuç, ölçeğin yakınsak geçerliğini kanıtlamıştır (A.g.e.: 78). Sonuç olarak, yapılan çalışma ÜBÖ-30'un Türkiye örnekleme için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermiştir (A.g.e.: 79).

Mevcut tez çalışmasında ise ölçeğe ait Cronbach alfa değerleri; tüm ölçek için .90, olumlu inanç alt boyutu için .81, kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutu için .86, bilişsel güven alt boyutu için .84, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutu için .75 ve bilişsel farkındalık alt boyutu için .71 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.).

3.3.4. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ)

Brinker ve Dozois (2009) tarafından geliştirilen Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ), 20 maddeden oluşmaktadır (A.g.e.: 5). Ölçek, katılımcının ruminatif düşünce biçimlerini değerlendirme amaçlıdır (A.g.e.). Ruminasyon ile ilgili diğer ölçeklerden farklı olarak RDBÖ, kişinin o anki duygudurumunu hesaba katmadan genel düşünce eğilimini değerlendirmeye çalışır (A.g.e.: 4; Karatepe, 2010: 60). Ölçeğin Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması; Karatepe, Yavuz ve Turkcan (2013) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek, 7'li likert tipindedir (Brinker ve Dozois, 2009: 5; Karatepe, Yavuz ve Turkcan, 2013: 233). Katılımcılar maddelerdeki ifadelerin kendilerini ne düzeyde ifade ettiğini, “(7) beni çok iyi tarifliyor” ile “(1) beni hiç tariflemiyor” uçları arasında seçerler (Brinker ve Dozois, 2009: 5). Kesme puanı olmayan ölçekte 20 ile 140 arası puanlar alınabilmektedir (Karatepe, 2010: 60). Ölçeğin Türkçeye uyarlamasında, Cronbach alfa katsayısı .91 ve ölçeğin toplam puan test-tekrar test korelasyon katsayısı .84 olarak hesaplanmıştır (Karatepe, Yavuz ve Turkcan, 2013: 234). Bu sonuç, ölçeğin güvenilirliğinin yeterince güçlü olduğuna işaret etmektedir (A.g.e.). Ayrıca, yapı geçerliliği için yapılan temel TBA sonucunda öz değeri 1'in üzerinde 5 madde tespit edilmiştir ve yamaç grafiği (scree plot) analiziyle toplam varyansın %63,4'ünü açıklayan tek faktör olduğu bulunmuştur (A.g.e.: 235). RDBÖ'nün yakınsak geçerliğinin araştırılması için Leahy Duygusal Şema Ölçeği'nin (LDŞÖ) ruminasyon alt ölçeği ve ÜBÖ-30 ile arasındaki korelasyonların Pearson korelasyon tekniği ile incelenmesi sonucu pozitif yönlü anlamlı ilişkiler bulunmuştur (A.g.e.). Ayırt edici geçerlilik için ise, RDBÖ'nün puanları ile LDŞÖ-hislerin kabullenilmesi ve anlaşılabilirlik alt-ölçekleri puanları Pearson korelasyon tekniği ile incelenmiş ve negatif yönde anlamlı ilişkiler elde edilmiştir (A.g.e.). Yapılan çalışmada, RDBÖ'nün Türkiye'de geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabilmesi sonucuna ulaşılmıştır (A.g.e.: 238).

Mevcut tez çalışmasında ise ölçeğe ait Cronbach alfa değeri tüm ölçek için .96 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.).

3.3.5. Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE)

Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE), Dennis ve Vander Wal (2010) tarafından geliştirilmiş 20 maddeden oluşan bir ölçektir (A.g.e.: 245). Ölçeğin amacı, kişilerin zor durumlarda seçeneklerinin farkında olma ve dengeli bir şekilde duruma uygun düşünce üretebilme becerisinin ölçülebilmesidir (A.g.e.: 244). Ölçek, alternatifler ve kontrol olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır (A.g.e.: 247). Ölçeğin Türkçe uyarlaması, Gülüm ve Dağ (2012) tarafından yapılmıştır. 5’li Likert tipinde olan ölçekte, her madde “(1) Hiç uygun değil, (2) Pek uygun değil, (3) Kararsızım, (4) Uygun ve (5) Tamamen uygun” şeklinde değerlendirilmektedir (A.g.e.: 223). Ölçekte ters puanlanan maddeler bulunmaktadır ve bu maddeler tersine puanlanarak toplam puan elde edilmektedir (Dennis ve Vander Wal, 2010: 245). Ölçekten alınan puanlar değerlendirildiğinde; ölçekten alınan puanların artması bilişsel esnekliğin de arttığını göstermektedir (A.g.e.: 245; Gülüm ve Dağ, 2012: 218). Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasında, ayırt edici geçerlik için ölçek ve alt ölçek maddelerinin Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ile ilişkileri incelenmiş ve korelasyon değerlerinin sırasıyla -.08, -.16 ve -.27 olduğu bulunmuş; yakınsak geçerliği için ise Bilişsel Esnek Ölçeği ile korelasyonuna bakılmış ve korelasyon katsayısının .44 olduğu belirlenmiştir (Gülüm ve Dağ, 2012: 221). Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek amacıyla TBA yapılmış, 3 faktörün öz değerinin 1’den büyük olduğu bulunmuş, yamaç grafiği ve madde içerikleri değerlendirilerek iki faktörlü bir yapının uygun olduğu görülmüş, promax dönüşüyle 2 faktör elde edilmiş ve bu 2 faktörün toplam varyansın %49,8’ini açıkladığı bulunmuştur (A.g.e.:219-221). Güvenirlik analizinde, tüm ölçek için Cronbach alfa değeri .90, alternatifler ve kontrol alt ölçekleri için Cronbach alfa değerleri ise sırasıyla .89 ve .85 olarak bulunmuştur (A.g.e.: 221). Ölçeğin test-tekrar test korelasyon katsayısı ise .39’dur (A.g.e.: 222). Çalışma sonucunda, ölçeğin Türkiye’de geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu bildirilmiştir (A.g.e.: 220).

Mevcut tez çalışmasında ise ölçeğe ait Cronbach alfa değeri tüm ölçek için .88, alternatifler alt boyutu için .90 ve kontrol alt boyutu için .86 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.).

3.4. İşlem

Mevcut çalışmanın Etik Kurul Onayı belgesi alındıktan sonra, veri toplama araçları olan Bilgilendirilmiş Onam Formu, Demografik Bilgi Formu, Maudsley Obsesif

Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) (Erol ve Savaşır, 1988), Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) (Tosun ve Irak, 2008), Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ) (Karatepe, Yavuz ve Türkcan, 2013) ve Bilişsel Esneklik Envanteri'nden (BEE) (Gülüm ve Dağ, 2012) oluşan bir çevrimiçi anket Google Forms uygulaması ile oluşturulmuştur. Oluşturulan anket çevrimiçi platformlar aracılığıyla katılımcılarla paylaşılmış ve kartopu etkisiyle farklı yaş grubu ve cinsiyetteki bireylere erişim sağlanmıştır. Bu işlemler sonucu toplamda 349 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmanın veri toplama aşamasında, literatür taraması da gerçekleştirilmiştir. Araştırma konu ve amacına uygun eleme kriterleri doğrultusunda -“Örneklem” başlığında açıklandığı üzere- bazı bireylere ait veriler çıkarılmış, kalan 332 kişiden oluşan örnekleme araştırma gerçekleştirilmiştir. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi) programı ile veri analizi gerçekleştirilmiş, ulaşılan bulgular literatür perspektifinden de incelenmiş, çalışmanın bulguları, tartışma ve sonuç kısımları tamamlanarak çalışma sonlandırılmıştır.

3.5. Veri analizi

Çalışma kapsamında 332 kişiden toplanmış veriler, SPSS aracılığıyla analiz edilmiştir. Öncelikle katılımcılardan Demografik Bilgi Formu aracılığıyla toplanan veriler analiz edilerek betimsel bulgulara ulaşılmıştır. Sonrasında; çalışmada kullanılan MOKSL ve alt boyutlarına, ÜBÖ-30 ve alt boyutlarına, RDBÖ'ye ve BEE ve alt boyutlarına ait Cronbach alfa değerleri hesaplanmış ve ölçeklerin normallik analizi gerçekleştirilmiştir. Daha sonra OKB belirti düzeyleri, üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esneklik düzeylerinde; cinsiyete, araştırmacı tarafından oluşturulan yaş gruplarına, medeni duruma ve psikiyatrik tanı alıp almama değişkenine göre farklılaşma olup olmadığı ayrı ayrı t-testleri uygulanarak analiz edilmiştir. OKB belirtilerinin en sık bildirilen psikiyatrik tanılara göre farklılaşp farklılaşmadığı ise tek yönlü ANOVA aracılığıyla analiz edilmiştir. OKB belirtileri, yaş, üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esneklik değişkenleri arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analiziyle incelenmiştir. Son olarak üstbilişlerin, ruminasyonun ve bilişsel esnekliğin OKB belirtilerini yordama gücünü incelemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizleri ve çoklu doğrusal regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Mevcut çalışmanın bu bölümünde, yapılan araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizlerine yer verilmektedir. İlk olarak örnekleme oluşturan katılımcılardan elde edilen demografik bilgilere yönelik veri analizi sunulmakta; sonrasında, araştırmayı oluşturan değişkenlerin normallik dağılımı ve kullanılan ölçeklerin güvenilirliği incelenmekte; son olarak ise araştırma sorularına ilişkin veri analizi bulguları aktarılmaktadır.

4.1. Betimsel Bulgular

Araştırmanın örneklemini, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı almamış 18-64 yaş arasındaki 332 yetişkin birey oluşturmaktadır. Aşağıdaki tabloda mevcut tez çalışmasının örneklemine ait cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, meslek, sosyoekonomik düzey, medeni durum, psikiyatrik tanı alıp almama ve hangi psikiyatrik tanının alındığıyla ilgili veriler sunulmuştur (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1: Örneklemin Demografik Özellikleri

| Değişken | N | % |
|----------------------|-----|------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 220 | 66.3 |
| Erkek | 112 | 33.7 |
| Yaş grubu | | |
| 18-39 | 197 | 59.3 |
| 40-64 | 135 | 40.7 |
| Eğitim durumu | | |
| İlk veya ortaokul | 13 | 3.9 |
| Lise | 54 | 16.3 |
| Üniversite | 220 | 66.3 |
| Yüksek lisans | 34 | 10.2 |
| Doktora | 11 | 3.3 |
| Meslek | | |
| Avukat | 7 | 2.1 |
| Diş hekimi | 12 | 3.6 |
| Hekim | 9 | 2.7 |
| Memur | 7 | 2.1 |
| Muhasebeci | 8 | 2.4 |
| Mühendis | 23 | 6.9 |
| Öğrenci | 34 | 10.2 |
| Öğretmen | 80 | 24.1 |

| | | |
|----------------------------|-----|------|
| Psikolog | 6 | 1.8 |
| Psikolojik danışman | 6 | 1.8 |
| Serbest meslek | 9 | 2.7 |
| Emekli | 12 | 3.6 |
| Ev hanımı | 46 | 13.9 |
| Çalışmıyor | 10 | 3.0 |
| Diğer | 63 | 18.9 |
| Sosyoekonomik düzey | | |
| Düşük | 34 | 10.2 |
| Orta | 266 | 80.1 |
| Yüksek | 32 | 9.6 |
| Medeni durum | | |
| Bekar | 128 | 38.6 |
| Evli | 204 | 61.4 |
| Psikiyatrik tanı | | |
| Depresyon | 14 | 4.2 |
| Evet Kaygı bozukluğu | 10 | 3.0 |
| Panik bozukluk | 5 | 1.5 |
| Diğer bozukluklar | 26 | 7.9 |
| Yok | 277 | 83.4 |

Araştırmanın örnekleminin %66,3'ü (n=220) kadın ve %33,7'si (n=112) erkek katılımcıdan oluşmaktadır. Çalışmanın katılımcıları araştırmacı tarafından iki farklı yaş grubuna ayrılmış olup ilk grup, 18-39 yaş arasındaki bireylerden oluşmakta ve tüm katılımcıların %59,3'ünü (n=197); ikinci grup ise 40-64 yaş arası bireylerden oluşup tüm katılımcıların %40,7'sini (n=135) kapsamaktadır. Örneklemin %3,9'u (n=13) ilk veya ortaokul, %16,3'ü (n=54) lise, %66,3'ü (n=220) üniversite, %10,2'si yüksek lisans (n=34) ve %3,3'ü (n=11) doktora mezundur. Katılımcıların %2,1'i (n=7) mesleğini avukat, %3,6'sı (n=12) diş hekimi, %2,7'si (n=9) hekim, %2,1'i (n=7) memur, %2,4'ü (n=8) muhasebeci, %6,9'u (n=23) mühendis, %10,2'si (n=34) öğrenci, %24,1'i (n=80) öğretmen, %1,8'i (n=6) psikolog, yine %1,8'i (n=6) psikolojik danışman, %2,7'si (n=9) serbest meslek, %3,6'sı (n=12) emekli, %13,9'u (n=46) ev hanımı ve %3'ü (n=10) çalışmıyor olarak bildirirken; kalan %18,9'u (n=63) ise farklı meslek gruplarından olduklarını ifade etmiştir. Katılımcıların sosyoekonomik düzeyine yönelik yanıtlarına bakıldığında; katılımcıların %10,2'sinin (n=34) sosyoekonomik düzeyini düşük, %80,1'inin (n=266) orta ve %9,6'sının (n=32) ise yüksek olarak bildirdiği görülmektedir. Örneklemin %38,6'sı (n=128) bekar, %61,4'ü (n=204) ise evli bireylerden oluşmaktadır. Psikiyatrik tanı alıp almadıklarına ilişkin anket maddesine yanıt olarak katılımcıların %16,6'sı (n=55) psikiyatrik tanı aldıklarını, %83,4'ü (n=277) ise herhangi bir psikiyatrik tanı almadıklarını

bildirmiştir. Örnekleme bireylerin en sık bildirdiği psikiyatrik tanılar; %4,2 (n=14) ile depresyon, %3 (n=10) ile kaygı bozukluğu ve %1,5 (n=5) panik bozukluktur.

Örnekleme betimleyen diğer bir değişken olan yaşa ilişkin ranj, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler hesaplanarak Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.2: Örneklemin Yaş Özellikleri

| Değişken | Gruplar | N | Ranj | Min. | Maks. | Ort. | SS |
|----------|---------|-----|------|------|-------|-------|-------|
| Yaş | Kadın | 220 | 40 | 21 | 61 | 36,43 | 10,21 |
| | Erkek | 112 | 46 | 18 | 64 | 36,73 | 12,64 |
| | Toplam | 332 | 46 | 18 | 64 | 36,54 | 11,07 |

Araştırmanın kadın katılımcılarının yaş ortalaması 36,43 (SS=10,21), erkek katılımcılarının yaş ortalaması 36,73 (SS=12,64) olarak hesaplanıp tüm katılımcıların yaş ortalaması ise 36,54 (SS=11,07) olarak bulunmuştur.

4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarının Güvenirliği ve Normallik Varsayımının İncelenmesi

Araştırmada kullanılan Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30), Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ), Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE) ve bu ölçeklerin alt boyutlarının mevcut çalışmadaki güvenirlğine dair analiz için Cronbach alfa değerleri hesaplanıp, ölçek puanlarına ait ortalama ve standart sapma değerleri ile Tablo 4.3.'te sunulmuştur.

Çalışmanın temel değişkenleri olan OKB belirtileri, üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esneklik düzeylerine ilişkin puanların normal dağılıp dağılmadığı ise; çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılarak incelenmiştir. Alan yazında normallik varsayımının karşılanması ile ilgili birçok bakış açısı bulunmakla birlikte; George ve Mallery (2016: 114), çarpıklık ve basıklık için -2 ile +2 arasındaki değerlerin değişkenin normal dağılım gösterdiğini ortaya koymak için kabul edilebilir değerler olduğunu belirtmektedir. Mevcut çalışmada, George ve Mallery'nin (2016: 114) normallik değerlendirmesinde kullandığı ölçüt temel alınmıştır. Tablo 4.3.'te belirtildiği üzere, araştırmanın değişkenlerine ait çarpıklık ve basıklık değerleri -2 ile +2 arasında olduğundan tüm değişkenlerin normallik varsayımını karşıladığı söylenebilmektedir.

Tablo 4.3: Çalışmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarının Güvenirliği ve Normallik Varsayımı

| Ölçek | Alt boyutlar | α | Ort. | SS | Çarpıklık | Basıklık |
|---------------|--------------------------------|----------|-------|-------|-----------|----------|
| MOKSL | Toplam | .87 | 11,46 | 6,49 | ,85 | ,51 |
| | Kontrol | .73 | 1,98 | 1,98 | 1,08 | ,62 |
| | Temizlik | .68 | 3,43 | 2,22 | ,87 | ,43 |
| | Yavaşlık | .50 | 1,66 | 1,39 | 1,06 | 1,08 |
| | Kuşku | .41 | 2,85 | 1,39 | ,57 | ,17 |
| | Ruminasyon | .82 | 2,92 | 2,58 | ,55 | -,87 |
| ÜBÖ-30 | Toplam | .90 | 64,28 | 15,59 | ,23 | -,33 |
| | Olumlu inanç | .81 | 11,22 | 4,00 | ,61 | -,29 |
| | Kontrol edilemezlik ve tehlike | .86 | 15,17 | 5,50 | ,60 | -,47 |
| | Bilişsel güven | .84 | 12,19 | 4,54 | ,62 | -,20 |
| | Düşünceleri kontrol ihtiyacı | .75 | 12,76 | 4,19 | ,37 | -,60 |
| | Bilişsel farkındalık | .71 | 12,95 | 3,39 | -,14 | -,37 |
| RDBÖ | Toplam | .96 | 78,85 | 28,97 | ,03 | -,73 |
| BEE | Toplam | .88 | 77,23 | 12,31 | -,53 | ,32 |
| | Alternatifler | .90 | 52,78 | 8,74 | -,83 | ,70 |
| | Kontrol | .86 | 24,45 | 6,67 | -,39 | -,69 |

4.3. Ölçek ve Ölçek Alt Boyutu Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

MOKSL toplam ve alt boyut puanları, ÜBÖ-30 toplam ve alt boyut puanları, RDBÖ toplam puanı ve BEE toplam ve alt boyut puanlarının; cinsiyete, araştırmacı tarafından oluşturulmuş yaş gruplarına, medeni duruma ve psikiyatrik tanı alıp almama durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığına ve MOKSL toplam ve alt boyut puanlarının en sık bildirilen psikiyatrik tanı gruplarına göre karşılaştırılmasına dair analizlere bu başlık altında yer verilmiştir.

MOKSL toplam ve alt boyut puanları, ÜBÖ-30 toplam ve alt boyut puanları, RDBÖ toplam puanı ve BEE toplam ve alt boyut puanları cinsiyet değişkenine göre normallik varsayımını karşıladığından karşılaştırma analizi t-testi aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçlarına ilişkin veriler Tablo 4.4.'te yer almaktadır.

Tablo 4.4: Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

| Değişken | Kadın(n=220) | | Erkek (n=112) | | t | |
|--------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| | Ort. | SS | Ort. | SS | | |
| MOKSL | Toplam | 11,93 | 6,50 | 10,55 | 6,38 | 1,83 |
| | Kontrol | 2,01 | 2,00 | 1,92 | 1,95 | ,41 |
| | Temizlik | 3,58 | 2,19 | 3,13 | 2,25 | 1,73 |
| | Yavaşlık | 1,70 | 1,40 | 1,58 | 1,39 | ,71 |
| | Kuşku | 2,88 | 1,41 | 2,79 | 1,37 | ,60 |
| | Ruminasyon | 3,11 | 2,55 | 2,54 | 2,61 | 1,89 |
| | ÜBÖ-30 | Toplam | 64,49 | 15,45 | 63,88 | 15,92 |
| Olumlu inanç | | 10,75 | 3,91 | 12,15 | 4,02 | -3,07* |
| Kontrol edilemezlik ve tehlike | | 15,60 | 5,52 | 14,36 | 5,40 | 1,92 |
| Bilişsel güven | | 12,48 | 4,53 | 11,61 | 4,52 | 1,67 |
| Düşünceleri kontrol ihtiyacı | | 12,73 | 4,27 | 12,82 | 4,05 | -,19 |
| Bilişsel farkındalık | | 12,96 | 3,40 | 12,94 | 3,40 | ,06 |
| RDBÖ Toplam | | 81,48 | 29,29 | 73,70 | 27,74 | 2,33* |
| BEE | Toplam | 77,55 | 12,40 | 76,60 | 12,16 | ,67 |
| | Alternatifler | 53,65 | 8,54 | 51,06 | 8,91 | 2,58* |
| | Kontrol | 23,90 | 6,69 | 25,54 | 6,51 | -2,13* |

* $p < .05$

Yapılan analiz sonucunda erkeklerin endişeye dair olumlu inanç düzeyinin ($Ort.=12,15$, $SS=4,02$) kadınların endişeye dair olumlu inanç düzeyinden ($Ort.=10,75$, $SS=3,91$) istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir ($t=-3,07$, $p=,002$). Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeğinden alınan toplam puanlara bakıldığında ise kadınların ruminasyon düzeyinin ($Ort.=81,48$, $SS=29,29$) erkeklerin ruminasyon düzeyinden ($Ort.=73,70$, $SS=27,74$) istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek olduğu söylenebilmektedir ($t=2,33$, $p=,02$). Bilişsel Esneklik Envanterinin alternatifler alt boyutundan alınan puanlar değerlendirildiğinde kadınların bilişsel esneklik düzeyinin ($Ort.=53,65$, $SS=8,54$) erkeklerin bilişsel esneklik düzeyinden ($Ort.=51,06$, $SS=8,91$) yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($t=2,58$, $p=,01$). Aynı ölçeğin kontrol alt boyutundan alınan puanlar değerlendirildiğinde ise erkeklerin zor durumlarda kontrollerini sağlayabilmeye yönelik bilişsel esneklik düzeylerinin ($Ort.=25,54$, $SS=6,51$) kadınların zor durumlarda kontrollerini sağlayabilmeye yönelik bilişsel esneklik düzeylerinden ($Ort.=23,90$, $SS=6,69$) istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu söylenebilmektedir ($t=-2,13$, $p=,03$).

Diğer değişkenlere ait karşılaştırmalara bakıldığında kadınlar ile erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşmalar görülmediği söylenebilmektedir (Tablo 4.4.).

MOKSL toplam ve alt boyut puanları, ÜBÖ-30 toplam ve alt boyut puanları, RDBÖ toplam puanı ve BEE toplam ve alt boyut puanları araştırmacı tarafından oluşturulmuş yaş grubu değişkenine göre normallik varsayımını karşıladığından karşılaştırma analizi t-testi aracılığıyla sağlanmıştır. Analiz sonuçlarına ilişkin veriler Tablo 4.5.'te yer almaktadır.

Tablo 4.5: Ölçek ve Ölçek Alt Boyutu Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

| | Değişken | 18-39 yaş (n=197) | | 40-64 yaş (n=135) | | t |
|--------|--------------------------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|---------------|
| | | Ort. | SS | Ort. | SS | |
| MOKSL | Toplam | 12,31 | 6,54 | 10,23 | 6,23 | 2,90* |
| | Kontrol | 2,24 | 1,97 | 1,60 | 1,94 | 2,94* |
| | Temizlik | 3,44 | 2,21 | 3,41 | 2,24 | ,09 |
| | Yavaşlık | 1,86 | 1,46 | 1,36 | 1,23 | 3,23* |
| | Kuşku | 2,97 | 1,49 | 2,67 | 1,21 | 2,07* |
| | Ruminasyon | 3,47 | 2,62 | 2,11 | 2,30 | 5,00** |
| ÜBÖ-30 | Toplam | 65,85 | 15,64 | 62,00 | 15,29 | 2,22* |
| | Olumlu inanç | 11,45 | 4,02 | 10,88 | 3,96 | 1,28 |
| | Kontrol edilemezlik ve tehlike | 15,84 | 5,67 | 14,18 | 5,10 | 2,73* |
| | Bilişsel güven | 11,98 | 4,68 | 12,48 | 4,33 | -,98 |
| | Düşünceleri kontrol ihtiyacı | 13,33 | 4,32 | 11,93 | 3,86 | 3,04* |
| | Bilişsel farkındalık | 13,24 | 3,15 | 12,53 | 3,70 | 1,81 |
| | RDBÖ Toplam | 84,88 | 27,11 | 70,06 | 29,43 | 4,72** |
| BEE | Toplam | 76,39 | 12,41 | 78,47 | 12,10 | -1,52 |
| | Alternatifler | 52,80 | 8,34 | 52,76 | 9,32 | ,04 |
| | Kontrol | 23,59 | 6,96 | 25,71 | 6,03 | -2,96* |

* $p<.05$, ** $p<.001$

Analizin sonucunda 18-39 yaş arasındaki bireylerin OKB belirti düzeyleri ($Ort.=12,31$, $SS=6,54$), 40-64 yaş arasındaki bireylerin OKB belirti düzeylerinden ($Ort.=10,23$, $SS=6,23$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır ($t=2,90$, $p=,004$). OKB belirtilerinin alt boyutlarına bakıldığında ise kontrol, yavaşlık, kuşku ve ruminasyon alt boyutlarında; 18-39 yaş arasındaki bireylerin OKB belirti düzeylerinin 40-64 yaş arasındaki bireylerin OKB belirti düzeylerinden istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek olduğu görülürken (Sırasıyla $t=2,94$, $p=,003$; $t=3,23$,

$p=,001$; $t=2,07$, $p=,04$; $t=5,00$, $p<,001$) temizlik alt boyutunda ise gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşma görülmediği söylenebilmektedir. Patolojik üstbilişlere bakıldığında ise 18-39 yaş arasındaki bireylerin patolojik üstbiliş düzeyleri ($Ort.= 65,85$, $SS=15,64$), 40-64 yaş arasındaki bireylerin patolojik üstbiliş düzeylerinden ($Ort.=62,00$, $SS=15,29$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek çıkmaktadır ($t=2,22$, $p=,03$). Üstbilişlerin alt boyutları değerlendirildiğinde düşüncenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair üstbilişsel inanç düzeyinin ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı düzeyinin, 18-39 yaş aralığındaki bireylerde 40-64 yaş aralığındaki bireylere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülürken (Sırasıyla $t=2,73$, $p=,007$; $t=3,04$, $p=,003$) endişeye dair olumlu inanç, bilişsel güven ve bilişsel farkındalığa dair patolojik üstbiliş boyutlarında iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşma görülmemektedir. Ruminasyon düzeyleri kıyaslandığında ise 18-39 yaş arasındaki bireylerin ruminasyon düzeylerinin ($Ort.=84,88$, $SS=27,11$) 40-64 yaş arasındaki bireylerin ruminasyon düzeylerinden ($Ort.=,70,06$, $SS=29,43$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu söylenebilmektedir ($t=4,72$, $p<,001$). BEE'den alınan puanlara kıyaslandığında ise BEE toplam puanlarında ve alternatifler alt boyutundan alınan puanlarda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşma görülmezken 18-39 yaş aralığındaki bireylerin kontrol alt boyutundan aldıkları puanların ($Ort.=23,59$, $SS=6,96$), 40-64 yaş aralığındaki bireylerin kontrol alt boyutundan aldıkları puanlardan ($Ort.= 25,71$, $SS= 6,03$) istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde düşük olduğu görülmektedir ($t=-2,96$, $p=,003$).

MOKSL toplam ve alt boyut puanları, ÜBÖ-30 toplam ve alt boyut puanları, RDBÖ toplam puanı ve BEE toplam ve alt boyut puanlarının medeni durum değişkenine göre normallik varsayımını karşıladığı bulunmuştur. Bu sebeple karşılaştırma analizi t-testi aracılığıyla sağlanmıştır. Analiz sonuçlarına ilişkin verilere Tablo 4.6.'da yer verilmiştir.

Tablo 4.6: Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

| | Değişken | Bekar (n=128) | | Evli (n=204) | | t |
|--------|--------------------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | | Ort. | SS | Ort. | SS | |
| MOKSL | Toplam | 12,73 | 6,20 | 10,67 | 6,55 | 2,84* |
| | Kontrol | 2,44 | 1,93 | 1,70 | 1,96 | 3,37** |
| | Temizlik | 3,31 | 1,96 | 3,50 | 2,37 | -,78 |
| | Yavaşlık | 1,99 | 1,42 | 1,45 | 1,33 | 3,54** |
| | Kuşku | 3,09 | 1,44 | 2,70 | 1,34 | 2,56* |
| | Ruminasyon | 3,73 | 2,68 | 2,41 | 2,39 | 4,71** |
| ÜBÖ-30 | Toplam | 66,88 | 16,05 | 62,65 | 15,10 | 2,43* |
| | Olumlu inanç | 11,45 | 4,12 | 11,08 | 3,92 | ,81 |
| | Kontrol edilemezlik ve tehlike | 16,36 | 5,76 | 14,42 | 5,21 | 3,10* |
| | Bilişsel güven | 12,34 | 4,95 | 12,09 | 4,27 | ,474 |
| | Düşünceleri kontrol ihtiyacı | 13,31 | 4,22 | 12,41 | 4,14 | 1,91 |
| | Bilişsel farkındalık | 13,43 | 3,34 | 12,65 | 3,40 | 2,04* |
| | RDBÖ Toplam | 85,48 | 27,93 | 74,69 | 28,90 | 3,36** |
| BEE | Toplam | 75,83 | 12,06 | 78,11 | 12,41 | -1,65 |
| | Alternatifler | 52,48 | 8,15 | 52,97 | 9,11 | -,49 |
| | Kontrol | 23,34 | 6,79 | 25,15 | 6,51 | -2,42* |

* $p<.05$, ** $p<.001$

Yapılan t-testi analizinin sonucunda, bekar olduğunu bildiren katılımcıların OKB belirti düzeyinin ($Ort.=12,73$, $SS=6,20$) evli olduğunu bildiren katılımcıların OKB belirti düzeylerinden ($Ort.=10,67$, $SS=6,55$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir ($t=2,84$, $p=,005$). OKB belirtilerinin kontrol ($t=3,37$, $p<,001$), yavaşlık ($t=3,37$, $p<,001$), kuşku ($t=2,56$, $p=,01$) ve ruminasyon ($t=4,71$, $p<,001$) boyutlarında da bekarların belirti düzeylerinin evlilerden istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Temizlik alt boyutunda ise gruplar arasında farklılaşma olmadığı bulunmuştur. Patolojik üstbilis düzeyi ile ilgili puanlara bakıldığında ise bekar katılımcıların patolojik üstbilis düzeylerinin ($Ort.=66,88$, $SS=16,05$) evli katılımcıların patolojik üstbilis düzeylerinden ($Ort.=62,65$, $SS=15,10$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir ($t=2,43$, $p=,02$). Düşüncenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair üstbilis inanc düzeyinin ve bilişsel farkındalık üstbilis düzeyinin de bekarlarda evlilere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu görülürken (Sırasıyla $t=3,10$, $p=,002$; $t=2,04$, $p=,04$) diğer üstbilis boyutlarında grupların puanları birbirinden istatistiksel açıdan anlamlı

şekilde farklılaşmamaktadır. Yapılan analize göre bekar katılımcıların ruminasyon düzeyinin ($Ort.=,85,48$, $SS=27,93$) evli katılımcıların ruminasyon düzeylerinden ($Ort.= 74,69$, $SS=28,90$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu da söylenebilmektedir ($t=3,36$, $p<,001$). Bilişsel esneklik düzeyine bakıldığında ise yalnızca kontrol alt boyutunda bekar katılımcıların puanlarının ($Ort.=23,34$, $SS=6,79$) evli katılımcıların puanlarından ($Ort.=25,15$, $SS=6,51$) istatistiksel açıdan anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($t=-2,42$, $p=,02$).

MOKSL toplam ve alt boyut puanları, ÜBÖ-30 toplam ve alt boyut puanları, RDBÖ toplam puanı ve BEE toplam ve alt boyut puanlarının psikiyatrik tanı varlığı değişkenine göre normallik varsayımını karşıladığı bulunmuştur. Bu sebeple karşılaştırma analizi t-testi aracılığıyla sağlanmıştır. Analiz sonuçlarına ilişkin veriler Tablo 4.7.'de yer almaktadır.

Tablo 4.7: Ölçek ve Ölçek Alt Boyutu Puanlarının Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre Karşılaştırılması

| Değişken | Evet (n=55) | | Hayır (n=277) | | t |
|--------------------------------|-------------|-------|---------------|-------|--------|
| | Ort. | SS | Ort. | SS | |
| MOKSL | | | | | |
| Toplam | 13,67 | 7,56 | 11,03 | 6,18 | 2,79* |
| Kontrol | 2,51 | 2,42 | 1,88 | 1,87 | 1,83 |
| Temizlik | 3,91 | 2,44 | 3,33 | 2,16 | 1,77 |
| Yavaşlık | 2,15 | 1,73 | 1,56 | 1,30 | 2,39* |
| Kuşku | 3,06 | 1,42 | 2,81 | 1,38 | 1,20 |
| Ruminasyon | 4,20 | 2,83 | 2,66 | 2,46 | 3,75** |
| ÜBÖ-30 | | | | | |
| Toplam | 68,86 | 16,48 | 63,38 | 15,27 | 2,40* |
| Olumlu inanç | 10,90 | 3,96 | 11,29 | 4,01 | -,67 |
| Kontrol edilemezlik ve tehlike | 18,33 | 6,06 | 14,54 | 5,17 | 4,82** |
| Bilişsel güven | 12,49 | 5,44 | 12,13 | 4,34 | ,47 |
| Düşünceleri kontrol ihtiyacı | 13,60 | 4,76 | 12,59 | 4,06 | 1,47 |
| Bilişsel farkındalık | 13,55 | 3,08 | 12,83 | 3,45 | 1,42 |
| RDBÖ Toplam | 90,66 | 30,79 | 76,51 | 28,06 | 3,36** |
| BEE | | | | | |
| Toplam | 76,71 | 13,07 | 77,34 | 12,18 | -,34 |
| Alternatifler | 53,42 | 8,48 | 52,65 | 8,80 | ,59 |
| Kontrol | 23,29 | 7,84 | 24,68 | 6,40 | -1,24 |

* $p<,05$, ** $p<,001$

Yapılan t-testi analiziyle, psikiyatrik tanı aldığını bildiren katılımcıların OKB belirti düzeyinin ($Ort.=13,67$, $SS=7,56$) psikiyatrik tanı almadığını bildiren katılımcıların

OKB belirti düzeylerinden ($Ort.= 11,03$, $SS=6,18$) istatikselsel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu gör÷lmektedir ($t=2,79$, $p=,006$). Bununla birlikte psikiyatrik tanı aldıklarını ya da almadıklarını bildiren katılımcıların MOKSL kontrol, temizlik ve kuşku alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatikselsel açıdan anlamlı bir farklılaşma görülmezken yavaşlık ve ruminasyon alt boyutlarından alınan puanlarda ise psikiyatrik tanı aldıklarını bildiren katılımcıların puanlarının, psikiyatrik tanı almadıklarını bildiren katılımcıların puanlarından istatikselsel açıdan anlamlı şekilde yüksek çıktığı bulunmuştur (Sırasıyla $t=2,39$, $p=,02$; $t=3,75$, $p<,001$). Üstbilişlere ilişkin analiz sonucuna bakıldığında ise psikiyatrik tanı aldığını bildiren katılımcıların patolojik üstbilişlere ait toplam puanlarının ($Ort.= 68,86$, $SS=16,48$) psikiyatrik tanı almadığını bildiren katılımcıların patolojik üstbilişlere ait toplam puanlarından ($Ort.= 63,38$, $SS=15,27$) istatikselsel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu gör÷lmektedir ($t=2,40$, $p=,02$). Üstbiliş alt boyutlarında ise yalnızca düşüncenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair üstbilişsel inanç puanlarının psikiyatrik tanı alanlarda, almayanlara göre istatikselsel açıdan anlamlı şekilde yüksek olduğu görülürken ($t=4,82$, $p<,001$) diğer alt boyutlara ait puanlarda iki grup arasında istatikselsel olarak anlamlı bir farklılaşma olmadığı bulgusu elde edilmiştir. İki grubun ruminasyon düzeylerini kıyaslandığında psikiyatrik tanı aldığını bildiren katılımcıların ruminasyon düzeylerinin ($Ort.=90,66$, $SS=30,79$) psikiyatrik tanı almadığını bildiren katılımcıların ruminasyon düzeylerinden ($Ort.=76,51$, $SS=28,06$) yüksek olduğu ve bu farkın istatikselsel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t=3,36$, $p<,001$). Bilişsel esnekliğe yönelik analiz bulgularına bakıldığında ise ne BEE'den alınan puanlarda ne de BEE'nin alt boyutlarından alınan puanlarda gruplar arasında istatikselsel açıdan anlamlı farklılaşma gör÷lmüştür (Tablo 4.7.).

MOKSL toplam puanı ve MOKSL kontrol, yavaşlık, kuşku ve ruminasyon alt boyutlarından alınan puanların; katılımcıların en sık bildirdikleri tanı türleri olan depresyon, kaygı bozukluğu ve panik bozukluk tanı grupları arasında farklılaşp farklılaşmadığını analiz etmek için dağılım normallik varsayımını karşıladığından Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçlarına ilişkin veriler Tablo 4.8.'de sunulmuştur.

Tablo 4.8: MOKSL Toplam ve MOKSL Kontrol, Yavaşlık, Kuşku ve Ruminasyon Alt Boyut Puanlarının Psikiyatrik Tanı Türüne Göre Karşılaştırılması

| Değ. | Tanı türü | N | Ort ± Ss. | V.K. | K.T. | sd | K.O. | F | p |
|---------------------|-----------------|----|--------------|-------|----------|----|--------|------|------|
| MOKSL Toplam | Panik bozukluk | 5 | 10,80 ± 5,89 | G. A. | 44,986 | 2 | 22,493 | ,420 | ,662 |
| | Depresyon | 14 | 14,14 ± 7,93 | G. İ. | 1393,014 | 26 | 53,577 | | |
| | Kaygı bozukluğu | 10 | 12,50 ± 6,96 | Top. | 1438,000 | 28 | | | |
| Kontrol | Panik bozukluk | 5 | 1,60 ± 7,17 | G. A. | 5,279 | 2 | 2,639 | ,422 | ,660 |
| | Depresyon | 14 | 2,14 ± 1,67 | G. İ. | 162,514 | 26 | 6,251 | | |
| | Kaygı bozukluğu | 10 | 2,80 ± 2,38 | Top. | 167,793 | 28 | | | |
| Yavaşlık | Panik bozukluk | 5 | 2,00 ± 2,94 | G. A. | 1,543 | 2 | ,771 | ,343 | ,713 |
| | Depresyon | 14 | 1,79 ± 2,45 | G. İ. | 58,457 | 26 | 2,248 | | |
| | Kaygı bozukluğu | 10 | 2,30 ± 1,23 | Top. | 60,000 | 28 | | | |
| Kuşku | Panik bozukluk | 5 | 2,60 ± 1,58 | G. A. | 2,808 | 2 | 1,404 | ,650 | ,530 |
| | Depresyon | 14 | 3,29 ± 1,49 | G. İ. | 56,157 | 26 | 2,160 | | |
| | Kaygı bozukluğu | 10 | 2,70 ± 1,46 | Top. | 58,966 | 28 | | | |
| Ruminasyon | Panik bozukluk | 5 | 3,20 ± 1,52 | G. A. | 5,133 | 2 | 2,566 | ,413 | ,666 |
| | Depresyon | 14 | 3,79 ± 1,73 | G. İ. | 161,557 | 26 | 6,214 | | |
| | Kaygı bozukluğu | 10 | 4,40 ± ,95 | Top. | 166,690 | 28 | | | |

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucuna göre; panik bozukluk tanısı aldığını bildiren, depresyon tanısı aldığını bildiren ve kaygı bozukluğu tanısı aldığını bildiren katılımcıların MOKSL toplam puanları ($F_{(2,26)}=,420$, $p=,662$), MOKSL kontrol alt boyutundan aldıkları puanlar ($F_{(2,26)}=,422$, $p=,660$), MOKSL yavaşlık alt boyutundan aldıkları puanlar ($F_{(2,26)}=,343$, $p=,713$), MOKSL kuşku alt boyutundan aldıkları puanlar ($F_{(2,26)}=,650$, $p=,530$) ve MOKSL ruminasyon alt boyutundan aldıkları puanlar ($F_{(2,26)}=,413$, $p=,666$) Tablo 4.8.'de belirtildiği üzere istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmamaktadır.

MOKSL'un temizlik alt boyutuna ait puanlar ise katılımcıların en sık bildirdikleri tanı türleri olan depresyon, kaygı bozukluğu ve panik bozukluk tanı gruplarında normal dağılım varsayımını karşılamadığından MOKSL temizlik puanlarının gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığının analizi için Tek Yönlü ANOVA testinin parametrik

olmayan karşılığı Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda MOKSL temizlik puanlarının; depresyon, kaygı bozukluğu ve panik bozukluk tanı gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmüştür ($\chi^2(2)=2,017, p=,365$).

4.4. Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Araştırmanın temel değişkenleri olan OKB belirtileri, üstbilişler, ruminasyon, bilişsel esneklik ve yaş değişkeni arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon tekniği aracılığıyla incelenmiştir (Tablo 4.9.).



Tablo 4.9: Çalışmada Kullanılan Ölçekler, Ölçek Alt Boyutları ve Yaş Arasındaki İlişkiler

| Değişken | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|----|
| 1. Yaş | - | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. MOKSL toplam | -,24** | - | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. MOKSL kontrol | -,24** | ,86** | - | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. MOKSL temizlik | -,06 | ,78** | ,54** | - | | | | | | | | | | | | | |
| 5. MOKSL yavaşlık | -,24** | ,78** | ,73** | ,49** | - | | | | | | | | | | | | |
| 6. MOKSL kuşku | -,15** | ,76** | ,59** | ,48** | ,53** | - | | | | | | | | | | | |
| 7. MOKSL ruminasyon | -,36** | ,79** | ,70** | ,42** | ,72** | ,48** | - | | | | | | | | | | |
| 8. ÜBÖ-30 toplam | -,16** | ,63** | ,58** | ,40** | ,48** | ,44** | ,60** | - | | | | | | | | | |
| 9. ÜBÖ-30 olumlu inanç | -,05 | ,32** | ,32** | ,23** | ,24** | ,24** | ,21** | ,67** | - | | | | | | | | |
| 10. ÜBÖ-30 kontrol edilemezlik ve tehlike | -,21** | ,67** | ,60** | ,43** | ,57** | ,43** | ,72** | ,80** | ,35** | - | | | | | | | |
| 11. Bilişsel güven | ,05 | ,16** | ,18** | ,07 | ,07 | ,13* | ,15** | ,56** | ,23** | ,26** | - | | | | | | |
| 12. Düşünceleri kontrol ihtiyacı | -,18** | ,55** | ,51** | ,35** | ,43** | ,40** | ,52** | ,84** | ,48** | ,64** | ,29** | - | | | | | |
| 13. Bilişsel farkındalık | -,16** | ,52** | ,47** | ,31** | ,39** | ,37** | ,48** | ,73** | ,45** | ,50** | ,18** | ,61** | - | | | | |
| 14. RDBÖ toplam | -,31** | ,65** | ,60** | ,38** | ,53** | ,45** | ,71** | ,70** | ,33** | ,75** | ,25** | ,61** | ,55** | - | | | |
| 15. BEE toplam | ,07 | -,12* | -,10 | -,07 | -,09 | -,06 | -,20** | -,25** | -,04 | -,35** | -,24** | -,21** | ,03 | -,27** | - | | |
| 16. Alternatifler | -,03 | ,16** | ,12* | ,12* | ,13* | ,16** | ,07 | ,07 | ,13* | -,03 | -,10 | ,08 | ,25** | ,10 | ,85** | - | |
| 17. Kontrol | ,17** | -,43** | -,34** | -,27** | -,33** | -,32** | -,46** | -,55** | -,24** | -,60** | -,30** | -,50** | -,28** | -,64** | ,73** | ,26** | - |

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

Pearson Korelasyon analizine göre, OKB belirtilerini ölçen MOKSL toplam puanları ile katılımcıların yaşları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-,24$, $p<,01$). Bu bağlamda OKB tanısı almamış yetişkin bireylerin yaşları arttıkça OKB belirti düzeylerinde azalma görüldüğü söylenebilmektedir. Ayrıca MOKSL toplam puanlarıyla patolojik üstbilişlerin ölçümünde kullanılan ÜBÖ-30 toplam puanı ve ÜBÖ-30'un tüm alt boyutları olan endişeyle ilgili olumlu inanç, düşüncelerin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna yönelik inançlar, bilişsel güvenle ilgili olumsuz inançlar, düşünce kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Sırasıyla $r=,63$, $p<,01$; $r=,32$, $p<,01$; $r=,67$, $p<,01$; $r=,16$, $p<,01$; $r=,55$, $p<,01$; $r=,52$, $p<,01$). Patolojik üstbilişler arttıkça OKB tanısı almamış yetişkin bireylerin OKB belirtilerinde artış görülmektedir. Ruminasyonu ölçen RDBÖ toplam puanıyla da MOKSL toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,65$, $p<,01$). Buna göre OKB tanısı almayan yetişkin bireylerde ruminasyon arttıkça OKB belirti düzeyinin de artacağı söylenebilir. MOKSL toplam puanlarının bilişsel esnekliği ölçen BEE toplam puanı ve BEE'nin kontrol alt boyutu puanlarıyla negatif yönlü anlamlı ilişkisi olduğu görülürken (Sırasıyla $r=-,12$, $p<,05$; $r=-,43$, $p<,01$) BEE'nin alternatifler alt boyutu puanlarıyla pozitif yönlü anlamlı ilişkisi olduğu görülmektedir ($r=,16$, $p<,01$). Buna bağlı olarak OKB tanısı almamış yetişkin bireylerdeki olumsuz olaylar karşısında kontrolünü sağlayabilmeye yönelik bilişsel esneklik zayıfladıkça, alternatifleri değerlendirebilmeye yönelik bilişsel esneklik ise arttıkça; OKB belirtilerinin arttığı söylenebilmektedir.

4.5. Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esneklik değişkenlerinin OKB belirtilerini yordama gücünün incelenmesi amacıyla doğrusal regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir. İlk olarak üstbilişlerin OKB belirtilerini ne düzeyde yordadığını incelemek amacıyla MOKSL toplam puanı yordanan değişken, ÜBÖ-30'un alt boyutlarından bilişsel güven boyutu haricindeki alt boyutlar ise yordayıcı değişkenler olarak çoklu doğrusal regresyon analizine sokulmuştur (Tablo 4.10.). Bilişsel güven alt boyutunun analizde yer almamasının sebebi, regresyon için yordayıcılar ve yordanan arasındaki ilişkilerin orta güçte ($r \geq 20$) ve anlamlı olma koşulunu sağlamamış olmasıdır ($r=,16$, $p=,01$). İkinci olarak ruminasyonun OKB belirtilerini yordama gücünün hesaplanması için; MOKSL toplam puanı yordanan değişken olarak girilirken RDBÖ toplam puanı

yordayıcı değişken olarak girilerek basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir (Tablo 4.11.). Üçüncü olarak ise bilişsel esnekliğin OKB belirtilerini yordama gücünün incelenmesi için MOKSL toplam puanı yordanan, BEE'nin kontrol alt boyutu ise yordayıcı değişken olarak basit doğrusal regresyon analizine sokulmuştur (Tablo 4.12.). BEE alternatifler boyutunun MOKSL toplam puanı ile ilişki düzeyini ifade eden Pearson korelasyon katsayısı ($r=,16$, $p=,01$) regresyon koşulunu sağlamadığından BEE alternatifler boyutu analizde yer almamıştır. Son olarak üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esnekliğin birlikte OKB belirtilerini ne düzeyde ölçtüğünün incelenmesi amacıyla regresyon koşulunu sağlayan ÜBÖ-30'nun bilişsel güven dışındaki alt boyutları, RDBÖ toplam ve BEE kontrol boyutu yordayıcı değişkenler olarak girilmiş; MOKSL toplam puanı ise yordanan değişken olarak girilerek çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir (Tablo 4.13.).

Tablo 4.10: Üstbilişlerin OKB Belirtilerini Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

| Yordanan Değişken: OKB Belirtileri | β | t | p | Düz. R^2 | F | P |
|------------------------------------|---------|--------|-------|------------|--------|-------|
| Sabit | | -4,328 | <,001 | | | |
| Olumlu inanç | ,010 | ,211 | ,833 | | | |
| Kontrol edilemezlik ve tehlike | ,502 | 9,702 | <,001 | ,493 | 81,335 | <,001 |
| Düşünceleri kontrol ihtiyacı | ,102 | 1,756 | ,080 | | | |
| Bilişsel farkındalık | ,198 | 3,855 | <,001 | | | |

Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizine göre ÜBÖ-30'un kontrol edilemezlik ve tehlike ($\beta=,502$, $t=9,702$, $p<,001$) ve bilişsel farkındalık alt boyut puanlarının ($\beta=,198$, $t=3,855$, $p<,001$) birlikte MOKSL toplam puanını istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı ve OKB belirtilerine ait varyansın %49'unu açıkladığı görülmektedir (Düz. $R^2=,493$, $F_{(4,327)}=81,335$, $p<,001$).

Tablo 4.11: Ruminasyonun OKB Belirtilerini Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

| Yordanan Değişken: OKB Belirtileri | β | t | p | Düz. R^2 | F | P |
|------------------------------------|---------|--------|-------|------------|---------|-------|
| Sabit | | -,022 | ,983 | | | |
| RDBÖ toplam | ,650 | 15,543 | <,001 | ,421 | 241,596 | <,001 |

Gerçekleştirilen basit doğrusal regresyon analizi sonucunda, RDBÖ toplam puanının ($\beta=,650$, $t=15,543$, $p<,001$) MOKSL toplam puanını istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yordamakta olduğu ve OKB belirtilerine ait varyansın %42'sini açıkladığı görülmektedir (Düz. $R^2=,421$, $F_{(1,130)}=241,596$, $p<,001$).

Tablo 4.12: Bilişsel Esnekliğin OKB Belirtilerini Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

| Yordanan Belirtileri | Değişken: OKB | β | t | p | Düz. R^2 | F | P |
|----------------------|---------------|---------|--------|-------|------------|--------|-------|
| Sabit | | | 17,666 | <,001 | | | |
| BEE kontrol | | -,429 | -8,621 | <,001 | ,181 | 74,325 | <,001 |

Yapılan basit doğrusal regresyon analizine göre BEE'nin kontrol alt boyut puanının ($\beta=-,429$, $t=-8,621$, $p<,001$) MOKSL toplam puanını istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı ve OKB belirtileri ait varyansın %18'ini açıkladığı görülmektedir (Düz. $R^2=,181$, $F_{(1,330)}=74,325$, $p<,001$).

Tablo 4.13: Üstbilişlerin ve Ruminasyonun OKB Belirtilerini Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

| Yordanan Belirtileri | Değişken: OKB | β | t | p | Düz. R^2 | F | P |
|--------------------------------|---------------|---------|--------|-------|------------|--------|-------|
| Sabit | | | -3,125 | ,002 | | | |
| Olumlu inanç | | ,015 | ,330 | ,742 | | | |
| Kontrol edilemezlik ve tehlike | | ,370 | 5,873 | <,001 | | | |
| Düşünceleri kontrol ihtiyacı | | ,076 | 1,312 | ,191 | ,517 | 60,019 | <,001 |
| Bilişsel farkındalık | | ,140 | 2,661 | ,008 | | | |
| RDBÖ toplam | | ,279 | 4,256 | <,001 | | | |
| BEE kontrol | | ,053 | 1,014 | ,311 | | | |

Gerçekleştirilen çoklu doğrusal regresyon analizine göre ÜBÖ-30'un kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutu ($\beta=,370$, $t=5,873$, $p<,001$), ÜBÖ-30'un bilişsel farkındalık alt boyutu ($\beta=,140$, $t=2,661$, $p=,008$) ve RDBÖ toplam puanı ($\beta=,279$, $t=4,256$, $p<,001$) birlikte MOKSL toplam puanını istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı ve OKB belirtilerine ait varyansın %52'sini açıkladığı görülmektedir (Düz. $R^2=,517$, $F_{(6,325)}=60,019$, $p<,001$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

DEĞERLENDİRME VE TARTIŞMA

Bu bölümde mevcut tez çalışmasının bulgularının değerlendirilmesine ve bulguların literatür üzerinden tartışılmasına yer verilmektedir. Araştırmayla ilgili sınırlılıklar, bulgular ışığında düzenlenen öneriler ve araştırmanın sonucu da bu bölümde sunulmaktadır.

5.1. Genel Değerlendirme ve Tartışma

Bu çalışma, OKB tanısı almamış yetişkin bireylerdeki OKB belirtilerinin üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esneklik ile ilişkisinin araştırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu kısımda; araştırmanın temel değişkenleri olan OKB belirtileri, üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esnekliğin birtakım demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının, temel değişkenler arasında ilişkiler bulunup bulunmadığının ve üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esnekliğin OKB tanısı almamış yetişkinlerde OKB belirtilerini yordama gücünün değerlendirilmesi ve sonuçların literatür bağlamında tartışılması gerçekleştirilmiştir.

5.1.1. Karşılaştırma Analizi Sonuçlarına İlişkin Değerlendirme ve Tartışma

OKB tanısı almamış yetişkinlerdeki OKB belirtilerinin ve belirti alt boyutlarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan t-testi analizi sonucuna göre OKB belirtileri ve belirti alt boyutlarının cinsiyete göre farklılaşmadığı görülmektedir. Literatüre bakıldığında, yapılmış epidemiyolojik çalışmaların çoğunda ciddi bir fark olmamakla beraber kadınlarda erkeklere göre OKB görülme oranının biraz daha fazla olduğu rapor edilmiştir (Clark, 2020: 9). Grabe ve diğerlerinin (2000: 262) yaptığı bir çalışmada ise DSM-IV'e göre OKB tanısı almamış fakat OKB belirtilerinin görüldüğü yarı klinik OKB grubu olarak tanımlanan katılımcılardaki OKB belirtilerinin dağılımında kadınların erkeklere oranının 1,2 olduğu ve bu sonucun eşit dağılımı gösterdiği belirtilmiştir. Adam ve diğerleri (2012: 343) ise yaptıkları çalışmada, OKB'nin cinsiyetlere göre dağılımında bir fark bulmadıklarını belirtmiştir. Buna bağlı olarak mevcut tez çalışmasında OKB belirtilerinin kadın ve erkekler arasında farklılaşmamış olmasının tanı almayan grupla çalışılmış olması bakımından literatürdeki sonuçlara paralellik gösterdiği; sonucun

OKB tanısı alan bireylere genellenmesi durumunda ise literatürle bir miktar çeliştiği söylenebilmektedir. Belirti alt boyutlarının cinsiyete göre dağılımı ile ilgili literatürde ise OKB'nin 5 semptom boyutuna ayrıldığı ve bu alt tiplerin cinsiyete göre farklılaşmasının incelendiği bir çalışmanın bulgularında, kirlenme/temizlenme OKB belirti boyutunun kadınlarda ve cinsel/dinî belirti boyutunun erkeklerde daha yaygın olduğu yer almaktadır (Labad, vd., 2008: 835). Noshirvani ve diğerleri (1991: 260-261) ise DSM-III kriterlerini temel alan çalışmalarında, kadınlarda erkeklere kıyasla temizleme kompulsiyonlarının, erkeklerde ise kadınlara kıyasla kontrol etme kompulsiyonlarının daha yaygın olduğu bulgusuna erişmiştir. Mevcut tez çalışmasında ise belirti alt boyutlarının cinsiyete göre farklılaşmadığı bulgusuna erişilmesinin literatürle çeliştiği söylenebilmektedir. Mevcut tez çalışmasının literatürle uyumsuzluğunun sebebinin; kullanılan ölçme aracının ölçtüğü alt boyutların sınırlı oluşu, örneklemin tanı almayan grup oluşu ya da mevcut örnekleme has başka bir özellik olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada, OKB tanısı almamış yetişkinlerdeki patolojik üstbilişlerin ve patolojik üstbiliş alt boyutlarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan t-testi analizi sonucuna göre, yalnız endişeye dair olumlu üstbilişsel inançlar alt boyutunda erkeklerin kadınlara göre daha yüksek düzeyde inançları olduğu bulgusuna erişilmiştir. İlgili literatüre bakıldığında ise olumlu inançlar alt ölçeğinde erkeklerin; kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçeği ile düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeğinde ise kadınların daha yüksek ortalamaya sahip olduğu bulgusuna erişen Türkiye'de yapılmış bir çalışma bulunmaktadır (Tosun ve Irak, 2008: 76). İspanya'da yapılmış bir çalışmada ise erkeklerin endişeye dair olumlu inançlar ve düşünce kontrol ihtiyacı alt boyutlarında daha yüksek puanları olduğu fakat toplam üstbilişler ve diğer üstbiliş alt boyutlarının cinsiyete göre farklılaşmadığı bulgusuna ulaşılmıştır (Ramos-Cejudo, Salguero ve Cano-Vindel, 2013: 5). Quattropani ve diğerlerinin (2014: 34) İtalya örnekleminde yaptıkları çalışmada ise üstbilişlerin toplamında ya da alt boyutlarında cinsiyetler arası herhangi bir farklılaşma olmadığı bildirilmiştir. Benzer şekilde, Lenzo ve diğerleri (2016: 8) üstbilişler ve alt boyutlarının cinsiyete göre farklılaşmadığını belirtmiştir. Bu bağlamda mevcut tez çalışmasının üstbilişler ve alt boyutlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçlarının genel anlamda literatüre paralellik gösterdiği söylenebilmektedir.

Mevcut tez çalışmasında ruminasyon düzeyinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan analiz sonucuna göre ise kadınlardaki ruminasyon düzeyinin erkeklerdekinden yüksek olduğu görülmektedir. Literatüre bakıldığında; ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre kız öğrencilerin ruminasyon düzeyleri erkek öğrencilerinkinden anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (Bugay ve Erdur-Baker, 2011: 191). Johnson ve Whisman (2013: 367) ruminasyonun cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı ile ilgili yaptıkları derleme çalışmasında ise depresyonlu bireylerle yapılmış ruminasyon çalışmalarını derlemiş ve ruminasyonun kadınlarda erkeklerden daha yüksek düzeyde olduğunu bildirmiştir. Ando' ve diğerlerinin (2020: 742-743) İtalya'da 18-40 yaş arasındaki sağlıklı bireylerle yaptıkları çalışmada da kadınların ruminasyon düzeyinin erkeklerden yüksek olduğu bildirilmiştir. Sonuç olarak, mevcut tez çalışmasının ruminasyon düzeyinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı ile ilgili bulguları literatür bulgularıyla örtüşmektedir.

Mevcut çalışmada bilişsel esneklik düzeyinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan analiz sonucunda ise bilişsel esnekliğin genel anlamda cinsiyete göre farklılaşmadığı görülürken; bilişsel esnekliğin alternatifleri fark edebilmekle ilgili yönünü ölçen alternatifler alt boyutunda kadınların erkeklerden daha esnek olduğu, zor durumlarda kontrolü sağlayabilmekle ilgili kontrol alt boyutunda ise erkeklerin kadınlardan daha esnek olduğu görülmüştür. Kurt ve Gündüz (2020: 33) yaptıkları çalışmada bilişsel esnekliğin cinsiyete göre farklılaşmadığını bildirmiştir. Kuloglu ve Gorkem-Orhan'ın (2021: 1002) yaptığı çalışmaya göre de kadınlar ve erkekler genel anlamda bilişsel esneklik açısından farklılaşmazken, bilişsel esnekliğin kontrol boyutunda erkeklerin daha yüksek puanlar aldığı bildirilmiştir. Yu, Yu ve Lin (2020: 29) tarafından yapılan çalışmada ise alt boyutlar için veriler hesaplanmamış; genel anlamda bilişsel esnekliğin ise kadınlar ile erkekler arasında farklılaşmadığı bildirilmiştir. Bu bağlamda, mevcut tez çalışmasının bilişsel esnekliğin cinsiyete göre kıyaslanmasına ilişkin sonuçlarının literatürle büyük ölçüde örtüştüğü söylenebilmektedir.

OKB tanısı almamış yetişkinlerdeki OKB belirtilerinin ve belirti alt boyutlarının yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan t-testi analizi sonucuna göre OKB belirtilerinin ve temizlik boyutu haricindeki belirti alt boyutlarının yaş grubuna göre anlamlı olarak farklılaştığı ve genç yetişkinlerin OKB belirti düzeylerinin orta yetişkinlik dönemindeki bireylerinkine göre yüksek olduğu

görülmektedir. Literatüre bakıldığında; Ruscio ve diğerleri (2010: 56), Amerika’da 18 yaşından büyük katılımcılarla gerçekleştirdikleri çalışmada OKB’nin başlangıç yaşının ortalama 19,5 olduğunu ve 30’lu yaşlardan sonra ise çok az yeni vaka bildirildiğini ifade etmiştir. Bu bağlamda, mevcut çalışmada genç yetişkinlerde OKB belirtilerinin yüksek olarak görülmesinin literatürle paralellik gösterdiği söylenebilmektedir. Temizlik belirtilerinde bu farkın gözlenmemesinin, Covid-19 pandemisinden sonra toplumun genelinde temizliğe yönelik hassasiyet oluşmuş olmasına bağlanabileceği düşünülmektedir. Mevcut çalışmada Covid-19’un OKB belirtilerine etkisiyle ilgili bir ölçüm gerçekleştirilmemesi, ilgili bulgunun yorumu açısından sınırlılık oluşturmaktadır.

OKB tanısı almamış yetişkin bireylerin patolojik üstbilişlerinin ve patolojik üstbiliş alt boyutlarının yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan t-testi analizi sonucuna göre ise genç yetişkinlerdeki patolojik üstbiliş düzeyinin, düşüncelerin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair üstbiliş alt boyutu düzeyinin ve düşünce kontrol ihtiyacı alt boyutu düzeyinin orta yetişkinlik dönemindeki bireylere nazaran daha yüksek olduğu söylenebilmektedir. Literatüre bakıldığında üstbilişlerin bu iki grup arasında kıyaslanmasına rastlanmamıştır. Bu bağlamda mevcut tez çalışmasının bulgusunun yeni bir bulgu olduğu söylenebilir. Grøtte ve diğerlerinin (2016: 87) 18-67 yaş arasındaki OKB’li bireylerle yaptığı çalışmada ise düşünce kontrol ihtiyacı boyutu ile yaş arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu bilgi ışığında mevcut tez çalışmasının literatürle bağlantılı olduğu söylenebilmektedir.

OKB tanısı almamış yetişkin bireylerin ruminasyon düzeyinin yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında genç yetişkinlerin orta yaş grubuna göre daha yüksek ruminasyon düzeyi olduğu söylenebilmektedir. Sütterlin ve diğerlerinin (2012: 5-6) ruminasyon ve yaş ilişkisiyle ilgili yaptığı çalışmada yetişkin bireylerden oluşan örneklem 4 gruba ayrılmış ve en büyük yaş grubu diğer tüm gruplara kıyasla daha düşük ruminasyon puanları almıştır. Markham ve Mason’ın (2016: 85) gerçekleştirdiği çalışmada da yaş arttıkça ruminasyonun azaldığı bildirilmiştir. Ayrıca bahsedilen çalışmada genç yetişkinlerin ruminasyon puanları da orta yaştakilerden yüksektir (A.g.e.: 87). Bu bağlamda, mevcut tez çalışmasının ruminasyonun yaş grubuna göre farklılaşmasıyla ilgili bulgularının literatürle paralellik gösterdiği söylenebilmektedir.

Mevcut çalışmada bilişsel esneklik düzeyinin yaş gruplarına göre farklılaşp farklılaşmadığına bakıldığında ise yalnız bilişsel esnekliğin kontrol alt boyutunun orta yetişkinlik dönemindeki bireylerde genç yetişkinlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Wecker ve diğerlerinin (2005: 350) yaptığı çalışmada bilişsel esneklik, bilişsel geçiş görevleriyle ölçülmüş ve yaş gruplarına göre kıyaslama yapıldığında ilerleyen yaşın bilişsel esneklikte zayıflamayı getirdiği bildirilmiştir. Kruczek, Basińska ve Janicka (2020: 513) ise 20-66 yaş arası bireylerde bilişsel esneklik ve bilişsel esnekliğin alternatifler alt boyutu ile yaş arasında pozitif ilişki olduğunu bildirmiştir. Literatürde, mevcut tez çalışmasında kullanılan ölçeğin kullanıldığı ve buna göre yaş kıyaslamasının yapıldığı herhangi bir çalışmaya ulaşılamadığından dolayı bu bulgu ile ilgili yapılabilecek yorumlama sınırlıdır. İlgili literatür ile mevcut tez çalışmasında ölçme yönteminden kaynaklı tutarsızlıklar olduğu söylenebilmektedir.

Mevcut çalışmada, OKB tanısı almamış yetişkinlerdeki OKB belirtilerinin ve belirti alt boyutlarının medeni duruma göre farklılaşp farklılaşmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan t-testi analizi sonucuna göre OKB belirtilerinin ve temizlik alt boyutu dışındaki OKB belirti alt boyutlarının bekar katılımcılarda evli katılımcılardan daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Literatürde; OKB'li bireylerin evlenme olasılıklarının daha düşük olduğu ve daha ileri yaşta evlenmeye eğilimli oldukları ifade edilmiştir (Rachman, 1985; Akt. Clark, 2020: 11). Ruscio ve diğerleri (2010: 59) ise bekarlardaki OKB'nin evlilere kıyasla daha kalıcı olduğunu belirtmiştir. Mevcut tez çalışmasının bulgusunun literatürdeki bu bilgilerle paralellik gösterdiği söylenebilmektedir.

OKB tanısı almamış yetişkinlerdeki patolojik üstbilişlerin ve patolojik üstbiliş alt boyutlarının medeni duruma göre farklılaşp farklılaşmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan t-testi analizi sonucuna göre ise bekarların toplam patolojik üstbiliş düzeyleri ve bilişsel farkındalık ile kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutlarındaki patolojik üstbiliş düzeyleri evlilere göre daha yüksek çıkmıştır. Literatürdeki bir çalışmada medeni duruma göre üstbiliş alt boyutlarında bir farklılaşma olmadığı belirtilmiştir (Han, vd., 2021: 5). Başka bir çalışma ise klinik olmayan örneklemden evli olmayan katılımcıların üstbilişleriyle evli katılımcıların üstbilişleri karşılaştırıldığında, bekar katılımcıların bilişsel farkındalık alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu fakat diğer alt ölçeklerde veya toplam puanda medeni duruma göre farklılaşma olmadığı

bildirilmiştir (Marković, vd., 2019: 465). Bu bağlamda, mevcut çalışmanın literatürle örtüştüğü ve çeliştiği noktalar olduğu söylenebilir. Çalışma bulgularının daha doğru değerlendirilebilmesi için sosyodemografik değişkenler ile üstbilişler arası ilişkilerin incelendiği daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

OKB tanısı almamış yetişkin bireylerin ruminasyon düzeyinin medeni duruma göre kıyaslanmasına ilişkin analizin sonucunda ise bekarların ruminasyon düzeyinin evlilerin ruminasyon düzeyinden yüksek olduğu söylenebilmektedir. Literatüre bakıldığında, Arpınar (2020: 130) 18-45 yaş arasındaki bireylerle yürüttüğü çalışmada bekarların ruminasyon düzeyinin evlilerin ruminasyon düzeyinden yüksek olduğunu bildirmiştir. Mevcut tez çalışmasının bulgusunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Mevcut çalışmada bilişsel esneklik düzeyinin medeni duruma göre karşılaştırılması sonucunda ise evli katılımcıların bilişsel esnekliğin kontrol alt boyutunda bekarlardan daha esnek olduğu görülmektedir. Literatürde evli bireylerle bekar bireylerin bilişsel esneklik düzeylerini kıyaslayan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Mevcut çalışmadaki farkın, evli bireylerin yaşının daha fazla oluşuna atfedilmesi mümkün gibi görünse de yaş ile bilişsel esneklik ilişkisine ilişkin literatür de bu yorumlamayı desteklememektedir. Tüm bu bilgiler ışığında, mevcut araştırmada medeni durum ile bilişsel esnekliğin kontrol boyutuna ilişkin bulgunun doğru yorumlanabilmesi için ilgili literatürün genişletilmesi gerektiği düşünülmektedir.

OKB tanısı almamış yetişkinlerdeki OKB belirtilerinin ve belirti alt boyutlarının, OKB tanısı dışında herhangi bir psikiyatrik tanı alıp almama durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan t-testi analizi sonucuna göre; psikiyatrik tanı aldığını bildiren katılımcıların toplam OKB belirti düzeyi, yavaşlık alt boyutundaki belirti düzeyi ve ruminasyon alt boyutundaki belirti düzeyinin herhangi bir psikiyatrik tanı almadığını bildiren katılımcılarınkinden yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde, OKB'nin eştanı oranı yüksek bir bozukluk olduğu birçok çalışmada belirtilmiştir (Clark, 2020: 14). Dolayısıyla mevcut çalışmanın psikiyatrik tanı almış bireylerde OKB belirtilerinin daha yüksek çıkmış olmasına ilişkin bulgunun literatürle desteklendiği söylenebilmektedir. Brakoulis ve diğerlerinin (2017: 79) gerçekleştirdikleri çalışmada, Majör depresyonun %50,5 oranıyla OKB ile en yaygın yaşam boyu eş tanı gösteren bozukluk olduğu bildirilmiştir. Mevcut çalışmada en çok bildirilen psikiyatrik bozukluk depresyon olduğundan ve depresyondaki bireylerin de

yavaşlık ve ruminasyon belirtileri gösterebildikleri bilindiğinden OKB'nin bu iki belirti alt boyutunun da psikiyatrik tanı aldığını bildiren katılımcılarda yüksek çıkmış olması literatürle paralellik göstermektedir.

OKB tanısı almamış yetişkinlerdeki patolojik üstbilişlerin ve patolojik üstbiliş alt boyutlarının, OKB tanısı dışında herhangi bir psikiyatrik tanı alıp almama durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan t-testi analizi sonucuna göre; toplam patolojik üstbiliş düzeyi ve patolojik üstbilişlerin alt boyutlarından düşüncenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna ilişkin inanç düzeyinin tanı aldığını bildiren bireylerde tanı almadığını bildiren bireylere göre yüksek olduğu görülmektedir. Literatüre bakıldığında, psikolojik bozuklukların üstbilişsel modellerinin temelini Wells ve Matthews (1994) tarafından geliştirilmiş olan Kendini Düzenleyen Yürütücü İşlevler (KDYİ) modelinden (self-regulatory executive function model, S-REF) aldığı görülmektedir (Fisher ve Wells, 2009: 7; Wells, 2009: 9). Bu modele göre, çoğu psikolojik bozukluğun temelinde Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS) (the Cognitive Attentional Syndrome, CAS) yatmaktadır (Wells, 2013: 187). Wells'e (2009: 10-11) göre BDS, işlevsel olmayan belirli bir düşünme biçimidir ve kökenini bireyin kendi ve dünya ile ilgili üstbilişsel bilgi ve inançlarından alır. Dolayısıyla mevcut çalışmada psikiyatrik tanı alan bireylerin patolojik üstbiliş düzeylerinin yüksek oluşu ilgili literatüre oldukça paraleldir. Ayrıca, Yaygın Kaygı Bozukluğu olan bir bireyin "Endişelerim kontrol edilemezdir." şeklindeki inancı (Wells, 1995: 303; Wells, 2000: 9) düşüncenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair üstbilişsel inanç boyutuna ait bir inançtır. Mevcut çalışmada en çok bildirilen psikiyatrik bozukluklardan biri kaygı bozukluğu olduğundan ve bahsedildiği üzere literatürde kaygı bozukluğuna sahip bireylerde kontrol edilemezlik ve tehlike inanç boyutundaki üstbilişsel inançlar bulunduğundan, mevcut çalışmada psikiyatrik tanı alan bireylerde almayan bireylere göre bu boyuttaki patolojik üstbiliş düzeyinin yüksek çıkmış olması bulgusu literatürle oldukça örtüşmektedir.

Mevcut çalışmada, OKB dışındaki bir psikiyatrik tanıyı aldığını bildiren katılımcılardaki ruminasyon düzeyi ile herhangi bir psikiyatrik tanı almadığını bildiren katılımcılardaki ruminasyon düzeyinin kıyaslanması için gerçekleştirilen analiz sonucunda; tanı aldığını bildiren grubun ruminasyon düzeyinin diğer gruptan daha yüksek olduğu görülmektedir. Wahl ve diğerleri (2019: 45) tekrarlayıcı negatif düşünme (TND) biçiminin temel süreçlerini ve kaçınma işlevini farklı klinik gruplarda

ve sağlıklı kontrol grubunda kıyasladıkları çalışmalarında; klinik tanısı olan tüm bireylerin TND'nin temel süreçlerini ve TND'nin kaçınma işlevini sağlıklı kontrol grubu bireylerinden daha yüksek olarak değerlendirdiğini ve Majör Depresyon Bozukluğu, YKB ve OKB tanısı alan bireyler arasında TND'nin temel süreçleri ve kaçınma işlevi açısından fark olmadığını bildirmiştir. Kim ve diğerleri (2012: e77, e80) ise depresyonu olan, kaygı bozukluğu olan veya OKB'si olan bireylerden oluşan gruplardaki ruminasyonu kıyaslamış; gruplarda ruminatif tepkilerin yüksek olduğunu ve bu sonuçların ruminasyonun transdiagnostik bir özellik olduğunu düşündüğünü ifade etmiştir. Bu bağlamda, mevcut çalışmada tanı aldığı ifade eden grubun ruminasyon düzeyinin daha yüksek olduğuna ilişkin bulgunun literatürle paralel olduğu görülmektedir.

Mevcut çalışmada, OKB dışındaki bir psikiyatrik tanıyı aldığını bildiren katılımcılardaki bilişsel esneklik düzeyi ile herhangi bir psikiyatrik tanı almadığını bildiren katılımcılardaki bilişsel esneklik düzeyinin kıyaslanması için gerçekleştirilen analiz sonucunda ise iki grup arasında hiçbir farklılaşma görülmemiştir. Rosa-Alcázar ve diğerleri (2020: 20) OKB, Yaygın Kaygı Bozukluğu (YKB) ve sağlıklı kontrol grubunun bilişsel esnekliklerini kıyasladıkları çalışmada; klinik tanı almış grupların kontrol grubuna kıyasla bilişsel esneklikte daha olumsuz sonuçları olduğunu bildirmiştir. Bu bağlamda mevcut tez çalışmasının bulgusu literatürle çelişmektedir. Bu çelişkinin kaynağı; literatürde bilişsel esnekliğin genellikle nöropsikolojik testlerle ölçümlenmiş olması, mevcut çalışmada ise BEE'nin bilişsel esnekliğin ölçümü için kullanılmış olması olabilir. Mevcut çalışmada BEE'nin tercih edilmesindeki dayanak; BEE'yi ülkemize uyarlayan çalışma sahiplerinin bu ölçüm yönteminin bilişsel esnekliğin pratik olarak ölçülerek araştırmalarda ve klinik yaklaşımlarda yaygın olarak kullanılabilmesini sağlayabileceğini varsaymış olmasıdır (Gülüm ve Dağ, 2012: 217).

Mevcut çalışmada son olarak gerçekleştirilen karşılaştırma analizi; depresyon tanısı aldığını, kaygı bozukluğu tanısı aldığını veya panik bozukluk tanısı aldığını bildiren katılımcıların OKB belirtileri ve belirti alt boyutları açısından farklılaşp farklılaşmadığını incelemek amaçlı gerçekleştirilmiştir. Bu analiz sonucunda grupların birbirinden istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşmadığı görülmektedir. Torres ve diğerlerinin (2016: 511) 1001 katılımcıyla gerçekleştirdiği çalışmada OKB'nin en yaygın eş tanı gösterdiği bozukluklar; %56,4 oranıyla Majör Depresyon Bozukluğu, %34,6 oranıyla Sosyal Fobi, %34,3 oranıyla Yaygın Kaygı Bozukluğu ve %31,4

oraniyla Özgül Fobi olarak bildirilmiştir. Bu bağlamda mevcut çalışmada Panik Bozukluk grubunun OKB belirti düzeyinin diğer gruplara göre daha düşük olması beklenmiş olsa da literatür kaynaklı bu hipotez mevcut çalışma bulgularıyla desteklenememiştir.

5.1.2. Korelasyon Analizi Sonuçlarına İlişkin Değerlendirme ve Tartışma

OKB tanısı almamış yetişkinlerdeki OKB belirtileri ile yaş, üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esneklik arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen Pearson korelasyon analizine göre; OKB belirtileriyle yaş değişkeni arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında; Ruscio ve diğerlerinin (2010: 56) OKB'nin başlangıç yaşının ortalama 19,5 olduğu ve 30'lu yaşlardan sonra ise çok az yeni vaka bildirildiği ile ilgili bulgu, mevcut çalışmadaki yaş ile OKB belirtileri arasındaki negatif ilişkinin açıklanmasını desteklemektedir.

Mevcut çalışmada OKB belirtileri ve OKB'nin temizlik ve yavaşlık dışındaki tüm alt boyutları ile patolojik üstbilişler ve patolojik üstbilişlerin tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu da yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda görülmektedir. OKB'nin temizlik ve yavaşlık boyutları ise patolojik üstbilişlerle ve bilişsel güven eksikliğini ifade eden alt boyut haricindeki tüm patolojik üstbiliş alt boyutlarıyla pozitif yönlü anlamlı ilişki göstermektedir. Irak ve Tosun (2008: 1316, 1320) üstbilişler ile obsesif kompulsif belirtiler ve kaygı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; obsesif kompulsif belirtilerle üstbilişlerin tüm alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler olduğunu bildirmiştir. Mohammadkhani (2013: 97, 101) İran'da gerçekleştirdiği çalışmada üstbiliş boyutlarından endişeyle ilgili olumlu inançlar, düşüncenin kontrol edilmez ve tehlikeli oluşuyla ilgili inançlar, düşünce kontrol ihtiyacı, bilişsel güven ve bilişsel farkındalık ile obsesif kompulsif belirtiler arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Grøtte ve diğerleri (2016: 82) de ÜBÖ-30'un üstbiliş boyutlarının obsesif kompulsif belirtilerle önemli ölçüde ilişkili olduğunu bildirmiştir. Mevcut tez çalışmasının patolojik üstbilişler ve OKB belirtileri arasındaki ilişkiye yönelik bulguları literatürle paralellik göstermektedir.

Mevcut çalışmada, OKB belirtileri ve OKB belirti alt boyutlarının tümü ile ruminasyon arasında da pozitif yönlü orta ve yüksek güçte anlamlı ilişkiler görülmektedir. Wahl ve diğerleri (2011a: 217, 220-221) klinik olmayan örneklemede OKB belirtileri ile ruminatif düşünme biçimi arasındaki ilişkiyi inceledikleri

çalışmalarında; ruminatif düşünme ile obsesif belirtilerin ruminasyon boyutu arasında yüksek ve anlamlı bir korelasyon, obsesif belirtilerin kontrol ve yıkama boyutları ile ruminatif düşünme arasında küçük ama anlamlı korelasyonlar elde ettiklerini bildirmiştir. Ulusoy ve diğerleri (2015: 173, 178) de ruminasyon ile OKB belirtilerinin obsesyon boyutu, kompulsiyon boyutu ve toplam puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğunu bildirmiştir. Bu bağlamda mevcut tez çalışmasının ilgili bulgusunun literatürle uyumlu olduğu söylenebilmektedir.

Mevcut tez çalışmasında, OKB belirtileriyle bilişsel esneklik ve bilişsel esnekliğin kontrol alt boyutu arasında negatif yönlü anlamlı ilişki; OKB belirtileriyle bilişsel esnekliğin alternatifler alt boyutu arasında ise pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Sternheim ve diğerleri (2014: 573) tarafından OKB belirtileri olan ve olmayan yetişkin kadın öğrencilerde bilişsel esnekliği ve bilişsel esnekliğin nasıl deneyimlendiğinin incelendiği bir çalışma gerçekleştirmiş, OKB belirtileri ile hem zayıf bilişsel esneklik hem de bilişsel esneklik gerektiren durumların olumsuz olarak deneyimlenmesi arasında pozitif yönlü ilişkiler bulunmuştur. Dağ ve Gülüm (2013: 245) de bilişsel esnekliğin kontrol alt boyutu ile OKB belirtileri arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğunu bildirmiştir. Bu bağlamda mevcut çalışmanın bilişsel esneklik ve bilişsel esnekliğin kontrol alt boyutu ile OKB belirtileri arasındaki ilişkiye yönelik bulgusu literatürle uyumludur. İlgili literatürde, mevcut çalışmadaki bilişsel esnekliğin alternatifler boyutu ile OKB arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulgusunu destekleyen ya da çürüten bir çalışma bulgusuna rastlanmamaktadır.

5.1.3. Regresyon Analizi Sonuçlarına İlişkin Değerlendirme ve Tartışma

OKB belirtilerinin üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esneklik tarafından ayrı ayrı ve birlikte ne düzeyde ve hangi yönde yordandığının incelenmesi amacıyla basit ve çoklu doğrusal regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Pearson korelasyon analizinde OKB belirtileri ile $r=.20$ 'nin altında korelasyon gösteren üstbilişlerin bilişsel güven boyutu ve bilişsel esnekliğin kontrol boyutu kurulan regresyon modellerine dahil edilmemiştir.

Kurulan ilk regresyon modelinde, üstbilişlerin OKB belirtilerini yordayıcılığı incelenmek istenmiş; üstbilişlerin bilişsel güven alt boyutu dışındaki alt boyutları yordayıcı, OKB belirtileri ise yordanan değişken olarak girilerek çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda, patolojik üstbiliş alt

boyutlarından düşüncenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna ilişkin üstbilişsel inançlarla ilgili boyut ve bilişsel farkındalığın yüksek oluşu şeklinde işleyen üstbilişsel süreci ifade eden boyutun birlikte OKB belirtilerini pozitif yönde yordadığı ve belirtilere ilişkin varyansın %49'unu açıkladığı görülmektedir. Literatüre bakıldığında; Irak ve Tosun (2008: 1320) üstbilişler ile obsesif kompulsif belirtiler arası ilişkiyi inceledikleri çalışmada, obsesif kompulsif belirtilerle üstbiliş alt boyutlarından düşüncelerin kontrol edilmezliği ve tehlikeye dair inançlar boyutu arasındaki korelasyonun en yüksek olduğunu ve üst biliş alt boyutlarından düşünceleri kontrol etme ihtiyacı, kontrol edilemezlik ve tehlike, olumlu inançlar ve bilişsel farkındalık boyutlarının obsesif kompulsif belirtilerin önemli yordayıcıları olduğunu bildirmiştir. Burdan yola çıkarak mevcut çalışmada, üstbilişlerin bilişsel güven haricindeki tüm alt boyutları regresyon analizinde yerini almıştır. Cartwright-Hatton ve Wells (1997: 279, 293) Üstbilişler Ölçeği'nin (Meta-Cognitions Questionnaire) geliştirilişini açıkladıkları çalışmalarında YKB, OKB, klinik kontrol grubu ve klinik olmayan kontrol grubunun üstbilişlerini kıyaslanmış ve OKB'li bireylerde bilişsel farkındalık alt boyutuna ait puanların diğer tüm gruplardan istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu sonucunu bildirmiştir. Janeck ve diğerleri (2003: 181,188,189) de kaygı grubu ile OKB grubunun bilişsel farkındalık puanlarını kıyaslamış ve OKB grubunun bilişsel farkındalığının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Aynı çalışmada; bilişsel farkındalığın yüksek oluşunun OKB'nin oluşum olasılığını arttırabileceği belirtilmiştir (A.g.e.: 181). Mohammadkhani (2013: 100) de yaptığı çalışmada bilişsel farkındalığın obsesif kompulsif belirtileri yordadığını bildirmiştir. Bu bağlamda bilişsel farkındalık boyutunun mevcut tez çalışmasında OKB belirtilerinin yordayıcısı olarak görülmesi literatürle son derece örtüşmektedir. Sica ve diğerleri (2007: 263-264) ise klinik olmayan örnekleme yaptıkları çalışmada, endişenin ve obsesif belirtilerin yordayıcısının düşüncenin kontrol edilemezliği ve tehlikeli olduğu ile ilgili üstbilişsel inançlar olduğunu bildirmiştir. Mevcut tez çalışmasında da kontrol edilemezlik ve tehlike boyutunun OKB belirtilerinin yordayıcısı olarak bulunması, bulgunun literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Kurulan ikinci regresyon modelinde, ruminasyonun OKB belirtilerini ne düzeyde ve hangi yönde yordadığının incelenmesi amaçlanmış; tek boyuttan oluşan ruminasyon yordayıcı, OKB belirtileri yordanan değişken olarak basit doğrusal regresyon analizine sokulmuştur. Analiz sonucunda, ruminasyonun OKB belirtilerini pozitif yönde

yordadığı ve OKB belirtilerine ait varyansın %42'sini açıkladığı görülmektedir. Gülüm ve Dağ (2014: 249-250) yetişkinlerdeki bağlanma stiliyle psikopatolojiler arasındaki ilişkide ruminasyonun aracı etkisini inceledikleri çalışmada; ruminasyonun kadınlarda ve erkeklerde OKB belirtilerini yordadığı ve kadınlardaki OKB belirtilerine ilişkin varyansın %8'ini, erkeklerdeki OKB belirtilerine ilişkin varyansın ise %5'ini açıkladığını bildirmiştir. Ulusoy ve diğerleri (2015: 178-179) de yaptıkları çalışmada ruminasyonun OKB belirtilerini pozitif yönde yordadığını bildirmiştir. Wang ve diğerleri (2021: 4-5) de OKB belirtileri ile ruminasyon arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğunu ve ruminasyonun OKB'yi yordadığını bildirmiştir. Mevcut tez çalışmasının ruminasyonun OKB'yi yordaması ile ilgili bulgusunun literatürle örtüştüğü ve tez çalışmasında literatürde belirtilen oranlardan daha güçlü şekilde OKB belirtilerini yordadığı görülmektedir.

Kurulan üçüncü regresyon modelinde, bilişsel esnekliğin OKB belirtilerini yordayıcılığı incelenmek istenmiş; bilişsel esnekliğin alternatifler boyutu regresyon kurallarına uymadığından yalnız bilişsel esnekliğin kontrol alt boyutu yordayıcı, OKB belirtileri ise yordanan değişken olarak basit doğrusal regresyon analizinde yerini almıştır. Yapılan analiz sonucunda, bilişsel esnekliğin kontrol alt boyutunun OKB belirtilerini negatif yönde yordadığı ve OKB belirtilerine ait varyansın %18'ini açıkladığı görülmektedir. Dağ ve Gülüm (2013: 243-244) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada; bilişsel esnekliğin kontrol alt boyutunun hem kadınlarda hem de erkeklerde OKB belirtilerini yordadığı, kadınlarda OKB belirtilerine ait varyansın %21'ini açıklarken erkeklerde OKB belirtilerine ait varyansın %12'sini açıkladığı bildirilmiştir. Bu bağlamda mevcut tez çalışması literatürle desteklenmektedir. Ramakrishnan, Robbins ve Zmigrod (2022: 5) ise bilişsel esnekliği mevcut tez çalışmasından farklı bir ölçüm yöntemiyle ölçümledikleri çalışmada, bilişsel esnekliğin OKB belirtilerini yordadığını bildirmiştir.

Kurulan son regresyon modelinde üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esnekliğin birlikte OKB belirtilerini yordama gücünün incelenmesi amacıyla üstbilişlerin bilişsel güven alt boyutu dışındaki alt boyutları, ruminasyon ve bilişsel esnekliğin kontrol boyutu yordayıcı; OKB belirtileri yordanan değişken olarak çoklu doğrusal regresyon analizine sokulmuştur. Analiz sonucunda patolojik üstbilişlerin kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutu ile bilişsel farkındalık alt boyutu ve ruminasyonun birlikte OKB belirtilerini yordadığı ve OKB belirtilerine ait varyansın %52'sini açıkladığı

görülmektedir. Zayıf bilişsel esneklik ise bu modelde yordayıcı gücünü gösterememiştir. Literatürde bu üç değişkenin birlikte OKB belirtilerini yordayıp yormadığıyla ilgili bir çalışmaya rastlanmadığından, bu bulgunun araştırmanın özgün yönü olacağı düşünülmekte; bulgunun doğru yorumlanması adına tekrar çalışmaları yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

5.2. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Mevcut araştırmanın sınırlılıklarından birisi kadın ve erkek katılımcı sayısının eşit olmamasıdır. Bu sebeple, araştırmanın bulguları değerlendirilirken katılımcıların cinsiyete göre dağılımlarının dengesiz olduğunun göz önünde bulundurulması ve gelecek çalışmalarda bu oranın dengeli olmasının sağlanmaya çalışılması önerilmektedir. Mevcut çalışmada deneysel bir çalışma yöntemi benimsenmediğinden nedensel çıkarımlar yapılamamakta ve tanı almamış grupla çalışılması sebebiyle bulguların OKB tanısı alan bireylere genellenmesi de sınırlı olmaktadır. Bir diğer sınırlılık da araştırmadaki tüm değişkenlerin ölçümü için öz bildirim yönteminin kullanılmış olmasıdır. Bu bağlamda mevcut çalışmada bilişsel esneklik değişkeni, literatürdeki ölçüm yöntemlerinden daha farklı şekilde ölçülmüştür. Bu farklı ölçüm yöntemi, bulguların değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. İlgili literatürde bilişsel esneklik performans testleriyle ölçümlendiğinden, gelecek çalışmalarda hem mevcut çalışmada bilişsel esneklik ölçümü için kullanılan BEE'nin hem de performans testlerinin birlikte kullanılmasının ilgili literatürde değişkenin daha detaylı değerlendirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Mevcut çalışma bulguları değerlendirildiğinde, OKB belirtilerinden temizlik alt boyutu ilgili birtakım bulguların Covid-19 pandemisine atfedilebilme ihtimalinin olabileceği ve mevcut çalışmada Covid-19 pandemisinin bireyler üzerindeki etkilerine yönelik herhangi bir değerlendirme olmamasının araştırma için sınırlılık oluşturabileceği düşünülmekte ve gelecek çalışmalarda bu gibi etkenlerin de araştırma kapsamına alınması önerilmektedir. Mevcut çalışmayla ilgili literatür değerlendirildiğinde, üstbilişlerden düşünce-kaynaşma inançlarının da OKB ile ilişkisi olduğu görülmektedir. Mevcut çalışmada düşünce-kaynaşma inançlarının ölçülmesi adına herhangi bir ölçek kullanılmamıştır. Gelecek araştırmalarda düşünce-kaynaşma alanındaki üstbilişsel inançların da OKB belirtileri üzerindeki yordayıcılıklarının incelenmesi önerilmektedir.

5.3. Sonuç

Bu çalışmada OKB tanısı almamış yetişkin bireylerdeki OKB belirtileri, üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esneklik değişkenleri; değişkenler arasındaki ilişkiler ve üstbilişler, ruminasyon ve bilişsel esnekliğin OKB belirtilerini yordayıcı rolleri incelenmiştir. Bu doğrultuda, araştırmada elde edilen sonuçlar şöyledir:

- OKB belirtileri ve belirti alt boyutları cinsiyete göre farklılaşmamaktadır.
- Patolojik üstbilişlerden yalnız endişeye dair olumlu üstbilişsel inançlar alt boyutunda erkeklerin puanları, kadınlarınkinden daha yüksektir.
- Kadınların ruminasyon puanları, erkeklerkinden daha yüksektir.
- Bilişsel esneklik toplam puanı cinsiyete göre farklılaşmazken; bilişsel esnekliğin alternatifleri fark edebilmekle ilgili yönünü ölçen alternatifler alt boyutunda kadınların puanları erkeklerinkinden, zor durumlarda kontrolü sağlayabilmekle ilgili kontrol alt boyutunda ise erkeklerin puanları kadınlarınkinden daha yüksektir.
- OKB belirtilerinin ve temizlik boyutu haricindeki belirti alt boyutları yaş grubuna göre farklılaşmaktadır ve genç yetişkinlerin puanları daha yüksektir.
- Genç yetişkinlerdeki patolojik üstbiliş puanları, düşüncelerin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair üstbiliş alt boyut puanları ve düşünce kontrol ihtiyacı alt boyut puanları orta yetişkinlik dönemindeki bireylerinkinden daha yüksektir.
- Genç yetişkinlerin ruminasyon puanları, orta yetişkinlik dönemindeki bireylerinkinden daha yüksektir.
- Bilişsel esnekliğin yalnızca kontrol alt boyutunda orta yetişkinlik dönemindeki bireylerin puanları, genç yetişkinlere göre daha yüksektir.
- OKB belirtileri ve temizlik alt boyutu dışındaki OKB belirti alt boyut puanları, bekar katılımcılarda evli katılımcılardan daha yüksektir.
- Patolojik üstbiliş düzeyleri toplam puanı ve patolojik üstbilişlerin bilişsel farkındalık ile kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyut puanları, bekar katılımcılarda evlilere göre daha yüksektir.
- Bekarların ruminasyon puanları, evlilerinkinden yüksektir.

- Bilişsel esnekliğin yalnızca kontrol alt boyutunda evlilerin puanları, bekarlardan daha yüksektir.
- OKB dışında bir psikiyatrik tanı aldığını bildiren katılımcıların OKB belirtileri toplam puanı, OKB yavaşlık belirti alt boyutu ve ruminasyon belirti alt boyutu puanları; herhangi bir psikiyatrik tanı almadığını bildiren katılımcılarınkinden daha yüksektir.
- Patolojik üstbilis toplam puanı ve patolojik üstbilislerin alt boyutlarından düşüncenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna ilişkin alt boyut puanı OKB dışında bir psikiyatrik tanı aldığını bildiren bireylerde, herhangi bir psikiyatrik tanı almadığını bildiren bireylere göre daha yüksektir.
- OKB dışında bir psikiyatrik tanı aldığını bildiren grubun ruminasyon düzeyi, hiçbir psikiyatrik tanı almadığını bildirenlerinkinden daha yüksektir.
- OKB dışındaki bir psikiyatrik tanıyı aldığını bildiren katılımcılardaki bilişsel esneklik puanları ile herhangi bir psikiyatrik tanı almadığını bildiren katılımcılardaki bilişsel esneklik puanları farklılaşmamaktadır.
- Depresyon tanısı aldığını, kaygı bozukluğu tanısı aldığını veya panik bozukluk tanısı aldığını bildiren katılımcıların OKB belirtileri ve belirti alt boyut puanları açısından anlamlı farklılaşmamaktadır.
- OKB belirtileri ve belirti alt boyutlarının çoğuyla üstbilisler ve tümüyle ruminasyon arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler bulunmaktadır.
- OKB belirtileriyle yaş, bilişsel esneklik ve bilişsel esnekliğin kontrol alt boyutu arasında negatif yönlü anlamlı ilişki; bilişsel esnekliğin alternatifler alt boyutuyla ise pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
- Patolojik üstbilis alt boyutlarından kontrol edilemezlik ve tehlike ile bilişsel farkındalık, bilişsel esnekliğin kontrol alt boyutu ve ruminasyon ayrı ayrı OKB belirtilerini yordamaktadır.
- Patolojik üstbilis alt boyutlarından kontrol edilemezlik ve tehlike ile bilişsel farkındalık ve ruminasyon birlikte OKB belirtilerini yordamaktadır. Bilişsel esneklik bu modelde yordayıcılık rolünü kaybetmiştir.

Mevcut alışma bulguları ve ilgili literatür taraması neticesinde, psikoeğitimler aracılığıyla toplum ruh sağlığı alanında önleyici çalışmalara yer verilmesinin ve yetişkinlerde OKB belirtileriyle çalışırken bilişsel ve üstbilişsel yaklaşımın terapi programlarına dahil edilmesinin faydalı olacağı düşünölmektedir.



KAYNAKÇA

- Abak, E. ve Güzel, H. Ş. (2021). Ruminatif Düşünme Stili, Beden Algısı ve Sosyal Görünüş Kaygısının Romantik İlişki ve Partner Odaklı Obsesif Kompulsif Semptomlarla İlişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 24(3): 368-382.
- Abramowitz, J. S., vd. (2010). Assessment of Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions: Development and Evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 22(1): 180-198.
- Adam, Y., vd. (2012). Obsessive-Compulsive Disorder in the Community: 12-month Prevalence, Comorbidity and Impairment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(3): 339-349.
- Albertella, vd. (2020). Reward-related Attentional Capture and Cognitive Inflexibility Interact to Determine Greater Severity of Compulsivity-related problems. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 69: 101580-101586.
- Altınöz, A. E., Köşger, F. ve Eşsizoğlu, A. (2019). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Seçici Dikkat, Bilişsel Esneklik, Yanıt İnhibisyonu ve Zihin Kuramı İşlevleri Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(1): 47-53.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan*, (5. Basım). (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Ando', A., vd. (2020). A Multimethod Assessment to Study the Relationship between Rumination and Gender Differences. *Scandinavian Journal of Psychology*, 61(6): 740-750.
- Angst, J., vd. (2004). Obsessive-Compulsive Severity Spectrum in the Community: Prevalence, Comorbidity, and Course. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(3): 156-164.

- Arpınar, M. S. (2020). Sosyo Demografik Özelliklerin Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerine Etkisine Yönelik Bir Çalışma. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1): 118-143.
- Aydın Çetinay, P. ve Öyekçin Güleç, D. (2013). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel İşlevler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(4): 266-274.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Benzina, N., vd. (2016). Cognitive Dysfunction in Obsessive-Compulsive Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 18(9): 80-90.
- Berthier, M. L. (2000). Dissecting Obsessive-Compulsive Disorder into Subtypes. In M. Maj, N. Sartorius, A. Okasha, J. Zohar (Eds.), *Obsessive Compulsive Disorder*, West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd, 26-29.
- Bloch, M. H., vd. (2008). Meta-analysis of the Symptom Structure of Obsessive-Compulsive Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 165(12): 1532-1542.
- Boger, S., vd. (2020). Potential Mediators of the Association between Childhood Maltreatment and Obsessive-Compulsive Disorder in Adulthood. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 27, 100587: 1-9.
- Brakoulias, V., vd. (2017). Comorbidity, Age of Onset and Suicidality in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): An International Collaboration. *Comprehensive Psychiatry*, 76: 79-86.
- Brinker, J. K. ve Dozois, D. J. (2009). Ruminative Thought Style and Depressed Mood. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1): 1-19.
- Broderick, P. C. ve Korteland, C. (2004). A Prospective Study of Rumination and Depression in Early Adolescence. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(3): 383-394.
- Brown, T. A., vd. (2001). Current and Lifetime Comorbidity of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders in a Large Clinical Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4): 585-599.

- Bugay, A. ve Erdur-Baker, Ö. (2011). Ruminasyon Düzeyinin Toplumsal Cinsiyet ve Yaşa Göre İncelenmesi. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 4(36): 191-199.
- Carr, A. T. (1974). Compulsive Neurosis: A Review of the Literature. *Psychological Bulletin*, 81(5): 311-318.
- Cartwright-Hatton, S. ve Wells, A. (1997). Beliefs about Worry and Intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its Correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(3): 279-296.
- Caudek, C., vd. (2020). Cognitive Inflexibility Specificity for Individuals with High Levels of Obsessive-Compulsive Symptoms. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 30(2): 103-113.
- Chamberlain, S. R., vd. (2007). A Neuropsychological Comparison of Obsessive-Compulsive Disorder and Trichotillomania. *Neuropsychologia*, 45(4): 654-662.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- (2020). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD and Its Subtypes*, (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Clark, D. A. ve Purdon, C. (1993). New Perspectives for a Cognitive Theory of Obsessions. *Australian Psychologist*, 28(3): 161-167.
- Conway, M., vd. (2000). On Assessing Individual Differences in Rumination on Sadness. *Journal of Personality Assessment*, 75(3): 404-425.
- Cross, D. R. ve Paris, S. G. (1988). Developmental and Instructional Analyses of Children's Metacognition and Reading Comprehension. *Journal of Educational Psychology*, 80(2):131-142.
- Çilli, A. S., vd. (2004). Twelve-month Prevalence of Obsessive-Compulsive Disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5): 367-374.
- Dağ, İ. ve Gülüm, V. (2013). Yetişkin Bağlanma Örüntüleri ile Psikopatoloji Belirtileri Arasındaki İlişkide Bilişsel Özelliklerin Aracı Rolü: Bilişsel Esneklik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(4): 240-247.

- D'Alcante, C. C., vd. (2012). Neuropsychological Predictors of Response to Randomized Treatment in Obsessive–Compulsive Disorder. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 39(2): 310-317.
- Dennis, J. P. ve Vander Wal, J. S. (2010). The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument Development and Estimates of Reliability and Validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3): 241-253.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64(1): 135-168.
- Doğan, K., vd. (2013). Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Tiplerinde ve Sağlıklı Kontrol Grubunda Üstbilişlerin Karşılaştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2(1): 34-40.
- Dryden, W. (2018). *Flexibility-Based Cognitive Behaviour Therapy: Insights from 40 Years of Practice*. Newyork: Routledge.
- Eğrilmez, A., vd. (1997). Phenomology of Obsessions in a Turkish Series of OCD Patients. *Psychopathology*, 30: 106-110.
- Eisen, J. L., vd. (2013). Five-year Course of Obsessive-Compulsive Disorder: Predictors of Remission and Relapse. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(3): 233-239.
- Emmelkamp, P. M. G. ve Aardema, A. (1999). Metacognition, Specific Obsessive-Compulsive Beliefs and Obsessive-Compulsive Behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6(2): 139-145.
- Epictetus. (1991). *Enchiridion* (G. Long, Çev.). New York: Prometheus Books.
- Erol, N. ve Savaşır, I. (1988). Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi. XXIV. *Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bildiri Kitabı*, Ankara: GATA Basımevi, 107-114.
- Fineberg, N. A., vd. (2018). Mapping Compulsivity in the DSM-5 Obsessive Compulsive and Related Disorders: Cognitive Domains, Neural Circuitry, and Treatment. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 21(1): 42-58.
- Fisher, P. ve Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy: Distinctive Features*. Hove: Routledge.

- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and Cognitive Monitoring: A New Area of Cognitive-Developmental Inquiry. *American Psychologist*, 34(10): 906-911.
- Flavell, J. H. (1987). Speculations about the Nature and Development of Metacognition. In F. E. Weinert, R. Kluwe (Eds.), *Metacognition, Motivation, and Understanding*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 21-29.
- Franklin, M. E. ve Foa, E. B. (2011). Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1): 229-243.
- García-Soriano, G. ve Belloch, A. (2013). Symptom Dimensions in Obsessive-Compulsive Disorder: Differences in Distress, Interference, Appraisals and Neutralizing Strategies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(4): 441-448.
- George, D. ve Mallery, P. (2016). *IBM SPSS Statistics 23 Step by Step: A Simple Guide and Reference*, (14th ed.). New York: Routledge.
- Ghovati, A., vd. (2021). The Effectiveness of Emotion Schema Therapy on Rumination and the Extreme Accountability of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Psychological Studies*, 16(4): 7-24.
- Gibbs, N. A. (1996). Nonclinical Populations in Research on Obsessive-Compulsive Disorder: A Critical Review. *Clinical Psychology Review*, 16(8): 729-773.
- Gottwald, J., vd. (2018). Impaired Cognitive Plasticity and Goal-directed Control in Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychological Medicine*, 48(11): 1900-1908.
- Grabe, H. J., vd. (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.
- Grisham, J. R. ve Williams, A. D. (2009). Cognitive Control of Obsessional Thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5): 395-402.
- Grøtte, T., vd. (2016). Metacognitions in Obsessive-Compulsive Disorder: A Psychometric Study of the Metacognitions Questionnaire-30. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11: 82-90.

- Gruner, P. ve Pittenger, C. (2017). Cognitive Inflexibility in Obsessive-Compulsive Disorder. *Neuroscience*, 345: 243-255.
- Gülüm, İ. V. ve Dağ, İ. (2012). Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği ve Bilişsel Esneklik Envanterinin Türkçeye Uyarlanması, Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13: 216-223.
- (2014). Yetişkin Bağlanma Örüntüleri ile Psikopatoloji Belirtileri Arasındaki İlişkide Bilişsel Özelliklerin Aracı Rolü: Kontrol Odağı ve Tekrarlayıcı Düşünme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(4): 244-252.
- Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2017). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*, (5. Baskı). Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Han, M., vd. (2021). Metacognitive Rating Scale: A Study Applying a Korean Translation to Individuals with Schizophrenia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13): 1-12.
- Harvey, A. G., vd. (2004). *Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Heinzel, C.V., vd. (2021). Is a Ruminative Thinking Style Related to Obsessive-Compulsive Symptom Severity Beyond its Associations with Depressive and Anxiety Symptom Severity? *International Journal of Cognitive Therapy*, 14: 575-591.
- Hennessey, M. G. (1999, March). Probing the Dimensions of Metacognition: Implications for Conceptual Change Teaching-Learning. *The Annual Meeting of the National Association for Research in Science Teaching*. Boston, MA.
- Hodgson, R. J. ve Rachman, S. (1977). Obsessional-Compulsive Complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5): 389-395.
- Horwath, E. ve Weissman, M. M. (2000). The Epidemiology and Cross-national Presentation of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(3): 493-507.
- Ionescu, T. (2012). Exploring the Nature of Cognitive Flexibility. *New Ideas in Psychology*, 30(2): 190-200.

- Irak, M. ve Tosun, A. (2008). Exploring the Role of Metacognition in Obsessive-Compulsive and Anxiety Symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8): 1316-1325.
- Janeck, A. S., vd. (2003). Too Much Thinking about Thinking: Metacognitive Differences in Obsessive–Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2): 181-195.
- Johnson, D. P. ve Whisman, M. A. (2013). Gender Differences in Rumination: A Meta-Analysis. *Personality and Individual Differences*, 55(4): 367-374.
- Karadağ, F., vd. (2006). OCD Symptoms in a Sample of Turkish Patients: A Phenomenological Picture. *Depression and Anxiety*, 23(3): 145-152.
- Karatepe, H. T. (2010). *Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması* (Yayınlanmamış Psikiyatri Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 13. Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- Karatepe, H. T., Yavuz, F. K. ve Turkcan, A. (2013). Validity and Reliability of the Turkish Version of the Ruminative Thought Style Questionnaire. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 23(3): 231-241.
- Karno, M., vd. (1988). The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in Five US Communities. *Archives of General Psychiatry*, 45(12): 1094-1099.
- Kim, vd. (2012). Ruminative Response in Clinical Patients with Major Depressive Disorder, Bipolar Disorder, and Anxiety Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 136(1-2): e77–e81.
- Kollárik, vd. (2020). Effects of Rumination on Unwanted Intrusive Thoughts: A Replication and Extension. *Journal of Experimental Psychopathology*, 11(1): 1-16.
- Kracker Imthon, A., vd. (2020). Stressful Life Events and the Clinical Expression of Obsessive–Compulsive Disorder (OCD): An Exploratory Study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(10): 3371-3390.
- Kraft, B., vd. (2017). Dysfunctional Metacognitive Beliefs are Associated with Decreased Executive Control. *Frontiers in Psychology*, 8, 593: 1-6.

- Kruczek, A., Basińska, M. A. ve Janicka, M. (2020). Cognitive Flexibility and Flexibility in Coping in Nurses—The Moderating Role of Age, Seniority and the Sense of Stress. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 33(4): 507-521.
- Kuhn, D. ve Dean, D. (2004). A Bridge between Cognitive Psychology and Educational Practice. *Theory into Practice*, 43(4): 268-273.
- Kuloglu, A. ve Gorkem-Orhan, F. (2021). Examination of Test Anxiety and Cognitive Flexibility Levels of Students Preparing for the University Exam. *International Online Journal of Educational Sciences*, 13(4): 996-1009.
- Kurt, A. A. ve Gündüz, B. (2020). The Investigation of Relationship between Irrational Relationship Beliefs, Cognitive Flexibility and Differentiation of Self in Young Adults. *Cukurova University Faculty of Education Journal*, 49(1): 28-44.
- Labad, J., vd. (2008). Gender Differences in Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions. *Depression and Anxiety*, 25(10): 832-838.
- Lensi, P., vd. (1996). Obsessive–Compulsive Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 169(1): 101-107.
- Lenzo, V., vd. (2016). Gender Differences in Anxiety, Depression and Metacognition. *The European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*, 9: 1-16.
- Lochner, C., vd. (2014). Comorbidity in Obsessive–Compulsive Disorder (OCD): A Report from the International College of Obsessive–Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Comprehensive Psychiatry*, 55(7): 1513-1519.
- Markham, A. M. ve Mason, S. E. (2016). The Relationship between Rumination, Gender, Age, and Posttraumatic Stress. *Modern Psychological Studies*, 21(2): 83-87.
- Marković, V., vd. (2019). Validation of the Serbian Version of the Metacognitions Questionnaire-30 in Nonclinical and Clinical Samples. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 26(4): 458-470.
- Martin, M. M. ve Rubin, R. B. (1995). A New Measure of Cognitive Flexibility. *Psychological Reports*, 76 (2): 623-626.
- Martinez, M. E. (2006). What is Metacognition? *Phi Delta Kappan*, 87(9), 696-699.

- Martínez-Esparza, I. C., vd. (2021). Executive Functioning and Clinical Variables in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Brain Sciences*, 11(2): 267-277.
- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C. ve Leckman, J. F. (2005). A Multidimensional Model of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2): 228-238.
- McFall, M. E. ve Wollersheim, J. P. (1979). Obsessive-Compulsive Neurosis: A Cognitive-Behavioral Formulation and Approach to Treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3(4): 333-348.
- McKay, D., vd. (2004). A Critical Evaluation of Obsessive-Compulsive Disorder Subtypes: Symptoms versus Mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 24(3): 283-313.
- McNicol, K. ve Wells, A. (2012). Metacognition and Obsessive-Compulsive Symptoms: The Contribution of Thought-Fusion Beliefs and Beliefs about Rituals. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(3): 330-340.
- Miyake, A., vd. (2000). The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex "Frontal Lobe" Tasks: A Latent Variable Analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1): 49-100.
- Mohammadkhani, S. (2013). The Role of Fusion Beliefs and Metacognitions in Obsessive-Compulsive Symptoms in General Population. *Practice in Clinical Psychology*, 1(2): 97-104.
- Morillo, C., Belloch, A. ve García-Soriano, G. (2007). Clinical Obsessions in Obsessive-Compulsive Patients and Obsession-relevant Intrusive Thoughts in Non-clinical, Depressed and Anxious Subjects: Where are the Differences? *Behaviour Research and Therapy*, 45(6): 1319-1333.
- Myers, S. G., Fisher, P. L. ve Wells, A. (2009). Metacognition and Cognition as Predictors of Obsessive-Compulsive Symptoms: A Prospective Study. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(2): 132-142.
- Nance, M., vd. (2018). Thoughts and Thoughts about Thoughts: The Relative Contribution of Obsessive Beliefs and Metacognitive Beliefs in Predicting Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(2): 234-248.

- Nelson, T. O., Kruglanski, A. W. ve Jost, J. T. (1998). Knowing Thyself and Others: Progress in Metacognitive Social Psychology. In V. Y. Yzerbyt, G. Lories, B. Dardenne (Eds.), *Metacognition: Cognitive and Social Dimensions*, California: Sage Publications Inc, 69-89.
- Nelson, T. O. ve Narens, L. (1990). Metamemory: A Theoretical Framework and New Findings. *The Psychology of Learning and Motivation*, 26: 125-141.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to Depression and Their Effects on the Duration of Depressive Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4): 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. ve Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5): 400-424.
- Noshirvani, H. F., vd. (1991). Gender-divergent Aetiological Factors in Obsessive-Compulsive Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 158(2): 260-263.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive Assessment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7): 667-681.
- Oguz, G., vd. (2019). Comparison Between Obsessive Compulsive Disorder and Panic Disorder on Metacognitive Beliefs, Emotional Schemas, and Cognitive Flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12: 157-178.
- Olatunji, B. O., Ebesutani, C. ve Abramowitz, J. S. (2017). Examination of a Bifactor Model of Obsessive–Compulsive Symptom Dimensions. *Assessment*, 24: 45-59.
- Önder Uzgan, B., vd. (2021). Neurocognitive Flexibility, Perfectionism, Obsessive Beliefs in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, 24(4): 439-449.
- Önen, S., Karakaş Uğurlu, G. ve Çayköylü, A. (2013). The Relationship between Metacognitions and Insight in Obsessive–Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54(5): 541-548.
- Papageorgiou, C. ve Siegle, G. J. (2003). Rumination and Depression: Advances in Theory and Research, *Cognitive Therapy and Research*, 27(3): 243-245.

- Papageorgiou, C. ve Wells, A. (2003). An Empirical Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3): 261-273.
- Papageorgiou, C. ve Wells, A. (2004). Nature, Functions, and Beliefs about Depressive Rumination. In C. Papageorgiou ve A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*, Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 3-19.
- Pazvantoglu, O., vd. (2013). Metacognitive Functions in Obsessive Compulsive Disorder in a Turkish Clinical Population: The Relationship Between Symptom Types and Metacognition Subdimensions. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 23(1): 65-71.
- Perugi, G., vd. (1998). Episodic Course in Obsessive-Compulsive Disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248(5): 240-244.
- Pinto, A., vd. (2006). The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: Clinical Features and Symptoms of the Sample at Intake. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(5): 703-711.
- Purdon, C. ve Clark, D. A. (1999). Metacognition and Obsessions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6(2): 102-110.
- Quattropiani, M. C., vd. (2014). Psychometric Properties of the Italian Version of the Short Form of the Metacognitions Questionnaire (MCQ-30). *BPA-Applied Psychology Bulletin (Bollettino Di Psicologia Applicata)*, 62(269): 29-41
- Rachman, S. (1997). A Cognitive Theory of Obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9): 793-802.
- (1998). A Cognitive Theory of Obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4): 385-401.
- (2003). *The Treatment of Obsessions*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Rachman, S. ve de Silva, 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 and Psychotherapy*, 6(2): 80-85.

- Rachman, S., vd. (1995). Perceived Responsibility: Structure and Significance. *Behaviour Research and Therapy*, 33(7): 779-784.
- Raines, A. M., vd. (2017). Associations between Rumination and Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions. *Personality and Individual Differences*, 113: 63-67.
- Ramakrishnan, S., Robbins, T. W. ve Zmigrod, L. (2022). Cognitive Rigidity, Habitual Tendencies, and Obsessive-Compulsive Symptoms: Individual Differences and Compensatory Interactions. *Frontiers in Psychiatry*, 13: 1-16.
- Ramos-Cejudo, J., Salguero, J. M. ve Cano-Vindel, A. (2013). Spanish Version of the Meta-Cognitions Questionnaire 30 (MCQ-30). *The Spanish Journal of Psychology*, 16, e-9:1-8
- 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. ve Tsuang, M. (1986). Clinical Characteristics and Family History in DSM-III Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143(3): 317-322.
- Rees, C. S. ve Anderson, R. A. (2013). A Review of Metacognition in Psychological Models of Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Psychologist*, 17(1): 1-8.
- Rosa-Alcázar, Á., vd. (2019). Cognitive Flexibility and Response Inhibition in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(1): 20-28.
- Rowell, M. ve Francis, S. E. (2015). OCD Subtypes: Which, If Any, Are Valid? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(4): 414-435.
- Ruscio, A. M., vd. (2010). The Epidemiology Of Obsessive-Compulsive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15: 53-63.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-Compulsive Problems: A Cognitive-Behavioural Analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5): 571-583.

- (1989). Cognitive-Behavioural Factors and the Persistence of Intrusive Thoughts in Obsessional Problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27(6): 677-682.
- Segerstrom, S. C., vd. (2003). A Multidimensional Structure for Repetitive Thought: What's on Your Mind, and How, and How Much? *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(5): 909-921.
- Shaw, A. M., vd. (2017). Obsessive-Compulsive and Depressive Symptoms: The Role of Depressive Cognitive Styles. *The Journal of Psychology*, 151(6): 532-546.
- Sica, C., vd. (2007). Metacognitive Beliefs and Strategies Predict Worry, Obsessive-Compulsive Symptoms and Coping Styles: A Preliminary Prospective Study on an Italian Non-clinical Sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14(4): 258-268.
- 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.
- Smith, J. M. ve Alloy, L. B. (2009). A Roadmap to Rumination: A Review of the Definition, Assessment, and Conceptualization of This Multifaceted Construct. *Clinical Psychology Review*, 29(2): 116-128.
- Solem, S., vd. (2010). An Empirical Test of the Metacognitive Model of Obsessive-Compulsive Symptoms: Replication and Extension. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(1): 79-86.
- Stein, D. J. ve Fineberg, N. A. (2007). *Obsessive Compulsive Disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Steketee, G. S., Grayson, J. B. ve Foa, E. B. (1985). Obsessive-Compulsive Disorder: Differences between Washers and Checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 23(2): 197-201.
- Sternheim, L., vd. (2014). Poor Cognitive Flexibility, and the Experience Thereof, in a Subclinical Sample of Female Students with Obsessive-Compulsive Symptoms. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(6): 573-577.
- Sütterlin, S., vd. (2012). Rumination and Age: Some Things Get Better. *Journal of Aging Research*, 2012, 267327: 1-10.

- Şahin, H., vd. (2018). The Relationship between Obsessive Belief Level and Cognitive Flexibility in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Nöro Psikiyatri Arsivi*, 55(4): 376-379.
- Taylor, S. (2011). Early versus Late Onset Obsessive-Compulsive Disorder: Evidence for Distinct Subtypes. *Clinical Psychology Review*, 31(7): 1083-1100.
- Tezcan, E. ve Millet, B. (1997). Phénoménologie des Troubles Obsessionnels Compulsifs. Formes et Contenus des Obsessions et des Compulsions dans l'est de la Turquie [Phenomenology of Obsessive-Compulsive Disorders. Forms and characteristics of Obsessions and Compulsions in East Turkey]. *L'Encephale*, 23(5): 342-350.
- Torres, A. R., vd. (2016). Comorbidity Variation in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder According to Symptom Dimensions: Results from a Large Multicentre Clinical Sample. *Journal of Affective Disorders*, 190: 508-516.
- Tosun, A. ve Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1): 67-80.
- Tükel, R., vd. (2002). Comorbid Conditions in Obsessive-Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(3): 204-209.
- Tümkaya, S. vd. (2018). Metacognitive Beliefs and Their Relation with Symptoms in Obsessive-Compulsive Disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, 55(4): 358-363.
- Ulusoy, S., vd. (2015). The Role of Metacognitive Processes and Emotional Schemas in Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 4(3): 173-183.
- Uzgan, B. Ö., vd. (2021). Neurocognitive Flexibility, Perfectionism, Obsessive Beliefs in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, 24: 439-449.
- Van Oppen, P. ve Arntz, A. (1994). Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32(1): 79-87.
- Wahl, K., vd. (2011a). Relations between a Ruminative Thinking Style and Obsessive-Compulsive Symptoms in Non-clinical Samples. *Anxiety, Stress and Coping*, 24(2): 217-225.

- . (2011b). Differences and Similarities between Obsessive and Ruminative Thoughts in Obsessive-Compulsive and Depressed Patients: A Comparative Study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(4): 454-461.
- . (2019). Is Repetitive Negative Thinking a Transdiagnostic Process? A Comparison of Key Processes of RNT in Depression, Generalized Anxiety Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Community Controls. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 64:45-53.
- Wang, P., vd. (2021). Mediating Role of Rumination and Negative Affect in the Effect of Mind-Wandering on Symptoms in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 755159: 1-8.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and Unconstructive Repetitive Thought. *Psychological Bulletin*, 134(2): 163-206.
- Wecker, N. S., vd. (2005). Mental Flexibility: Age Effects on Switching. *Neuropsychology*, 19(3): 345-352.
- Weissman, M., vd. (1994). The Cross National Epidemiology of Obsessive Compulsive Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55 Suppl: 5-10.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and Worry: A Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23: 301-320.
- . (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester: John Wiley & Sons Inc.
- . (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. England: John Wiley & Sons.
- . (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford.
- . (2013). Advances in Metacognitive Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2): 186-201.
- Wells, A. ve Cartwright-Hatton, S. (2004). A Short Form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4): 385-396.

- Wells, A. ve Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. Hove: Erlbaum.
- (1996). Modelling Cognition in Emotional Disorder: The S-REF Model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11-12): 881-888.
- (2015). *Attention and Emotion. A Clinical Perspective*. Hove: Psychology Press.
- Wells, A. ve Sembi, S. (2004). Metacognitive Therapy for PTSD: A Preliminary Investigation of a New Brief Treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35: 307-318.
- Whitton, A. E., Henry, J. D. ve Grisham, J. R. (2014). Moral Rigidity in Obsessive-Compulsive Disorder: Do Abnormalities in Inhibitory Control, Cognitive Flexibility and Disgust Play a Role? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1): 152-159.
- Yılmaz, O., vd. (2020). The Relationship of Insight with Obsessive Beliefs and Metacognition in Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Psychiatric Nursing*, 11(1): 11-19.
- Yorulmaz, O., Gençöz, T. ve Woody, S. (2009). OCD Cognitions and Symptoms in Different Religious Contexts. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(3): 401-406.
- Yörük, P. ve Tosun, A. (2015). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Üst-Bilişsel Model. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 7(2): 190-207.
- Yu, Y., Yu, Y. ve Lin, Y. (2020). Anxiety and Depression Aggravate Impulsiveness: The Mediating and Moderating Role of Cognitive Flexibility. *Psychology, Health and Medicine*, 25(1): 25-36.

EKLER

Ek 1: Ölçek Kullanım İzinleri

Üstbiliş Ölçeği-30 kullanım izni

2 ileti

Ayşe Hilal <a.hilalyongaci@gmail.com>
Alıcı: metehan.irak@eas.bau.edu.tr

10 Aralık 2021 19:21

Merhaba, ben Ayşe Hilal Özmen. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim. Yetişkinlerde obsesif kompulsif belirtiler ve üstbilişlerle çalışacağım tez çalışmamda ÜBÖ-30 'u ölçek olarak kullanabilir miyim? TOAD'da Ahmet Tosun Bey sorumlu yazar olarak görünüyordu fakat mail adresi geçersiz olduğundan size ulaştım.
Saygılarımla.

Metehan IRAK <metehan.irak@eas.bau.edu.tr>
Alıcı: Ayşe Hilal <a.hilalyongaci@gmail.com>

11 Aralık 2021 09:32


Merhaba dosyalar ektedir. kolay gelsin
Metehan

Gönderen: Ayşe Hilal <a.hilalyongaci@gmail.com>
Gönderildi: 10 Aralık 2021 Cuma 20:21
Kime: Metehan IRAK <metehan.irak@eas.bau.edu.tr>
Konu: Üstbiliş Ölçeği-30 kullanım izni


[Alıntılanan metin gizlendi]

4 eklenti

 **Irak & Tosun.pdf**
157K

 **MCQ-30 TR.PDF**
34K

 **MCQ-30_alt faktörler ve puanlama.pdf**
276K

 **Tosun & Irak.pdf**
255K

RDBÖ kullanım izni

3 ileti

Ayşe Hilal <a.hilalyongaci@gmail.com>

13 Aralık 2021 15:25

Alıcı: "htkaratepe@yahoo.com" <htkaratepe@yahoo.com>

Merhaba, ben Ayşe Hilal Özmen. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim. Yetişkinlerde obsesif kompulsif belirtilerle ve ruminasyon ile çalışacağım. Tez çalışmamda Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği'ni kullanabilir miyim? Saygılarımla.

hasan turan Karatepe <htkaratepe@yahoo.com>

14 Aralık 2021 22:27

Alıcı: Ayşe Hilal <a.hilalyongaci@gmail.com>

Merhaba Ayşe
Kullanabilirsiniz, kolaylıklar dilerim. Çalışmanız sonlanınca haberdar ederseniz sevinirim.

Doç. Dr. Hasan Turan Karatepe
Psikiyatrist / Psikoterapist
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Psikiyatri ABD.



Ayşe Hilal <a.hilalyongaci@gmail.com> şunları yazdı (13 Ara 2021 16:25):
[Alınan metin gizlendi]

Ayşe Hilal <a.hilalyongaci@gmail.com>

14 Aralık 2021 22:47

Alıcı: hasan turan Karatepe <htkaratepe@yahoo.com>

Teşekkür ederim. Tabi ki haberdar ederim. İyi akşamlar.
Ayşe Hilal Özmen

Bilişsel Esneklik Envanteri kullanım izni

3 ileti

Ayşe Hilal <a.hilalyongaci@gmail.com>

10 Aralık 2021 19:09

Alıcı: volkanglm@gmail.com

Merhaba, ben Ayşe Hilal Özmen. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim. Yetişkinlerde obsesif kompulsif belirtilerle ve bilişsel esneklikle çalışacağım tez çalışmamda Bilişsel Esneklik Envanteri'ni ölçek olarak kullanabilir miyim? Saygılarımla.

Volkan Gülüm <volkanglm@gmail.com>

10 Aralık 2021 19:27

Alıcı: Ayşe Hilal <a.hilalyongaci@gmail.com>

Merhaba,
Ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyarız.
Ölçek ile ilişkili bilgilere aşağıdaki bağlantı aracılığıyla ulaşabilirsiniz.
İyi çalışmalar dileriz.

<http://www.volkangulum.com/olcekler/>

Doç. Dr. İ. Volkan Gülüm

Ayşe Hilal <a.hilalyongaci@gmail.com>

10 Aralık 2021 19:30

Alıcı: Volkan Gülüm <volkanglm@gmail.com>

Hızlı geri dönüş sağladığınız ve bilgi verdiğiniz için çok teşekkür ederim. İyi akşamlar dilerim.
Ayşe Hilal Özmen.

Ek 2: Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Ayşe Hilal ÖZMEN tarafından yürütülen “Yetişkinlerdeki Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirtilerinin Üstbilişler, Ruminasyon ve Bilişsel Esneklik Çerçevesinde İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı klinik açıdan Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı almayan bireylerdeki OKB belirtilerinin ortaya çıkışıyla ilişkisi olabilecek değişkenleri değerlendirmek ve literatüre katkı sunmaktır. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**. Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya a.hilalyongaci@gmail.com e-posta adresi ve 0534 333 13 38 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Ayşe Hilal ÖZMEN

İmzası:

Ek 3: Demografik Bilgi Formu

Saygıdeğer Katılımcı;

Bu anket formu bilimsel bir çalışma için uygulanmaktadır. Adınız, iletişim bilgileriniz gibi kişisel herhangi bir bilginiz talep edilmemektedir. Anketi eksiksiz ve kendinizi en iyi ifade edecek şıkları seçerek doldurmanız araştırmamıza destek olacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz:

Kadın

Erkek

3. Eğitim durumunuz (diploması bulunan):

İlköğretim-Ortaöğretim

Lise

Üniversite (Ön lisans ya da lisans)

Yüksek Lisans

Doktora

4. Mesleğiniz:.....

5. Sosyoekonomik düzeyiniz (Gelir düzeyiniz):

Düşük

Orta

Yüksek

6. Medeni durumunuz:

Evli

Bekar

7. Daha önce, bir psikiyatri uzmanından herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?

Evet

Hayır

8. Daha önce tanı aldıysanız hangi tanıyı aldığınızı lütfen belirtiniz.

.....

Ek 4: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa “DOĞRU”yu uygun değilse “YANLIŞ”ı işaretleyiniz. Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

| | | Doğru | Yanlış |
|-----|---|-------|--------|
| 1. | Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım. | | |
| 2. | Sık sık hoşla gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim. | | |
| 3. | Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm | | |
| 4. | İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım. | | |
| 5. | Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım. | | |
| 6. | Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim. | | |
| 7. | Değişmez kurallarım vardır. | | |
| 8. | Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder. | | |
| 9. | Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum. | | |
| 10. | Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam. | | |
| 11. | Çocukken annem de babam da beni fazla sıkmazdı. | | |
| 12. | Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor. | | |
| 13. | Çok fazla sabun kullanırım. | | |
| 14. | Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur. | | |
| 15. | Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim. | | |
| 16. | Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım. | | |
| 17. | Temizliğe aşırı düşkünüm. | | |
| 18. | Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim. | | |
| 19. | Pis tuvaletlere giremem. | | |
| 20. | Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir. | | |
| 21. | Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım. | | |
| 22. | Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim. | | |
| 23. | Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım. | | |
| 24. | Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim. | | |
| 25. | Alıştığım işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayırım. | | |
| 26. | Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır. | | |
| 27. | Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım. | | |
| 28. | Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir. | | |
| 29. | Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır. | | |
| 30. | Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam. | | |
| 31. | Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar, hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur. | | |
| 32. | En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım. | | |
| 33. | Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım. | | |
| 34. | Sık sık kendime birşeyleri dert edinirim. | | |
| 35. | Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm. | | |
| 36. | Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır. | | |
| 37. | Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder. | | |

Ek 5: Üstbilis Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

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

| | Kesinlikle katılmıyorum | Kısmen katılmıyorum | Kısmen katılıyorum | Kesinlikle katılıyorum |
|--|-------------------------|---------------------|--------------------|------------------------|
| 1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 2. Endişelenmem benim için tehlikelidir. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 6. Eğer beni endişelendiren bir düşüncüyü kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardımcı eder. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 12. Düşüncelerimi izlerim. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 16. Endişelerim beni delirtebilir. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 17. Düşündüğümün her an farkındayım. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 18. Zayıf bir belleğim vardır. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardımcı eder. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir. | (1) | (2) | (3) | (4) |

| | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|
| 22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 26. Belleğime güvenmem. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm. | (1) | (2) | (3) | (4) |



Ek 6: Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ)

Aşağıdaki her bir madde için, ifadelerin sizi ne kadar tarif ettiğini cümlelerin başındaki boşluğa yazınız.

1 2 3 4 5 6 7

(Hiç) (çok iyi)

1. ___ Zihnimin sürekli bazı şeyleri tekrar tekrar gözden geçirdiğini fark ederim.
2. ___ Bir sorunum olduğunda bu durum uzun süre zihnimi kemirir.
3. ___ Gün boyu bazı düşüncelerin tekrar tekrar zihnime üşüştüğünü fark ederim.
4. ___ Bazı şeyleri sürekli düşünmekten kendimi alamam.
5. ___ Birileriyle karşılaşma öncesinde olabilecek bütün senaryoları ve konuşmaları zihnimde canlandırırım.
6. ___ Önceden yaşadığım hoşuma giden olayları hayalimde tekrar canlandırmaya yatkımdır.
7. ___ Kendimi, gün içerisinde “Keşke yapsaydım” dediğim şeyleri hayal ederken bulurum.
8. ___ Kötü geçtiğini düşündüğüm bir görüşme sonrasında, “keşke şöyle davransaydım” dediğim farklı senaryolar hayal ederim.
9. ___ Karmaşık bir problemi çözmeye çalışırken çözüme ulaşmak yerine problemin başına döndüğümü fark ederim.
10. ___ Yaklaşan önemli bir olay varsa, bu durumu o kadar çok düşünürüm ki sonunda sinirli ve mutsuz bir hale gelirim.
11. ___ İstenmeyen düşünceleri zihnimden bir türlü atamam.
12. ___ Bir problem hakkında saatlerce düşünsem de sorunu açıkça anlamak için biraz daha zamana ihtiyaç duyarım.
13. ___ Hakkında ne kadar düşünürsem düşüneyim, bazı sorunlarla ilgili net bir çözüme ulaşmam benim için çok zordur.
14. ___ Bazen bir şeyler hakkında saatlerce oturup düşündüğüm olur.

15. ____Bir meseleyi çözmeye çalışırken, zihnimde farklı noktalara dağılan uzun bir tartışma yaşar gibi olurum.
16. ____Oturup geçmişteki güzel olayları hatırlamak hoşuma gider.
17. ____Heyecan verici bir olayı beklerken, bu olay ile alakalı düşünceler, o anda yaptığım işi engeller.
18. ____Bazen, bir konuşma sırasında bile, alâkasız düşüncelerin zihnime hücum ettiği olur.
19. ____Yakın zamanda önemli bir görüşme yapacaksam, zihnimde sürekli olarak bunu tekrar etme eğilimim vardır.
20. ____Önemli bir olay yaklaşıyorsa bununla ilgili düşünmekten kendimi alamam.

Ek 7: Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE)

| Aşağıdaki ifadelerin size ne kadar uygun olduğunu göstermek için lütfen ifadelerin solunda yer alan ölçeği kullanınız. | | Hiç uygun değil | Pek uygun değil | Kararsızım | Uygun | Tamamen uygun |
|--|--|-----------------|-----------------|------------|-------|---------------|
| 1. | Durumları "tartma" konusunda iyiyimdir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Zor durumlara karşılaştığımda karar vermekte güçlük çekerim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Karar vermeden önce çok sayıda seçeneği dikkate alırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Zor durumlara karşılaştığımda kontrolümü kaybediyormuşum gibi hissederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Zor durumlara değişik açılardan bakmayı tercih ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Bir davranışın nedenini anlamak için önce, elimdekini dışında ek bilgi edinmeye çalışırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Zor durumlara karşılaştığımda öyle strese girerim ki sorunu çözecek bir yol bulamam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Olaylara başkalarının bakış açısından bakmayı denerim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Zor durumlara baş etmek için çok sayıda değişik seçeneğin olması beni sıkıntıya sokar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Kendimi başkalarının yerine koymakta başarılıyım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Zor durumlara karşılaştığımda ne yapacağımı bilemem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Zor durumlara farklı açılardan bakmak önemlidir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Zor durumlarda nasıl davranacağıma karar vermeden önce birçok seçeneği dikkate alırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Durumlara farklı bakış açılarından bakarım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Hayatta karşılaştığım zorlukların üstesinden gelmeyi becerebilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Bir davranışın nedenini düşünürken mevcut bütün bilgileri ve gerçekleri dikkate alırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Zor durumlarda, şartları değiştirecek gücümün olmadığını hissederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | Zor durumlara karşılaştığımda önce bir durup çözüm için farklı yollar düşünmeye çalışırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | Zor durumlara karşılaştığımda birden çok çözüm yolu bulabilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. | Zor durumlara tepki vermeden önce birçok seçeneği dikkate alırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Ek 8: Etik Onay Belgesi



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı :E-20292139-050.01.04-20580
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Ayşe Hilal ÖZMEN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

"Yetişkinlerdeki Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirtilerinin Üstbilişler, Ruminasyon ve Bilişsel Esneklik Çerçevesinde İncelenmesi" başlıklı araştırmanız kurumumuzun 31.12.2021 tarihli ve 2021/12 sayılı toplantısında değerlendirilerek etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nasuh USLU
Kurul Başkanı

Ek:28-Ayşe Hilal ÖZMEN Etik Onay Belgesi (1 sayfa)

Bu belge, gıvvali elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BS+26D1TT* Pin Kodu : 35112

Belge Takip Adresi : <https://ebys.izu.edu.tr/en/Vision/Dogrula/0N3>

Adres:Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul
Telefon:+444 97 98 Faks:+90 (212) 693 82 29
e-Posta: bilgi@izu.edu.tr Web: www.izu.edu.tr
Kep Adresi: izu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Zeynep Funda TEZ
Unvanı: Yemimli Katip
Tel No: +902126929606





T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU

ETİK ONAY BELGESİ

| | |
|--|--|
| Tarih | 31.12.2021 |
| Sayı | 2021/12 |
| Araştırmanın Niteliği | Yüksek Lisans Tezi |
| Araştırmanın Adı | <i>Yetişkinlerdeki Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirtilerinin Üstbilişler, Ruminasyon ve Bilişsel Esneklik Çerçevesinde İncelenmesi</i> |
| Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı | Ayşe Hilal ÖZMEN |
| Diğer Araştırmacılar/Danışman Adı Soyadı | Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK |
| Karar | UYGUNDUR |

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)

Prof. Dr. Nasuh USLU
Başkan

Prof. Dr. Metin TOPRAK
Üye

Prof. Dr. Mustafa ATEŞ
Üye

Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ
Üye

Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇEÇİK
Üye

Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU
Üye

Av. Bilal ŞAMAT
Üye

Kurul Yeminli Kâtibi

Zeyneb Funda TEZ

ÖZGEÇMİŞ

Ayşe Hilal ÖZMEN

A. EĞİTİM

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Klinik Psikoloji, 2022, İstanbul.

Lisans: Boğaziçi Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık, 2019, İstanbul.

B. MESLEKİ DENEYİM

Ekim 2021-Şubat 2022 Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 14. Psikiyatri Servisi Klinik Psikoloji Stajyeri

Mart 2020-Ağustos 2020 Özel Edirnekapı On Adım Eğitim Bilimleri Anadolu Lisesi Okul Psikolojik Danışmanı

Ekim 2018-Mayıs 2019 İhlas İlkokulu Stajyer Okul Psikolojik Danışmanı

C. SERTİFİKALAR

1. Dr. Kenan Taştan, Hipnoz Eğitimi Sertifikası
2. Türk PDR Derneği İstanbul Şubesi, Objektif Çocuk Testleri Uygulayıcı Eğitimi Sertifikası

D. YAYINLAR

Özmen, A. H. ve Öztürk, A. (2022, Haziran). *Yetişkinlerdeki Obsesif Kompulsif Bozukluk Belirtilerinin Üstbilişlerle İlişisinin İncelenmesi*. Sözlü sunum, III. İZÜ Sosyal Bilimler Lisansüstü Öğrenci Kongresi, İstanbul.