

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE OBSESİF KOMPULSİF
BELİRTİLERİN TÜR, SIKLIK VE DAĞILIMININ
SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER VE KAYGI DÜZEYİ İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Asya Kübra CANKARA

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Esengül KAYAN

İSTANBUL - 2020

TEZ TANITIM FORMU

YAZAR ADI SOYADI : Asya Kübra Cankara
TEZİN DİLİ : Türkçe
TEZİN ADI : Üniversite Öğrencilerinde Obsesif Kompulsif Belirtilerin Tür, Sıklık ve Dağılımının Sosyodemografik Değişkenler ve Kaygı Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi
ENSTİTÜ : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
ANABİLİM DALI : Psikoloji Anabilim Dalı
TEZİN TÜRÜ : Yüksek Lisans
TEZİN TARİHİ : 07/10/2020
SAYFA SAYISI : 91
TEZ DANIŞMANI : Dr. Öğr. Üyesi Esengül Kayan
DİZİN TERİMLERİ : Obsesif Kompulsif Bozukluk, Durumluluk Ve Sürekli Kaygı
TÜRKÇE ÖZET : Bu tez çalışması Obsesif Kompulsif Belirtililerin Durumluluk ve Sürekli Kaygı ile ilişkisini ve sosyodemografik verilere göre anlamlı olarak farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Çalışmada Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, STAI Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Sosyodemografik Veri Formu kullanılmıştır.
DAĞITIM LİSTESİ : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Asya Kübra CANKARA

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE OBSESİF KOMPULSİF
BELİRTİLERİN TÜR, SIKLIK VE DAĞILIMININ
SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER VE KAYGI DÜZEYİ İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Asya Kübra CANKARA

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Esengül KAYAN

İSTANBUL - 2020

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının ederlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Asya Kübra CANKARA

/ /2020



T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Asya Kübra CANKARA'nın "Üniversite Öğrencilerinde Obsesif Kompulsif Belirtilerin Tür, Sıklık ve Dağılımının Sosyodemografik Değişkenler ve Kaygı Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Dr. Öğr. Üyesi Esengül KAYAN

Üye Dr. Öğr. Üyesi Müjen İLNEM

Üye Dr. Öğr. Üyesi Hasan Sezeroğlu

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

/ / 2020

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ
Enstitü Müdür

ÖZET

AMAÇ: Bu tez çalışmasında amaç rastgele ulaşılabilen bir toplum örnekleminde obsesif -kompulsif belirtilerin tür, sıklık ve dağılımın açısından incelenmesi, obsesif-kompulsif belirti alt türlerinin durumluluk ve sürekli kaygı ile ilişkisinin cinsiyet ve yaş değişkenleri ile birlikte araştırılmasıdır.

YÖNTEM: Araştırmanın örneklemini İstanbul'da eğitim veren üniversitelerin öğrencileri olmak üzere 91'i kadın 27'si erkek olmak üzere toplam 118 kişiden oluşmuştur. Araştırmanın verilerinin toplanmasında Maudsley Obsesif Kompulsif Soru listesi (MOKSL), STAI Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri ve Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır. Veriler, SPSS programı kullanılarak oluşturulmuştur. Verilerin elde edilmesinde bilgisayar ortamında anket çalışması yapılmıştır. Anketler, 6 farklı üniversitenin, öğrenci gruplarına gönderilmiştir. İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul Beykent Üniversitesi, İstanbul Biruni Üniversitesi, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul Okan Üniversitesi ve İstanbul Yıldız Teknik Üniversitesi'nin öğrenci gruplarından veriler toplanmıştır.

BULGULAR: Durumluluk Kaygı puanları ile MOKSL toplam puanı ve alt boyutlarından kontrol etme puanı, temizlik puanı, yavaşlık puanı, kuşku puanı ve ruminasyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki vardır. Sürekli kaygı puanları ile MOKSL toplam puanı ve alt boyutlarından kontrol etme puanı, temizlik puanı, yavaşlık puanı, kuşku puanı ve ruminasyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ve orta düzeyde ilişki vardır. MOKSL alt boyutlarından, ruminasyon alt boyut puanı ve yavaşlık alt boyut puanı ve Durumluluk Sürekli Kaygı ölçeği üniversite öğrencilerinin ilişki durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. MOKSL toplam puanı ile temizlik alt boyut puanları ve Durumluluk ve Sürekli Kaygı ölçeği puanları üniversite öğrencilerinin yaşam şekline göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. MOKSL alt boyutlarından kontrol etme, yavaşlık, kuşku ve ruminasyon puanları ile Durumluluk ve Sürekli Kaygı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermemektedir.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Durumluluk ve Sürekli Kaygı

SUMMARY

Objective: In this thesis, to investigate obsessive compulsive symptoms in terms of type, frequency and distribution in the random sample of the society and to investigate the relation between obsessive-compulsive symptom subtypes with gender and age variables according to the state-trait anxiety inventory.

METHOD: The sample of the research consisted of a total of 118 students of the universities in Istanbul.(91 of whom are women and 27 of whom are men). Maudsley Obsessive Compulsive Question List (MOCQ), STAI State and Trait Anxiety Scales and Personal Information Form were used to collect the research data The data was created using the SPSS program. A questionnaire study was carried out on computer in data collection. The questionnaires were sent to 6 different university student groups. The data were collected from Istanbul Gelişim University, Istanbul Beykent University, Istanbul Biruni University, Istanbul Okan University, Istanbul Yıldız Technical University and Istanbul Arel University student groups.

FINDINGS: There is a statistically significant positive and medium-level relationship between the state anxiety scores and the control score, cleansing score, slowness score, suspicion score and rumination score from the MOCQL total score and sub-dimensions. There is a statistically significant positive and moderate relationship between trait anxiety scores and MOCQL total score and controlling score from its subscales, cleansing score, slowness score, suspicion score and rumination score. According to the relationship status of university students, rumination subscale score from MOCQL subscales and the slowness subscale score and the trait anxiety scale show a statistically significant difference. According to the lifestyle of university students, MOCQL total score, cleaning subscale scores, and state and trait anxiety scale scores show a statistically significant difference. There is no statistically significant relationship between controlling from MOCQL sub-dimensions, slowness, suspicion and rumination scores, and state-trait anxiety scale scores

Key Words: Obsessive Compulsive Disorder , State and Trait Anxiety

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
ÖZET.....	i
SUMMARY	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR LİSTESİ	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
EKLER LİSTESİ.....	viii
ÖNSÖZ.....	ix
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM	5
ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ.....	5
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	5
1.2. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ	5
1.2.1. Alt Problemler.....	5
1.3. VARSAYIMLAR	5
1.4. SINIRLILIKLAR.....	6
1.5. KAVRAMLAR	6
1.5.1. Semptom (Belirti).....	6
1.5.2. Sosyal ve Mesleki İşlevsellik Düzeyi	6
1.5.3. İçgörü	6
1.5.4. Yaşam Kalitesi.....	7
1.5.5. Kültür.....	8
İKİNCİ BÖLÜM.....	9
KURAMSAL ÇERÇEVE	9
2.1. ANKSİYETE	9
2.1.1. Anksiyetenin Düzeyini Etkileyen Faktörler	10
2.1.2. Anksiyetenin Nörobiyolojisi	11
2.1.3. Anksiyetenin Epidemiyolojisi.....	11
2.1.4. Anksiyetenin Etiyolojisi	12
2.1.5. Anksiyetenin Tarihçesi.....	12
2.1.6. Anksiyetenin Cinsiyet Açısından Dağılımı.....	12
2.2. ANKSİYETİYİ AÇIKLAYAN KURAMLAR.....	13
2.2.1. Anksiyetenin Bilişsel Kuramı.....	13
2.2.2. Durumluluk ve Süreklilik Anksiyete	14

2.2.3.	Fiziksel (Somatik) ve Bilişsel Anksiyete	15
2.2.4.	Anksiyetenin Psikanalitik Yaklaşımı	16
2.2.5.	Anksiyetin Öğrenme Kuramı	16
2.3.	Obsesif Kompulsif Bozukluk	17
2.3.1.	Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tarihçesi	18
2.3.2.	Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi	19
2.3.3.	Obsesif Kompulsif Bozukluğun Etiyolojisi	20
2.3.3.1.	Genetik Nedenler	20
2.3.3.2.	Psikososyal Nedenler	21
2.3.4.	Obsesif Kompulsif Bozukluğun Yaş ve Cinsiyet Açısından Dağılımı ..	21
2.3.5.	Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörolojisi	23
2.3.5.1.	Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları ..	24
2.3.6.	Obsesif Kompulsif Bozukluğu Açıklayıcı Kuramlar	24
2.3.6.1.	Bilişsel-Davranışçı Kuram	24
2.2.6.2.	Psikodinamik Kuram	26
2.3.7.	Obsesif Kompulsif Bozukluğun Bilişsel Modelleri	28
2.3.7.1.	Salkovskis'in Abartılmış Sorumluluk Modeli	29
2.3.7.2.	Girici Düşüncelerin Hatalı Yorumlanması Modeli	30
2.3.7.3.	Clark'ın Bilişsel Kontrol Modeli	32
2.3.7.4.	Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu	33
2.3.8.	Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri	36
2.3.8.1.	DSM-V 'e Göre Tanı Ölçütleri	37
2.2.8.2.	ICD-10 'a Göre Obsesif-Kompulsif Tanı Ölçütleri	38
2.3.	Obsesif Kompulsif Bozukluk ile İlgili Temel Kavramlar	38
2.3.1.	Obsesyon	38
2.3.2.	Kompulsiyon	39
2.3.3.	Obsesif İnançlar	40
2.3.4.	Obsesyon Alt Tipleri	41
2.3.4.1.	Bulaşma Obsesyonları	41
2.3.4.2.	Kuşku Obsesyonları	42
2.3.4.3.	Saldırganlık Obsesyonları	42
2.3.4.4.	Cinsel Obsesyonlar	43
2.3.4.5.	Simetri / Düzen Obsesyonları	43
2.3.4.6.	Dinsel obsesyonlar	43
2.3.4.7.	Somatik Obsesyonlar	44
2.3.4.8.	Biriktirme Obsesyonları	44
2.3.5.	Kompulsiyon Alt Tipleri	44

2.3.5.1.	Temizleme Kompulsiyonları.....	44
2.3.5.2.	Kontrol Etme Kompulsiyonları.....	45
2.3.5.3.	Düzenleme/ Simetri Kompulsiyonları	45
2.3.5.4.	Tekrarlama Kompulsiyonları	45
2.3.5.5.	Sayma Kompulsiyonları	46
2.3.5.6.	Biriktirme Kompulsiyonları	46
2.3.5.7.	Diğer Kompulsiyonlar	46
2.3.6.	Obsesif Kompulsif Bozuklukta Eş Tanı (Kororbidite)	46
2.3.7.	OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA AYIRICI TANI	47
2.3.7.1.	Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB).....	47
2.3.7.2.	Fobik Bozukluklar	47
2.3.7.3.	Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu (OKKB)	48
2.3.7.4.	Hipokondriyazis	48
2.3.8.	Klinik Tanılı Olmayan Örneklerde OKB	48
2.3.9.	Obsesif Kompulsif Bozukluk Ve Kaygı İlişkisi.....	49
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM		50
YÖNTEM		50
3.1.	EVREN VE ÖRNEKLEM	50
3.2.	ARAŞTIRMANIN MODELİ	50
3.3.	ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	50
3.4.	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	50
3.4.1.	Sosyodemografik Bigi Formu	50
3.4.2.	Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)	50
3.4.3.	STAI Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği	51
3.5.	VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	51
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM		54
BULGULAR		53
4.3.	MOKSL VE DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ PUANLARINI DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI	55
4.4.	MOKSL VE DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ PUANLARINI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMSİ.....	60
4.5.	Duru mluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının MOKSL Puanını Yordamasına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi	61
SONUÇ VE TARTIŞMA.....		64
KAYNAKÇA.....		68
EKLER.....		

KISALTMALAR LİSTESİ

PET: POZİTİF EMİSYON TOMOGRAFİSİ

OFK: ORBİTOFRONTAL KORTEKS

OKB: OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

BT: BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ

MRI: MANYETİK REZONANS

DSM: THE DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDER

ICD: İNTERNATİONAL CLASSİFİCATİN OF DİSEASES

AD: ANKSİYETE DUYARLILIĞI

OKKB: OBSESİF KOMPULSİF KİŞİLİK BOZUKLUĞU

OKBÇG: OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK ÇALIŞMA GRUBU

YAB: YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

SAB: SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU

TABLolar LİSTESİ

SAYFA

Tablo 1 Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	53
Tablo 2 Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular	54
Tablo 3 Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular.....	55
Tablo 4 MOKSL ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	56
Tablo 5 MOKSL ve Alt Boyut Puanlarının İlişki Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	56
Tablo 6 Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Cinsiyet ve İlişki Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	57
Tablo 7 MOKSL ve Alt Boyut Puanlarının Yaşam Şekline Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	58
Tablo 8 Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Yaşam Şekline Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	59
Tablo 9 Öğrencilerin MOKSL ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Yaş ile İlişkisi	60
Tablo 10 MOKSL ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarını Arasındaki İlişkiye Göre Bulgular	61
Tablo 11 Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının MOKSL Puanını Yordamasına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi	62

EKLER LİSTESİ

- EK-A** Etik Kurul Örneği
- EK-B** Sosyodemografik Veri Formu
- EK-C** Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
- EK-D** STAI Form TX – I
- EK-E** STAI Form TX – II



ÖNSÖZ

Öncelikle tez konumu seçerken isteklerimi göz önünde bulundurup, sabırla bana yardımcı olan ve bu tezin ortaya çıkmasında yönlendirmesi, engin bilgileri ve güler yüzü ile bana sonsuz emeği geçen tez danışmanım; Sayın Dr. Öğr. Üyesi Esengül KAYAN'a teşekkür ederim.

Bu zorlu tez sürecinde desteğini esirgemeyen, kardeşim Muhammet Mert CANKARA'ya, eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini her zaman hissettiğim aileme teşekkür ediyorum.



GİRİŞ

Anksiyete, normal ve anormal koşullarda ortaya çıkan, uyanıklık artışı, otonomik etkinlik, bedensel değişiklik duyuları, koşullu cevaplar, kendini kötü hissetme gibi kognitif değerlendirmeleri içeren karmaşık bir duygudurumdur. Anksiyete, korkuya benzer bir duygudurumdur ancak korku akut bir duygudurum,, anksiyete ise çoğunlukla kronik bir duygudurumdur. Anksiyete ve korku birbirinden farklıdır. Anksiyete, bilinmeyen, içten gelen, müphem veya çatışmacı bir tehdide tepkidir. Korku ise iyi bilinen, dışarıdan gelen açık veya çatışmacı olamayan bir tehdide verilen tepkidir. Düşük düzeylerde anksiyete vücuda gelecek zarar, tehdit, ağrı, çaresizlik, muhtemel cezalandırma gibi durumları haber verir. Bu şekilde kişinin tehditlere karşı gerekli önlemleri almasını sağlar. Anksiyete tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusudur. Bu duyguya vücutta birtakım duyular eşlik edebilir. Göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk duygusu ve hemen tuvalete gitme gereksiniminin doğması gibi duyular örnek olarak verilebilir. Huzursuzluk, dolanıp durma isteği de anksiyetenin sık görülen belirtilerindendir. Anksiyetenin ortada somut bir tehlike olmaksızın yaşanması, sık ve şiddetli bir biçimde ortaya çıkması ve kişinin olağan yaşamını etkilemeye başlaması bireyde bir anksiyete bozukluğu olduğunu düşündürür. Anksiyetenin klinik görünümüleri kişiden kişiye büyük ölçüde değişir. Bazı bireylerde kas gerginliği önde gelir ve bu kişiler kas katılığından ya da spazmindan, baş ağrısından ve boyun tutulmasından yakınırırlar. Anksiyete ile ilgili birçok risk faktörü obsesif kompulsif bozukluğa katkıda bulunabilmektedir. Anksiyete duyarlılığı, kaygıya bağlı olarak belirti ve duyuların zararlı bedensel ya da toplumsal neticeleri olduğuna ilişkin aşırı derece bir korku olarak tanımlanmaktadır. Patoloji gelişiminde bilişsel olarak bir risk etmeni olabileceği düşünülen AD 'nın OKB gelişmesinde ve sürdürülmesinde de rol oynayabileceği öne sürülmüştür ¹.OKB hastaları belirti alp grupları açısından değerlendirildiğinde ise, bulaşma ile zarar verme alt grubunda AD indeksi toplam puanlarının diğer alt gruplardan daha yüksek olduğu bulunmuştur².

Obsesyon, psikiyatri sözlüğünde "yanlış olduğu bilindiği halde engellenemeyen, mantık ve muhakeme ile uzaklaştırılamayan, arzu edilmeyen saplantı halindeki

¹ Mark H. Freeston vd., **Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts**, *Behav Res Ther*, 1996, p.433-446.

² John E. Calamari vd., **Anxiety sensitivity and obsessive-compulsive disorder. Assessment**, p.351-363.

fikirler” olarak tanımlamaktadır. ³Obsesif-kompulsif bozukluk(OKB) insanın akademik ve sosyal işlevinde ciddi bozulmalara neden olan rahatsızlık veren, benliğe yabancı (ego distonik), bunaltıcı ve yineleyici düşüncelerden(obsesyon) ve bu rahatsızlığı gidermek için yapılan tekrarlayıcı davranış ve zihinsel eylemlerden(kompulsiyon) oluşan psikiyatrik bir bozukluktur⁴. Obsesif kompulsif bozukluğunda belirgin sıkıntıya neden olan, zamanın boşa harcanmasına yol açan, ya da kişinin günlük olağan işlerini önemli ölçüde bozacak obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır. Hastaların %10-15’inde sadece obsesyonlar bulunur. Obsesyonlar anksiyeteyi artırırken, obsesyonlar kompulsiyonlar anksiyeteyi azaltırlar. Kişi obsesyonların saçma olduğunu, fakat bir türlü engelleyemediğini söyler. Düşüncede iki değerlilik (ambivalans) belirgindir. Sürekli tereddüt ve kararsızlık dikkati çeker. Sanki her düşüncenin bir olumlu bir de olumsuz yanı vardır. Kompulsiyonlar çoğu kez saplantılı düşüncüyü zihinden atmak için yapılan irade dışı yineleyen hareketlerle karakterizedir.⁵ Obsesif kompulsif bozukluk belirtileri olan obsesyonlar ve kompulsiyonlar sağlıklı kişilerde de görülmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğu bulunmayan insanlarda bu belirtiler çok daha kısa süreli, benliğe daha az yabancı, kolaylıkla zihinden atılan, belli bir sıkıntıya yol açmayarak ve nötralizasyon gerektirmeden yaşanırlar (Insel, 1990). Hastalık tanısı olmayan bireylerin %80-90’ında zaman zaman obsesyonların olduğu bildirilmiştir. Rachman ve Silva’nın araştırma sonuçlarına göre biçim ve anlam açısından normal bireylerde görülen obsesyonların hastadakilere benzer özellik taşır. Bir diğer çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. Niler ve Beck (1989)’in normal örneklerle yaptıkları araştırmada sonuçların yüksek oranda obsesif düşünceler bulmuşlardır. Salkovski’e göre istemeden gelen zorlayıcı düşüncelerin hasta ve sağlıklı bireylerde eşit düzeyde var oldukları ancak hastaların bu düşünceleri tehdit edici, kabul edilemez olarak yorumladıklarından bahseder. OKB’de klinik ve klinik olmayan örneklemin aynı belirti yapısını gösterdiği bildirilmiştir.⁶ OKB’de belirti alt tiplerine göre toplumumuzda birtakım sosyokültürel farklılıklar belirgindir. Özellikle bulaşma obsesyonu ve yıkama/temizleme kompulsiyonu başta olmak üzere toplumumuzda OKB belirtilerinin kişinin huyu karakteri olarak görülmesinin bu rahatsızlığın hastalık olarak algılanmasını engellediği akıllara gelebilmektedir.⁷

³ Özcan Köknel, *Korkular Takıntılar Saplantılar*, Altın Kitaplar, 1988, s.166.

⁴ Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-IV*, 1994

⁵ Aziz Yaşan, Faruk Gürgen, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2004, ss.61-67.

⁶ Natalie A. Gibbs, *Non-clinical population in research on obsessive-compulsive disorder*, A critical review. Clin Psychol Review, 1996,p.729-773.

⁷ Faruk Uğuz, *Obsesif Kompulsif Bozuklukta İlaç Tedavisine Yanıtın Öngörücüleri*, Tıp Fakültesi, Selçuk Üniversitesi, Konya, 2005, s.18 (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi)

Literatür incelendiğinde, DSM 5 'e kadar yaygın olarak kullanılan tanı ve sınıflama listelerinde obsesif kompulsif bozukluğun anksiyete bozuklukları tanı kategorisinde yer alıyor olması uzun zamandan beri tartışılmaktaydı.⁸ Bu tartışmalar, klinikte önde gelen belirtisi tekrarlayan davranışı baskılama zorluklar ve subjektif kompulsiyon hissi olan ve bu özellikleri obsesif kompulsif bozukluğa benzer özellikler gösteren bazı sendromların “obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar” başlığı altında toplanmasına sebep olmuştur. Obsesif kompulsif ile son yıllarda yapılan çok sayıda araştırmada, eksen 1 bozukluk komorbiditesinin yüksek oranda görüldüğü, bu tanı grupları arasında anksiyete bozukluklarının önde geldiği bildirilmektedir. Obsesif -kompulsif ve kaygı bozukluklarının sık görülen birlikteliği vurgulanmıştır ancak belirti düzeyinde obsesyon -kompulsiyon ve kaygı ilişkisi hala tartışmalıdır ve bu belirtilerin birbiri ile ilişkisini inceleyen çalışmalar görece azdır. Gündelik hayatta birçok insanın yaptığı el yıkama, trafikte arabaların plakalarını okuma, kaldırımdaki çizgilere basmamaya çalışmak gibi düşünce ile kontrol edilen davranışlar obsesif -kompulsif bozukluktan farklıdır.⁹ Beşiroğlu ve arkadaşları (2004) sağlık yardımı arayan ve aramayan hastalar arasında belirtilerin şiddeti açısından farklı olduğunu bularak, şiddetin rahatsızlığın merkezinde olduğu fikrini ¹⁰doğrulamışlardır. Şiddetin belirleyici bir faktör olması nedeniyle bu çalışmanın örneklem grubu olan sağlıklı üniversite öğrencilerinde de erkek-kadın olarak belirti şiddetinin eşit düzeyde olması beklenmektedir. Yapılan çalışmalar kadın ve erkek arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir¹¹. Obsesif-kompulsif belirtiler konusunda yapılan literatür taramasında belirtilerin genç yetişkinlik dönemi olan 18-25 yaş aralığında yoğunlaştığı görülmektedir.¹² Türkiye 'de yapılan bir çalışmada düşünce-davranış kaynaşması ve OKB belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterilmiş, yüksek düzey OKB belirtileri gösteren gruplarda düşünce-davranış kaynaşmasının da daha yüksek düzeylerde olduğu bildirilmiştir¹³. Tanısal boyuttaki tartışmalar çoğunlukla OKB'nin anksiyete bozuklukları içerisinde kategorize edilmesi ile alakalıdır. Bu doğrultuda bazı araştırmacılar OKB'de kişinin işlevselliğinin daha çok bozulduğunu, OKB belirtilerinin oldukça çeşitli olduğunu ve bu nedenlerle OKB'nin diğer anksiyete bozukluklarından

⁸ L. Lee Tynes vd., *Toward a new nosology of obsessive compulsive disorder*. Compr Psychiatry, 1990, p.465-480.

⁹ Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., 1994.

¹⁰Renee Goodwin vd., *Help Seeking and Acces to Mental Healty Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder*, Acta Psychiatr Scand, 2002, p.143-149.

¹¹ Benjamin J. Sadock vd., *Comprehensive textbook of psychiatry/editors*, 2005

¹²Lee N. Robins vd., *One-mount prevalence of sites. Archives of General Psychiatry*, 1988, p.977-986

¹³Orçun Yorulmaz vd., *Psychometric properties of ThoughtAction Fusion Scale in a Turkish sample*. Behavior Research and Therapy, 2004, p.42.

daha heterojen bir tanı kategorisi olduğunu belirtmektedir.¹⁴ Sonuç olarak DSM-V 'te OKB 'nin anksiyete bozuklukları tanı sınıfından çıkarılarak, beden dismorfik algı bozukluğu, biriktirme bozukluğu, trikotilomani(saç yolma), deri yolma bozukluğu ve madde kullanımının ya da ilaçların yol açtığı obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluk ile başka bir tıbbi duruma bağlı obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar ile birlikte “obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar “ adlı ayrı bir tanı kategoride yer almıştır. Bazı araştırmacılar ise OKB'nin kaygı bozuklukları içerisinde yer almaya devam etmesini ve bu kategorinin OKB ile birlikte “Obsesif Kompulsif Spektrum Bozukluklarını” içermesini önermektedir.¹⁵



¹⁴ Sarah Clark, *Cognitive appraisals in young people with obsessive-compulsive disorder*. J Child Psychol Psychiatry, 2004, p.1076- 1084

¹⁵ Ayelet Meron Ruscio vd., *The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication*. Molecular psychiatry. 2010, p.53.

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Yapılan çalışmalarda OKB ve kaygı bozukluklarının sık görülen birlikteliği vurgulanmıştır ancak belirti düzeyinde obsesyon-kompulsiyon ve kaygı ilişkisi halen tartışmalıdır ve bu belirtilerin birbiri ile ilişkisini inceleyen çalışmalar görece azdır ve yapılan çalışmalara göre obsesif-kompulsif belirtiler çoğunlukla obsesif kompulsif bozukluk bağlamında görülmektedir. Bu iki ayrı bozukluğun birbirini etkilemesi ya da bazı kuramlara göre aralarındaki neden-sonuç ilişkisinin bulunuyor olması bu tez çalışmasının önemine ışık tutmuştur. Bu tez çalışmasında amaç rasgele ulaşılabilen bir toplum örnekleminde obsesif-kompulsif belirtilerin tür, sıklık ve dağılımın açısından incelenmesi, obsesif belirti alt türlerinin durumluluk-sürekli kaygı ile ilişkisinin cinsiyet ve yaş değişkenleri ile birlikte araştırılmasıdır.

1.2. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Üniversite öğrencilerinde obsesif kompulsif belirtilerle anksiyete arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? Ayrıca bu değişkenler sosyodemografik verileri göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

1.2.1. Alt Problemler

Obsesif kompulsif belirti alt türlerinin durumluluk – sürekli kaygı ile arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Obsesif kompulsif belirti alt türleri ve durumluluk-sürekli kaygı, cinsiyet ve ilişki durumu ile arasında anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

Obsesif kompulsif belirti alt türleri ve durumluluk-sürekli kaygı, yaşam şekline göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

1.3. VARSAYIMLAR

1. Araştırmanın örneklemini temsil ettiği varsayılmıştır.

2. Araştırmaya katılan kişilerin Sosyodemografik Veri Formu, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) ve STAI Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğinde yer alan soruları gerçek durumlarını yansıtan şekilde doğru yanıtladıkları varsayılmıştır.

3. Araştırmada kullanılan Sosyodemografik Veri Formu katılımcıların demografik özelliklerini, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) katılımcıların obsesif kompulsif belirtilerini, STAI Durumluluk ve Sürekli kaygı ölçeği ise katılımcıların kaygı özelliklerini değerlendirdiği varsayılmıştır.

1.4. SINIRLILIKLAR

1. Bu araştırma 2019/2020 öğretim yılı içerisinde sadece İstanbul ilinde bulunan üniversitelerin herhangi bir bölümünde okuyan 118 lisans öğrencisi ile sınırlıdır. Lisans öğrencilerinin 91'i kız 27'sinin erkek olması cinsiyet faktörünün örneklemin eşit olmaması ve aralarındaki belirgin farka bağlı olarak değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.
2. Araştırmada elde edilen bulgular, sosyodemografik bilgi formu, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), STAI Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ile sınırlıdır.
3. Araştırma, ölçeklerin uygulanan öğrencilerin cevap verdikleri zamanı kapsamaktadır ve bu zaman dilimi içerisindeki algı, bilgi ve düşüncelerini yansıtmaktadır bu durumda zaman içerisinde ortaya çıkabilecek değişimleri belirleme olanağı bulunmamaktadır.

1.5. KAVRAMLAR

1.5.1. Semptom (Belirti)

Bir belirti hasta tarafından algılanan anormallik ya da şikayet olarak düşünülerek fakat yine de bu terim belirli bir patolojiyi yansıtan hastanın deneyimini ya da davranışının herhangi bir belirtisini ifade etmek için kullanılır.¹⁶

1.5.2. Sosyal ve Mesleki İşlevsellik Düzeyi

Bireyin, sosyal ve mesleki işlevsellik düzeyinin belirleniyor olması, hastalığın bireyin işlevlerini etkileme derecesinin ve tedavi ilerleyişinin takibi açısından önemlidir. Sosyal ve mesleki işlevsellik, DSM 5'te işlevselliğin durumuna göre puanlanmıştır.

1.5.3. İçgörü

Bazı obsesif kompulsif hastalar belirtilerini bir rahatsızlık olarak görebilirken bazıları bu belirtileri doğru ve doğal görür, bir diğer şekliyle bazı psikotik hastalar halüsinasyonlarının rahatsızlıktan kaynaklandığını bilirler.¹⁷ OKB olan hastalar obsesif kompulsif semptomların aşırı ya da anlamlı olmadığına dair iç görüye sahip olabilir ya da değişik şekillerde bu farkındalık halinden yoksun olabilmektedirler. OKB'de hastalık şiddetinden sonra sağlık yardımı arama davranışı üzerinde en fazla etkisi

¹⁶ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. Baskı, Washington DC, American Psychiatric Association, 1994

¹⁷ Orhan Doğan, *Semiyoloji Psikiyatri*, İstanbul Üniversitesi Yayın No: 4888, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın No: 2009/1,2009 s.27,29,32.

olan faktörün içgörü düzeyi olduğunu bildirilmiştir.¹⁸ Bireyi tedavi arayışı içerisine iten bozukluk şiddetinin kendisi değil bireyin hasta olup olmadığına dair düşüncesi ve bu bozukluğun hayatı üzerine etkisinin farkındalığıdır. İçgörü düzeyi her hastada farklı olabilmekle beraber hastalık seyri süresinde de değişebilmektedir.¹⁹

1.5.4. Yaşam Kalitesi

Bireyin, kendi yaşamından memnuniyetini işlevselliğini ve genel iyilik halini gösteren bir ön kabuldür.²⁰ OKB'de hastalığın olumlu olmayan etkilerinin önemli derecede fark edilen bir diğer alan ise sosyal ilişkilerdir²¹. Evli olan hastaların yarısından fazlasında obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili uyum sağlama sorunları ve duygusal açıdan tatminsiz bir yaşam mevcuttur.²² Aile bireylerinin %87'si için törensel davranışların ve tutumların çok sıkıcı bir durum haline geldiği bildirilmiştir.²³ Aşırı temizlik, sıralama-düzenleme kompulsiyonları hem kişinin kendini hem de birlikte yaşadığı kişilerin gündelik yaşamının kısıtlanmasına sebep olabilir. Ellerini yıkayıp yıkamadığı, lambaları veya elektriği kapatıp kapatmadığı gibi kuruntuları ile alakalı sürekli olarak aile üyelerinden onaylanma ihtiyacı olabilmektedir. Sıklıkla aile üyeleri için katlanması zor ve bıktırıcı olan bu durumlara ailenin direnmesiyle, hastalarda öfke patlamaları, anksiyete de artma veya depresif belirtiler gözlenebilir.

Hastaların %73'ünün cinsel yaşamlarında da sorunlar yaşadığı bildirilmektedir.²⁴ Aile içi iletişim zorlukları, boş zamanların değerlendirilememesi, duygusal kalıtımın eksik kalması, cinsel yaşamdaki eksiklikler ve suçluluk duyguları gibi ek sorunlar hem kişinin kendisini hem de aile üyelerini psikolojik ve sosyal işlevselliğini etkilemektedir.²⁵

¹⁸ Gibbs, a.g.e., 729-773.

¹⁹ Edna B. Foa, Jonatson S. Abramowitz, *DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry* 1996,p. 90-96.

²⁰ Nurcan Gökçakan, *Bir Obsesif Kompulsif Vakasında Bilişsel Davranışçı Terapi Vakası*, Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 1, 2000,s.s. 81-90.

²¹ Lorrin M. Koran vd., *Quality of life for patients with obsessive compulsive disorder. American Journal of Psychiatry*, 1996, p. 783-788.

²² P.M.G. Emmelkamp vd., *Marital adjustment, and obsessive-compulsive disorder. Br J Psychiatry*, 1990, p. 55-60.

²³ Marlene Cooper, *Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. Am J Orthopsychiatry*, 1996, p.296-304.

²⁴ Blanche Freund, Gail Steketee, *Sexual history, attitudes and social functioning of obsessive-compulsive patients. J Sex Marital Ther*, 1989, p. 31-41.

²⁵ Donald Black vd., *The impact of obsessive-compulsive disorder on the family: preliminary findings. J Nerv Ment Dis*, 1998, p.440-442.

1.5.5. Kültür

Yapılan yaygınlık ve sıklık çalışmalarında, OKB'nin temel özelliklerinin kültürlerarası farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır. Fakat OKB kültürel etkilerden tam anlamıyla bağımsız değildir, obsesyon ve kompulsyonların içerikleri kültürden kültüre değişiklik gösterebilmektedir.²⁶Kltrden kültüre farklılık gösterebilecek din faktörünün OKB belirtilerine olan etkileri de incelenmiştir ve Mısır İle Suudi Arabistan'da yapılan araştırmalarda obsesyonların genelde dinsel konularla ilgili olduğu ve İslam dininde önem verilen temizlik faktörlerinden etkilendiğini göstermiştir.²⁷lkemizde yapılan çalışmalarda yurtdişında elde edilen bulgularla genelde tutarlı neticeler elde edilmiştir.



²⁶ David A. Clark, *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York, The Guilford Press, 2004.

²⁷ Osama Mohamed Mahgoub, Hassan Abdel-Hafeiz, *Patterns of obsessive-compulsive disorder in Eastern Saudi Arabia. Brisith Journal of Psychiatry*, 1991, p. 840-848.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. ANKSİYETE

Latince'de "ango" ve "anxio" sözcükleriyle ifade edilen kaygı, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Aile hekimliğine başvuran geniş bir örnekleme yürütülen bir araştırmada, 80 başvurudan biri anksiyeteye ilişkili olarak bulunmuştur. Kaygı, neredeyse tüm canlılarda olan bir duygu olması ile beraber, canlı kaygıyı uygarlaşmasının bedeli olarak bilinç yüzeyinde ve hemen hemen her gün yenilenen durumlar altında yaşamaya mahkum edilmiştir. Öfke, sevinç, üzüntü ve korku gibi duygular inşaların temel duygularıdır ve bu temel hislerden biri olan korku daha yaygınlaşmış ve nesnesi ya da kaynağı kaybolmuş türü kaygı olarak adlandırılmıştır. Kaygı kelimesinin kökeni eski Yunancada "anxias" anlamına gelip, korku, merak ve endişe demektir.

Anksiyete, bireyin sağlığıyla ilgili olumsuz bilişsel değerlendirmelere yol açar. Bedensel belirtilerin daha tehlikeli, uyarıcı, uğursuz, olarak değerlendirmesine sebep olur. Anksiyöz bireyler fiziksel duyuları katastrofize ederek (felaketleştirerek), sebebi belirsiz müphem ve kuşkulu semptomları ciddi bedensel rahatsızlıklara atfederler. Anksiyete, aynı zamanda bireyin kendisine karşı ilgisini ve dikkatini arttırarak daha öncede var olan semptomların abartılmasına ya da daha önce farkında olunmayan duyuların bilinç yüzeyine çıkarılmasına sebep olur.

Anksiyete, beklenen bir problemle ilgili endişe duyma olarak tanımlanır. Bunun aksine korku şu anki tehlikeli duruma karşı bir tepkidir. Hem anksiyete hem de korku uyarılmaya veya sempatik sinir sisteminin aktive olmasına sebep olur. Anksiyete, çoğunlukla orta düzeyde uyarılmaya korku, ise yüksek düzeyde uyarılmaya neden olur. Anksiyete, gelecekteki tehditleri fark ediyor olmamıza ve plan yapmamıza yardımcı olduğu için uyum sağlayıcıdır, hazırlığımızı fazlalaştırır, potansiyel tehlikeli durumlardan kaçınmak için bireye yardımcı olur ve olası durum gerçekleşmeden öncesinde oluşabilecek problemleri düşünmeyi sağlar .Anksiyete, ile ilgili ilk laboratuvar çalışmaları 100 yıl önce gerçekleştirilmekle birlikte o zamanlardan günümüze yapılan çalışmalarda düşük düzeydeki anksiyetenin laboratuvarında verilen görevlerdeki performansı arttırdığı sürekli olarak doğrulanmıştır.²⁸

²⁸ Robert M. Yerkes, *the dancing mouse. New york: The macmillan company. see especially* 1908, p.92

Anksiyete bozuklukları, psikiyatri tanılarında en yaygın olanıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada 8000'den fazla yetişkini içeren bir araştırma grubunda, yetişkinlerin yaklaşık %28 'i anksiyete bozuklukları için DSM 5 tanı ölçütlerini karşılayacak semptomları hayatlarının bir evresinde taşıdıklarını belirtmişlerdir.²⁹Anksiyete bozuklukları, yaşam kalitesinde önemli bir düşüş ile ilişkilidir.³⁰

Günümüzde, gençlerin yaşadığı sorunlardan birisi olarak karşımıza çıkan anksiyete, tehdit edilen bir ortamda kişinin kendini yetersiz görmesi, iç sıkıntısı, kuruntu ve ya korkulardan kaynaklı huzursuzluk hali, hoş olmayan bir duygulanım durumu ve gelecek muhtemel tehlikelere karşı gösterilen tepki olarak tanımlanabilir.³¹Anksiyete durumu titreme, huzursuzluk, göğüs ve baş ağrıları, sinirlilik, kramplar, kusma ve bulantı gibi bedensel tepkilerle eşlik eden konuşma güçlüğü, çekingenlik ve aktivitelerden kaçınma davranışı gibi birçok sosyal belirtilere neden olabilir.³²

2.1.1. Anksiyetenin Düzeyini Etkileyen Faktörler

Kaygı şiddetine ve süresine göre kronik ve akut olarak kategorize edilebilir. Kronik kaygı, az yoğun ama uzun süreli olarak seyreder, akut kaygı ise yoğun ve kısa sürelidir. Kronik kaygı, kaygıya yatkınlık durumudur, akut kaygı ise kaygıyı ortaya çıkaran durumla ya da olayla beliren duygudur. Kaygı duygusunun yoğunluğu aynı oranda davranışa da yansır ve dikkat ve algı bozuklukları ortaya çıkabilmektedir. Kaygı yaşayan bireyler kendilerini kaygı oluşturan durumdan kaçınma davranışı ile yönlendirdiğinden çevresindeki diğer olayları net anlayamaz ve bu durum bireyin huzursuzluğu ve ruhsal gerginliği ile sonuçlanır.

Anksiyete ile ilgili çalışmalar, anksiyete düzeyinin birçok farklı değişkenden etkilendiğini göstermektedir. Yaş, anksiyeteyi etkileyen en önemli yüksektir. Her yaş düzeyinde anksiyetenin durumluluk sürekliliği ve şiddeti değişir. Anksiyetenin en yoğun yaşantılandığı dönemler ise doğumdan sonra devam iki yıl ve ergenlik dönemleridir.³³ Gelişimsel yıllara göre, anksiyete düzeyi farklılık gösteriyor olup

²⁹Ronald C. Kessler vd., *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*, Arch Gen Psychiatry, 2005, p.593-602.

³⁰Bunmi O. Olanunji vd., *Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review*, Clin Psychol Rev, 2007, p.27.

³¹Eroğlu, F. *Davranış Bilimleri. İstanbul: Beta Yayınları*, Yüksel, İ., Kurt, M.. *Durumluk-Süreklilik Kaygı Düzeyi İle İş Doyumu Düzeyi Arasındaki İlişkinin Analizi, Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*,2000-2003, s.S.33-45.

³²Diğdem Müge Siyez, *Duygusal İstismara Maruz Kalan Ve Kalmayan Ergenlerin Benlik Algıları İle Depresyon Ve Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması*, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, 2003, s.45, **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**.

³³Fatma Alisinanoğlu, İlkay Ulutaş, *Çocuklarda kaygı ve bunu etkileyen etmenler*, Milli Eğitim, 2000, s.145.

anaokulu döneminden ergenliğe, anksiyete düzeyinde dalgalanmalar görülür.³⁴ Kişilik ve anksiyete arasında anlamlı ilişki olduğu anksiyete düzeyi yüksek olan gençlerin, anksiyete düzeyi düşük olan akranlarına göre kimlik gelişimi daha sorunlu olabilir.³⁵ Anksiyete düzeyi ile cinsiyet arasında bir ilişki vardır.³⁶

2.1.2. Anksiyetenin Nörobiyolojisi

Anksiyete, canlının biyolojik bir korunma sistemi olarak adlandırılır. Potansiyel bir tehdit algılandığında ortaya çıkıp canlının tehdit eden durumdan kendini korumasını yaşamının devamlılığını sağlar. Eğer anksiyete öznel bir tehdit durumu olmadan sanki öyleymiş gibi algılanarak bireyin günlük yaşam kalitesini olumsuz bir yönde etkileyen subjektif beklenti hissiyatı, abartı, dehşet, endişe ya da felaketin yaklaştığı duygusu ile karakterizeyse “anormal anksiyete”den söz edilebilir.

Normal ya da anormal anksiyete esas olarak santral sinir sisteminden kaynaklanmaktadır. Beyindeki subkortikal yapılar içinde talamus, hipotalamus, hipokampus, pineal bez, hipofiz ve amigdala gibi önemli nöroanatomik oluşumları içeren limbik sistem bellek ve duygudurum değişikliklerinden sorumlu bir bölgedir.³⁷ Limbik sistem içerisinde amigdala korku duygusu ve anksiyete oluşmasında en önemli rolü olan nöroanatomik yapıdır.³⁸ Amigdala ile nöronal bağlantılarla iletişim içinde olan lateral hipotalamus, vagusun dorsomedial nükleus ambiguus, parabrakial nükleüs, ventral tegmental alan, lokus seruleus, pedinkülopontin nükleus, nükleus retikülaris ve hipotalamusun paraventriküler nükleusu normal ve anormal anksiyete oluşmasında etkisi olan nöroanatomik yapılardır.³⁹

2.1.3. Anksiyetenin Epidemiyolojisi

Kliniklerdeki konsültasyon ve testlerin önemli bir bölümü anksiyeteye bağlı ortaya çıkan fiziksel semptomlar nedeniyle yapılmaktadır. Klinik çalışmalarda toplum tabanlı araştırmalara göre farklı prevalans ve eştanı oranları gözlenebilmektedir. Anksiyete bozuklukları en sık görülen psikiyatrik bozukluklardır, depresyon ise ikinci sırada yer alır. National comorbidity survey (NCS) verilerine göre, yaşam boyu sıklık

³⁴Stephane Duchesne vd., *Trajectories of anxiety during elementary-school years and the prediction of high school noncompletion*, *Journal of Youth and Adolescence*, 2008, p. 1134-1146.

³⁵ Elisabetta Crocetti vd., *Anxiety trajectories and identity development in adolescence: a five-wave longitudinal study*, *Journal of Youth and Adolescence*, 2009, p.839-849.

³⁶ Tara M. Chaplin vd., *Anxiety And Depressive Symptoms: A Longitudinal Study Of Early Adolescents*, *Journal Of Early Adolescence*, 2009, p.307-327.

³⁷ J. Michael Brick, Carlton Erickson, *Drugs, The Brain, And Behavior, The Pharmacology Of Abuse And Dependence. New York, The Haworth Medical Press*, 1998, P.119-131.

³⁸ Michael Davis vd., *Neurotransmission In The Rat Amygdala Related To Fear And Anxiety. Trends Neurosci*, 1992, P.208-214.

³⁹ Paul M. Carvey, *Drug Action In The Central Nervous System. New York, Oxford University Press*, 1998, p.123-150.

oranları kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2'dir. Epidemiologic catchment area study (ECA) verilerine göre anksiyete bozuklukları için yıllık sıklık %12,6 iken yaşam boyu sıklık %14,6'dır.

Epidemiyolojik araştırmalar açısından önemli bir diğer konu ise eştanıdır. Yaşam boyu eştanı oranları %30 ile %60 arasında değişmektedir.

2.1.4. Anksiyetenin Etiyolojisi

Anksiyetenin etiyojisine bakıldığında genetik belirteçlerin önemli bir rolü olduğuna dair çok fazla kanıt vardır. Alkolizm, otizm ve yeme bozukluklarında görüldüğü gibi anksiyete de çevresel faktörlerle bağlantılı olarak genetik yatkınlığın olabileceği düşünölmektedir.

1980'lere kadar bilişsel ve psikodinamik teoriler anksiyetenin etiyojisinin açıklanmasında önem taşımıştır. Bu teoriler önemi devam ettirirken son dönemlerde ilgi etiyojide genetik üzerine odaklanmıştır. Etiyoloji de genetiğin rolü ile ilgili bilinenler aile, ikiz, evlat edinme, genetik linkaj ve assosiyasyon araştırmalarına dayanır.

Çocuklukta aşırı reddedici, küçük düşürücü tutumlar, ergenlik döneminde diğer yetişkinlerin alaycı tutumları, ceza verirken anne-babaların itici davranışları, çocuğun altını ıslatması, anne-babaların birbirine karşıt düşen istekleri, çekişmeler, çocuğun toplumsallaşma deneyiminde karşılaştığı güçlükler, arkadaş ilişkilerinde karşılaştığı küçük düşürücü ve itici davranışlar kaygının oluşmasına neden olabilmektedir.⁴⁰

2.1.5. Anksiyetenin Tarihçesi

Anksiyete bozukluğu, bilimsel literatüre ilk olarak nevroz ile girmiştir. 19. yüzyılda, nevrozlar, psikozların minör bir hali olarak görölmüştür. Descartes ve de la Mettrie'nin araştırmalarıyla beraber anksiyete, psikolojik bir sorun olarak anlaşılmaya başlanmıştır. Nevrozlar, ruhsal patolojilerin sınıflandırılmasında uzun dönem önemli başlık olarak yerini almış, daha sonraları yerini anksiyete bozukluklarına bırakmıştır.

2.1.6. Anksiyetenin Cinsiyet Açısından Dağılımı

Normal popölyasyonda yapılan ve anksiyete duyarlılığının boyutlarının incelendiği bir araştırmada kadınlar anksiyeteye ve anksiyetenin bedensel semptomlarına karşı toplamda daha yüksek oranda bir korku göstermişlerdir. Karşıt olarak, anksiyetenin sosyal ve bedensel sonuçlarından korkma konusunda cinsiyetler arasında belirgin olarak fark bulunmamıştır. Bu durumda erkeklerin belirtileri önyargılı

⁴⁰ Faruk Öğüt, Sosyal Uyum İle Sürekli Kaygı Arasındaki İlişki. Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli. 2000,S. 36. **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

bir biçimde olduğundan daha az gösterme çabasıyla açıklanması istenmiştir. Erkekler psikolojik ve sosyal anksiyete duyarlılığında bedensel duyarlılık boyutuna oranla daha fazla puanlar almışlardır.

Avusturalya'da Erişkin Ruh Sağlığı Ulusal Araştırmasında, kadınlar erkeklerden daha sık anksiyete bozukluğu oranı göstermişlerdir. Genel olarak bakıldığında, anksiyetenin kadınlarda yaşamlarının hemen hemen her döneminde, erkeklerinse yetişkin yaşlarında daha sıklıkla görüldüğü, 50 yaşından sonra ise azaldığı bulunmuştur.

Anksiyetenin cinsiyetler arası sıklık farkının toplumu merkez alan çalışmalarında, klinik ortamdakinden daha fazla çıktığı görülmüştür. Ergenlerde anksiyetenin semptomlarına cinsiyet farkının araştırıldığı bir araştırmada, Lewinsohn ve arkadaşları kadın katılımcılarda erkeklere oranla belirgin düzeyde fazla anksiyete semptomları görülmüştür. Benzer şekilde Hewitt ve Norton, Beck anksiyete ölçeği uygulayarak kadınların anksiyetenin somatik ve bilişsel belirtilerini daha yüksek oranlarda gösterdiklerini bildirmiştir. Anksiyete bozukluğu komorbiditesive diğer ruhsal hastalıklar genellikle yetişkinlere göre gençlerde daha sıktır.

Anksiyetenin ortaya çıkışında psikososyal faktörlerde önemli bir nitelik taşır. Bunlar içinde sosyal öğrenme, kadının cinsel rolü ve toplumun kadından beklentileri olarak sıralanabilir. Yaşam olayları, bireyin strese karşı cevabı ve günlük sorunlarla baş edebilme yolları anksiyetenin ortaya çıkmasında ve cinsiyetler arasındaki farklılıklarda dikkat çekici olabilir. Kadınların strese daha duygusal ve yoğun yanıtlar vermeleri ve anksiyete dışavurumlarının daha yüksek olduğu sıklıkla bilinmektedir.

2.2. ANKSİYETİYİ AÇIKLAYAN KURAMLAR

2.2.1. Anksiyetenin Bilişsel Kuramı

Kaygı bozukluklarında bilgi işleme sürecinde görülen bozulma tehlikeye ilişkin hatalı yorumlardan ve kişinin kaygıyla baş etme becerilerini yetersiz olarak değerlendirilmesinden oluşur bu bilgi işleme sürecindeki bozulma ise kaygının sürdürülmesine yol açmaktadır.⁴¹ Yalom'a göre bazı bilişler belirli tanılarla ilişkili olarak bozukluğa özel olsa da, anksiyete bozukluklarının hepsinde yer alan pek çok biliş vardır ancak öncelikli olarak anksiyete bozuklukları ile ilgili uygunsuz bilişler tehdit algılarının ya da tehlikenin gelecek odaklı olası eğilimindedir (2007). Bu şekilde, anksiyetenin temelinde yanlış yorumlar ve düşünce hataları yatar. Beck tarafından geliştirilen bilişsel kurama göre duygusal bozuklukların temelinde kişilerin olaylara ilişkin işlevsel olmayan yorumları yer almaktadır. Tehlikenin gerçekleşme olasılığını

⁴¹ Aaron Beck vd., *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New York: Basic Books, 1985.*

abartma ve söz konusu durumlarla baş etme becerilerini küçümseme tehlikeyle ilişkili temel bilişsel şemaların aktivasyonunu göstermektedir.⁴² Tehlikeye ilişkin bu bilişsel şemalar dünyanın tehlikeli bir yer olduğunu benliğin ise incinebilir olduğu inançlarını temsil eder.⁴³

Özet olarak, anksiyete bilişsel kurama göre bireyin tehlikeyle ilişkili olarak ve söz edilen durumlarla baş edebilme becerisine yönelik yanlış tutumlar ve değerlendirmelerin bir sonucudur.

2.2.2. Durumluluk ve Süreklilik Anksiyete

Tehlikeli şartların yarattığı geçici olarak duruma bağlı durağan olan kaygı “durumluluk kaygı”, kişiye öz değerlerinin tehdit hissini veren, içten kaynaklı, kişinin içinde bulunduğu durumları stres olarak tanımlamasına neden olan kaygı ise “sürekli kaygı” olarak tanımlanmaktadır. Durumluluk kaygı, bireylerin özel durumlarını tehdit eden bir duygu olarak yorumlanması neticesinde oluşan duygusal tepki olarak tanımlanmaktadır ya da kişinin içinde bulunduğu stres veren durumdan ötürü yaşadığı öznel korku olarak adlandırılabilir.

Spielberger ve arkadaşlarının araştırmaları sonucunda geliştirilen iki faktörlü kaygı modelinin özünü oluşturan durumluluk ve sürekli kaygı farklı yoğunlukta ve farklı özelliktedir. Durumluluk kaygının süresi ve şiddeti, algılanan tehdidin miktarı ve bireyin tehlikeli durum yorumu ile kalıcılık düşüncesiyle ilişkilidir. Stresle doğru orantı gösteren durumluluk kaygı, stresin yüksek olduğu zamanlarda durumluluk kaygı seviyesinde artış, stres seviyesinde azalma ya da ortadan kalkması durumunda düşme gözlemlenmektedir. Bedensel olarak sinir sisteminin uyarılması neticesinde sararma, terleme, titreme ve kızarma gibi bedensel değişimler görülebilmektedir. Bu semptomlar kişinin huzursuzluk ve gerilim duygularının birer göstergeleridir. Durumluluk kaygı, kişinin herhangi bir anda bir uyarana ya da durumu kendisi için tehlikeli ve zararlı olarak algılamasıyla birlikte ortaya çıkar.

Sürekli kaygı, geleceğe yönelik olarak hissedilen ve kişinin kaygıyı yaşantılamasına olan yatkınlığı olarak tanımlanabilmektedir. Sürekli kaygı, baskıcı olarak nitelendirilmeyen, nötr olan durumların birey tarafından kendini tehdit edici ve tehlikeli olarak algılanması ve yorumlanması sonucunda meydana çıkan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Bu bireyler durumluluk kaygıyı da diğer kişilerden daha yoğun ve sık yaşarlar. Sürekli kaygıya örnek olarak; öğrencilerin istemedikleri ya da kendilerine uygun bulmadıkları lisans bölümleriyle ilgili meslek ve alan seçimleri

⁴² Adrian Wells, *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley, 1997.

⁴³ Beck vd., a.g.e.,1985.

dolayısıyla yaşadıkları kaygı gibi. Sürekli kaygı, verilmiş kararların, yapılmış seçimlerin sonradan pişmanlık kelimeleri ile anılması ve çözüm durumunda geç kalınmış olma durumu veya çözümün zor olduğu durumlarda yükselebilmektedir.

Öner ve Le Compte, kaygıya, sürekli kaygı korkuya ise durumluluk kaygı demiş ve aralarındaki farklılık ve benzerlikleri bir bedensel örnek ile açıklanmıştır, ona göre sürekli kaygıyı potansiyel enerjiye, durumluluk kaygıyı da kinetik enerjiye benzetmektedir. Sürekli kaygı, potansiyel enerjiye benzer belirli bir tepki göstermeye olan yatkınlıktır, durumluluk kaygı ise kinetik enerjide ki gibi belirli bir zaman diliminde ortaya çıkan reaksiyon ya da olaylardır.

Durumluluk kaygı, tehlikeli olarak adlandırılan durumlar öncesinde ya da olaylar sırasında ortaya çıkan, yoğunlukla mantıklı nedenlere bağlı ve nedeni başkaları tarafından anlaşılabilen kaygıdır.⁴⁴

Sürekli kaygı, belirli durumları tehdit edici ve tehlikeli olarak algılama eğilimi olarak tanımlamıştır.⁴⁵

2.2.3. Fiziksel (Somatik) ve Bilişsel Anksiyete

Fiziksel anksiyete, doğrudan otonom uyarılmadan oluşan ve anksiyete üzerinde etkisi olan fizyolojik birtakım parametreleri göstermektedir. Fiziksel anksiyete süratli kalp atım oranı, kısa ve kesikli nefes alıp verme, nemli eller, karında sancıma ve gergin kaslar gibi tepkisel reaksiyonlarla kendini gösterir.⁴⁶

Bilişsel anksiyete, kaygının zihinsel bölümünü oluşturur ve bireyin kendi negatif değerlendirme ya da başarıyla ilişkili olarak negatif düşünceleri tarafından oraya çıkmaktadır. Bilişsel anksiyete bireyi rahatsız edici görsel imgelerden, bireyin sıkıntılarından ve tüm bunlarla ilgili olarak hoş olmayan hissiyatlardan, bilinç düzeyinde haberdar olması ile karakterizedir.

Hem bilişsel hem de fiziksel kaygı, organizmanın derin uyku halinden aşırı etkin hale kadar uzanan devamlılığın ve davranışın yoğunluk boyutu olan uyarılmışlık ile yakından ilişkilidir.⁴⁷ Bilişsel ve fiziksel anksiyete, birbirlerinden bağımsız olarak ele alınmamalıdır. Örneğin; çevremizde işittiğimiz bir otomobil egzozu patlaması kalbimizin daha hızlı atmasına ya da göz bebeklerimizin açılmasına neden olabildiği

⁴⁴ Öğüt, a.g.e., s. 36.

⁴⁵ Erkut Konter, *Sporda Stres ve Performans, Saray Tıp Kitapevleri*, izmir,1996.

⁴⁶ Eren Gümüş, Sosyal kaygıya başa çıkma programının üniversite öğrencilerinin sosyal kaygı düzeylerine etkisi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 2002, (Yayınlanmamış Doktora Tezi).

⁴⁷ Carolina Lundqvist, Peter Hassmen, *The Competitive State Anxiety Inventory- 2 (CSAI- 2). In Competitive State Anxiety in Sport. Champaign IL: Human Kinetics Publishers.* 1990, p.117-190.

gibi, bilişsel olarak bazı olumsuz duyguları da beraberinde getirebilir.⁴⁸ Çünkü insan zihni ve bedeniyle bir bütün haline gelmektedir. Bu birtakım bütünlük içerisinde bilişsel ve fiziksel kaygı birbiri ile etkileşim içerisinde. Bilişsel ve fiziksel kaygının hem durumsal hem de sürekli davranışla da bir etkileşim içerisinde ve buna bağlı olarak durumluluk ve sürekli kaygının yön boyutu ve yoğunlukları da söz konusudur.

2.2.4. Anksiyetenin Psikanalitik Yaklaşımı

Anksiyete bir iç çatışma ürünü olarak tanımlanmaktadır ve psikanalitik yapısal varsayımına göre iç çatışmalar, benlik ve alt benlik (ego ve id) veya benlik ve üstbenlik (ego ve süperego) arasında oluşmaktadır. Birtakım psikanalistler nevrotik anksiyetenin sebeplerini, bireyin kendisini çaresiz olarak düşünmesi, terk edilme veya ayrılma korkularıyla baş edemeyeceğini ve sevginin onaylanmaması ile sevgiden vazgeçilmesi beklentilerini kapsayan şekli ile genişletmişlerdir.⁴⁹

Anksiyete adan vd (1995) göre 3'e ayrılmaktadır;

Nörotik anksiyete: bu alanda anksiyetenin kaynağı kişinin içindedir ve birey bastırılmış olduğu saldırgan ve cinsel dürtülerinden oluşur.

Gerçek ve objectif anksiyete: bu alanda anksiyetenin kaynağı olan tehlike kişinin dışındadır. Zaman zaman yaşam süresince meydana çıkmaktadır.

Moral anksiyete: kişinin hissettiği utanma, suçluluk gibi duyguların sebep olduğu manevi huzursuzluk halinde olmaktır ve ortaya çıkmasındaki sebebi bireyin duygu, düşünce ve belleğindeki çatışma ve çelişkilerdir.⁵⁰

Jung'a için anksiyete kollektif bilinçaltından gelen, rasyonel olmayan g üçlerin ve şekillerin bireyin bilincini kaplaması ve buna karşı geliştirdiği tepki durumudur. Horney'e göre ise anksiyete kişinin güvenliğinin tehlike durumunda olduğu yerde oluşmaktadır. Rank için ise anksiyete, tüm anksiyetelerin temelinde doğum travmasının varlığıdır ve bu faktörün kişinin yaşamında karşılaştığı tüm tetikleyicilerde yinelenildiğini belirtmiştir.

2.2.5. Anksiyetin Öğrenme Kuramı

Anksiyetenin normal olmayan eylemin nedeni olarak mı yoksa neticesinde mi oluştuğu konusunda öğrenme kuramcıları arasında görüş farklılıkları vardır ve bunun yanında anksiyete korkusunun az seviyede ki anksiyetenin fazla seviyede ki anksiyeteye şartlanması sonucunda ortaya çıktığı konusunda görüş birliğine

⁴⁸ Şefik Tiryaki, *Spor Psikolojisi, Kavramlar, Kuramlar ve Uygulama, Eylül Kitap ve Yayınevi*, Ankara, 2000.

⁴⁹ Rita L. Atkinson, Richard C. Atkinson, *Psikolojiye Giriş. Y. Alogan (Çev.). Ankara: Arkadaş Yayınevi*, 2008.

⁵⁰ Raşit Tükel vd., *Influence of age of onset on clinical features in obsessive compulsive disorder, Depression and Anxiety*, 2005, p.112-117.

varılmıştır. Anksiyeteyi öğrenme kuramcıları öğrenilmiş duygu olarak ele almaktadırlar. Anksiyetenin tehlikeli veya acı veren duruma karşı gösterilen şartsız bir tepki olduğu ancak bazen tehlikeli olmayan ya da korku veren durumlara yönelik de ortaya çıkabileceği bu şekilde nevrotik anksiyete belirtilerinin oluştuğu görüşündedirler.⁵¹Adler'e göre anksiyetinin oluşum sebebi, aşağılık duygularıdır. Birey bu aşağılık duygusundan kurtulmak gayesiyle üstünlük ve emniyet kazanmayı hedefler ve buna ulaşmak için ise anksiyeteden diğerlerini kontrol etme aracı olarak faydalanır.

2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk

OKB'de yaşanan zorlayıcı, istenmeyen ve benliğe yabancı düşünce, imge ya da dürtüler sağlıklı bireylerde de sıklıkla görülebilmekte beraber, benliğe daha az yabancı, zihinden daha kolaylıkla atılabilen, belirgin bir sıkıntıya yol açmayan ve önemli yansızlaştırma (nötralizasyon) çabası gerektirmeyen düşünceler olarak yaşantılanır.⁵²

Obsesif-kompulsif bozuklukta durumun kendisinden ziyade sıkıntı yaratan durumun, kişi tarafından yorumlanış biçimi olduğu belirtilmektedir.⁵³

Obsesif – kompulsif bozukluk (OKB), saplantı veya zorlantıların görüldüğü, çoğunlukla yineleyici, bazen dönemsel olarak şiddetlenen, bireyin işlevselliğini bozan ve rahatsız edici imgelerin ortaya çıkması olarak tanımlanan bir bozukluktur. Genellikle obsesif düşünceleri veya imgeleri nötrleştiren veya korkulan bir durumu önlemeye yönelik kompulsif davranışlar eşlik eder.⁵⁴

Obsesif kompulsif bozukluk, motor işleyişi etkiler, ruh halini bozar, düşünceyi değiştirir ve algıyı zedeler. Bütün bunlar sosyal hayatta düzensizliğe, aile düzeninin bozulmasına, önemsenecek derecede hareket kaybına ve ekonomik güçlüklerle neden olur. Bu açıdan obsesyonlar ve kompulsiyonlar sıkıntı verdikleri kadarda zaman kaybına, bireyin günlük yaşantısında, eğitim yaşamında ve iş yaşamında işlevini kaybetmesine sebep olurlar.

Obsesyon, psikiyatri sözlüğünde “yanlış olduğu bilindiği halde engellenemeyen, mantık ve muhakeme ile uzaklaştırılamayan, arzu edilmeyen saplantı halindeki fikirler” olarak tanımlanmaktadır.⁵⁵ Obsesyon ya da saplantı kendiliğinden bilinç alanına girebilen, sıkıntı yaratan, yineleyici, kişinin yanlış ve

⁵¹ Tükel, a.g.e. s.113

⁵² Martin Bürgy, *Phenomenology of obsessive compulsive disorder*, *J Clin Psychiatry*, 1990, p. 4-8.

⁵³ Beck vd., a.g.e.,1985.

⁵⁴ David H. Barlow, Kristen K. Ellard, *Obsessive-compulsive disorder. In D. H. Barlow (ed.), Anxiety and its disorders*, New York: Guilford: 2002, p. 516-50.

⁵⁵ Köknel, a.g.e. s.166.

saçma olduğunu bildiği düşünce, imge ya da dürtülerdir. OKB'si olan birey çoğunlukla obsesyonlarının anlamsızlığının farkındadır ve hem obsesyonlarını hem de kompulsiyonlarını ego-distonik olarak yaşar.

Kompulsiyonlar çoğunlukla obsesif düşünceyi zihinden atmak için yapılan irade dışı yineleyen hareketlerle karakterizedir.⁵⁶ Kompulsif davranışlar OKB'si olan birey tarafından obsesyonu engellemek için fazlasıyla kuralcı bir şekilde gerçekleşir. Burada ki amaç, korku duyulan düşünceye, duyguya veya hisse engel olmak ya da azaltmaktır.

2.3.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tarihçesi

Obsesif kompulsif bozukluğun tarihi çok eskilere kadar uzanmaktadır. Orta Çağ'da obsesyonları ve kompulsiyonları olan bireyleri şeytanın etkisi altında olduğuna inanılmış. İlk kayıtlar 16.yy 'da, dine küfür ve benzeri düşünceleri olan kişilerin içlerine şeytani ruhların girdiği düşünceleri ve yorumlarına dayanmaktadır.

Shakespeare, ünlü eserindeki Macbeth'ine konu olan cinayetinde de Lady Macbeth işledikleri cinayetin ağırlığını taşıyamaz ve her gece uyurgezer halde ellerinden çıkartamadığı hayali kan izlerini yok etmeye çalışır ancak bir türlü ellerinden kan lekelerini çıkartamaz.⁵⁷

1838'de Jean Dominique Esquirol, ilk kez obsesyon ve kompulsiyonlardan bahsetmiştir." Dürtü monamanisi" tanımını yapar ve bunun anlamı "istemsiz engel olunamaz aktivite"dir. Bu sayede OKB konusunda yeni bir dönem açılmıştır.

1866'da Morel, ilk olarak obsesyon kelimesini kullanmıştır.

1878'de Carl Westpahl obsesyonları benliğe yabancı olan düşünce tarzları olarak tanımladı.

1883'de Robert Burton "Melankolinin Anatomisi" kitabında, korktuğu için havuz kenarında bulunmaktan kaçınma ve kalabalıkta uygunsuz şeyler söylemekten endişe duyan bir vaka sunmuştur.

1903'de Pierre Janet, obsesyon ve kompulsiyonlardan oluşan tabloyu "psikastenî" adı ile ele almıştır. Başka bir deyim ile kuşku hastalığı olarak gördüğü obsesyon ve kompulsiyonları sonrasında obsesif kompulsif nevroz olarak tanımlamıştır.⁵⁸

Obsesif- kompulsif nevrozun farklı bir klinik tablo olarak tanımlanmasını 20.yy.'da Janet ve Schneider, bazı ölçütlerle uygulamışlardır. Bunlar, belli bir şeyi düşünmeye, hissetmeye veya yapmaya yönelik nesnel olmayan bir zorlanmışlık

⁵⁶ Yaşan vd., a.g.e., ss,61-67.

⁵⁷ William Shakespeare, **Machbet**, İstanbul: Remzi Kitapevi., 1967, s.68.

⁵⁸ John D. England, Richard M. Paddison, **Journal of Neurological Sciences**, 2008, s.485.

duygusunun olması, obsesyonların içeriğinin "saçma" veya "benliğe yabancı" olarak algılanması, içgörünün korunuyor olması, obsesyonlara direncin eşlik ediyor olması.⁵⁹ Tanımlamalarıyla OKB'yi nevroz kategorisine koyan Janet 300'den fazla hastası üzerinde yaptığı gözlemlerle hastaların %7.7'sinde psikotik semptomların geliştiğini bulmuştur.

Freud, duruma analitik perspektiften yaklaşarak, obsesyon-kompulsiyonların cinsel ya da agresif dürtülerden kaynaklandığını belirtmiştir. Anna Freud, bu oluşan dürtülerin yarattığı anksiyeteye karşı bireyin savunma mekanizmalarını devreye geçirdiğini belirtir. OKB'de gerçeği değerlendirmenin bozulmadığını savunan Freud, bozukluğun hastayı tamamıyla tüketen akıl dışı doğası karşısında hayrete düşmüştür. 1911'de Paul Eugen Bleuler OKB'yi şizofreni adı altında kategorize etmiştir.

2.3.2. Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi

OKB 1980'lere kadar nadir olarak görülen bir bozukluk olarak görülse de duyarlı değerlendirme ölçütlerinin geliştirilmesiyle, psikiyatrik bozukluklar arasında dördüncü sıklıkta görülmektedir. Subklinik obsesif-kompulsif bozukluk oranı %2 olarak bildirilmektedir. Bu tabloda etkilenen bireyler daha az psikososyal bozulma yaşamaktadırlar. Buna göre sağlıklı olan kontrol grubuna göre bireylerin yaşam doyumunun daha az olduğu bildirilmektedir.⁶⁰ Toplum tarama verileri araştırmalarına göre OKB'nin altı aylık sıklığı %1.5(0.7-2.1) olarak bildirilmiştir. Bir yıllık sıklığı %1,2, yaşam boyu sıklığı %2,3 olarak bildirilmiştir. Farklı ülkelerde yapılan epidemiyolojik araştırmalarda saptanmış yaşam boyu yaygınlığın %1,9- 2,5 arasında değişken olduğu bildirilmiştir.⁶¹

Türkiye'de kalabalık şehirlerinden olan Konya'da yapılan bir araştırmada 3000 yetişkin üzerinden OKB yaygınlığı %3 olarak bulunmuştur⁶². TPD'nin toplum içinde yaptığı çalışmalar sonunda OKB'nin her 100 bireyden 2-3'ünde görülmüştür. Ancak birçok birey semptomların hafif düzeyde seyretmesinden ötürü ya da hastalıklarını saklamak istemeleri ve pek kimseye belli etmek istemiyor oluşları ya da uzun seneler

⁵⁹ Solyom vd., *Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis*. Can J Psychiatry, 1985, p.372-380.

⁶⁰ Hans Jörgen Grabe vd., *Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive disorder in northern Germany*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2000, p.262-268.

⁶¹ Myrna M. Weissman vd., *The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group*. J Clin Psychiatry, 1994, p.5-10.

⁶² Ali S. Cilliçilli vd., *Twelve month prevalence of obsessive compulsive disorder*, Comp Psychiatry, 2004, p.367-374.

süreğen bozukluklarına alışmış olmalı sonucunda profesyonel yardıma ihtiyaç duymama nedenlerindedir.⁶³

Erişkinler arasında erkek ve kadın açısından etkilenme oranı farklılık göstermemektedir, ancak ergenler arasında, erkekler kadınlardan daha fazla etkilenmektedir. Erkeklerde başlangıç yaşı ortalama olarak 19 yaş, kadınlarda ortalama 22 yaş olarak bildirilmiştir ancak genel olarak başlangıç yaşı 20'dir. Vakaların üçte ikisinde semptomlar 25 yaş öncesinde ve %15 'den azının semptomları 35 yaşından sonra ortaya çıkar.

OKB'de kötü seyrin belirleyicileri, bozukluğun seyrinin erken yaşta başlıyor olması, bekar olma, başlangıçta bozukluğun şiddeti, bozukluğun süreğen ve uzun olması, belirgin büyüsel düşüncenin, hezeyanların, kişilik bozukluklarının mevcut olması, OKB'nin bipolar bozukluk ve yeme bozuklukları ile komorbidite olması, sosyal becerilerin ve sosyal uyumun yeterli olmaması olarak belirlenmiştir.

OKB'nin hetorejen yapısı ve klinik olmayan obsesif düşüncelerle klinik olanların zor ayırt ediliyor olması bu olguların bozuklukla ilişkilendirilmesini zorlaştırmaktadır. Bu sebepten ötürü obsesif belirtilerine rağmen daha az birey, klinik olarak yardım aramaktadır.⁶⁴

2.3.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Etiyolojisi

OKB'nin başlangıç ve oluşumu ile ilgili kesin ve net bilgiler olmasa da belirli kuramlar tarafından kanıtlayıcı bilgiler mevcuttur. OKB homojen ya da tek tip bir bozukluk değildir, heterojen bir tablo olduğu kabul edilir. Genetik, öğrenilmiş ya da içe bastırılmış öfke nedenleri arasında sayılır.

2.3.3.1. Genetik Nedenler

OKB'de ailesel geçiş 1930'larda araştırılmaya başlanmıştır. Araştırılan iki ayrı aile çalışmasında OKB'li çocuk ve ergenlerin birinci derece yakınlarında %20-25 oranında OKB görülmüştür. Sonuçların fazla çıkması örneklem grubunun yaş ortalamasının düşük olmasına bağlanmıştır. OKB'de genetik etkiyi tespit etmek için ikiz araştırmalarına önem verilmiştir. Araştırılan ikiz çalışmalarının sonuçlarına göre monozigot ikizlerinde eş hastalanma düzeyi dizigot ikizlerinden daha yüksek görülmüştür. Bu araştırmalarda, görülen olumlu sonuçlar ve ayrışım analizinde üstünde durulan tek gen bölgesi modeli, OKB riskini arttıracı başka aday genler

⁶³,Ertuğrul Köroğlu, Psikonozoloji, Hekimler Yayın Birliği, *Obsesif-Kompulsif Bozukluk*, 1995, ss. 354-36.

⁶⁴ Lütfullah Beşiroğlu vd., *Obsesif Kompulsif Belirti Kategorileri Hakkında Ruh Sağlığı Bilgisi*, Nöropsikiyatri Arşivi,2010, s.s.,133-138.

üzerine çalışmalar olmasını sağlamıştır. İlişkilendirme araştırmaları ve nörotransmitter metabolizmasına ait genler ile nörogelişimsel yollar incelenmiştir.⁶⁵

16 OKB'li çocuk ve ergenin 145 akrabası incelenmiş ve babalarının %15'inde, annelerin %9'unda OKB görüşmüştür ve bunlara ek olarak anne- babaların %13'ünde subklinik OKB bildirilmiştir. Annelerin %2'sinde, babaların %20'sinde obsesif kompulsif kişilik özellikleri saptanmıştır. OKB ve subklinik OKB'nin yaşa göre düzeltilen riskin %35 olduğu saptanmıştır.

Aile ve ikiz araştırmaları OKB'nin belirli alt gruplarında kalıtımın etkili olduğunu göstermektedir. OKB hastaları ile yapılan 2002'de yayımlanan ilk bağlantı araştırmasında 9. kromozomun uzun kolunda birden fazla yerde bağlantı bulguları saptanmış, bununla beraber özellikle 9p24 üzerinde bir aday bölge üzerinde durulmuştur, 2004'te yapılmış başka bir araştırmadaysa bu araştırmanın neticeleri desteklenmiştir.

Yapılan çalışma neticelerine göre OKB'li bireylerin ailelerinde kontrol grubu ailelerine göre 3-5 kat değerinde daha yüksek oranda obsesif kompulsif belirtiler olduğu bildirilmiştir.⁶⁶

2.3.3.2. Psikososyal Nedenler

OKB'yi anlamakta ki önemli etkenlerden biride sosyal öğrenmedir. Bu kurama göre kaygı iç çatışmalardan çok dış olaylardan etkilenir ve beraberinde obsesif kompulsif etkenleri ortaya çıkarır. Kişi çoğunlukla yaşadığı durumun kendi elinde olmadığından bahseder.⁶⁷

2.3.4. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Yaş ve Cinsiyet Açısından Dağılımı

Araştırmanın katılımcı grubu, genç yetişkinlik dönemindedir ve ergenlikten yetişkinliğe geçiş evresi olarak tanımlanan genç yetişkinlik (18-25) dönemi çeşitli keşif ve deneyimlerle doludur. Bu dönem kişilerin yaşamlarını değişim fırsatını yakalayabilecekleri riskler evresidir.⁶⁸ Obsesif-kompulsif belirtiler için yapılan literatür taramasında belirtilerin genç yetişkinlik evresi olan 18-25 yaş aralığında yoğunlaştığını göstermektedir.⁶⁹ Araştırmanın yaş aralığı bu değerler esas alınarak tercih konusudur.

⁶⁵ Raşit Tükel, **Anksiyete Bozuklukları; Obsesif-Kompulsif Bozukluk**. Psikiyatri; İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2009, s.113.

⁶⁶ Sadock vd., a.g.e., Philadelphia,2005.

⁶⁷ Atkinson vd., a.g.e., 2008.

⁶⁸ Jeffrey Jensen Arnett, **Emerging adulthood: Understanding the new way of coming of age**, Washington, American Psychological Association, 2006, p.10.

⁶⁹ Marvin Karno vd., **The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities**. Arch Gen Psychiatry, 1988, p.1094–1099.

OKB kadınlara göre erkeklerde birkaç yıl daha erken başlamaktadır.⁷⁰ Çocukluk ve ergenlik döneminde görülen OKB oranları erkeklerde kadınlara göre 1,5-2,5 kat daha yüksektir.⁷¹ Bozukluk genelde çocukluk ya da ergenlik çağıında ortaya çıkmaktadır. Sayar ve arkadaşlarının çalışmasına göre kadınlarda başlangıç yaşı 24,5±9 iken erkeklerde ki yaş aralığı 18,3±6,9 olarak saptanmıştır.⁷² Vakaların %72'sinde sinsi, %28'inde kısa süreli başlangıç mevcuttur. Hastaların %25-65'inde, doğum, gebelik veya aile bireylerinden birinin ölümü gibi olaylar ortaya çıkartıcı etkisi vardır.⁷³ OKB'nin ortalama başlangıç yaşı geniş bir spektrumda seyretmektedir.⁷⁴

İlk hastalanma yaşı erkek ve kadında geç ergenlik dönemine denk gelen 20'li yaşların başlangıç evresi olarak gösteriliyor olsa da, bozukluğun ortaya çıkış yaşı çok daha ileriki yıllara yayılmaktadır. Buna neden olan en önemli faktör bireylerin uzman desteği aramakta gecikiyor olmalarıdır.

OKB'nin sosyodemografisi ile ilgili yapılan bir çalışmada Manisa Psikiyatri ve ABD'de yapılan örneklem hasta sayısı 96, erkek sayısı 24, kadın sayısı 72 olan çalışmanın neticesi; hastalığın ortalama başlangıç yaşının 23,89±11,3, bozukluğun ortalama süresini 9,3±28 yıl olarak saptamışlardır.

Obsesyon-kompulsiyon dağılımı açısından incelendiğinde erkek hastalarda saldırganlık ve diğer obsesyonlar adı altında kategorize edilen bilme anımsama ihtiyacı, uğurlu-uğursuz sayılara inanma ve batıl inanışlar, kirlenme obsesyonu ve simetri obsesyonu an sık görülen obsesyonlar olduğu bildirilmiştir. Erkek hastalarda en sık görülen kompulsiyonlar, yineleyici törensel davranışlar, temizlik-yıkama kompulsiyonu, kontrol kompulsiyonları ve dokunma ihtiyacı, abartılı bir şekilde liste hazırlama, batıl davranışlar gibi diğer ve diğer kompulsiyonlar başlığında toplananlar olarak bildirilmektedir.

Kadınlardaysa, saldırganlık obsesyonları, kirlenme, simetri, kuşku en çok rastlanan kompulsiyonlar olarak belirtilmiştir. Kadınlarda en sık görülen kompulsiyonlar olarak temizlik-yıkama, kontrol kompulsiyonları, tekrarlayıcı törensel davranışlar ve diğer kompulsiyonlar olarak belirtilmiştir. Kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark bulunan tek değişken biriktirme obsesyonudur ve bu obsesyon erkeklere göre kadınlarda daha fazladır.

⁷⁰ Steven A. Rasmussen vd., *Clinical characteristics and family history in Regier, One-mount prevalence of sites. Archives of General Psychiatry*, 1986, p. 977-986.

⁷¹ Mehmet Raşit Tükel vd., *Influence of age of onset on clinical features in obsessivecompulsive disorder. Depression and Anxiety*, 2005, p. 112-117.

⁷² Kemal Sayar vd., *Obsesif Kompulsif Bozuklukta Fenomeneoloji*, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 1999, ss. 142-147.

⁷³ Rasmussen vd., a.g.e., p. 977-986.

⁷⁴ Sayar vd., a.g.e., ss. 142-147.

Çeşitli cinsiyet faktörünü baz alan çalışmalarda, kadınlarda OKB'nin yaşam boyu yaygınlığının daha fazla olduğu saptanmıştır.⁷⁵ Yapılan bir başka çalışmada 20 yaşın altında erkeklerin hastalanma yaşının kadınlara göre anlamlı bir biçimde daha fazla olduğu belirtilmiştir.⁷⁶

Yoğunluğun etkileyici bir faktör olması sebebiyle bu araştırmanın örneklem grubu olan sağlıklı kadınlarda ve sağlıklı erkeklerde obsesif-kompulsif belirtilerin yoğunluğunun eşit düzeyde olması öngörülmektedir.

2.3.5. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörolojisi

OKB'nin nörobiyolojisi ile ilgili 1980'lerden bu yana uygulanan nörogörüntüleme çalışmalarından elde edilen bulgular seyrinde bazı modeller tavsiye edilmiş olsa da orbito-fronto-subkortikal devre temel model olarak kabul görmüştür. Bu modelde, OKB'nin doğrudan uyarıcı, OFK-striatum-globus pallidus-subtalamik nükleus-kortikal ve dolaylı inhibe edici, DLPFK-striatum-globus pallidus-subtalamik nükleus-kortikal yollar arasında, nükleus kaudatus beynin kilitlenmesine ve OFK ile talamus arasında karşılıklı yoğun aktiviteye neden olan bir takım bozukluktan kaynaklandığı bildirilmiştir.

Nörolojik temelli ilk OKB tanımı, Constantin von Economo'nun ağır influenza enfeksiyonları sonrasında bazal ganglionlarda hasar meydana gelen hastalardaki postensefalitik Parkinson hastalığı ile ilişkili araştırmasından kaynaklanmaktadır. Bu hastalar kompulsif özelliği ile motor tikler ve ritüele benzer davranışların üzerinde incelenmiştir. Bu olgular OKB'de gözlemlendiği gibi, kontrol edemedikleri birtakım davranışlarda bulunuyorlardı.

OKB'nin nörobiyolojik modeli ile ilişkili olarak önerilen başka bir modelde, OKB'nin başka semptomlarına, bilişsel ve duygusal süreçlerin etkili olduğu fronto-striato-talamik devrelerin farklı bileşenlerine eşlik ettiği ve OKB'nin tek bir hastalıktan çok daha fazla sayıda sendromun bir spektrumu olarak kavramsallaştırılabileceği öne sürülmüştür. Eş zamanlı olarak bu çok spektrumlu model kavramıyla nörogörüntüleme çalışmalarının bulguları arasındaki çeşitlilik ve tutarsızlığın da açıklığa kavuşabileceği belirtilmiştir.

⁷⁵ Hans Jörgen Grabe vd., *Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive compulsive disorder and subclinical obsessive disorder in northern Germany*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2000, p.262-268.

⁷⁶ Ingmar Skoog, Gunnar Skoog, *A 40-year follow up of patients with obsessive compulsive disorder*. Archives of General Psychiatry, 1999, p.121-127.

2.3.5.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Bu çalışmaların neticelerine göre, orbitofrontal korteks, anterior singulat girus ve bazal gangliyonlarda işlevsel ve yapısal anormalliklerin olduğu görülmüştür⁷⁷. OKB'li bireylerden alınan PET görüntüleme çalışmalarından elde edilen bulgular, frontal loblarında, bazal ganglionlarında ve singulumlarında artmış metabolizma ve artan kan akımı bildirilmiştir. Bu alanlar limbik sistem ile bağlantılıdır. BT ve MRI çalışmalarında, OKB'li bireylerde kaudat nükleus çaplarının bilateral azaldığı saptanmıştır.

OKB'si olan bireylerde bazal ganglionların bir parçası olan alt kortikal kuyruklu çekirdekte aşırı derecede artmış etkinlik görülmüştür. Beynin bu ilkel bölgeleri, saldırganlık, cinsellik ve temizlik gibi ilkel davranışların seyrinde etkili olmuştur.⁷⁸ Ancak bu semptomlar, obsesif düşüncüyü harekete geçiren uyaranlar tarafından provake edilirse bu bölgelerdeki etkinliğin bununla ilişkili olarak arttığı görülmektedir.

Görülmektedir ki, "obsesyonların malzemeleri" olarak söylenebilen, saldırganlık, temizlik, cinsellik ve tehlike gibi ilkel davranışlar, orbito frontal korteksten kaynaklanmaktadır.⁷⁹

2.3.6. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Açıklayıcı Kuramlar

2.3.6.1. Bilişsel-Davranışçı Kuram

OKB'nin oluşumu ve seyrinin açıklanmasında iki aşamalı öğrenme kuramı devreye girer, klasik koşullanma yolu ile öğrenilen korku, kaçınma davranışlarıyla fazlalaşarak pekişir ve devamlılık olduğunu belirtir. Görece yüklü olmayan bir uyarıcı zararlı veya kaygı oluşturucu nitelikteki olaylarla eş zamanlı durumdaki bir tepkili şartlanma süreci vasıtasıyla birleşip kaygı ya da korku oluşturur. Bu şekilde önceden yüksüz düşünceler ve objeler kaygı veya sıkıntı oluşturabilen koşullu uyaranlar haline dönüşürler. Kaçınma davranışının kaygısını azalttığını gören birey, bu kaçınmanın sayesinde ödülleniş olur ve kaçınma davranışı pekişir.

Düşüncelerin, abartılı değerlendirmelerin neden olduğu endişe ve istenmeden biteceği varsayılan duruma engel olmak için törensel davranışlar başlamaktadır.⁸⁰ Carr, obsesif-kompulsif bozuklukta bilişsel kuramı ortaya atan kişidir.

OKB'de yoğun olarak davranışçı öğrenme kuramı, Mowrer'in iki süreçli kaçınmayı öğrenme modelidir. Mowrer'in iki aşamadan oluşan kuramı, bilişsel davranışçı

⁷⁷ Tükel, a.g.e., 2009.

⁷⁸ Ann M. Kring vd., *Anormal Psikoloji*, Kaknüs Yayınları, 2011, s. 387.

⁷⁹ Thomas R. Insel, *Brain İmaging: Toward a Neuroanatomy of OCD*, New York, Springer, 1991.

⁸⁰ Anthony T. Carr, *Compulsive Neurosis: A review of The Literature Psychol Bull*, 1974, p. 81:311-8.

modeller, Salkovskis'in abartılı sorumluluk modeli ve Rachman'ın anlamının yanlış yorumlanması kuramı gibi modeller mevcuttur. Bu kuram Miller ve Dollard (1950) tarafından obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkilendirilmiştir. Mowrer'in iki aşamalı korkunun kazanılması ve sürdürülmesi kuramı fobik bozukluklar ve OKB'de kullanılmaktadır. Bu kurama göre obsesyonlar kaygı uyandıran koşullu cevaplar, kompulsiyonlar ise kaygıyı gidermek için öğrenilmiş ve kaygının azalmasıyla da pekişmiş davranışlardır. Yani obsesif düşüncelerin temeli normal olan zorlayıcı düşüncelerdedir ve bu düşünceler genel popülasyonun %90'ında görülür. Klinik obsesyonlarla, normal zorlayıcı düşünceler arasındaki fark OKB hastalarının bu düşünceleri zarardan ve zararın önleniyor olmasından sorumlu tutulduklarına ilişkin düşünceleridir.

Salkovskis'in abartılı sorumluluk kuramında normal zorlayıcı düşünce ile obsesyon arasındaki farkın, düşüncenin oluşumu, kontrol edilemezliği ve ya içeriği değildir, zorlayıcı düşüncenin değerlendirme ve yorumlama şeklidir. Zorlayıcı düşünceler ilk zihne düştüğünde tarafsızdır ancak düşünce yüksek bireysel sorumluluk ve anlam ifade edecek biçimde yorumlanır ise obsesyon olma potansiyeli artar.

Rachman'ın anlamın yanlış yorumlanması kuramı da zorlayıcı düşüncenin değerlendirilmesi ya da yorumlanmasına dayanır. Metakognisyonlar Rachman tarafından 1986'larda vurgulanmış "thought ation fusion" eğer birini öldürmeyi düşünüyorsam, bu öldüreceğimin kanıtıdır kuramına dayanır. Bu modelde "thought event fusion" olumsuz/negatif düşüncelerim nesnelere etkiler düşüncesiyle geliştirilir. Rachman, anlamın yanlış yorumlanması kuramı da zorlayıcı düşüncelerin değerlendirilmesine ya da yorumlanmasına dayanır. Ona göre düşüncelere bireysel anlam katmanın, düşünceleri tehdit olarak algılamanın, felaketeleştirici yorumlanmanın katkıları olduğunu bildirmiştir.

Örneğin; kapı kollarına dokunma veya el sıkışması gibi davranışlar "korkutucu" kirlenme düşüncesiyle bağdaştırılır ve bu ilişkinin bir kez oluşmasının ardından her el sıkışması durumunda ya da kapı koluna dokunulduğunda oluşan rahatsızlığın giderilmesi için uygulanan el yıkama kompulsiyonunun rahatlatıcı etkisi olduğunun fark edilmesi neticesinde birey bu davranışını tekrarlamayı göze alır ve kaygıyı azalttığı için, kaçınma tepkisi olan yıkama tutumunu pekiştirmiştir.⁸¹

⁸¹ Raz Gross vd., *Biological models of obsessivecompulsive disorder: the serotonin hypothesis, in Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research, and Treatment*, 1998, p.147-148.

Bu görüş ile obsesif kompulsif belirtilerin oluşumu ve seyri bilgiyi işleme tarzı ile ilgili olduğu görülmektedir. OKB sağlıklı bireyler ile kıyaslandığında, OKB'lilerin bilgiyi işleme tarzlarının belirgin şekilde işlevsiz olduğu saptanmıştır.⁸²

Sonucunda bilişsel davranışçı kuram bilişsel bileşenlerin anlamını, aynı zamanda öğrenme deneyimlerini, hastalığı oluşturan ya da sürdüren faktörler olarak çalışmaktadır. Bilişsel davranışçı modele göre OKB'de sıklıkla görülen düşünce çarpıkları aşağıdaki şekilde özetlenebilmektedir;

- a. Belirsizliğe tahammülsüzlük: "Her konuda, olayda her zaman yüzde yüz emin olmalıyım."
- b. Aşırı kontrol ve mükemmeliyetçilik: "Çocuklarımı yeteri kadar beslemezsem, hastalanmalarına sebep olurum."
- c. Hep veya hiç şeklinde düşünce: "Oğlum tehlikelerden korumazsam eğer onun zarar görmesine neden olurum."
- d. Büyüsel düşünce: "Sürekli eve hırsız gireceğini düşündüğüm için eve hırsız girdi."
- e. Felaketeleştirme: "Öksürüğüm durmuyor çünkü kesin zatürre oldum."
- f. "Ya ileride böyle olursa" şeklindeki düşünce: "Ya ileride kanser olursam"
- g. Düşünceler ile davranışın kaynaşması: "Herhangi bir şeyi düşünmek onu yapmak ile eşdeğerdir"
- h. Düşünceleri aşırı değerli görme: "Tehlikeli şeyler düşündüğüm için ben kesin tehlikeli biriyim."

2.2.6.2. Psikodinamik Kuram

19.yüzyılın sonlarına doğru Freud obsesif-kompulsif bozukluk ile ilgili ilk bilimsel hipotezleri ortaya atmıştır. Freud obsesif-kompulsif davranışları şu şekilde tanımlamaktadır; "hastanın zihni gerçekte kendisini hiç ilgilendirmeyen düşüncelerle doludur ve kendisine yabancı gelen dürtüler hissetmektedir; arada bir karşı duramadığı eylemlere geçmek zorunda kalır. Zihnine takılan bu düşünceler - obsesyonlar- hasta için hiçbir anlam taşımadığı gibi, çoğu kez kendisine de saçma gelir. Bu düşünceler aslında hiçbir zaman eyleme dönüşmezse de hastanın, bu düşünceleri anımsatan durumlardan sürekli kaçmasına neden olurlar. Hastanın kendi istemi dışında yaptığı davranışlar, günlük yaşamın olağan etkinlikleri olan yıkanma gibi eylemlerin abartılmış ve törensel biçimlerinden öteye gitmez; ne var ki, obsesif

⁸² David A. Clark, *Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York: The Guilford Press*, 2004.

eylem ve kompulsiyon denilen bu zararsız davranışlar kişinin istemi dışında yapılırlar".⁸³

Psikodinamik kurama göre, OKB belirtileri bastırılmış bilinçdışı dürtülerin bir neticesi olarak ortaya çıkarlar. Obsesif kompulsif hastanın, oedipal dönemin çatışmalarıyla baş edemediği, anksiyete duyduğu ve daha önceki bir psikoseksüel gelişim dönemine -anal sadistik döneme- gerilediği kabul edilir.⁸⁴ Anal sadistik döneme gerilemenin ön şartı anal döneme saplanma durumudur. Bu dönemden geçerken yaşanan sıkıntılar, özellikle tuvalet eğitimi sırasında yaşanan sorunlar, anal sadistik döneme saplanmayı kolay hale getirir. Freud'a göre obsesif nevroz "sadistik süperegö" ile "mazoşist ego" arasındaki ilişkidir. Obsesif kompulsif nevrozun oluşumunda merkezde etkili olan mekanizma regresyon (gerileme)'dir. Regresyon; bireyin saplanmış olduğu nesne veya doyum şekline geri dönülmesidir. Bu hastalarda, oedipal döneme ait istek ve dürtülerin etkisiyle ciddi çatışma durumunda, bu istekler kısmen veya tam anlamıyla bırakılarak anal dönemin gereksinim veya isteklerine geri dönülmektedir. Bu durumda, oedipal döneme ait istek ve dürtülerin neden olacağı kaygıdan kaçınılırken, anal döneme ait birtakım çatışmalar öne çıkmaktadır. Anal dönemin en önemli özelliği neredeyse eşit düzeydeki birbirine zıt dürtüler arasındaki çatışmanın varlığıdır. Regresyon, OKB'de önemli bir mekanizmadır, bireyde konversiyon histerisi gelişmek yerine obsesif-kompulsif bozukluk gelişir.⁸⁵

Freud, bu hastalıkta süperegönün da gerilemeye uğradığından ve katı, acımasız bir yapıya büründüğünden söz eder. Süperegö kısasa kısas yargısına göre çalışmaya başlamıştırve ego saldırganlığın dışavurumundan ne kadar kendini alıkoyarsa süperegönün sadizmi o oranda artar. Obsesyonel nevrozda ego, güçlü dürtüler karşısında erken olgunlaşmak zorunda kalan fakat yeterli gelişmiş yöntemleri kullanamayan bir egodur. Böyle bir ego kendini serbest hissetmez, belli şeyleri yapmak, düşünmek ya da yapmamak zorunluluğu vardır.

Karşıit tepki oluşturma, yalıtma ve yapma-bozma obsesyonel nevrozun tipik savunma mekanizmaları olarak tanımlanmıştır.⁸⁶ Yalıtma, bazı davranış ya da düşüncelerin diğere düşüncelerden ya da yaşantının geri kalanından savunma amacı güdülerek ayrı tutmaktır. Düşünce duygudan ayrılır, çağrışım bağlantıları baskılanır ya da kesintiye uğrar, düşünce bilinçte zayıflamış, etkinliği kaybolmuş, olağan sürecin neticesine ulaşılmamış gibi kalır. Bir diğere anlamda, yalıtma ile zihindeki bazı

⁸³ Engin Gençtan, **Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar**, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1989, s.220.

⁸⁴ Sigmund Freud, **The disposition to obsessional neurosis**, London, 1913/1958, p. 317-326.

⁸⁵ Gerald C. Davidson, John M. Neale, **Anormal Psikoloji**, 7. basım, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Çev. İhsan Dağ, 2004.

⁸⁶ Sigmund Freud, 1926, **Ketlemeler, Semptomlar ve Kaygı Psikopatoloji Üzerine**, Çev. Selçuk Budak, Öteki yayınları, Ankara, 1997, ss. 229-329.

düşüncelere dokunulmamaya çalışılmaktadır. Yalıtma tam anlamıyla gerçekleştiğinde dürtünün duygusal bileşeni düşünsel bileşeninden ayrılarak bilinçdışına itilmektedir ve bu durumda kişi sadece duygudan kopmuş bir düşüncenin bilinç yüzeyinde farkına varmaktadır.

Freud, Sıçan Adam vakasında kompulsif davranışları analiz ederken yapma-bozma savunma mekanizmasının tanımını yapmıştır⁸⁷. Yapma-bozmada bir davranış bir diğeri tarafından etkisiz hale getirilir. OKB’de sıklıkla karşımıza çıkan törensel davranışlar bir yapma-bozmadır. Burada ki temel amaç bir davranışın etkisiz hale getirilmesi ve farklı bir düşünce ile tekrarlanıyor olmasıdır. Egonun tehlikeli gördüğü bazı dürtülerin etkileri bu mekanizmayla bozulmakta veya iptal edilmektedir.

Karşit tepki oluşturmada çatışan iki dürtüden biri diğeri dürtüyü baskı altında tutabilmek için yoğun şekilde odaklanır diğeri ise bastırılarak iptal edilir. Görünürde olan bastırılan dürtünün tam tersidir. Obsesyonel nevrozlarda dürtüsel kirlilik ve düzensizlik isteklerine karşı düzen ve titiz olma tutumları görülür. Ambivalans düşünceler ile çatışmaların sıklıkla olduğu obsesyonel nevrozda iki çatışan duygudan biri fazlaca artarken diğeri kaybolur ve duygunun abartılı göstergesi, mevcut olan dürtünün sadece kendisiyle sınırlı olmadığını diğeri zıt dürtünün baskı altında olduğunu da ortaya koyar. Görünürde zalimliğin yerini nezaket, nefretin yerini sevgi, inatçılığın yerini itaatkarlık alır.⁸⁸ Anna Freud, karşit tepki oluşturma benzeri özgül savunma mekanizmalarının bu hastalığı tekrarlayıcı görülen diğeri hastalıklardan ayrıldığını savunmaktadır.

2.3.7. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Bilişsel Modelleri

OKB ile ilgili çeşitli bilişsel modeller öne sürülmüştür. Bireylerin olaylara, durumlara ve nesnelere ilişkin öznel ve yanlı değerlendirmelerine verilen merkezi rol OKB’ye ilişkin bilişsel yaklaşımların ve modellerin ortak noktasıdır.⁸⁹ Bu bölümde günümüzdeki bilişsel kuramlara zemin hazırlayan, bilişlerin OKB’nin ortaya çıkması ve sürdürülmesinde etkili olan ilk bilişsel modellerden söz edilecektir.

OKB ile ilişkili ilk bilişsel model Carr tarafından geliştirilmiştir. Ona göre obsesyonlar, istenmeyen sonuçların olma olasılığının abartılması ve bu durumlardan ortaya çıkacak olan olası zararın olduğundan fazla değerlendirilmesi sonucunda ortaya

⁸⁷ Sigmund Freud, *Bir Saplantı Nevrozu Olgusu Üzerine Notlar (“Sıçan Adam”)* Payel Yayınları, İstanbul, 1996, ss.29-111.

⁸⁸ Tükel, a.g.e., 2009.

⁸⁹ Clark, a.g.e., p.1076- 1084.

çıkılmaktadır.⁹⁰ Kompulsif eylemler ise istenmeyen neticenin olma olasılığını ve tehlikeyi azaltmaya yönelik bire şekilde gelişmektedir.

OKB ile ilgili bir diğer bilişsel model ise McFall ve Wollersheim (1979) tarafından geliştirilmiştir. Bu modelin görüşüne göre, olası tehlike durumunun ve olumsuz neticelerinin abartılı olması birinci değerlendirme sürecini oluşturur. Birinci değerlendirme neticesinde anksiyete artar ve obsesif kompulsif eylem ikincil değerlendirme sürecinde meydana çıkar, ikincil değerlendirmeyi OKB'li bireyin tehlikeyle baş etme becerisine yönelik hatalı ve çarpık değerlendirmeleri oluşturur. Birincil ve ikincil değerlendirme süreçleri işlevsel olmayan birtakım inançlarla ilişkilidir. Hataların cezalandırılması gerekliliği, kontrol kaybının tahammül edilemez oluşu, mükemmel olma gerekliliği ve belirsizliğin tahammülü zor olması gibi inançlar modelde bahsedilenler örnek olabilir.

OKB olan kişiler hatalı birincil ve ikincil değerlendirmelerin yol açtığı belirsizlik, kontrol kaybı ve kaygı duygularıyla işlevsel olan yollarla baş edemeyeceklerini düşünürler ve sıkıntıyı kompulsiyonlar aracılığı ile azaltırlar.⁹¹ Obsesyonların ve kompulsiyonların ortaya çıkmasında hangi bilişsel yapıları rol oynadığı modelden modele değişmekle birlikte işlevsel olmayan inançlara ve değerlendirmelere verilen önem bu modellerin ortak noktasını oluşturmaktadır.⁹²

2.3.7.1. Salkovskis'in Abartılmış Sorumluluk Modeli

Salkovskis'in 1985 yılında geliştirdiği modele göre, girici bir düşüncenin içeriğinden çok o düşüncenin nasıl yorumlandığı ve değerlendirildiğini önem taşır. Bu modele göre obsesif düşüncelerin temelinde yatan düşünce sorumluluk algısı ile ilgili değerlendirmelerin olduğunu öne çıkartmaktadır. Modelde yer alan aşırı sorumluluk algısı olumsuz sonuçlara neden olmak ya da bunları önlemek ile ilgili inançlar olarak tanımlanmaktadır. Birey, obsesif düşüncüyü, dürtüyü veya imgeyi kendisinin veya bir başkasının başına gelebilecek bir zarar olarak değerlendirip bu zarara neden olmak ya da önlemek ile ilgili sorumluluk duyduğunda, dikkat girici düşünceye odaklanır, kaygı artar ve birey kaygıyı ve artmış sorumluluk duygusunu gidermek amacıyla nötrleştirme veya kompulsif davranışlarda bulunur.⁹³ Bu modelde, abartılmış sorumluluk duygusu ile ilgili işlevsel olmayan ve yanlış değerlendirmelerin ortaya çıkmasında erken dönem yaşantıların etkileyici bir faktör olmasına dikkat çekilmiştir.

⁹⁰ Carr, a.g.e., p.31.

⁹¹ Patricia Van Oppen, Arnoud Arntz, *Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy*, 1994, p.79-87.

⁹² Clark, a.g.e., p.1076-1084.

⁹³ Paul M. Salkovskis, *Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems*. Behaviour Research and Therapy; 1989, p. 677- 682.

Sorumluluk ile ilgili işlevsel olmayan inançların beş farklı erken dönem yaşantısı sonucu ortaya çıkabileceğini öne sürmüşlerdir.⁹⁴

1. Bireyin kendi düşünce ve davranışlarının ciddi bir tehlikeye neden olduğuna ilişkin hatalı varsayımın tesadüfi olarak gerçekleşen bir olay ya da durum neticesinde desteklenmesi
2. Erken çocukluk evresinde tehlikeyi önlenmek için genelleşmiş sorumluluk duygusunun destekleniyor olması
3. Bireyin erken çocukluk döneminde sorumluluk duygusunu engelleme, aşırı tolerans ya da hoşgörülü olma durumu
4. Yapılan eylemlerin veya hiçbir davranışta göstermeme neticesi olarak bireyin ya da diğer bireylerin zarar gördüğü bir olay ya da duruma tanık olunması
5. Eylem ve görevlere yönelik aşırı kurallara ve katı tutumlara maruziyet yaşama

Hem korelatif hem de deneysel çalışmaların sonuçları abartılmış sorumluluk değerlendirmelerinin OKB belirtileriyle pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiği saptanmıştır.⁹⁵ Salkovskis ve arkadaşlar 2000 yılında abartılmış sorumluluk düşüncesinin OKB belirtilerini yordadığını ancak depresyon ve kaygı belirtilerine karşı etkili olmadığını saptamışlardır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada sorumluluk algısının hem OKB hem de sürekli kaygı belirtilerini yordadığını göstermiştir.⁹⁶

2.3.7.2. Girici Düşüncelerin Hatalı Yorumlanması Modeli

Rachman’ın 1997 yılında girici düşüncelerin hatalı yorumlanması modeli, istemsiz düşünce, dürtü ya da imgelerin ve tüm bunların olası neticelerinin yanlış olarak yorumlanmasını içeren bilişsel birtakım hataların obsesyonlara neden olduğunu içermektedir. Rachman’a göre herkes tarafından deneyimlenen istenmeyen girici düşüncelerin obsesyona dönüşmesini sağlayan, girici düşüncelere kişisel önem atfedilmesi ve bu düşüncelerin tehdit edici olarak yorumlanmasıdır. Ayrıyeten hem OKB tanısı alan hem de OKB tanısı almayan bireyler girici düşüncelerle baş etmek için kompulsiyonları yerine getirme gibi yöntemler kullanabilmektedir.⁹⁷ Modele göre, girici düşüncelerin yanlış yorumlanması ve bu girici düşüncelerin kişiselleştirilmesi, önemli bir durum olarak değerlendiriliyor olması, bireyin benliğine

⁹⁴ Paul Salkovskis vd., *Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research*. Behaviour Research and Therapy, 1999, p. 1055- 1072.

⁹⁵ Paul Salkovskis vd., *Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder*. Behaviour Research and Therapy, 2000, p.347-372.

⁹⁶ A. Bikem Hacıömeroğlu, *Algılanan anne-baba tutumları, sorumluluk algısı ve yaşam olaylarının obsesif kompulsif belirtileri yordama gücü: bilişsel modelin sınanması*, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara, 2008, (Yayınlanmamış doktora tezi)

⁹⁷ Eric Rassin vd., *Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions*. Behaviour research and therapy, 1999, p. 231-237.

yabancı olarak değerlendirmesi, gerçekleşme oranı çok az olsa dahi potansiyel neticeleri olacağı düşünceleri ve bu neticelerin ciddi sorunlara zarara ve tehlikeye neden olacağı şeklinde algılanmasıyla gerçekleşmektedir.

Bu modelde düşüncelerin kişisel öneminin ve düşüncenin sonuçlarının felaketleştirilmesi gibi hatalı yorumların yanı sıra başka bilişsel yapılar da tanımlanmıştır.⁹⁸ Buna göre, düşünce-eylem kaynaşması olan tanımlanan bir diğer bilişsel hatadır. Düşünce- eylem kaynaşması olumlu olmayan bir düşüncenin olması gerçekte o düşüncenin gerçekleşmesini desteleyeceği inancı olarak tanımlanabilmektedir. Düşünce eylem- kaynaşması düşüncelerin eylemlerle eşdeğer olarak görülmesi ya da yorumlanması şeklinde tanımlanmaktadır.⁹⁹ Düşünce- eylem kaynaşmasının rolü birçok araştırma bulgusu ile desteklenmektedir. Bir diğer yönden bazı bulgular düşünce-eylem kaynaşmasının OKB'ye özgü bir bilişsel yanlılık faktörü olmadığını kaygı bozuklukları ve depresyon ile de ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır.¹⁰⁰ Düşünce-eylem kaynaşmasının iki farklı faktörü olduğu bildirilmektedir. İlki, olasılık faktörüdür, ikincisi ise ahlak boyutudur. Olasılık tipinde düşünce-eylem kaynaşması, rahatsız edici bir olayı ya da durumu gerçekleşme olasılığını yükselteceği inancıdır. Bir diğer ahlak boyutundaysa, obsesif düşüncenin bulunması ahlaki düşüncede var olan istenmeyen davranış ile eş değer olduğu inancını temsil etmektedir¹⁰¹.

Türkiye'de yapılan bir çalışmada düşünce-eylem kaynaşması ve OKB belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterilmiş, yüksek düzey OKB belirtileri gösteren gruplarda düşünce-eylem kaynaşmasının da daha yüksek düzeylerde olduğu ortaya çıkmıştır.¹⁰² Bu araştırmaların bir diğer bulgusu ise "ahlak" faktörünün "olasılık" faktörüne göre OKB belirtileriyle daha pozitif ilişki geliştirmesidir. Klinik örneklem ile yapılan bir başka çalışmadaysa, düşünce-eylem kaynaşmasının her iki faktörünün de OKB belirtilerini yordadığı ve OKB tanısı olan bireyleri kontrol grubundan ayırtırıldığı saptanmıştır.¹⁰³ Yapılan araştırma bulgularına göre, yüksek düzeyde OKB belirtileri yaşayan bireylerin hem olumlu hem de olumsuz durumlara

⁹⁸ Stanley Rachman, *A cognitive theory of obsessions: elaborations*. Behaviour Research and Therapy, 1997, p.793-802.

⁹⁹ Stanley Rachman, *Obsessions responsibility and guilt*. Behaviour Research and Therapy, 1993, p.149-154.

¹⁰⁰ David Berle, Vladan Starcevic, *Thought-action fusion: Review of the literature and future directions*. Clinical Psychology Review, 2005, p.263-284.

¹⁰¹ Salkovskis vd., a.g.e., p.1055- 1072.

¹⁰² Yorulmaz vd., a.g.e., p.42, 10, 1204-1214.

¹⁰³ Orçun Yorulmaz, Tülin Gençöz, *Obsesif-kompulsif bozukluk semptomlarının değerlendirilmesinde kullanılan istem dışı düşünceleri yorumlama envanteri, obsesif inanışlar ölçeği ve düşünceleri kontrol etme ölçeği'nin Türk örneklemine incelenmesi*, Türk Psikoloji Yazıları, 2008, ss.1-13.

yönelik düşünce-eylem kaynaşması da yüksek düzeydedir ve bundan yola çıkarak düşünce-eylem kaynaşmasının OKB'ye özgü olmaktan öte genel bir büyüsel (animistik) düşünce sürecinden bahsetmişlerdir.¹⁰⁴

Bu modelin temelinde hatalı yorumlamaya etki eden dört yatkınlık durumlarından söz edilmiştir. Bunlar şu şekilde sıralanabilir; bireyin sahip olduğu yanlılıklar ve bilişsel inançlar, ahlaki mükemmeliyetçilik, kaygıya yatkın olma durumu ve bilişsel süreçleri olumsuz olarak yorumlamaya neden olacak bir depresyonun olması bireyleri OKB'ye yatkın kılacak dört faktör olarak belirtilmiştir.

2.3.7.3. Clark'ın Bilişsel Kontrol Modeli

Bu modele göre, istem dışı oluşan düşüncelerden kaynaklı bozukluğu kontrol etmeye çalışma yönündeki girişimlerin başarısız olması OKB'nin hem ortaya çıkmasında hem de sürdürülmesinde önemli bir faktör olarak görülmektedir. Modelde obsesyonların sürmesini sağlayan temel bilişsel süreç olan düşüncelerin kontrolü ve düşünceleri kontrol edememenin neticelerine yönelik hatalı değerlendirme sürecidir. Bu bağlamda girici düşüncelerin, obsesyona yönelik tehlikenin abartılı olarak değerlendirilmesi ve obsesyonlar ile ilgili yanlı inanç alanlarının önemini kabul ediyor olmak ile beraber OKB olan bireylerin yalnız obsesyonu yanlış yorumlamadığını aynı şekilde zihinsel kontrol çabalarını da hatalı olarak değerlendirdiklerini ileri sürmüştür¹⁰⁵. Bu durumda girici düşünceler ile ilişkili iki tip hatalı değerlendirmeden söz edilmektedir. Birinci değerlendirmede girici düşüncenin varlığı tehdit edici olarak algılanmakta ve tehlikeli olarak değerlendirilmektedir. Bireyin bu girici düşünceleri aşırı düzeyde kontrol etme çabası kaynaklanan girici düşünceye aşırı odaklanması ve kontrol edemiyor olması ile meydana gelen kısır döngüyü ise kontrolde ki yetersizlik olarak değerlendirilmesi ikinci hatalı değerlendirme şekli olarak tanımlanmaktadır. Girici düşünceyi kontrol etmekte olan başarısızlık durumu birinci yorumlama sürecini tekrarlayıcı olarak devreye sokar. Örnek olarak tecavüz edilmeye yönelik obsesif düşünceleri olan bireyler bu düşünceleri bastırmazlarsa obsesif düşüncenin yoğunluğu ve sıklığı giderek artarak düşüncelerin eyleme dönüşeceğinden endişe duyarlar.

Yapılan çalışmalarda, OKB'li bireylerin klinik olmayan karşılaştırma gruplarına göre düşüncelerini daha fazla kontrol ettiklerini, düşünce kontrolüne ve düşünce

¹⁰⁴Edna B. Foa vd., *Inflated perception of responsibility for harm in obsessive-compulsive disorder*. Journal of Anxiety Disorders, 2001, p.259-275.

¹⁰⁵ Clark, a.g.e., p.1076- 1084

bastırmaya yönelik daha fazla başarısızlık algıladıklarını, düşünce kontrolünün ise obsesyoneel düşüncenin sıklığını artırdığını ortaya koymuştur. ¹⁰⁶

2.3.7.4. Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu

Dünya bilişsel davranışçı terapiler kongresinde 1995 yılında Danimarka'da OKB'nin bilişsel temellerini incelemek ve bilişsel özelliklerini ölçmek ve değerlendirme araçlarını geliştirmek gayesiyle bir araya gelerek obsesif kompulsif bilişler çalışma grubunu (OKBÇG) kurmuşlardır. OKBÇG obsesyoneel değerlendirmeler için "Girici Düşünceleri Yorumlama Envanteri" ve obsesif inançları değerlendirmek için ise "Obsesif İnançlar Ölçeğini" geliştirmişlerdir. OKB'nin bilişsel temelini oluşturan üç farklı faktör belirlemişlerdir. 1- değerlendirmeler 2- inançlar 3- girici düşünceler 'den oluşmaktadır. OKBÇG tarafından inanç alanları ve yanlı varsayımlar ile ilişkili 19 inanç alanı belirlemişlerdir. 1) aşırı genelleme 2) tehdidi aşırı önemseme 3) ihmal etme 4) büyüsel düşünceler 5) düşünce-davranış kaynaşması 6) anksiyeteye düşük tolerans 7) baş etme süreci ile ilişkili inançlar 8) karar vermede güçlük çekme 9) mükemmeliyetçilik 10) belirsizliğe olan tahammülsüzlük 11)yanlılara veya hatalara aşırı ilgi duyma 12)performansa yönelik yüksek bireysel standartlar 13) katılık ya da sabitlik 14) düşünceye aşırı derecede önem verme 15) duygusal bedeli olan düşünceye sahip olmanın neticeleri 16) sorumluluk 17) aşırı genelleme 18) belleğe olan güvensizlik 19) düşüncelerin üzerinde kontrol kurma çabası olarak belirlenmiştir. Söz edilen 19 alandan OKB'ye uygun olan kavramları görgül çalışmalar ve klinik gözlem neticesinde ayrılarak 6 inanç alanı tanımlanmıştır.¹⁰⁷ 6 inanç alanı aşağıdaki gibidir.

1- Düşüncelere aşırı önem verme

Düşünce boyutlarındaki negatif girici düşüncelerin ve düşüncelere aşırı derecede önem verme ile ilişkili değerlendirme ve inançları içermektedir. Bu inanç dahilinde, düşüncelerin var oluşu bunların tek başına anlamlı ve önemli olduğunun bir göstergesi olarak görülmektedir. Rachman tarafından 1993 yılında belirtilen düşünce-eylem kaynaşması da düşüncelere aşırı önem verme inancına katkıda bulunduğu, için bu inanç alanında yer almaktadır. Ayrıca Rachman abartılmış sorumluluk ve düşünce eylem kaynaşması arasındaki ilişkiye dikkat etmiş ve düşünce-eylem kaynaşmasının sorumluluk algısını yükselttiği, abartılmış sorumluluk algısı olan bireyler içinse düşünce-eylem kaynaşması daha yüksek anksiyeteye yol açacağını belirtmiştir. Diğer

¹⁰⁶ Joshua C. Magee vd., *Psychopathology and thought suppression: A quantitative review*, Clinical Psychology Review, 2012, p.189-201.

¹⁰⁷ Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. *Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder*. Behaviour Research and Therapy, 1997, p. 667-681.

yönden, düşüncelere aşırı önem verme üstbilişsel bir inanç olarak yorumlanmakta ve yaygın kaygı bozukluğu gibi bozukluklarda da ilişkili olarak bildirilmiştir.¹⁰⁸

2- Tehlikenin abartılı olarak değerlendirilmesi

Bilişsel modellerde vurgulanan uyarıcının kendinden ziyade bireyin uyarıcı ile ilişkili yorumlarının ve düşüncelerinin patoloji ile ilgili oluşudur. Bu yüzden, anksiyete bozukluklarının etiolojisinde tehlike ve tehdidin yorumlama ve değerlendirme şekli önemli olan bilişsel değişkenlerdir. Tehlikenin abartılı olarak değerlendirilmesi ile OKB belirtileri arasındaki ilişki anksiyete ve tehdidi azaltmak için yapılan, uygunsuz stratejilerin başarılı olmamasından dolayı paradoksal olarak anksiyetenin yükselmesi ile açıklanmaktadır.¹⁰⁹ Ayrıca OKB'li bireylerin olumsuz yaşam olaylarının başlarına gelme olasılığının olumlu yaşam olaylarının başlarına gelme oranından daha yüksek algıladıkları bildirilmektedir.¹¹⁰ Klinik çalışma grubu ile yapılan bir araştırmada tehlikenin abartılı olarak değerlendirilmesi, kontrolün aşırı önemsenmesi, kesinlik ve mükemmeliyetçilik ve net olma gibi ihtiyaçlarının cezalandırma kontrol stratejisi ile ilişkisi bulunurken OKB belirtilerini yordarken kaygı bozukluklarında sıklıkla vurgulanan endişelenme stratejisinin bu bilişsel değişkenlerle ilişkisi saptanamamıştır.¹¹¹

3- Belirsizliğe olan tahammülsüzlük

Belirsiz durumlarda işlev gösterme de zorluk çekme, kesin olma gerekliliği ve bununla birlikte beklenmeyen değişimler ile başa çıkamamaya yönelik inanç alanıdır. OKB'li kişilerde sıklıkla belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilişkili olarak tedbirli olma durumu, güven arama davranışları ve karar vermede güçlük gibi davranışlar saptanmıştır. Fakat bir meta-analiz araştırmasının bulgularına göre belirsizliğe tahammülsüzlük YAB, OKB, ve majör depresyonla da görülmektedir.¹¹² Bazı sonuçlara göre ise belirsizliğe tahammülsüzlük, kontrol etme ile ilgili bilişsel bir inanç durumudur.

4- Mükemmeliyetçilik

¹⁰⁸ Adrian Wells, *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*, Chichester, UK: Wiley,2000.

¹⁰⁹ Debbie Sookman, Gilbert Pinard, *Overestimation of threat and intolerance of uncertainty in obsessive compulsive disorder*, Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment, Oxford, 2002, p.63–89.

¹¹⁰ Elizabeth L. Moore, Jonathan S. Abramowitz, *The cognitive mediation of thought-control strategies*, Behaviour Research and Therapy, 2007, p. 1949-1955.

¹¹¹ Moore, Abramowitz vd., a.g.e., p. 1949-1955.

¹¹² Emily L. Gentes, Ayelet Meron Ruscio, *A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder*, Clinical Psychology Review, 2011, p.923-933.

Mükemmeliyetçiliğe dair inançlarında OKB için önemli bir risk faktöre olduğu belirtilmektedir.¹¹³ Yüksek performans beklentisi, yüksek standartlar, her türlü performansa yönelik yapıcı olmayan ve sert eleştiriler gibi faktörler mükemmeliyetçilik olarak tanımlanmaktadır. Bireyin kendisinde ya da çevresinde mükemmeliyetçilik özelliklerinin olması OKB için risk oluşturmaktadır. Kişinin işlevsel olmayan mükemmeliyetçilik özellikleri yükseldikçe bireyin olumlu olmayan neticelerle karşılaşma riskinin ve OKB belirti düzeyinin de yükseldiği bildirilmektedir. Diğer bir yönden bazı bulgular mükemmeliyetçiliğin OKB için doğrudan bir ilişki içerisinde olmasından çok sorumluluk algısı ile OKB arasında katalizör rolünün olduğunu bildirmektedirler. Başka bir çalışma da ise klinik olmayan örneklem grubunda bireyin hem kendisi hem de sosyal çevresi hakkındaki mükemmeliyetçilik inançlarının temizleme ve kontrol belirtileri üzerindeki etkileri incelenmiş olup sözü edilen araştırma da hem kendisine hem de sosyal çevreye yönelik mükemmeliyetçilik sorumluluk inancı aracılığıyla kontrol belirtileri üstünde etkisi olduğu belirtilirken yalnızca sosyal çevreye yönelik mükemmeliyetçilik, sorumluluk inancı aracılığıyla temizleme belirtileri üzerinde etkisi olduğu belirtilmiştir.¹¹⁴

5- Abartılmış sorumluluk

Salkovskis'in bilişsel modelinde ki OKB belirtilerinin hem ortaya çıkmasında hem de sürdürülmesinde etkili olan temel bilişsel inançtır.¹¹⁵ Buna göre, bireyin girici düşüncelerden ve bu düşüncelerin neticelerinden kendini sorumlu görmesi ile hareket eden ve OKB belirtilerine neden olan bilişsel inançtır. OKB'li olan ya da klinik olmayan örneklem ile yapılan araştırma da abartılmış sorumluluk inancının OKB ile ilişkisini destekler niteliktedir.¹¹⁶

6- Düşünceleri kontrol etmeye verilen önem

Clark OKB'de aslında sıkıntıya yol açan durumun girici düşüncelerin dürtülerin veya imgelerin kendilerinde öte bu faktörler üzerinde kontrol kurmaya çalışmasının olduğunu ifade etmiştir. OKBÇG düşüncelerin kontrol durumunun 1) kontroldeki başarısızlığın davranışsal ve psikolojik neticeleri ile ilişkili inançlar 2) zihinsel olayları izlemenin ve bu olaylar ile ilgili uyanık olmanın önemli olduğuna dair inançlar 3) düşüncelerin kontrol edilmediğin de oluşan ahlaki sonuçları ile ilgili inançlar 4) düşünce kontrolünün etkili olması ile ilişkili inançlar olarak 4 faktörün birleşmesi olarak

¹¹³ Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group, *Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory*, Behaviour Research and Therapy, 2001, p.987-1006.

¹¹⁴Orçun Yorulmaz vd., *What are the roles of perfectionism and responsibility in checking and cleaning compulsions?*, Journal of Anxiety Disorders, 2006, p. 312-27.

¹¹⁵ Salkovskis, a.g.e., p. 571-583. p. 677- 682.

¹¹⁶ Salkovskis vd., a.g.e., p.347-372.

tanımlamışlardır. İstenmeyen bu girici düşünceler bireyde olumsuz etkilere ve sorumluluk ile ilgili inançları da tetikleyici bir faktör olarak kaygı oluşturdıkları bunların kontrol edilmesine ilişkin yoğun bir çaba halinde olunmaktadır ve söz edilen bu çabanın bir süre sonra tehdit içeren düşünceler şekliyle kendini sürdürmesi, asıl girici düşünce ve neticeleri ile yüzleşme durumunu engellemesi, kısa süreli olacak şekilde kaygıyı azaltma da negatif bir pekiştirici olması ve tam kontrol ile bir başarı sağlamak mümkün olamadığı için bu durumun bir başarısızlık olarak düşünülmesi gibi özellikleri ile de OKB'nin meydana çıkmasında ve devam etmesinde etkin bir rol almaktadır.¹¹⁷

2.3.8. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri

Obsesif- kompulsif yaşantılar ilk kez resmi olarak DSM-I ile tanımlanmıştır. Burada zamanın ruhu ile ilişkili olarak tüm semptomlar bir tepki olarak görülmüştür. Semptomlar kısaca tanımlanırken, içerik ve biçim ayrımı üzerinde düşünmeden kabaca tanımlama yapılmıştır.¹¹⁸ Yayımlanan her DSM ile beraber bu ayırım güncel araştırmaların ışığında daha da netlik kazanırken, 1980'de ilk defa OKB yapılandırılmış sınıflamalardan DSM-III ile "obsesif kompulsif nevroz" olarak tanımlanmıştır.

DSM-III obsesyonları düşünce, kompulsiyonlarıysa davranış olarak tanımlanmıştır. DSM-IV 'de ise kaygıyı fazlaştıran özelliğe sahip düşünceleri obsesyon, azaltan düşünceleriye kompulsiyon olarak kategorize etmeyi önermekteydi. OKB Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından sunulmuş olan DSM-IV kategorize sisteminde anksiyete bozuklukları arasında görülmektedir.¹¹⁹ Ancak anksiyete bozuklukları gibi bir kaygıdan söz edilemez, OKB 'de ki kaygı obsesyonların neden olduğu rahatsızlığa katlamama durumundan ortaya çıkar. Obsesyonlar sebebiyle hissedilen bu bunaltı durumu OKB'nin anksiyete bozuklukları altında tanımlanmasına neden olmuştur. DSM-IV 'de OKB'yi anksiyete bozuklukları arasında kategorize nedeniyle eleştirilerin odak noktası olmuştur. Çünkü OKB'de kaygının ikincil olması nedeniyle de anksiyete bozuklukları ile benzerlik göstermez.¹²⁰

2013'te yayımlanan DSM-V 'te 'obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar 'başlığı altında tanımlanmıştır. DSM-IV ile DSM-V 'te ki başlıca değişiklikler aşağıdaki gibidir;

¹¹⁷ Christine Purdon, David A. Clark, *The need to control thoughts*, Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment, 2002, p.29-43.

¹¹⁸ American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-I)*. Washington, DC: Author, 1952.

¹¹⁹ Oğuz Karamustafaloğlu vd., *Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Sosyodemografik Özellikler ve Komorbidite*, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Bülteni, 2009, ss.112-116.

¹²⁰ World Health Organization (WHOQOL), *Measuring Quality of Life*, Geneva, http://www.who.int/mental_healty/media/68.pdf,1997.

DSM-IV 'de ki A tanı ölçütündeki obsesyonlar ile ilgili 2 ve 4. maddeleri kaldırılmıştır. Bu maddeler ise şunlardır;

- 1) A. (2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir. A. (4) Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini veya düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğundan farklıdır).
- 2) DSM-IV 'de ki B tanı ölçütü olan "bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon veya kompulsiyonlarının aşırı veya anlamsız olduğunu kabul eder, bu çocuklar için geçerli değildir, tanı kriteri kaldırılmıştır.
- 3) DSM-IV 'de sadece "içgörüsü az olan tip" alt tipi varken, DSM-V 'te içgörü ile ilgili 3 tip belirtilmiş ve "tikle ilişkili" tipi de eklenmiştir. ICD-10 'da ise obsesif-kompulsif bozukluk olarak' nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar 'başlığı altında sınıflanmıştır.

2.3.8.1. DSM-V 'e Göre Tanı Ölçütleri

3. Obsesyonların ve kompulsiyonların varlığı ya da her ikisinin varlığı:
Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanmaktadır:
 1. Kişide yoğun bir sıkıntı ya da kaygıya neden olan, kimi zaman istenmeden gelen sürekli ve yineleyen düşünceler, dürtüler veya imgeler.
 2. Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da imgeleri baskılamaya veya farklı düşünce ya da eylemle etkileşime çalışır.Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanmaktadır:
 1. Kişinin takıntılarına karşı olarak, sıkı bir şekilde uygulaması gereken bir kural gibi yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyen davranışlar ya da zihinsel eylemler.
 2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan endişe veya sıkıntıdan korunma veya etkisini azaltma veya korkulan bir durumdan sakınma amacıyla yapılmasına rağmen korunulacağı düşünülen durumlarda gerçekçi olarak uyumlu değildir ya da aşırı düzeydedir.
4. Obsesyonlar veya kompulsiyonlar kişinin zamanını alır veya klinik olarak belirgin bir sıkıntıya, sosyal, toplumsal veya diğer işlevsellik alanlarında belirgin düşmeye neden olur.
5. Obsesif kompulsif belirtiler, bir maddenin veya farklı bir tıbbi durumun etkilerine bağlanamaz.
6. Bu belirtiler, başka bir ruhsal bozukluğun semptomları ile daha iyi açıklanamaz.
Varsa belirtiniz;
İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluk inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığı veya olmayabileceğinin ayrımını yapabilir.

İçgörüsü kötü: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluk inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşür.

İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluk inanışlarının gerçekte olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz;

Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.

2.2.8.2. ICD-10 'a Göre Obsesif-Kompulsif Tanı Ölçütleri

Dünya sağlık örgütü 'nün 1993'te ilk versiyonun yayımlandığı ruhsal ve davranışsal bozukluklar kategorisinde olan OKB, "F42" koduyla belirtilir ve 5 alt tipi vardır.

- 1) Kişinin kendi dürtüleri veya düşünceleri olarak tanımlanıyor olsa da ego-distonik özellik gösterir. Yani kişi bu düşünceleri ve dürtüleri mantıksız ve anormal olarak görmektedir.
- 2) Kişinin birden fazla karşı duramadığı düşünceleri olsa da en az bir tanesine karşı koymakta başarısız olması gerekmektedir.
- 3) Düşünce ya da davranış zevk verici olamamalıdır (anksiyetenin ya da gerilimin azalması zevk olarak değerlendirilmez).
- 4) İmaj, dürtü veya düşünce rahatsızlık verecek şekilde tekrarlayıcı olmalıdır.¹²¹ Bunlar depresyonda görülen "ruminasyon" ile karıştırılmamalıdır, depresyon OKB'ye en çok komorbidite gösteren hastalıktır.

ICD-10'a göre OKB alt tipleri;

F42.0: obsesyonel düşünceler ve ruminasyonların baskın olduğu tip

F42.1: kompulsif davranışların baskın olduğu tip

F42.2: Obsesyonel düşüncelerin ve davranışların birlikte olduğu, karışık tip

F42.8: Diğer obsesif ve kompulsif bozukluklar

F42.9: OKB, belirlenmemiş

2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ile İlgili Temel Kavramlar

2.3.1. Obsesyon

Latince "obsidere" (kuşatılmak, ele geçirilmek) sözcüğünden türetilen obsesyon kelimesi, bireyin kendisini belli bir zihin içeriğinden yineleyici ve sürekliliğinden kurtulamamasını gösterir. Obsesyon, saplantı ya da takıntı olarak Türkçeye çevrilebilir. Obsesyon, irade dışı gelebilen, kişiyi tedirgin eden, benliğe yabancı (ego-distonik), bilinçli çaba ile alıkonulamayan, yineleyici düşünce, dürtü ya da imgelerdir.

¹²¹ World Health Organization (WHOQOL), a.g.e., 1997.

Obsesyon bireyin mantıksız olduğunu bilmesine rağmen, tekrar edici, girici, inatçı bir boyutta zihne gelen, sıkıntı verdiği halde bireyin düşünmekten kendisini alıkoyamadığı düşünsel yaşantılardır.¹²²

Kişi bu düşüncelerin kendi iradesinin dışında olduğunu bilir, bu düşünceleri ve dürtüleri bastırmaya ya da yok saymaya çalışmaktadır, başka bir düşünce ya da eylemle gidermeye çalışmaktadır.¹²³

Bu tarz düşünceler kişi tarafından önemsenmemeye ya da baskı altında tutulmaya veya başka bir davranış ve düşünce ile etkisiz hale getirilmeye çalışılır.¹²⁴

Kişide korku oluşturan bu düşünce, dürtü ve imgeler engellenme ile karşılaştığında daha da önemli hale gelmekte ve kişi bunları engellemek ya da etkisizleştirmek için birtakım davranışlar geliştirmektedir.¹²⁵

Schneider'e göre obsesyon bir kişinin kendini bilinç yüzeyinden çıkaramadığı zaman gün yüzüne çıkar. Bu ortaya çıkan düşünceler bireyin aklından atamadığı ya da zihnini meşgul eden ısrarcı düşünceler, imgeler, dürtüler, şüpheler ve korkular şeklindedirler.

Salkovskis ve Kirk 1989'da obsesyonları kaygı ile şartlanmış düşünceler olarak tanımlamışlardır.

Bazı kişiler birtakım kuşkularını ve değişik saplantılarını yakınlarına tekrarlayıcı olarak sorarak yakınlarını yıldırırlar, bazısı düşüncelerinin büyüsel (animistik) gücü olduğuna dair inanışları vardır.

2.3.2. Kompulsiyon

Kompulsiyon kelimesi Latince "compellere" sözcüğünden türemiş, köşeye sıkışmış, zorlanmış anlamlarına gelmektedir. Kompulsiyonlar, bir obsesyonun oluşturduğu rahatsızlık durumunu, kaygıyı, korkulan durumun olmasını önlemek üzere yapılan tekrarlayıcı nitelikte davranışlar veya zihinsel eylemdir.¹²⁶ Rosqvist ve Norling kompulsiyonları şu şekilde tanımlanmıştır; davranışsal ya da bilişsel olan kurallar ve stereotiplerle yönünü bulan, yüksek derecede tekrarlayıcı, anlamsız ve amaçlı davranışlardır. Kompulsiyonların niteliği, "istemli" ancak "dayatıcı" dır. Düşüncede iki-değerlilik (ambivalans) belirgindir. Sürekli bir halde tereddüt ve kararsızlık dikkati çeker sanki her düşüncenin hem olumlu hem de olumsuz yönü

¹²² Lütfullah Beşiroğlu vd., *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2007.

¹²³ Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü baskı DSM-IV, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

¹²⁴ Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4. Baskı, Williams and Wilkins, Baltimore, 1985, p.904-987.

¹²⁵ Yeraz Markarian vd., *Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder*, Clinical Psychology Review, 2010, p.78-88.

¹²⁶ Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., 1995.

vardır. Bireyin varlığı karşısında pasif durduğu bir obsesyonun yarattığı huzursuzluk karşısında, tekrarlayıcı bir şekilde belirli bir davranışı yapmaktan kendini alıkoyamadığı aktive bir durumu gösterir. Kompulsiyonlar bireyin obsesyonlarla karşılaşmasına engel olarak obsesyonların neden olduğu kaygıyı azaltırlar ve bununla beraber bu davranışlar öğrenilir ve tekrarlayıcı bir şekilde uygulanır.

2.3.3. Obsesif İnançlar

OKB'nin ortaya çıkışında ve sürdürülmesinde istem dışı düşüncelerin neredeyse her kişinin aklına gelebileceği fakat OKB hastalarında bu imgeler, düşünceler, dürtüler ile semptomlar arasında obsesif inanışların büyük öneme sahip olduğu bildirilmektedir. Abartılı sorumluluk algısı, abartılı tehdit öngörüsü, düşüncelerin aşırı derecede önemsenmesi, kontrolün aşırı derecede önemsenmesi, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük OKB'nin ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde en önemli inanç alanlarıdır.¹²⁷ OKB'de olan bireylerde bu bahsedilen düşüncelere aşırı bir değer verilmesi ile düşüncelerin veya neticenin sorumluluğunun bireyin kendine atfetmesi ayrıştırıcı özelliktedir bununla birlikte bu zararı engelleyebilecek tek insanın kendisini olduğunu düşünme inancındadır.

Obsesif inanışlar sıklıkla kirlenme, başkasına ya da kendine zarar verme korkularıyla patolojik şüphe şeklinde kendini gösterir. Ayrıca OKB'de ki etkilerin stratejileri inançların boyutuna göre de değişebilmektedir. Örneğin, 2011 'de yapılan Altın ve Gençöz'ün çalışmasında düşünce-davranış kaynaşmasının risk boyutu ile OKB semptomları arasında düşünceyi bastırma aracı rolüne sahip fakat ahlak boyutu için geçerlilik teşkil etmemektedir.

Obsesyonlar bireyin bilinç düzeyinde değişikliğe uğramadan, bireyin iradesini etkisini altına alırlar. Obsesif inançların OKB'nin ortaya çıkmasında, sürdürülmesinde ki etkisi bir yandan OKB'ye özel olup olmadığı ve OKB semptom şiddeti ile olan ilişkisi de bu çerçevedeki önemli konular arasında yer alır. Bir çalışmada kaygı bozukluğu ve klinik olmayan kontrol grupları ile karşılaştırma yapıldığında OKB grubunun daha yüksek düzeyde tehdit öngörüsü, belirsizliğe tahammülsüzlük, düşüncelerin kontrolünü önemseme ve mükemmeliyetçilik inançlarına sahip olduğu bildirilmiştir.¹²⁸

Obsesif inançların, farklı obsesif-kompulsif belirtilerle olan ilişkisinin içindeki her bir inanç alanının temel etkisinin yanında aynı zamanda farklı inanç alanlarının da etkileşimsel etkisine de vurgu yapılmaktadır. OKB'de söz edilen inanç alanlarının

¹²⁷ Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group, a.g.e., p.987-1006.

¹²⁸ David F. Tolin vd., **Are "obsessive" beliefs specific to OCD?: a comparison across anxiety disorders**, Behaviour Research and Therapy, 2006, p.469-80.

farklı belirtiler ile olan ilişkisinin anlaşılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.¹²⁹ Obsesif inançların istem dışı düşünceler, dürtü ve imgeler ile OKB belirtileri arasındaki aracı olan rol önemli bir konumdadır.

Yalnızca, obsesyonların olduğu durumlar ile kompulsiyonlarla birlikte görüldüğü durumlarda ise ilgili inanç alanlarının da değişebileceği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada sorumluluk, abartılı tehdit öngörüsü ve düşüncelerin kontrolünün aşırı önemsenmesi cinsellik, saldırganlık ve tekrarlayıcı realistik olmayan sadece obsesyonların varlığı ile ilişkili bulunurken, kompulsiyonların obsesyonlara eşlik ettiği durumlarla hiçbir inanç alanı ilişkili bulunamamıştır.¹³⁰

OKBÇG tarafından obsesif inançların OKB'nin farklı belirtiler alt tipleriyle olan ilişkileri de görgül araştırma bulguları ile desteklenmiştir.¹³¹

2.3.4. Obsesyon Alt Tipleri

Obsesif-kompulsif bozuklukta bulaşma, kuşku, saldırganlık, cinsel, simetri/düzenleme, dinsel, somatik ve biriktirme obsesyonları olmak üzere 8 obsesyon tipi tanımlanmaktadır.¹³²

2.3.4.1. Bulaşma Obsesyonları

Yaygın olarak görülen bir obsesyondur, yaklaşık %45-55 OKB'li bireylerde görülür. Genellikle tuvalete girdiğinde üzerine idrar sıçramış olabileceği, biriyle tokalaşsa veya kapı kolunu tutsa mikrop bulaşabileceği, para türü nesnelere dokunduğunda idrar, dışkı, meni ya da mikrop bulaşabileceği tarzında ortaya çıkmaktadır.¹³³ Bu obsesyona sıklıkla temizleme-yıkama kompulsiyonları eşlik eder. Yıkama işleminin şiddetini algılanan tehlikenin derecesi belirlemektedir.¹³⁴ En sıklıkla mikrop ve pislik olarak hemen hemen her şey bu obsesyon türüne dahil olabilir. Kişide bulaştırıcı olan nesnelere karşı yoğun bir kaygı ve kaçınma davranışı gözlenir. Kişi bu pis olarak

¹²⁹ Steven Taylor vd., *Are there interactions among dysfunctional beliefs in obsessive compulsive disorder?*, Cognitive Therapy and Research, 2005, p.89-98.

¹³⁰ Amparo Belloch vd., *Obsession subtypes: A relationships with obsesive-compulsive symptoms, dysfunctional beliefs and thought control stratejies*, Revista de Psicopatologia y Psicologia Clinica, 2006, p.65-78.

¹³¹ Frederick Aardema vd., *Inferential confusion, obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms: A multidimensional investigation of cognitive domains*, Clinical Psychology and Psychotherapy, 2008, p. 227- 238.

¹³² Wayne K. Goodman vd., *The Yale-Brown ObsessiveCompulsive Scale, I: Development, use, and reliability*, Archives of General Psychiatry, 1989, p.1006-1011.

¹³³ Raşit Tükel, *Anksiyete Bozuklukları*, Çizgi Tıp Yayınevi: Ankara, 2000.

¹³⁴ Dean Mckay vd., *Kirlenme Korkuları, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bağlantılı Sorunlar Klinik El Kitabı*, Okyanus, İstanbul, 2008, ss.32-43.

algılanan şeylerin bulaşacağı ile ilgili korkular yaşamaktadır.¹³⁵ Bu obsesyonu yaşayan kişiler ellerinin ya da bedenlerinin kirli olabileceğine dair takıntılı düşüncelerden kendilerini alamamaktadırlar.¹³⁶ Kişi çevre kirliliğinden fazlaca endişe edebilmekte, evde gezen böceklerin pislik bulaştırdığını düşünebilmekte, atıklardan ve yapışkan maddelerden tedirgin olabilmektedir.¹³⁷

2.3.4.2. Kuşku Obsesyonları

Kişi bir eylemin yapıldığından emin olamıyorsa kuşku obsesyonundan söz edilebilir.¹³⁸ Sık sık denetleme, kontrol etme kompulsiyonları eşlik etmektedir. Bu tarz obsesyonları olan kişi fişi çektiğinden, kapıyı kapattığından ve buna benzer durumlardan emin olamama durumu yaşamaktadırlar.¹³⁹ Düşüncenin kararsızlık ve duraksama ile beliren karmaşıklığında, kişinin düşünceleri iki farklı seçenek arasında karara ulaşamamakta ve çok kez gidip gelmektedir. Kararsızlığın konusu, öneri, gözlem, inanç ya da herhangi bir anıyı oluşturabilmektedir. Kuşkuları ve kararsızlığı öylesine kocamandır ki kişi ne belleğine ne de gözleriyle gördüklerinin gerçekliğine itimat edebilmektedir.¹⁴⁰

2.3.4.3. Saldırganlık Obsesyonları

Bu obsesyonun içeriğinde veya ardında kalan çağrışımlarda kendine veya bir başkasına karşı öldürme, yaralama vb. şekilde zarar verme düşünceleri ve dürtüleri vardır. Saldırganlık obsesyonu olan bireyler, makas, bıçak gibi sivri nesnelere, ailesi ve yakınlarıyla yalnız kalmaktan kaçınma gibi durumlar yaşayabilirler. Şiddet ya da zarar verme konulu obsesyonları sevdiği bir kişiye dehşet verici şeyler yaptığına dair zihinsel görüntüler, masum birine istemeden zarar vereceğine dair düşünceleri içermektedir.¹⁴¹ Dehşet verici bir eyleme geçme korkusuyla kişi birden birini, çoğu zamanda sevdiği birini öldüreceği düşüncesine kapılır. Ayrıca kişinin kendine zarar

¹³⁵ Oğuz Tan, *Takıntılar*, Timaş Yayınları, İstanbul: 14. Baskı: 224. 2016.

¹³⁶ Doğan, a.g.e., s. 27-32.

¹³⁷ Ahmet Koyuncu, *Takıntı, Kuruntu, Vesvese Obsesiv-Kompulsif Bozukluk*, 2. Basım, Liman Yayınları: İstanbul, 2012.

¹³⁸ Tükel, a.g.e., 2000.

¹³⁹ Tan, a.g.e., s. 224.

¹⁴⁰ Engin Gençtan, *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar*, Metis yayınları, 2013,s.188.

¹⁴¹ Chistine Purdon, David A. Clark, *Takıntılarka Başa Çıkma*, Psikonet Yayınları, İstanbul, 2016, ss.189.

vermekten korkması durumu da olasıdır, arabaların önüne atlama, kendini pencereden aşağı atma düşünceleri şeklinde belirebilir. Örneğin; bir genç kadın, çocuğunu balkondan atma endişesi yaşamakta, bir diğeri eşini uyurken boğazlamaktan korkmakta, genç bir adam günün birinde camdan attığı portakal kabuğuna birinin basarak kayıp öldüğünü düşünerek rahatsızlığını yenememektedir.¹⁴² OKB'li kişilerin %13-26' sında görülmektedir.

2.3.4.4. Cinsel Obsesyonlar

Bu obsesyonun içerisinde veya aradıda yatan düşüncelerde bireyin utanç veren, kabul edilemez olarak tanımladığı cinsellikle ilişkili düşünceleri ya da imgeleri mevcuttur. Bu kişiler sapıklık derecesinde cinsel içerikli düşünceler, dürtüler veya hayali görüntülerle boğulmaktadırlar.¹⁴³ Cinsel obsesyonu olan kişiler anne-babasıyla veya çocuklarıyla ilişkiye gireceği düşünce veya imgelerine sahiptirler ve eşcinsel olmakla ilgili korkular barındıran düşünceler şeklinde de görülebilmektedir.¹⁴⁴ Cinsel obsesyonlar sık olarak kontrol-yıkanma kompulsyonlarıyla birlikte görülür. Davranmaktan korktukları istenmeyen davranışı yapmamalarına ilişkin sürekli olarak güvence arama ihtiyacı içerisindeydirler.

2.3.4.5. Simetri / Düzen Obsesyonları

Bu bireyler nesne veya olayların tam istedikleri gibi bir düzende, adeta mükemmel bir düzen içerisinde olmasını isterler. Obsesyonel yavaşlık sık olarak eşlik eder. Nesne ya da olaylar, istedikleri şekil ve düzende olmadığı takdirde öznel duygulanımları da kaygıdan çok hoşnutsuzluk veya gerilimdir.

2.3.4.6. Dinsel obsesyonlar

Dini obsesyon "scrupulosity" kelimesi ile ifade edilmektedir. Bu kelime Tanrı, günah ve bir dini davranış ve bağlılığın yeterliliği konusunda kalıcı şüphelere sahip olma eğilimi ile karakterizdir.¹⁴⁵ Günah – sevap gibi dini kavramlar ülkemizde batı toplumuna göre daha sıklıkla görülmektedir ve dini obsesyonları içerir. Allah'a veya peygambere küfür etme veya var mı? yok mu? Tarzındaki sorulardan kurtulamama,

¹⁴² Geçtan, a.g.e., ss.188.

¹⁴³ Koyuncu, a.g.e., 2012.

¹⁴⁴ Tükel, a.g.e., 2000.

¹⁴⁵ David A. Clark, Mujgan Inozu, *Unwanted Intrusive Thoughts in Scrupulous and Non-scrupulous Muslims and Christians: The Role of Faulty Appraisal and Control (oral presentation)*, Association for Behavioral and Cognitive Therapies Congress 45th Annual Convention, Kasım, Toronto/ Kanada, 2011, p.195-204.

bunları sorgulayıp kişinin kendini suçlu hissetmesi ile karakterizedir. Bu obsesyonlar çoğunlukla yineleme-yıkama kompulsiyonları ile birlikte görülmektedir.¹⁴⁶

2.3.4.7. Somatik Obsesyonlar

Bu obsesyonların içerisinde ya da ardında kalan çağrışımlarında, Kanser, AIDS gibi yaşamayı tehdit eden bir hastalığa yakalanma ile ilgili düşünceler ya da imgeler içermektedir. Sık sık güvence arama ve kontrol etme kompulsiyonları eşlik eder. Bu kişilerin esasındaki endişeleri öznel sağlıkları veya ölüm kaygılarıdır.

2.3.4.8. Biriktirme Obsesyonları

Bu obsesyonlar herhangi bir nesne, eşya vb. şeylere gereksinim olmadığı halde sürekli istifleme ile karakterizedir. Sahip olunan herhangi bir şeyi ihtiyaç duyulmadığı halde saklamaya yönelik tekrarlayıcı düşünceleri içerir.

2.3.5. Kompulsiyon Alt Tipleri

Obsesif kompulsif bozuklukta temizleme, kontrol etme, düzenleme, tekrarlama, sayma, biriktirme ve diğer olmak üzere 7 kompulsiyon tipi tanımlanmaktadır.¹⁴⁷ Birçok insanda birden fazla ritüel bulunur, daha az sayıda insanda, birtakım günlük yaşantıların örneğin yemek yeme veya giyinmede gereğinden fazla yavaşlık, nesnelerin simetrik veya eşleştirilmiş olmasını sağlama ritüelleri görülmektedir.¹⁴⁸ Kompulsif davranışın yapıyor olması gerilimi azaltıp bir kontrol ve doyum hissi verebilmektedir. Bu sebepten gelen kaygıyla baş edebilmek için ritüeller tekrarlanmaktadır.¹⁴⁹ Günlük hayatta birçok birey kompulsif birtakım davranışlar sergiler ancak bunun bir bozukluk olarak adlandırılması için bu davranışın rahatsızlığı ya da kaygıyı harekete geçiren obsesyonlara karşı bir tepki ile ortaya çıkması ile mümkündür.

2.3.5.1. Temizleme Kompulsiyonları

Bu kompulsiyonlar, sürekli ve tekrarlayıcı olarak el yıkama, yiyecekleri veya gıdaları yıkama ya da evi tekrarlayıcı olarak temizleme, tekrar tekrar banyo yapma olarak açıklanabilir. Temizlik obsesyonları olan birey kirli olduğunu düşündüğü yerlere elini değdirdiği zaman yoğun bir sıkıntı hissiyatı duyar ve bu nedenden aşırı ve

¹⁴⁶ Sayar vd., a.g.e., ss.142-147.

¹⁴⁷ Goodman vd., a.g.e., p.1006-1011.

¹⁴⁸ Thomas R. Insel, *Brain Imaging: Toward a Neuroanatomy of OCD*, The Psychology Obsessive-Compulsive Disorder, New York, Springer, 1991.

¹⁴⁹ Steketee vd., a.g.e., p. 516-50.

gereksiz düzeyde el yıkama davranışı sergiler. Tekrardan kirleneceği düşüncesi ile kirli olacağını düşündüğü herhangi nesneden kaçınma davranışı gösterir. Uzun süreli banyolar yapıp, tuvalette uzun süre vakit geçirebilirler. Bu yıkama işlemi, hafif ritüel tarzında kişinin 15-20 dakikasını alan davranış olarak veya kendini kanatacak kadar uzun ve sıklıkta çeşitli dezenfektanlarla yıkama tarzında davranışlar olarak da görülebilmektedir.¹⁵⁰

2.3.5.2. Kontrol Etme Kompulsiyonları

Sık olarak kuşkuyu giderme ya da güvenlik sağlama ile birlikte ortaya çıkmaktadır. Bu obsesyona sahip bireyler yaptıkları şeylerden emin olamazlar kapıyı, pencereyi vs. sürekli olarak açıp kapama davranışı içerisindeyken çoğu zaman bununla yetinmeyip etrafındakilere sorup onay alma ihtiyacı içerisinde girebilirler. Herhangi bir davranışın yapılıp yapılmadığına göre sürekli olarak teyit edilmesi gibi davranışları kapsamaktadır. Felaket yaşanacağı endişesinin şiddetine göre kişi kendisi veya başkasını ya da sahip olduklarını koruma amaçlı tekrarlayan kontrol etme davranışları geliştirir.¹⁵¹

2.3.5.3. Düzenleme/ Simetri Kompulsiyonları

Bu kompulsiyonların içeriğinde veya ardında kalan durumlarda olayların ve nesnelerin belli bir düzen ve tertipte olması veya herhangi bir nesnenin tam bir simetri içerisinde olmasıyla ilgili davranışları içermektedir. Bir simetri ve denge sağlamak amacıyla nesnelere belli bir düzen içinde tutmak ve bununla ilgili uğraş verme tarzındaki kompulsiyonlardır. Genellikle genel bir rahatsızlık duygusunu azaltmak için yapılabilmektedir.

2.3.5.4. Tekrarlama Kompulsiyonları

Birtakım eylemlerin belli bir sayıda ve tarzda yinelenmesi kompulsiyonlardır. Törenselleştirilmiş davranışın yapıldığından emin olunamadığından emin oluncaya kadar davranışın tekrarlama söz konusu olabilir.¹⁵² Rutin hareketleri tekrarlama, tekrar tekrar okuma, yama tarzında görülebilmektedir.¹⁵³

¹⁵⁰ Stanley Rachman, Ray Hodgson, *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs NJ. Prentice Hall, 1980.

¹⁵¹ Rosqvist, Norling, *Kontrol Etme Kompulsiyonu, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bağlantılı Sorunlar El Kitabı*, İstanbul, 2008, ss, 44-46.

¹⁵² Tükel, a.g.e., 2000.

¹⁵³ Ajit Avasthi, Deepak Kumar, *Phenomenology Of Obsessive Compulsive Disorder*, *Jk Science*, 2004, p.9-13.

2.3.5.5. Sayma Kompulsiyonları

Bu tarz kompulsiyonlar zihinseldir, kompulsiyonlar arasında yer almaktadır.¹⁵⁴ Apartman katlarını, otomobil plakalarını sayma tarzında zihinsel olarak belirgindir. Yoldan geçen araçları sayma, gömleklerin düğmelerini sayma veya plakaları toplama gibi eylemler sayma kompulsiyonuna örnek oluşturur.¹⁵⁵

2.3.5.6. Biriktirme Kompulsiyonları

Bu tarzdaki kompulsiyonlar herhangi bir nesneyi ihtiyaç olmadığı halde istifleme davranışı, amaçlı olarak satın alma, sahip olunan herhangi bir nesneyi ihtiyacı olunmadığı halde atamama durumunu anlatır. Evi çöp eve dönüştürme ve hiçbir şeyi atamama aynı zamanda dışarda ne bulursa eve getirme ihtiyacı bu kompulsiyonun özelliklerindedir.¹⁵⁶

2.3.5.7. Diğer Kompulsiyonlar

Zihinsel törenler (kontrol ve sayma dışında), aşırı liste hazırlama, söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi, dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi, göz kırpmaya veya gözlerini dikme törensi davranışları, tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları gibi kompulsiyonlardır.¹⁵⁷ Birçok insanın kültürel özelliklerinden kaynaklı olarak batıl inançları vardır, örneğin; kapıdan sağ ayakla çıkmak, merdiven altından geçmemek gibi örnekler verilebilir.¹⁵⁸

2.3.6. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Eş Tanı (Komorbidite)

OKB'de eş tanı oranlarının yüksek olduğu bildirilmektedir.¹⁵⁹ Obsesif kompulsif bozuklukla eş tanılı olarak sıklıkla görülen bozukluklar kaygı bozuklukları ve duygudurum bozukluklarıdır. Epidemiyolojik çalışmalar OKB tanısı alan bireylerin %90 'ına yakın bir oranın bir başka bozukluğun daha tanı kriterlerini karşıladığı göstermektedir.¹⁶⁰ Bir çalışmada OKB ile kaygı bozukluklarının eş tanılı olarak görülme oranı %75.8 olarak bildirilmiştir.¹⁶¹ OKB tanı kriterlerini karşılamayan fakat belirtilerini gösteren yarı-klinik gruplarla yapılan araştırmalarda, OKB belirtileri yüksek

¹⁵⁴ Tükel, a.g.e., 2000.

¹⁵⁵ Tan, a.g.e., s.,224.

¹⁵⁶ Tan, a.g.e., s.,224.

¹⁵⁷ Avasthi ve Kumar , a.g.e., p.9-13.

¹⁵⁸ Koyuncu, a.g.e., 2012.

¹⁵⁹ Clark, a.g.e., p.1076- 1084

¹⁶⁰ Ruscio vd., a.g.e., p.53.

¹⁶¹ Ruscio vd., a.g.e., p.53.

düzyey kaygı ve depresyon ile ilişkilili olarak bildirilmiştir.¹⁶² OKB başlangıcından sonra, OKB 'nin yarattığı yoğun sıkıntı ve işlevsellikte bozulmaya yönelik ortaya çıktığı belirtilmektedir.¹⁶³

Eksen II bozukluklarından bağımlı, histrionik, şizotipal ve çekingen kişilik bozuklularının OKB 'ye eşlik edebileceğini gösteren bulgular gösterilmektedir.¹⁶⁴ OKB ile OKKB arasındaki ilişki uzun dönemler boyunca araştırmaların tartışma konusu olmuştur ve tutarlı olarak bulgular saptanamamıştır. Bazı çalışmalar OKB tanısı bulunan bireylerin çok az sayıda kişide komorbidite olarak OKKB'nin eşlik ettiğini desteklerken bazı araştırmalar ise yüksek oranda komorbite olabileceğini saptamıştır. Sonuç olarak, araştırmalar OKKB'nin OKB ile ortak bir etiyoijisi olmadığını ve OKB'nin bir ön şartı olmadığı konusunda birleşse de bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu belirtilmiştir.¹⁶⁵

2.3.7. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA AYIRICI TANI

Öncelik olarak obsesyonların depresif bir takım içerikli tekrar edici düşünceler, sanrılar, aşırı düşünölmüş fikirlerden ve patolojik anksiyeteden, kompulsiyonların impulsif eylemlerden ayırt etmek gerekir. Obsesyonlar sıklıkla birçok başka ruhsal bozuklukla da semptom olarak karşılaşılabılır. OKB ile ayırıcı tanıya giren diğer ruhsal bozukluklara bakılacak olursa;

2.3.7.1. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB)

YAB'da obsesif düşünceye benzer endişe duyarlar ancak bu endişe durumu yaşam olayları ile ilgili, egoya uygun ve gerçekçidir. Ayrıca YAB'da ritüeller ve tekrarlayıcı düşünceler nadir olarak görülür.

2.3.7.2. Fobik Bozukluklar

Fobik eylemler dış durumlardan veya nesneden zarar geleceği korkusu ile çalışır ve bu korku durumu kaçınma davranışı ile denetimi sağlanmaktadır. Bu korkulara karşı kompulsif davranışlar gözlenmez. Ayrıca kaçınma davranışının belirli şartlara göre ve sınırlı olmasıyla ayırt edilebilir.

¹⁶² Marcia R. Morris vd., *Subclinical obsessive-compulsive disorder in college students*. Depression and Anxiety, 4, 1997, p.233-236.

¹⁶³ Timothy A. Brown vd., *Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample*. Journal of Abnormal Psychology, 2001, p.585-599.

¹⁶⁴ Lee Baer vd., *Standardized assessment of personality disorders in obsessivecompulsive disorder*. Archives of General Psychiatry, 1990, p. 826-830.

¹⁶⁵ Clark, a.g.e., p.1076- 1084

2.3.7.3. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu (OKKB)

Obsesyon ya da kompulsiyonların var olması ön koşul değildir eğer mevcut ise kişi tarafından ego-distonik olarak ifade edilirler.

Tikler: kompulsiyonların aksine daha az karmaşık, istemsiz ve amaçsız olmaları ve gelecekte meydana gelmesinden korkulan durumların öngörülebilir olması veya kaygıyı azaltıyor olması gibi bir amaç gütmemeleri nedeniyle kompulsiyonlardan ayrışır.

2.3.7.4. Hipokondriyazis

Bu kişilerde gerçekte bağdaşmayan bir zihin meşguliyeti mevcuttur ve bedensel olarak yakınmaları vardır. Bunlar obsesyonlara benzer niteliktedir. Somatik sürekli kontroller ve düzenli hastane/doktor ziyaretleri kaygıyı azaltmak için yapılan kompulsiyonlara benzer özelliktedir. Ancak bu kişiler sağlıkları ile ilgili kontrollerini yapmak amacıyla ritüeller oluşturabilir ve somatik obsesyon ile karıştırılabilir. Kişinin hastalık öyküsünde obsesyon ve kompulsiyon olması OKB işareti olabilir.

2.3.8. Klinik Tanılı Olmayan Örneklerde OKB

Literatüre bakıldığında tanı almamış örneklerde yapılan çalışmalarda OKB belirtilerinin sağlıklı erişkinler arasında da oldukça yaygın ve benzer şekilde fakat genellikle tanı konulmayacak düzeyde görülebildiği belirtilmiştir. Klinik tanılı olmayan erişkinler üzerinde yapılan bir araştırmada OKB belirti kümelerinin toplumda yaygın olarak görüldüğü ve yaşam boyu sıklığının %13 olduğu belirtilmiştir ve bu oran OKB tanısı alanlara göre yaklaşık olarak 5 katını oluşturur. En fazla görülen belirti kümesi olarak, kontrol etme, somatik ve zarar verme obsesyonları bulunmuştur.¹⁶⁶

OKB'nin bilişsel modellerinde de açıklandığı gibi bireyi zorlayıcı düşünceler çok fazla insanda görülebilmektedir. Sağlıklı erişkinlerde belirtiler bireylerin günlük işlevselliğini OKB tanılı bireylerde olduğu gibi bozmamakta ve rahatsız edici olarak algılanmamaktadır. OKB semptomlarının tanılı olan OKB'li olmayan örnekleme göre %2 ile %25 arasında olduğunu belirtmektedir. Normal ve anormal obsesyon tanımı yaparak aralarındaki ayrım özetlenebilir ve normal obsesyonlar sadece OKB tanılı bireylerde değil klinik tanısı olmayan sağlıklı örnekleme de görülen ancak şiddeti daha az olan obsesyonlar olarak tanımlanabilmektedir.¹⁶⁷

¹⁶⁶ Alberto Pertusa vd., *D. Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review*. Clinical Psychology Review, 2010, p.371-386

¹⁶⁷ Clark , a.g.e., p. 31.

2.3.9. Obsesif Kompulsif Bozukluk Ve Kaygı İlişkisi

Freud'un psikanalitik görüşüne göre, OKB'li kişinin odipal evrenin çatışmaları ile baş edemediği ve anksiyete duyduğu ve daha önceki bir psikoseksüel gelişim evresine anal sadistik evreye gerilemesi olarak kabul edilir.¹⁶⁸ Anal sadistik döneme gerileme yaşamanın ön şartı anal döneme saplanmadan geçer ve obsesyonele nörozun gelişmesinde kişinin boşaltım işlevlerinin denetimini elde ettiği ve tuvalet eğitiminin verdiği bu evrenin önemli olduğu belirtilmiştir.

Salkovskis'in abartılmış sorumluluk modeline göre, birey obsesyonele düşünceyi, imgeyi veya dürtüyü kendinin ya da bir başkasının başına gelebilecek bir zarar olarak yorumlayıp bu zarara sebep olmak ya da önlemek ile ilişkili sorumluluk duyduğunda, dikkat girici olan düşünceye odaklanır sonrasında kaygı seviyesi yükselir ve birey kaygıyı ve artan sorumluluk duygusunu gidermek amacı ile kompulsif eylemlerde ya da nötrleştirmeye çalışmaktadır.¹⁶⁹

OKBÇG tarafından tanımlanan inanç alanlarından belirsizliğe tahammülsüzlük açısından OKB ve yaygın kaygı grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir ve benzer şekilde yapılan başka bir araştırma da ise belirsizliğe tahammülsüzlüğün hem OKB hem de YAB belirtilerini yordadığı görülmüştür.

Rachman'ın girici düşüncelerin hatalı yorumlanması modelinde 4 farklı alandan biri olan düşünce-eylem kaynaşmasının OKB'ye özgü bir bilişsel yanlılık faktörü olmadığını kaygı bozuklukları ile de ilişkili olabileceğini söylemişlerdir. Ancak OKB ve kaygı bozuklukları arasında düşünce-eylem kaynaşması düzeyleri açısından bir fark saptanamamıştır.

¹⁶⁸ Freud, a.g.e., p.125-143.

¹⁶⁹ Salkovskis, a.g.e., p. 677- 682.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın örneklemini, İstanbul ilinde eğitim veren 6 farklı üniversiteden; İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul Beykent Üniversitesi, İstanbul Okan Üniversitesi, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul Biruni Üniversitesi ve İstanbul Yıldız Teknik Üniversitelerinde okuyan 91'i kadın 27'si erkeklerden oluşan 118 üniversite öğrencisi oluşturmuştur. Örnekleme üniversitelerin öğrenci grupları üzerinden ulaşılmıştır ve bilgisayar ortamında anket çalışması yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırma, üniversite öğrencilerinde obsesif kompulsif belirtilerin tür, sıklık ve dağılımın açısından incelenmesi, obsesif kompulsif belirti alt türlerinin durumluluk-sürekli kaygı ile ilişkisinin sosyodemografik verilere göre değişkenlik gösterip göstermediğini ortaya koymayı amaçlayan ilişkisel tarama modeline dayalı betimsel bir çalışmadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Durumluluk ve sürekli kaygı ile obsesif kompulsif belirti alt türleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Obsesif kompulsif belirti alt türleri ile cinsiyet ve ilişki durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Obsesif kompulsif belirti alt türleri ile yaşam şekli arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Obsesif kompulsif belirti alt türleri ve durumluluk sürekli kaygı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Durumluluk ve sürekli kaygı ile cinsiyet ve ilişki durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Durumluluk ve sürekli kaygı ile yaşam şekli arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma da kullanılan veriler 3 ölçme aracı ile toplanmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Bigi Formu

Sosyodemografik özelliklerin araştırıldığı formda kişilere yaş, cinsiyet, ilişki durumu, yaşam şekli gibi sorular sorulmuştur.

3.4.2. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, obsesif-kompulsif belirtilerin türünü, düzeyini ve diğer nevrotik hatalardan ayırmak için Hodgson ve Rachman tarafından

1977 yılında geliştirilmiştir.¹⁷⁰ Ölçeğin orijinali 30 maddeden oluşan ve kuşku, kontrol, temizlik ve yavaşlık olarak dört alt ölçekten oluşmaktadır. Maddeler doğru-yanlış şeklinde değerlendirilmekte olup doğru seçenek 1, yanlış seçenek ise 0 olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Erol ve Savaşır tarafından 1988 yılında yapılmıştır ve geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. MMPI ölçeğinden 7 madde daha eklenerek toplamda 37 madde ile tamamlanmıştır. Ek olarak ruminasyon alt ölçeği eklenmiştir. İşaretlenen her evet 1 puan olarak sadece 11.madde ters olarak puanlanmaktadır. Puanın yükselmesi obsesif kompulsif belirtilerin düzeyinin arttığına işaretler. En çok değer toplamı obsesyon için 37, temizlik için 11, kontrol etme için 9, kuşku ve yavaşlık için ise 7 olarak belirlenmiştir.

Temizlik ile ilişkili maddeler: 1, 4, 5, 9, 13, 17, 19, 21, 24, 26, 27

Kontrol etme ile ilişkili maddeler:2, 6, 8, 14, 15, 20, 22, 26, 28

Kuşku ile ilişkili maddeler: 3, 7, 10, 11, 12, 18, 30

Yavaşlık ile ilişkili maddeler: 2, 4, 8, 16, 23, 25, 29

Ruminasyon ile ilişkili maddeler: 2, 8, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37

3.4.3. STAI Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilen ve kırkı maddelik dörtlü likert tipindeki "Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği 1'den 4'e puanlanır, puanın yüksek olması anksiyete seviyesinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır. Durumluluk kaygı ölçeği kişinin belirli bir anda ve belirli şartlarda kendini nasıl hissettiğini betimlemesi ve içinde bulunduğu durumun duygularını hissederek yanıtlaması beklenir. Sürekli kaygı ölçeği ise kişinin çoğunlukla nasıl hissettiği dikkate alarak onu betimlemesini gerektirir. Bu nedenle anketlerin açıklama kısımları ile örnekleme sunulması ve anlık cevaplar alınması istenmiştir.

3.5. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Tüm veriler bilgisayarda SPSS (statistical package for social sciences) for Windows 22 programına kaydedilerek analiz edilmiştir. Verilerin analizinde ilk olarak hangi testlerin (parametrik/nonparametrik testler) uygulanacağına karar vermek için karşılanması gereken varsayımlar test edilmiştir. Dağılımın normalliğine karar vermek için Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testleri normal dağılımın diğer varsayımları olan basıklık ve çarpıklık değerleri ve histogram grafiğinden yararlanılmıştır. Basıklık ve çarpıklık değerleri $\pm 2,0$ arasında olmasında değerlerin normal dağıldığı kabul

¹⁷⁰ Neşe Erol, Işık Savaşır, *Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi*, 24.Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı, Ankara, 1988, s.107-114.

edilmiştir.¹⁷¹ Bağımsız iki grup karşılaştırmasında t-testi (Independent sample t-testi), ilişkisiz ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Varyansın homojenliğini belirlemek için Levene istatistiğine bakılmış varyansların homojen olduğu bulunmuştur. Değişkenler arasındaki ilişkiye pearson korelasyon katsayısı ile bakılmıştır. Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini incelemek için regresyon analizi yapılmıştır. Elde edilen değerlerin anlamlı olup olmadığının yorumlanmasında 0.05 anlamlılık düzeyi ölçüt olarak kullanılmıştır.



¹⁷¹ Darren George, Paul Mallery, *M.SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.)*. Boston: Pearson, 2010.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışma kapsamındaki üniversite öğrencilerinin yaş, cinsiyet, ilişki durumu ve kimle yaşadıklarına ilişkin bulgular frekans analizi ile frekans ve yüzde olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 1 Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

		<i>n</i>	%
<i>Cinsiyetiniz</i>	<i>Kadın</i>	91	77,1
	<i>Erkek</i>	27	22,9
<i>Medeni Durum</i>	<i>Bekâr</i>	81	68,6
	<i>Sevgili</i>	37	31,4
<i>Kiminle Yaşıyorsunuz</i>	<i>Tek</i>	19	16,1
	<i>Ebeveyn ile</i>	69	58,5
	<i>Arkadaş ve diğer</i>	30	25,4
<i>Yaş</i>	<i>Ort ± Ss</i>	21,34 ±20,1	

Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin % 77,1'i (n:91) kadın, % 22,9'u (n:27) erkek, % 68,6'sı (n:81) bekâr, % 31,4'ü (n:37) sevgilidir. Yaşama biçimlerine bakıldığında %58,5 (n:69) ailesiyle, %25,4'ü (n:30) arkadaş ve diğer şekilde, 516,1'i (n:19) tek olarak yaşadığı görülmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması 21,34 ±20,1' dir.

4.2. ÖĞRENCİLERİN MOKSL VE DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ PUANLARINA İLİŞKİN DÜZEYLERİ

Çalışma kapsamında üniversite öğrencilerin maudsley obsesif kompulsif soru listesi ve durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinden elde edilen puanlarına ilişkin bulgular ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 2 Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular

	<i>Ortalama</i>	<i>Ss.</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>
<i>Kontrol Etme</i>	3,21	2,29	0,00	9,00
<i>Temizlik</i>	4,62	2,49	1,00	11,00
<i>Yavaşlık</i>	2,63	1,64	0,00	7,00
<i>Kuşku</i>	3,66	1,79	0,00	7,0
<i>Ruminasyon</i>	5,02	2,67	0,00	9,00
<i>MOKSL Toplam</i>	16,46	7,37	1,00	37,00

Tablo.2 incelendiğinde üniversite öğrencilerinin maudsley obsesif kompulsif soru listesinde aldıkları toplam puan ortalaması $316,46 \pm 7,37$ 'dir. Minimum 1 maksimum 37 puan aldıkları görülmektedir. Maudsley obsesif kompulsif soru listesi kontrol etme alt boyut ortalaması $3,21 \pm 2,29$ minimum 0, maksimum 9, temizlik alt boyut puan ortalaması $4,62 \pm 2,49$ minimum puan 1 maksimum puan 11, yavaşlık alt boyut puan ortalaması $2,63 \pm 1,64$ minimum 0 maksimum 7, kuşku alt boyut puan ortalaması $3,66 \pm 1,79$ minimum 0 maksimum 7, ruminasyon alt boyut puan ortalaması $5,02 \pm 2,67$ minimum 0 maksimum 9'dur.

Tablo 3 Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

		<i>Ortalama</i>	<i>Ss</i>	<i>Min.</i>	<i>Mak.</i>
<i>Durumluk</i>	<i>Kaygı</i>	<i>42,10</i>	<i>12,04</i>	<i>20,00</i>	<i>67,00</i>
<i>Ölçeği</i>					
<i>Sürekli</i>	<i>Kaygı</i>	<i>48,08</i>	<i>10,56</i>	<i>27,00</i>	<i>75,00</i>
<i>Ölçeği</i>					

Üniversite öğrencilerinin en düşük durumluk puanı 20 en yüksek durumluk puanı 67 en düşük sürekli kaygı puanı 27 ve en yüksek sürekli kaygı puanı 75 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin durumluk kaygı genel puan ortalaması 42,10, standart sapması 12,04 olarak bulunmuştur. Durumluk kaygı puan ortalamasının bir standart sapma alt sınırı olan 30,04 puanın altında puan alan öğrenciler “düşük” durumluk kaygı düzeyine sahip, durumluk kaygı puan ortalamasının bir standart sapma üst sınırı olan 54,14 puanın üstünde puan alan öğrenciler “yüksek” durumluk kaygı düzeyine sahip, bu alt ve üst sınır puanlar arasındaki durumluk kaygı puanı olan öğrenciler ise “orta” durumluk kaygı düzeyine sahip olarak kabul edilmiştir. Öğrencilerin %17,8’i düşük kaygı düzeyinde, %64,8’i orta ve %17,8’i yüksek durumluk kaygı düzeyine sahip olarak bulunmuştur. Benzer şekilde üniversite öğrencilerinin sürekli kaygı düzeyleri %16,95’i düşük, %64,41’i orta ve %18,64’ü yüksek kaygı düzeyine sahip olarak hesaplanmıştır.

4.3. MOKSL VE DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ PUANLARINI DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Üniversite öğrencilerin maudsley obsesif kompulsif soru listesi ve durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinden elde edilen puanları cinsiyet ve ilişki durumuna göre farklılık gösterip göstermediğine Independent sample t testi, yaşama şekillerine göre farklılık gösterip göstermediğine Anova testi ve yaş ile ilişkisine pearson korelasyon katsayısı ile bakılmıştır.

Tablo 4 MOKSL ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	t	P
Kontrol Etme	Kadın	91	3,16±2,31	-0,41	0,68
	Erkek	27	3,37±2,23		
Temizlik	Kadın	91	4,62±2,42	0,06	0,95
	Erkek	27	4,59±2,74		
Yavaşlık	Kadın	91	2,70±1,67	0,93	0,36
	Erkek	27	2,37±1,49		
Kuşku	Kadın	91	3,56±1,79	-1,11	0,26
	Erkek	27	4,00±1,79		
Ruminasyon	Kadın	91	4,98±2,70	-0,21	0,84
	Erkek	27	5,11±2,62		
MOKSL	Kadın	91	16,4±7,42	-0,08	0,94
	Erkek	27	16,5±7,29		

Tablo.4 incelendiğinde, Maudsley obsesif kompulsif soru listesi toplam puanı ve alt boyut puanları üniversite öğrencilerinin cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$)

Tablo 5 MOKSL ve Alt Boyut Puanlarının İlişki Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Kontrol Etme	Bekâr	81	3,11 ± 2,25	-0,71	0,48
	Sevgili	37	3,43 ± 2,36		
Temizlik	Bekâr	81	4,55 ± 2,51	-0,41	0,69
	Sevgili	37	4,75 ± 2,44		
Yavaşlık	Bekâr	81	2,35 ± 1,59	-2,71	0,01
	Sevgili	37	3,21 ± 1,60		
Kuşku	Bekâr	81	3,50±1,77	-1,39	0,16
	Sevgili	37	4,00±1,81		
Ruminasyon	Bekâr	81	4,50 ± 2,80	-3,19	0,01
	Sevgili	37	6,13 ± 1,96		
MOKSL	Bekâr	81	15,7 ± 7,52	-1,66	0,10
	Sevgili	37	18,1 ± 6,82		

Tablo.5 incelendiğinde maudsley obsesif kompulsif soru listesi alt boyutlarından, ruminasyon alt boyut puanı ve yavaşlık alt boyut puanı üniversite öğrencilerinin ilişki durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$) Ortalama puanlara bakıldığında sevgilisi olan ($6,13 \pm 1,96$) üniversite öğrencilerinin ruminasyon düzeyinin bekarlara göre ($4,50 \pm 2,80$) daha yüksek olduğu görülmektedir. Sevgilisi olan ($3,21 \pm 1,60$) üniversite öğrencilerinin yavaşlık düzeyinin bekarlara göre ($2,35 \pm 1,59$) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Maudsley obsesif kompulsif soru listesi toplam puanı ve temizlik alt boyut puanları üniversite öğrencilerinin ilişki durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$)

Tablo 6 Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Cinsiyet ve İlişki Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	t	P
Durumluk Kaygı Ölçeği	Bekâr	81	$40,3 \pm 11,7$	-2,42	0,02
	Sevgili	37	$45,9 \pm 12,0$		
Sürekli Kaygı Ölçeği	Bekâr	81	$46,3 \pm 11,1$	-2,71	0,01
	Sevgili	37	$51,8 \pm 8,10$		
Durumluk Kaygı Ölçeği	Kadın	91	$41,6 \pm 11,8$	-0,72	0,47
	Erkek	27	$43,5 \pm 12,7$		
Sürekli Kaygı Ölçeği	Kadın	91	$48,8 \pm 10,4$	1,40	0,16
	Erkek	27	$45,5 \pm 10,6$		

Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanları üniversite öğrencilerinin ilişki durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$) Ortalamalara bakıldığında sevgilisi olan üniversite öğrencilerinin durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanları bekâr öğrencilere göre daha yüksektir.

Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanları üniversite öğrencilerinin cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$)

Tablo 7 MOKSL ve Alt Boyut Puanlarının Yaşam Şekline Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	Varyansın kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Kontrol Etme	Tek	19	3,10±2,05	G.A	1,44	2	0,72	0,14	0,87
	Ebeveyn ile	69	3,30±2,39	G.İ	610,26	115	5,31		
	Arkadaş ve diğer	30	3,06±2,22	Toplam	611,70	117			
Temizlik	Tek	19	4,57±2,45	G.A	0,27	2	0,13	0,02	0,98
	Ebeveyn ile	69	4,59±2,58	G.İ	723,57	115	6,29		
	Arkadaş ve diğer	30	4,70±2,35	Toplam	723,84	117			
Yavaşlık	Tek	19	2,47±1,50	G.A	5,03	2	2,52	0,94	0,39
	Ebeveyn ile	69	2,79±1,72	G.İ	308,56	115	2,68		
	Arkadaş ve diğer	30	2,33±1,49	Toplam	313,59	117			
Kuşku	Tek	19		G.A	4,324	2	2,162	0,66	0,51
	Ebeveyn ile	69		G.İ	372,117	115	3,236		
	Arkadaş ve diğer	30		Toplam	376,441	117			
Ruminasyon	Tek	19	4,78±3,06	G.A	7,85	2	3,93	0,55	0,58
	Ebeveyn ile	69	5,23±2,58	G.İ	828,11	115	7,20		
	Arkadaş ve diğer	30	4,66±2,65	Toplam	835,97	117			
MOKSL	Tek	19	16,5±6,85	G.A	27,95	2	13,98	0,25	0,78

<i>Ebeveyn ile</i>	69	16,7±7,73	<i>G.İ</i>	6325,34	115	55,00
<i>Arkadaş ve diğer</i>	30	15,6±6,98	<i>Toplam</i>	6353,29	117	

Maudsley obsesif kompulsif soru listesi toplam puanı ve temizlik alt boyut puanları üniversite öğrencilerinin yaşam biçimine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$)

Tablo 8 Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Yaşam Şekline Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

	<i>Grup</i>	<i>N</i>	$\bar{X} \pm Ss$	<i>Varyansın kaynağı</i>	<i>Kareler Toplamı</i>	<i>sd</i>	<i>Kareler Ortalaması</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Durumluluk Kaygı Ölçeği</i>	<i>Tek</i>	19	43,2±12,9	<i>G.A</i>	238,86	2	119,43	0,82	0,44
	<i>Ebeveyn ile</i>	69	42,8±12,5	<i>G.İ</i>	16719,14	115	145,38		
	<i>Arkadaş ve diğer</i>	30	39,6±10,2	<i>Toplam</i>	16958,00	117			
<i>Sürekli Kaygı Ölçeği</i>	<i>Tek</i>	19	47,1±11,8	<i>G.A</i>	96,60	2	48,30	0,43	0,65
	<i>Ebeveyn ile</i>	69	48,8±10,4	<i>G.İ</i>	12950,84	115	112,62		
	<i>Arkadaş ve diğer</i>	30	46,9±10,2	<i>Toplam</i>	13047,44	117			

Durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği puanları üniversite öğrencilerinin yaşam biçimine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 9 Öğrencilerin MOKSL ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Yaş ile İlişkisi

<i>Pearson</i>	<i>korelasyon</i>	<i>Yaş</i>	
<i>analizi</i>		<i>r</i>	<i>P</i>
<i>MOKSL</i>		-0,24	0,01
<i>Kontrol Etme</i>		-0,14	0,13
<i>Temizlik</i>		-0,29	0,01
<i>Yavaşlık</i>		-0,19	0,06
<i>Kuşku</i>		-0,14	0,13
<i>Ruminasyon</i>		-0,09	0,33
<i>Sürekli Kaygı Ölçeği</i>		-0,10	0,29
<i>Durumluk Kaygı Ölçeği</i>		-0,06	0,53

Maudsley obsesif kompulsif soru listesi toplam puanı ve temizlik alt boyut puanı öğrencilerin yaşı ile istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf bir ilişki göstermektedir. (r :-0,24, r :-0,29, p <0,05 sırasıyla)

Maudsley obsesif kompulsif soru listesi alt boyutlarından kontrol etme, yavaşlık kuşku ve ruminasyon puanları ile durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanları yaş ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermemektedir (p >0,05).

4.4. MOKSL VE DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ PUANLARINI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMSİ

Üniversite öğrencilerin maudsley obsesif kompulsif soru listesi toplam puanı ve alt boyut puanları ile durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinden elde edilen puanlar arasındaki ilişkiye pearson korelasyon katsayısı ile bakılmıştır.

Korelasyon analizi, değişkenlerin bağımlı veya bağımsız olarak dikkate alınmaksızın, aralarındaki ilişkinin derecesini ve yönünü belirlemek üzere kullanılan istatistiksel bir yöntemdir. Korelasyon kat sayısı (r), -1 ile +1 arasında değişen değerler alır ve bu değerler, ilişkinin yönünü ve kuvvetini gösterir. Korelasyon katsayısının (-) değer alması, değişkenler arasındaki ilişkinin ters orantılı olduğunu,

(+) değer alması ise, doğru orantılı olduğunu gösterirken kat sayının değeri yaklaştıkça ilişkinin kuvvetinin arttığı, 0'a yaklaştıkça da azaldığı görülmektedir.¹⁷²

Tablo 10 MOKSL ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarını Arasındaki İlişkiye Göre Bulgular

		MOKSL	Kontrol Etme	Temizlik	Yavaşlık	Kuşku	Ruminasyon
Durumluk Kaygı Ölçeği	r	0,51	0,39	0,30	0,50	0,51	0,54
	p	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Sürekli Kaygı Ölçeği	r	0,55	0,46	0,30	0,55	0,50	0,67
	p	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

Tablo.10 incelendiğinde durumluk kaygı puanları ile maudsley obsesif kompulsif soru listesi toplam puanı ve alt boyutlarından kontrol etme puanı, temizlik puanı, yavaşlık puanı kuşku puanı ve ruminasyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ve orta düzeyde ilişki vardır (r:0,51, r:0,39, r:0,30, r:0,50, r:0,51, r:0,54 p<0,05)

Sürekli kaygı puanları ile maudsley obsesif kompulsif soru listesi toplam puanı ve alt boyutlarından kontrol etme puanı, temizlik puanı, yavaşlık puanı kuşku puanı ve ruminasyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ve orta düzeyde ilişki vardır (r:0,55, r:0,46, r:0,30, r:0,55, r:0,50, r:0,67 p<0,05)

4.5. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının MOKSL Puanını Yordamasına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi

Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanlarının, maudsley obsesif kompulsif soru listesi toplam puanı üzerine etki edip etmediğine çoklu regresyon analizi ile bakılmıştır. regresyon analizi değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkisini bulmaya imkan veren bir analiz yöntemidir. bağımsız değişken x hakkında sahip olunan bilgilerden hareketle bağımlı değişken y tahmin edilmeye çalışılmaktadır.¹⁷³

¹⁷²Serra Yurtkoru, Murat Çinko vd., *M.Sosyal Bilimlerde SPSS'le Veri Analizi*, 5.Baskı, Beta Basım Yayım Dağıtım A. Ş. İstanbul 2013, s.144.

¹⁷³ U. Erman Eymen, *SPSS 15.0 Veri Analiz Yöntemleri*, İstanbul, İstatistik Merkezi Yayınları 2007, s.93.

Linear regresyon analizi sonuçları incelendiğinde Durbin-Watson istatistiği ile gözlemlerin bağımsızlığına bakılmıştır. Test istatistiği 0-4 arasında değişmekte olup, 2 değeri artıkların ilişkisiz olduğu yani otokorelasyon olmadığı anlamına gelmektedir. 3'ten büyük bir değer bitişik artıklar arasında negatif bir korelasyonu gösterirken 1'in altındaki değer pozitif bir korelasyonu belirtir¹⁷⁴. Analizin Durbin-Watson değerleri 1.81 olarak bulunmuş bu değer hata terimleri arasında otokorelasyon olmadığı anlamına gelmektedir. Varyans büyütme faktörü, (VIF) 1,67 olup çoklu bağlantı sorunun olmadığı görülmektedir.

Tablo 11 Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının MOKSL Puanını Yordamasına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi

<i>Bağımlı Değişken: Maudsley obsesif kompulsif soru listesi puanı</i>							
<i>Bağımsız değişken</i>	B	S. Hata	β	t	p	VIF	D-W
Sabit	-3,32	2,62		-1,27	0,21		
Sürekli Kaygı Puanı	0,27	0,07	0,38	3,92	0,01	1,67	1,81
Durumluk Puanı	0,17	0,06	0,27	2,79	0,01		
R: 0,592	F : 31,01						
<i>Düzeltilmiş R²: 0,339</i>		p : 0,001					

Tablo.11 Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanlarının maudsley obsesif kompulsif soru listesi puanı yordamasına ilişkin kurulan modelin anlamlı olduğu görülmektedir. [F(2,117) =31,01 p<0,05] Sürekli kaygı puanı ve durumluk puanının maudsley obsesif kompulsif soru listesi puanına pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı biçimde etki ettiği tespit edilmiştir (p<0,05, Düzeltilmiş R²: 0,112). Düzeltilmiş R² değerine bakıldığında bağımlı değişkendeki varyansın % 33'ünün açıklayabildiği görülmektedir. Diğer bir ifade ile durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanları, maudsley obsesif kompulsif soru listesi puanındaki değişimin % 33'ünü açıkladığı söylenebilir.

Sürekli kaygı puanındaki 1 birimlik standart sapma değişimi maudsley obsesif kompulsif soru listesi puanındaki +0,38'lik bir standart sapma değişimine etki etmektedir.

¹⁷⁴ Eymen , a.g.e., s.93.

Durumluk puanındaki 1 birimlik standart sapma değişimi maudsley obsesif kompulsif soru listesi puanındaki +0,27'lik bir standart sapma değişimine etki etmektedir.



BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu tez çalışması, üniversite okuyan, klinik olmayan örneklem grubu ile obsesif kompulsif belirtilerin tür, sıklık ve dağılımın açısından incelemiş ve obsesif kompulsif belirti alt türlerinin durumluluk- sürekli kaygı ile ilişkisinin sosyodemografik verilere göre değişkenliğini sınamıştır.

Yapılan çalışmalarda OKB ve kaygı bozukluklarının sık görülen birlikteliği vurgulanmıştır ancak belirti düzeyinde obsesyon- kompulsiyon ve kaygı ilişkisi halen tartışmalıdır ve bu belirtilerin birbiri ile ilişkisini inceleyen çalışmalar görece azdır.

Bu çalışma istenmeden gelen ve uygunsuz olarak kabul edilen çoğu zaman anlamsız olarak yorumlanan, kişinin kendine rahatsızlık veren OKB belirti türlerinin varsa klinik olmayan örnekleme durumluluk-sürekli kaygı arasındaki ilişkiyi incelenmiştir ve sonuçlara göre; tablo 9'a bakıldığında obsesif kompulsif belirti alt türleri olan kontrol etme, temizlik, yavaşlık, kuşku, ruminasyon arttıkça durumluluk kaygısında arttığı görülmüştür yine aynı şekilde sürekli kaygısında obsesif kompulsif alt türleri arttıkça, yükseldiği görülmüştür.

Çalışmada üniversite öğrencilerinin tablo 3'e bakılarak genel kaygı puanı 46,10 olarak bulunmuştur. Örneklem grubunun %64,8 'i en yüksek oranla orta kaygı düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Tablo 5 incelendiğinde, obsesif kompulsif belirti alt türlerinden ruminasyon ve yavaşlık puanlarının artışının bekar ya da sevgilisi olan değişkenlere göre sevgilisi olanlarda daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Cinsiyet değişkenleri, obsesif kompulsif belirti alt türlerinin toplam puanlarını etkilememiştir. Bekar ve sevgilisi olan değişkenlerden sevgilisi olanların durumluluk ve sürekli kaygı puanları yüksek olarak bulunmuştur. Yaşam şekli değişkenlerinden tek yaşama değişkeninde en az puanı yavaşlık en fazla puanı ise temizlik obsesif kompulsif belirti alt türü göstermektedir.

Niler ve Beck'in 1989 'da yaptığı bir çalışmada, klinik olmayan örneklem ile yürüttükleri çalışmanın sonuçlarında yüksek düzeyde obsesif düşünceler bulmuşlardır. Daha önce yapılan çalışmalarda toplumda rasgele ulaşılabilen örnekleme yapılan çalışmaların bu tezin örneklemini belirti düzeyindeki OKB'nin sıklığını destekler niteliktedir.

Yapılan başka bir çalışmada ise anksiyete ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde kız öğrencilerin anksiyete puanını 17,87, erkek öğrencilerin ise 13,76

olarak bulunmuş ve aralarındaki ilişkinin anlamsız olduğu belirtilmiştir.¹⁷⁵ Bir diğer çalışmada ise sağlıklı kişilerle kıyaslanınca SAB olan kişilerin, sıklık olarak kadınları gösterdiği bildirilmiştir.¹⁷⁶ Toplumda yapılan araştırmalarda kadın hastaların erkeklere göre daha az tedavi arayışında bulunduğu ve bu durumu sosyal ataklık düşüncesindeki beklentilerin cinsiyet faktöründen kaynaklandığı, kadınların daha utangaç ve pasif olmalarının daha çok kabul görmesi ve beklenti durumunun tedavi arayışını etkilediği belirtilmektedir.¹⁷⁷

Bu çalışmaya göre durumluluk ve sürekli kaygı cinsiyet faktörüne göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Çalışmanın örnekleminin, cinsiyet olarak eşit düzeylerde olmaması bu ilişkinin saptanmasında etkili olduğu görülmektedir.

Tablo 11’de regresyon analizinin durumluluk ve sürekli kaygı puanlarının obsesif kompulsif belirti alt tipleri toplam puanını yordadığı görülmüştür. Regresyon analiz değişkenler arası neden-sonuç ilişkisini saptamaya yönelik bir yöntemdir. Bağımsız değişkenden sahip olunan bilgiler ışığında bağımlı değişken tahmin edilmeye çalışılmaktadır. Ancak bu tez çalışmasındaki ele alınan iki ayrı bozukluk arasındaki ilişki uzun yıllardır süren bir tartışma konusudur. Bu iki değişkenden hangisinin bir diğerinin nedeni olacağına dair net çalışmalar bulunmamaktadır. Anksiyete ve OKB ilişkisini ele alan kuramlar ışığında neden-sonuç analizi yapılmıştır. Şöyle ki Freud, OKB hakkındaki ilk bilimsel hipotezleri ortaya atan kişi olmuştur.¹⁷⁸ Freud obsesyonel nöroz adını verdiği OKB’yi özgün bir bozukluk olarak ele almıştır ve OKB’li kişinin odipal dönemin çatışmalarıyla baş edemediği kaygı duyduğu ve anal sadistik evreye gerilemesi olarak tanımlar.¹⁷⁹ Anlaşılacağı üzere kişi anksiyete yaşar ve obsesif kompulsif davranış, düşünce ya da imgeler yaşantılar. Literatüre bakıldığında, DSM-V ‘e kadar kullanılan tanı sınıflama kaynaklarında obsesif kompulsif bozukluk (OKB) anksiyete bozuklukları tanı sınıflamasında yer alıyordu 2013 de yayımlanan DSM-V’e obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar altında yeni bir başlık altında toplanmıştır. Bu tezde, obsesif kompulsif belirti alt tiplerinin tür, sıklık ve dağılım açısından, durumluluk ve sürekli kaygı ile ilişkisinin toplumda rasgele ulaşılabilen örnekleme ne gibi sonuçların çıkacağı, spesifik olarak incelenmesi

¹⁷⁵ Özlem Çakmak ve Hevedanlı Murat, *Eğitim Ve Fen Edebiyat Fakülteleri Biyoloji Bölümü Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi*, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 2005, ss.115-127.

¹⁷⁶ Peter Lewinsohn vd., *Lifetime Comorbidity Among Anxiety Disorders And Between Anxiety Disorders And Other Mental Disorders In Adolescents*, Journal Of Anxiety Disorders, 1997, ss.377–394.

¹⁷⁷ Çakmak ve Hevedanlı, a.g.e., ss.115-127

¹⁷⁸ Volkan Topçuoğlu, *Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikanalitik Görüşler*, Klinik Psikiyatri, 2003, S.46.

¹⁷⁹ Freud, a.g.e., ss.125-143.

merakıyla hareket edilmiştir. Çalışmanın örneklem grubu genç yetişkinlik dönemindedir tablo 1'de katılımcıların yaş ortalaması 21,34 ±20,1 olarak saptanmıştır. Bu dönem ergenlikten yetişkinliğe geçiş süreci olarak tanımlanmış ve çeşitli keşif ve deneyimlerden oluşmaktadır. Obsesif-kompulsif belirtiler ile ilgili yapılan literatür taramasında belirtilerin genç yetişkinlik dönemi olan 18-25 yaş aralığında yoğunlaştığı görülmektedir.¹⁸⁰ Bu bilgiler ışığında araştırmanın yaş aralığı bu değerler esas alınarak tercih edilmiştir.

Dünya sağlık örgütünün 1993'te yayımladığı bildiriye göre OKB'de kaygı ikincil bir mekanizma olarak ortaya çıkmaktadır, bu görüşe göre aralarındaki ilişkinin neden-sonuç bağlamında analizi uygun görülmüştür

Tablo 9'da görüldüğü gibi obsesif kompulsif belirti alt türleri toplam puanı ve temizlik alt boyut puanı ile yaş değişkeni arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Konuya ilişkin araştırmalar incelendiğinde, örneklemelerin farklılığı göze çarpsada sonuçlar benzerlik göstermektedir. Yapılan araştırmalarda OKB'de her iki cinsiyette de benzer oranlarda gözlenir ancak kompulsif eylemin tipi cinsiyetler arasında farklılık gösterir; örneğin, kompulsif kontrol etme davranışı erkeklerde, kompulsif yıkama davranışı kadınlarda daha sık gözlenir. Bu çalışma ise tablo 4'e bakıldığında, obsesif kompulsif bozuklukta tip ayrımının cinsiyet faktörüne göre farklılığını destekler niteliktedir.

Durumluluk kaygı ile literatür incelendiğinde, kişinin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjectif korku olarak tanımlanmaktadır. Sürekli kaygı ise bireyin içinde bulunduğu durumları çoğunlukla stresli algılama veya stres olarak yorumlama yatkınlığı olarak tanımlanabilmektedir. Yapılan araştırmalarda, cinsiyet faktörüne göre durumluluk kaygının erkeklerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ise tablo 6'ya bakıldığında yapılan araştırmayı destekler nitelikte olduğu araştırmaya katılan erkek bireylerin durumluluk kaygı puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda sürekli kaygının cinsiyet dağılımı açısından anlamlı bir fark gösterilmediği bildirilmiştir. Bu çalışmada ise tablo 6 incelendiğinde, kadınların daha yüksek sürekli kaygı puanına sahip olduğu görülmektedir, burada ölçek uygulanan kişi sayısının cinsiyet değişkenine göre eşit oranlarda olmaması kadınların daha fazla olmasından ötürü cinsiyet değişkeninin bu farklılık göz önüne alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Kadınlarda kaygıya daha sıklıkla

¹⁸⁰ Rasmussen vd., a.g.e., p. 977-986.

rastlanması, kadınların kaygı ve stres karşısında daha da çökkünlük, erkeklerin ise saldırganlık eylemi gösterdikleri görülmektedir¹⁸¹

Yapılan bir başka araştırmada ise sözlü ya da nişanlı olan öğrenci örneklem grubunda durumluluk kaygı düzeyi bekar ve evli olan öğrenci örnekleminde daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu çalışmada tablo 6 'ya bakıldığında sevgilisi olanların durumluluk kaygı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çıraklar üzerinde yapılan başka bir araştırmada ise, kadınların sürekli kaygı düzeyleri erkeklerin sürekli kaygı düzeyine göre daha yüksek bulunmuştur.¹⁸² Bu çalışmada da tablo 6 da sürekli kaygının kadın örnekleminde daha yüksek puanlı olduğu görülmektedir.

Tablo 7'ye bakıldığında obsesif kompulsif belirti alt türlerinin yaşam şekline göre temizlik alt türünün arkadaş ile yaşama durumunda arttığı görülmektedir ve hipotezi destekler niteliktedir.

Sonuç olarak oluşturulan hipotezlerden durumluluk ve sürekli kaygı ile MOKSL alt türleri arasında anlamlı bir ilişki vardır hipotezi tablo 8 ve 9 'a bakıldığında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bir diğer hipoteze bakıldığında MOKSL alt türleri ile cinsiyet ve ilişki durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır hipotezi tablo 6 incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır.

Durumluluk ve sürekli kaygı ile yaşam şekli arasında anlamlı bir ilişki vardır hipotezi tablo 8 bakıldığında anlamlı bir farklılık göstermemekle birlikte doğrulanamamıştır.

¹⁸¹ Acar Baltaş, Zuhale Baltaş, **Stres ile Başa Çıkma Yolları**, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1998, s.47.

¹⁸² Sevgi Canbaz, **Samsun Çıracılık Eğitim Merkezi'ne Devam Eden Çıracıların Sosyodemografik, Çalışma Yaşamı Özelliklerinin ve Durumluluk Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi**, O.M.Ü. Tıp Fakültesi, Samsun, 2001, s.84, (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi).

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

EROL Neşe ve SAVAŞIR Işık, Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi, 24.Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı, Ankara, 1988.

FREUD Sigmund, Saplantı Nevrozuna Yatkınlık (Nevroz Seçimi Sorununa Bir Katkı), Psikopatoloji Üzerine, 1913, Çev. BUDAK Selçuk, Öteki Yayınları, Ankara, 1997.

TÜKEL Raşit, Anksiyete Bozuklukları, Çizgi Tıp Yayınevi: Ankara, 2000.

Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Dsm-iv, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington Dc, Çev. KÖROĞLU Ertuğrul, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

BALTAŞ Acar ve BALTAŞ Zuhal, Stres ile Başa Çıkma Yolları, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1998.

SADOCK J.Benjamin, SADOCK A.Virginia, Comprehensive Textbook of Psychiatry, 4. Baskı, Williams and Wilkins, Baltimore, 1985.

CLARK Sarah, Cognitive Appraisals İn Young People With Obsessive-Compulsive Disorder. J Child Psychol Psychiatry, 2004.

SALCOVSKİS Paul, SHAFRAN Roz, FREESTON H. Mark, RACHMAN Stanley, Multiple Pathways To İnflated Responsibility Beliefs İn Obsessional Problems: Possible Origins And İmplications For Therapy And Research, Behaviour Research And Therapy, , 1999.

MCKAY Dean, TAYLOR Steven, ABRAMOWİTZ Jonathan, Kirlenme Korkuları, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bağlantılı Sorunlar Klinik El Kitabı, Okyanus, İstanbul, 2008.

DAVISON Gerald, NEALE John, Anormal Psikoloji: 7. Basım, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Çev. DAĞ İhsan, 2004.

FREUD Sigmund, Ketlemeler, Semptomlar ve Kaygı Psikopatoloji Üzerine, 1926, Çev. BUDAK Sinan, Öteki Yayınları, Ankara, 1997.

GEÇTAN Engin, Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1989.

BECK Aaron, EMERY Gary, GREENBERG RUTH, Anxiety Disorders And Phobias: A Cognitive Perspective. New York: Basic Books, 1985.

TİRYAKİ Şefik, Spor Psikolojisi, Kavramlar, Kuramlar ve Uygulama, Eylül Kitap ve Yayınevi, Ankara, 2000.

KONTER Erkut, Sporda Stres ve Performans, Saray Tıp Kitapevleri, İzmir, 1996.

KÖKNEL Özcan, Korkular Takıntılar Saplantılar, Altın Kitaplar, 1988.

RUSCÍO M. Ayelet, STEÍN J. Dan, KESSLER C. Ronald, The Epidemiology Of Obsessive-Compulsive Disorder In The National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 2010.

American Psychiatric Association, Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. 4. Baskı, Washington Dc, American Psychiatric Association, 1994.

ATKINSON L. Rita, ATKINSON C. Richard, Psikolojiye Giriş, Ankara, Arkadaş Yayınevi, 2008.

REGIER A. Darrel, BOYD H. Jeffrey, BURKE D. Jack, One-Mount Prevalence Of Sites. *Archives Of General Psychiatry*, 1988.

KÖROĞLU Ertuğrul, Psikozoloji, Hekimler Yayın Birliği, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, 1995.

BERLE David, STARCEVIĆ Vladan, Thought-Action Fusion: Review Of The Literature And Future Directions. *Clinical Psychology Review*, 2005.

KOYUNCU Ahmet, Takıntı, Kuruntu, Vesvese Obsesiv-Kompulsif Bozukluk, 2. Basım, Liman Yayınları, İstanbul, 2012.

TAN Oğuz, Takıntılar, Timaş Yayınları, İstanbul, 14. Baskı, 2016.

GEÇTAN Engin, Psikodinamik Psikiyatri Ve Normaldışı Davranışlar, Metis Yayınları, 2013.

PURDON Chistine, CLARK D. David, Takıntılarka Başa Çıkma, Psikonet Yayınları, İstanbul, 2016.

RACHMAN Stanley, HODGSON Ray, Obsessions And Compulsions. Englewood Cliffs Nj. Prentice Hall, 1980.

ROSQVİST ve NORLİNG, Kontrol Etme Kompulsiyonu, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bağlantılı Sorunlar El Kitabı, Okyanus, İstanbul, 2008.

YURTKORU E. Sema, ÇİNKO Murat, DURMUŞ Beril, Sosyal Bilimlerde Spss'le Veri Analizi, 5.Baskı, Beta Basım Yayım Dağıtım A. Ş. İstanbul, 2013.

EYEMEN U. Erman, Spss 15.0 Veri Analiz Yöntemleri. İstanbul: İstatistik Merkezi Yayınları, 2007.

KRİNG M. Ann, JOHNSON L. Sheri, DAVİSON C. Gerald, NEALE M. John, Anormal Psikoloji, Çev. Gündüz, O., Kaknüs Yayınları, 2011.

SALKOVSKİS M. Paul, Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 1989.

SALKOVSKİS M. Paul, WROE Abigail, GLEDHİLL Ann, MORRİSON N., Responsibility Attitudes And Interpretations Are Characteristic Of Obsessive Compulsive Disorder, *Behaviour Research And Therapy*, 2000.

GİBBS Natalie, Non-Clinical Population In Research On Obsessive-Compulsive Disorder. A Critical Review. *Clin Psychol Review*, 1996.

FREESTON H. Mark, RHEUME Josee, LADOUCEUR Robert, Correcting Faulty Appraisals Of Obsessional Thoughts, Behav Res Ther, p1996.

BROWN A. Timothy, CAMPBELL A. Laura, LEHMAN L. Cassandra, GRISHAM R. Jessica, MANCILL B. Richard, Current And Lifetime Comorbidity Of The Dsm-iv Anxiety And Mood Disorders In A Large Clinical Sample, Journal Of Abnormal Psychology, 2001.

TYNES L. Lee, WHITE Kerrin, STEKETEE S. Gail, Toward A New Nosology Of Obsessive Compulsive Disorder. Compr Psychiatry, 1990.

BAER Lee, JENIKE A. Michael, RICCIARDI N. Joseph, Standardized Assessment Of Personality Disorders In Obsessivecompulsive Disorder, Archives Of General Psychiatry, 1990.

LEWINSOHN Peter, ZINBARG Richard, SEELEY John, Lifetime Comorbidity Among Anxiety Disorders And Between Anxiety Disorders And Other Mental Disorders In Adolescents, Journal Of Anxiety Disorders, 1997.

MOORE L. Elizabeth, ABRAMOWITZ S. Jonatson, The Cognitive Mediation Of Thought-Control Strategies. Behaviour Research And Therapy, 2007.

Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group, Cognitive Assessment Of Obsessive-Compulsive Disorder. Behaviour Research And Therapy, 1997.

RASSIN Eric, MERCKELBACH Harald, MURIS Peter, SPAAN Victor, Thought-Action Fusion As A Causal Factor In The Development Of Intrusions. Behaviour Research And Therapy, 1999.

STANLEY Rachman, A Cognitive Theory Of Obsessions: Elaborations. Behaviour Research And Therapy, 1997.

STANLEY Rachman, Obsessions, Responsibility And Guilt. Behaviour Research And Therapy, 1993.

GENTES L. Emily, RUSCIO Ayelet Meron, A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder, Clinical Psychology Review, 2011.

BARLOW H. David, ELLARD K. Kristen, Obsessive-Compulsive Disorder Anxiety And Its Disorders, New York: Guilford, 2002.

SADOCK Ben, SADOCK A. Virginia, KAPLAN I. Harold, Comprehensive Textbook Of Psychiatry, Philadelphia, 2005.

KORAN M. Lorin, THIENEMANN Margo, DAVENPORT R., Quality Of Life For Patients With Obsessive Compulsive Disorder. American Journal Of Psychiatry, 1996.

KARNO Marvin, GOLDING M. Jacqueline, SORENSON B. Susan, The Epidemiology of Obsessive compulsive Disorder In Five Us Communities. Arch Gen Psychiatry, 1988.

DERGİLER VE MAKALELER

TAYLOR Steven, ABRAMOWITZ Jonathan, MCKAY Dean, Are There Interactions Among Dysfunctional Beliefs In Obsessive Compulsive Disorder? Cognitive Therapy And Research, 2005, p.89-98.

ÇAKMAK Özlem, HEVEDANLI Murat, Eğitim ve Fen Edebiyat Fakülteleri Biyoloji Bölümü Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 2005, ss.115-127.

CLARK A. David, INOZU MUJGAN, Unwanted Intrusive Thoughts in Scrupulous and Non-scrupulous Muslims and Christians: The Role of Faulty Appraisal and Control (oral presentation), Association for Behavioral and Cognitive Therapies Congress 45th Annual Convention, Kasım, Toronto/ Kanada, 2011, p.195-204.

TOPÇUOĞLU Volkan, Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikanalitik Görüşler, Klinik Psikiyatri, 2003, s.46.

TOLIN F. David, WORHUNSKY Patrick, NICHOLAS Maltby, Are "Obsessive" Beliefs Specific To Ocd? A Comparison Across Anxiety Disorders, Behaviour Research And Therapy, 2006, P.469-80.

Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group, Development And Initial Validation Of The Obsessive Beliefs Questionnaire And The Interpretation Of Intrusions Inventory, Behav Res Ther, P.987-1006, 2001.

AVASTHI Ajit, KUMAR Deepak, Phenomenology Of Obsessive Compulsive Disorder, Jk Science, 2004, p.9-13.

BELLOCH Amparo, MORILLO Carmen, SORIANO Garcia Gemma, Obsession Subtypes: A Relationships With Obsessive-Compulsive Symptoms, Dysfunctional Beliefs And Thought Control Strategies. Revista De Psicopatologia Y Psicologia Clinica, 2006, p.65-78.

World Health Organization (Whoqol). Measuring Quality Of Life, Geneva, Http://Www.Who.int/Mental_Healthy/Media/68.Pdf.,1997.

YORULMAZ Orçun, KARANCI Nuray, KILIÇ-TEKOK Ayda, What Are The Roles Of Perfectionism And Responsibility In Checking And Cleaning Compulsions? Journal Of Anxiety Disorders, 2006, p. 312-27.

FOA B. Edna, SACKS B. Matthew, TOLIN F. David, PREZWORSKI Amy, AMIR Nader, Inflated Perception Of Responsibility For Harm In Obsessive-Compulsive Disorder. Journal Of Anxiety Disorders, 2001, p.259-275.

YORULMAZ Orçun, GENÇÖZ Tülin, Obsesif-Kompulsif Bozukluk Semptomlarının Değerlendirilmesinde Kullanılan İstem Dışı Düşünceleri Yorumlama Envanteri, Obsesif İnanışlar Ölçeği ve Düşünceleri Kontrol Etme Ölçeği'nin Türk Örnekleminde İncelenmesi. Türk Psikoloji Yazıları, 2008, p.1-13.

BEŞİROĞLU Lütfullah, SELVİ Yavuz, AYDIN Adem, BOYSAN Murat, ÖZBEBİT Özgür, Obsesif Kompulsif Belirti Kategorileri Hakkında Ruh Sağlığı Bilgisi, Nöropsikiyatri Arşivi, 2010, ss.133-138.

WEISSMAN M. Myrna, BLAND C. Roger, CANINO J. Glorisa, GREENWALD Steven, The Cross National Epidemiology Of Obsessive Compulsive Disorder: The Cross National Collaborative Group. J Clin Psychiatry, 1994, p.5–10.

LUNDQVIST Carolina, HASSMAN Peter, The Competitive State Anxiety Inventory, In Competitive State Anxiety In Sport, Champaign Il: Human Kinetics Publishers. 1990, p.117-190.

WELLS Adrian, Cognitive Therapy Of Anxiety Disorders: A Practice Manual And Conceptual Guide. Chichester, Uk: Wiley, 1997.

ALİSİNANOĞLU Fatma, ULUTAŞ İlkey, Çocuklarda Kaygı ve Bunu Etkileyen Etmenler, Milli Eğitim, 2000, s.145.

DUCHESNE Stephane, VITARO Frank, LAROSE Simon, TREMBLAY Ernest Richard, Trajectories Of Anxiety During Elementary-School Years And The Prediction Of High School Noncompletion, Journal Of Youth And Adolescence, 2008.

Crocetti, E., Klimstra, T., Keijsers, L., Hale, W.W., Meeus, W. Anxiety Trajectories And Identity Development In Adolescence: A Five-Wave Longitudinal Study, Journal Of Youth And Adolescence, 2009.

CHAPLIN M. Tara, GILHAM E. Jane, SELIGMAN Martin, Anxiety And Depressive Symptoms: A Longitudinal Study Of Early Adolescents, Journal Of Early Adolescence, 2009, s.307-327.

BRICK J. Michael, ERICKSON Carlton, Drugs, The Brain, And Behavior, The Pharmacology Of Abuse And Dependence. New York, The Haworth Medical Press, 1998, p.119-131.

DAVIS Michael, RAINNIE Don, CASELL Martin, Neurotransmission In The Rat Amygdala Related To Fear And Anxiety. Trends Neurosci, 1992 p.208-214.

CARVEY M. Paul, Drug Action In The Central Nervous System. New York, Oxford University Press, 1998, p. 123-150.

GOODWIN Renee, KOENEN C. Karestan, HELLMAN Fred, GUARDINO Mary, STRUENING Elmer, Help Seeking And Accses To Mental Healty Treatment For Obsessive-Compulsive Disorder, Acta Psychiatr Scand, 2002, p.143-149.

YORULMAZ Orçun, YILMAZ Esin, GENÇÖZ Tulin, Psychometric Properties Of Thoughtaction Fusion Scale İn A Turkish Sample, Behavior Research And Therapy, 2004, p.42.

DOĞAN Orhan, Semiyoloji, Psikiyatri, İstanbul Üniversitesi Yayın No: 4888, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın No: 2009/1,2009, ss.27-29.

FOA B. Edna, ABRAMOWITZ S. Jonatson, Obsessive-Compulsive Disorder. American Journal Of Psychiatry, 1996, p.90-96.

COOPER Marlene, Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. Am J Orthopsychiatry, 1996, p.296-304.

FREUND Blanche, STEKETEE Gail, Sexual history, attitudes and social functioning of obsessive-compulsive patients. J Sex Marital Ther, 1989, p. 31-41.

BLACK Donald, GAFFREY Gary, SCHLOSSER Steven, GABEL Janelle, The İmpact Of Obsessive-Compulsive Disorder On The Family: Preliminary Findings. J Nerv Ment Dis, 1998, p. 440-442.

CLARK A. David, Cognitive-Behavioral Therapy For Ocd. New York: The Guilford Press, 2004.

MAHGOUB Osama Mohamed, HAFEİZ Hassan Abdel, Patterns of obsessive-compulsive disorder in Eastern Saudi Arabia. Brisith Journal of Psychiatry, 1991, p.840-848.

YERKES M. Robert, the dancing mouse. New york: The macmillan company. see especially 1908, p.92

TOLİN F. David, WORHUNSKY Patrick, MALTBY Nicholas, Anksiyete Bozukluklarında Yaşam Kalitesi: Meta-Analitik Bir Derleme. Clin Psychol Rev 2007, p.480.

EROĞLU F., Davranış Bilimleri. İstanbul: Beta Yayınları, Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeyi İle İş Doyumu Düzeyi Arasındaki İlişkinin Analizi, Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2000-2003, ss.33-45.

TEZLER

CANBAZ Sevgi, Samsun Çıracılık Eğitim Merkezi'ne Devam Eden Çıracıkların Sosyodemografik, Çalışma Yaşamı Özelliklerinin ve Durumluluk Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi, O.M.Ü. Tıp Fakültesi, Samsun, 2001, s.84 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

MORRIS Marcia, FORBES Alan Sean, BRADLEY M. Margaret, GOODMAN K. Wayne, Subclinical Obsessive-Compulsive Disorder In College Students. Depression And Anxiety, 1997, p.233-236.

CİLLİÇİLLİ S. Ali, TELCİOĞLU Metin, AŞKİN Rüstem, KAYA Nazmiye, BODUR Said, KUCUR Rahim, Twelve Month Prevalence Of Obsessive Compulsive Disorder, Comp Psychiatry, 2004, p.367-374.

HACİÖMEROĞLU A. Bikem, Algılanan Anne-Baba Tutumları, Sorumluluk Algısı ve Yaşam Olaylarının Obsesif Kompulsif Belirtileri Yordama Gücü: Bilişsel Modelin Sınanması. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara, 2008, **(Yayınlanmamış Doktora Tezi)**.

UĞUZ Faruk, Obsesif Kompulsif Bozuklukta İlaç Tedavisine Yanıtın Öngörücüleri, Tıp Fakültesi, Selçuk Üniversitesi, Konya, 2005, **(Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi)**.

SİYES Diğdem Müge, Duygusal İstismara Maruz Kalan ve Kalmayan Ergenlerin Benlik Algıları İle Depresyon Ve Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, 2003,s.45 **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**.

ÖĞÜT Faruk, Sosyal Uyum ile Sürekli Kaygı Arasındaki İlişki. Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli,2000, s.36 **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**.

GÜMÜŞ Eren, Sosyal Kaygıya Başa Çıkma Programının Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Kaygı Düzeylerine Etkisi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı,2002 **(Yayınlanmamış Doktora Tezi)**.

GRABE Jörgeren Hans, MEYER Christian, HAPKE Ulfert, RUMPF Jürgen-Hans, Prevalance, Quality Of Life And Psychosocial Function İn Obsessive-Compulsive Disorder And Subclinical Obsessive Disorder İn Northern Germany. European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscienze, 2000, p.262-268.

GEORGE Darren, MALLERY Paul, M.Spss For Windows Step By Step: A Simple Guide And Reference, 17.0 Update (10a Ed.). Boston: Pearson, 2010.

TÜKEL Raşit, Anksiyete Bozuklukları; Obsesif-Kompulsif Bozukluk. Psikiyatri, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2009, s.113.

ARNETT Jensen Jeffrey, Emerging adulthood: Understanding the new way of coming of age, Washington, American Psychological Association, 2006, p.10.

SKOOG Ingmar, SKOOG Gunnar, 40-Year Follow Up Of Patients With Obsessive Compulsive Disorder. Archieves Of General Psychiatry, 1999, p.121-127.

RAMUSSEN A. Steven, TSUANG M. T, Clinical Characteristics And Family History İn Regier, 1988, P. 977-986.

TÜKEL Raşit, ERTEKİN Erhan, BATMAZ Serap, ALYANAK Filiz, SÖZEN Atiye, ASLANTAŞ Banu, ATLI Hatice, ÖZYILDIRIM İLKER, Influence Of Age Of Onset On Clinical Features İn Obsessivecompulsive Disorder. Depression And Anxiety, 2005, p.12-117.

INSEL R. Thomas, Brain İmaging: Toward a Neuroanatomy of OCD, New York, Springer,1991.

ANTHONY T. Carr, Compulsive Neurosis: A Review Of The Literature Psychol Bull, 1974, p. 81:311-8.

GROSS Raz, SASSON Yehuda, CHOPRA Miriam, ZOHAR Joseph, Biological Models Of Obsessivecompulsive Disorder: The Serotonin Hypothesis, İn Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research, And Treatment, 1998, p. 147–148

SİGMUND Freud, The disposition to obsessional neurosis, London, 1913/1958, p. 317-326.

OPPEN Van Patricia, ARNTZ Arnoud, Cognitive Therapy For Obsessive-Compulsive Disorder. Behaviour Research And Therapy, 1994, p. 79-87.

MAGEE C. Joshua, HARDEN Paige, TEACHMAN A. Bethany, Psychopathology And Thought Suppression: A Quantitative Review, Clinical Psychology Review, 2012, p.189-201

WELLS Adrian, Emotional Disorders And Metacognition: İnnovative Cognitive Therapy. Chichester, Uk: Wiley,2000.

SOOKMAN Debbie, PİNARD Gilbert, Overestimation Of Threat And İntolerance Of Uncertainty İn Obsessive Compulsive Disorder, Cognitive Approaches To Obsessions And Compulsions: Theory, Assessment And Treatment, Oxford, 2002, p.63–89.

MARKARIAN Yeraz, LARSON J. Michael, ALDEA A. Mirela, BALDWIN A. Scott, GOOD Daniel, BERKELJON Arjan, MURPHY K. Tanya, STORCH A. ERİC, MCKAY Dean, Multiple Pathways To Functional İmpairment İn Obsessive-Compulsive Disorder. Clinical Psychology Review, 2010, p.78-88.

BÜLTEN

YAŞAN Aziz, GÜRGEN Faruk, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2004, ss.61-67.

SAYAR Kemal, UĞURAD KAYA Işıl, ACAR Burçin, Obsesif Kompulsif Bozuklukta Fenomeneoloji, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 1999, ss. 142-147.

KARAMUSTAFALIOĞLU Oğuz, CEYLAN CENGİZ Yasemin, BAKIM Bahadır, BOZKURT Sibel, TOKER GÖNENLİ Sinem, GÖKSAN Burcu, ÖĞÜTCEN Özgür, AKPINAR Abdullah, Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Sosyodemografik

Özellikler ve Komorbidite, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Bülteni, 2009, ss.112-116.

BEŞİROĞLU Lütfullah, UĞUZ Faruk, SAĞLAM Mürsel, AĞARGÜN Yücel Mehmet, AŞKIN Rüstem, ÇİLLİ Savaş Ali, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2007.





T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ : 30.04.2020
TOPLANTI SAYISI : 2020-12

KARAR NO: 2020-12-23: Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı 180624132 numaralı öğrencisi Kübra CANKARA'nın "Üniversite Öğrencilerinde Obsesif Kompulsif Belirtilerde Anksiyete Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tezi hakkında yapacağı anket çalışmasının, etik kurallara uygun olup olmadığını tespit etmek üzere, Etik Kurulumuzun 12.03.2020 tarih ve 2020-07 sayılı toplantısında, İGÜ Etik Kurul Yönergesinin 12(1) maddesine göre değerlendirme yapmak üzere görevlendirilen öğretim elemanlarının raporları incelenmiş olup, ilgili çalışmada yer alan bilimsel araştırmanın etik kurallara uygun olduğuna oy çokluğu ile karar verildi.

Sosyodemografik Bilgi Formu

Yaşınız :

Cinsiyetiniz : Kadın Erkek

Eğitim düzeyiniz :

- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite
- Yüksek lisans
- Doktora

Medeni Durumunuz :

- Bekar
- Sevgili
- Sözlü
- Nişanlı
- Evli
- Boşanmış
- Diğer

Kiminle Yaşıyorsunuz? :

- Tek Başıma
- Ebevyenlerimle
- Arkadaşlarımla
- Partnerimle
- Eşimle
- Diğer

MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa “DOĞRU” yu değilse “YANLIŞ”ı daire içine alınız. Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

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

Kontrol:___ Temizlik:___ Yavaşlık:___ Kuşku:___

Toplam:___

STAI FORM TX – I

İsim:.....
Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....
Tarih:...../...../.....

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

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sınırlarım gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)

14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)



STAI FORM TX – 2

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:.....

Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

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

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)

32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

